

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



MÓDULO IX: TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff
Ministro da Saúde Alexandre Padilha
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel
Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco
Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro
Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas
Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz
Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes
Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz
Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante
Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso
Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier
Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Denise Guerreiro V. Silva
Betina Horner Schlindwein Meirelles
Maria Lucia Zanetti
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Ana Maria de Almeida
Leila Maria Marchi Alves
Samara Eliane Rabelo Suplici
Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues
Simone Mara de Araujo Ferreira

REVISÃO TÉCNICA

Marta Lenise do Prado

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M9 – Tecnologias do Cuidado em Saúde

S586c SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Tecnologias do cuidado em saúde / Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva; Betina Horner Schindwein Meirelles; Maria Lucia Zanetti; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

126 p.

ISBN: 978-85-88612-57-0

1. Saúde - Tecnologia. 2. Enfermagem- Tecnologia.

CDU – 614(81)

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Paula Balbis Garcia

Design Instrucional Eliane Orelo

Revisão Textual Márcia Melo Bortolato

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

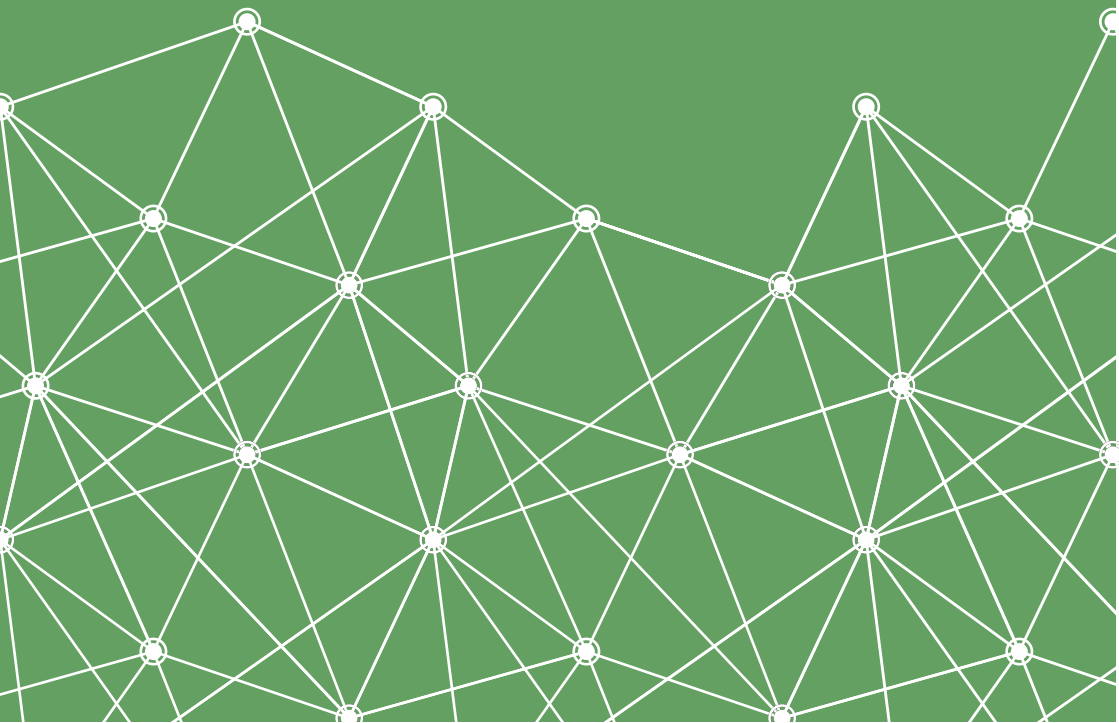
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO IX TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Estamos iniciando o último Módulo do Eixo Temático do nosso curso de especialização. Isso tem um significado especial, pois, ao mesmo tempo em que estamos nos despedindo, também estamos fortalecendo um elo entre pessoas que estão interessadas na temática da cronicidade, envolvidas em buscar caminhos que realmente façam a diferença na atenção à saúde de pessoas que vivem nessa condição.

Este Módulo abordará as Tecnologias do Cuidado em Saúde direcionado às pessoas em Condição Crônica. Quando falamos em tecnologia, quase sempre pensamos em equipamentos modernos, coisas que podem facilitar nosso dia a dia. No entanto, a tecnologia que iremos abordar envolve mais do que ferramentas, mas também processos e modos mais efetivos de realizar os cuidados de enfermagem. Abordaremos a tecnologia para o cuidado de enfermagem a pessoas em condição crônica, envolvendo: formas de desenvolver a educação em saúde em diferentes espaços de atuação da enfermagem; o uso de tecnologias multimídia na saúde, com apropriação de materiais e equipamentos estruturais e sociais; práticas integradas e complementares em saúde; e os cuidados paliativos, o processo de morte e morrer na relação com os cuidados paliativos.

A importância de tal temática está em você se manter atualizado, acompanhando o que vem sendo desenvolvido e contribuindo para avaliar a efetividade dessas tecnologias em sua realidade. Em todo o Módulo, a intenção é oferecer caminhos para que você possa fazer suas escolhas para um cuidado mais adequado às necessidades das pessoas que cuida.

Da mesma forma que estudar os Módulos anteriores possibilitou-lhe compreender o desafio que envolve o viver em condição crônica, com doenças como: o diabetes, a hipertensão arterial e o câncer, desejamos que este lhe ajude a compreender que a dinâmica produção do conhecimento na área precisa resultar em mudanças na prática assistencial. As tecnologias, como resultado desse conhecimento produzido devem servir como importante referência na prática assistencial, no sentido de contribuir para que as pessoas em condição crônica enfrentem melhor o desafio de manter sua doença sob controle e de ter/manter melhor qualidade de vida.

O módulo está organizando em quatro Unidades inter-relacionadas e complementares. Esperamos que você se envolva com cada uma delas e encontre elos com sua prática que o ajudem a construir caminhos convergentes para a melhor qualificação da atenção à saúde de pessoas em condição crônica.

Seja bem-vindo e bons estudos!

Denise Guerreiro V. Silva, Dra.
Betina Horner Schlindwein Meirelles, Dra.
Maria Lucia Zanetti, Dra.
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Ana Maria de Almeida, Dra.
Leila Maria Marchi Alves, Dra.
Samara Eliane Rabelo Suplici, Msc.
Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues, Dra.
Simone Mara de Araujo Ferreira, Msc.

Aprendizado é isso: de repente, você compreende alguma coisa que sempre entendeu, mas de uma nova maneira. (Doris May Lessing)

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo você estará apto para reconhecer as tecnologias disponíveis para a qualificação do cuidado de enfermagem a pessoas em condição crônica de saúde, refletindo sobre as possibilidades de uso de terapêuticas complementares e sobre os cuidados paliativos aos pacientes em condição crônica e sobre os dilemas éticos em fim de vida.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — USO E APROPRIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE 11

1.1 Introdução	11
1.2 A utilização e a apropriação das tecnologias do cuidado em saúde presentes na prática do enfermeiro	11
1.3 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)	15
1.4 A mídia (<i>sites</i> , <i>Google</i> , redes sociais, TV, jornais, revistas) e sua contribuição na produção do cuidado	17
1.5 Telefone, mensagem via celular, acolhimento.	26
1.6 Prontuário eletrônico.....	29
1.7 Consulta de enfermagem, grupos educativos e protocolos de cuidado.....	32
1.8 Resumo	36
1.9 Fechamento	36
1.10 Recomendação de leitura complementar	37

UNIDADE 2 — EDUCAÇÃO EM SAÚDE INDIVIDUAL E EM GRUPO COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO 39

2.1 Introdução	39
2.2 O reconhecimento da educação como tecnologia aplicada na prevenção e controle das condições crônicas .	40
2.3 Abordagens na Educação em Saúde.....	45
2.3.1 Educação em saúde individual	46
2.3.2 Grupos como tecnologia educativa para a promoção da saúde.....	58
2.4 Resumo	67
2.5 Fechamento	67
2.6 Recomendação de leitura complementar	68

UNIDADE 3 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE 71

3.1 Introdução.....	71
3.2 Práticas integrativas e complementares de saúde	72
3.3 Regulamentações para a prática	74
3.4. Práticas complementares mais comuns: riscos e benefícios	81
3.4.1 Acupuntura	83
3.4.2 Homeopatia.....	84
3.4.3 Fitoterapia	85
3.5. Papel do enfermeiro nas práticas complementares.....	87
3.6. Resumo	89
3.7 Fechamento	90
3.8 Recomendação de leitura complementar	90

UNIDADE 4 – CUIDADOS PALIATIVOS A PESSOAS EM CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE. O PROCESSO DE MORTE E MORRER NA RELAÇÃO COM OS CUIDADOS PALIATIVOS93

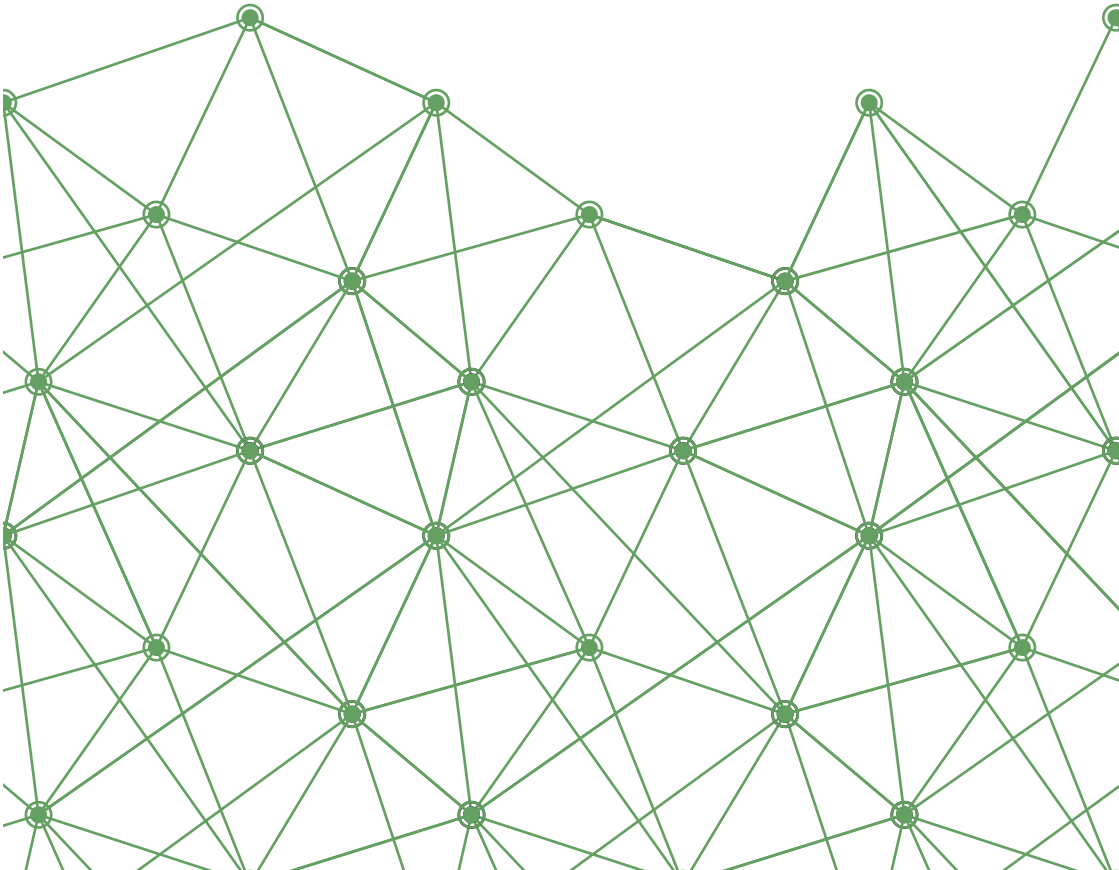
4.1 Introdução.....	93
4.2 Definição e condições de emergência dos Cuidados Paliativos na sua relação com o paciente e a família, no espaço institucional hospitalar.....	94
4.3 Terminalidade e Cuidados Paliativos: alternativas aos saberes produzidos acerca da morte e do morrer	97
4.4 Os Cuidados Paliativos na sua relação com o usuário do Sistema de Saúde com DCNT, com a família e com a Rede de Atenção à Saúde.....	101
4.4.1 Recomendações quanto aos CP a serem prestados às pessoas com DCNT.....	103
4.4.2 Sugestões para Ações Paliativas Integradas em toda a Rede de Atenção à Saúde	105
4.5 Proporcionar Cuidados Paliativos exige mudanças de atitudes e educação da equipe de saúde	106
4.6 Cuidando de quem cuida na perspectiva dos Cuidados Paliativos.....	107
4.7 Resumo	113
4.8 Fechamento	113

ENCERRAMENTO DO MÓDULO 114

REFERÊNCIAS 115

MINICURRÍCULO DO(S) AUTOR(ES) 126

UNIDADE 1



Unidade 1 – Uso e apropriação de tecnologias para o cuidado em saúde

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de reconhecer as tecnologias disponíveis para a qualificação do cuidado de enfermagem em Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), bem como apropriar-se de tais tecnologias na sua prática diária.

1.1 Introdução

No decorrer desta unidade, vamos abordar com você enfermeiro, as tecnologias do cuidado em saúde. O termo tecnologia nos remete a um aparato tecnológico, ou seja, um conjunto de aparelhos sofisticados e complexos. Concorda? Pois bem, queremos aqui introduzir a ideia de que as tecnologias do cuidado em saúde vão além e representam tanto os recursos humanos quanto os materiais.

Nesse conceito mais amplo, medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados em saúde são prestados à população representam tecnologias do cuidado em saúde (BRASIL, 2005).

Observe que as tecnologias facilitam os processos gerenciais e as ações práticas em enfermagem e saúde. Assim, são utilizadas em benefício do cuidado (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010). Portanto, o emprego de tecnologias na enfermagem consiste em usar alternativas criativas com o objetivo de superar as dificuldades e garantir a qualidade do cuidado (KOERICH et al., 2006).

1.2 A utilização e a apropriação das tecnologias do cuidado em saúde presentes na prática do enfermeiro

Pensando nas tecnologias do cuidado em enfermagem, podemos defini-las como “todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado” (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000, p.140).



Palavra do profissional

Técnicas, procedimentos e conhecimentos? Então, será que tudo isso é tecnologia? Você já havia pensado nisso?

As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações. O conjunto de conhecimentos que o profissional detém, a maneira como ele interage com o usuário, bem como as estratégias utilizadas na operacionalização do cuidado constituem-se tecnologias do cuidado em saúde (KOERICH et al., 2006).

Já abordamos, em módulos anteriores, a classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. Você se lembra? É importante retomarmos essa classificação.

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias classificam-se em **leves**, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); **leve-duras**, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e **duras**, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Para a melhor compreensão da utilização dessas tecnologias no seu cotidiano do cuidado em saúde, vamos considerar a prática assistencial, por meio da realização de grupos na Estratégia da Saúde da Família para usuários com diabetes e hipertensão. Vamos lá?

Para a operacionalização dos grupos são utilizadas as tecnologias leves, leve-duras e duras. Conheça melhor as características de cada uma a seguir:

- a) O uso das **tecnologias leves** tais como acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, pode ser percebido na realização de dinâmicas de grupo, brincadeiras, uso de linguagem adequada;

- b) As **tecnologias leve-duras**, que compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos, servem de subsídio para o manejo grupal. Também auxiliam na confecção de recursos pedagógicos como álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes;
- c) As **tecnologias duras**, nesse exemplo específico, são representadas por equipamentos, como glicosímetro, aparelho de pressão, balança, formulários para registro de atividades da prática de grupo, também são utilizadas no processo de cuidado (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

Perceba que o cuidado está permeado pela utilização das tecnologias. Nessa direção, os profissionais da área da saúde e afins precisam refletir sobre a produção do conhecimento e a utilização da tecnologia, considerando a prevalência das DCNT na população, bem como os aspectos relacionados ao seu custo operacional e à monitorização da carga e tendência dessas doenças. Assim, após definido o conceito de tecnologias do cuidado em saúde, passaremos a abordá-las com mais profundidade, discutindo e refletindo sobre a sua influência na prática de cuidados do enfermeiro.



Palavra do profissional

Ficou clara para você a definição de tecnologias do cuidado em saúde? Já parou para pensar que elementos da sua prática diária podem ser considerados como tecnologias de cuidado em saúde?

A Enfermagem, reconhecendo que o modelo assistencial centrado no profissional, individualizado e em tempo presencial, não responde à atual oferta de cuidado de forma eficaz e eficiente, tem envidado esforços na capacitação de recursos humanos para utilização, com propriedade, de tecnologias de cuidado em saúde e no desenvolvimento de estudos que aprimorem essas ferramentas.

Esses estudos apontam que as novas tecnologias têm modificado as concepções e os recursos utilizados no processo ensino/aprendizagem. São exemplos de novas tecnologias para o cuidado em DCNT:

- a) Mapas conceituais para o ensino de pessoas com DCNT e alunos de graduação;
- b) Recursos multimídias para o ensino de procedimentos específicos;
- c) Jogos educativos na prevenção de doenças;
- d) Hipertexto e simuladores para a capacitação e avaliação de docentes e discentes;

- e) *Weblogs*, comunidades virtuais, como o *facebook*;
- f) Mensagem pelo telefone celular e uso de telefone como ferramentas de educação de pessoas com DCNT;
- g) Protocolos para direcionar a prática clínica;
- h) Formas de atendimento humanizado;
- i) Estratégias lúdicas inovadoras para fortalecimento de ações de autocuidado (dinâmicas de grupo e jogos);
- j) Prontuários eletrônicos, entre outras.

Perceba que essas tecnologias permitem a divulgação de conhecimentos baseados em evidências científicas a contingente significativo de cidadãos, com custo razoável e, ao mesmo tempo, rompendo a barreira espaço/temporal.

Temos, assim, que as tecnologias de cuidado em saúde estão presentes desde a prevenção das doenças até o tratamento e, portanto, permeiam todo o cuidado em DCNT.

A sua correta aplicação e atualização permanente são imprescindíveis para o conforto do usuário e seus cuidadores, bem como, para uma maior eficácia do tratamento.

Está claro para você que as tecnologias de cuidado em saúde leves, leves-duras e duras permeiam todos os níveis de atenção? Que tal exemplificarmos?

Temos como exemplos de tecnologias duras e leve-duras em saúde, entre outros, os programas de prevenção (imunização, kits informativos); medicamentos (insulina e quimioterápicos); exames diagnósticos (ultrassom, tomografia, mamografia); equipamentos e suprimentos (marca-passo cardíaco, kits de diagnóstico, radioterapia, próteses) e procedimentos (técnicas cirúrgicas, laparoscopia, endoscopia, anamnese, normas técnicas de uso de aparelhos).

Vale ressaltar que as tecnologias leves incluindo o vínculo, a escuta e o acolhimento perpassam pelo uso de todas anteriormente citadas.

Ao longo dos módulos anteriores muitos elementos que permearam o conteúdo e discussão são exemplos de tecnologias de cuidado em saúde. Sendo assim, o objetivo ao longo desta unidade, é retomar estes elementos já abordados, bem como inserir novos que lhe auxiliarão no processo de compreensão da temática e poderão ser incorporados no seu processo de trabalho.

Abordaremos como exemplo de tecnologias de cuidado em saúde: o Sistema de Informação em Saúde, a mídia (incluindo sites, Google, redes sociais, televisão, jornais e revista), o telefone, as mensagens de celular, o acolhimento, o prontuário eletrônico, a consulta de enfermagem, os grupos educativos e os protocolos de cuidado. Vamos lá?

1.3 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Como já mencionado em unidades anteriores os sistemas de informação em saúde implantados pelo Ministério da Saúde permitem a realização da vigilância epidemiológica bem como o desenvolvimento de estudos sobre a utilização dos serviços. No entanto, vale ressaltar que este é um exemplo de tecnologia leve-dura disponível no SUS e que pode ser utilizado pelo enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados em saúde nas DCNT.

As informações obtidas por meio desses sistemas revelam a magnitude da doença e do efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos.

Cabe destacar que exemplos dos SIS já foram discutidos e elucidados em módulos anteriores. Portanto, eles serão lembrados de forma breve, a fim de que todo o conteúdo já discutido retorne a sua memória.

São exemplos de SIS em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e oncologia:

- a) **Sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de pacientes** com HAS e DM na rede básica, o SIS-Hiperdia (Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>);
- b) **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**: sistema que auxilia o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios, possibilitando, assim, um controle do seguimento do usuário com HAS e DM na rede básica de saúde;

- c) **Sistema de Informações sobre Mortalidade** (SIM-MS);
- d) **Sistema de Informações sobre Autorização de Internações Hospitalares** (SIH-MS);
- e) **Registros de Câncer de Base Populacional** (RCBP): são a base para estimar a incidência de neoplasias, bem como a mortalidade e a sobrevida dos pacientes;
- f) **Registros Hospitalares do Câncer** (RHC): fornecem informações sobre a doença, as indicações de tratamento e a evolução dos casos, com base em dados registrados pelos hospitais;
- g) **Módulo de oncologia** do subsistema de Procedimentos de Alta Complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (APACSIA/SUS). Os dados mantidos pelo módulo de oncologia do APACSIA/SUS são obtidos por meio da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), que é uma autorização prévia necessária para a realização de procedimentos de quimioterapia e radioterapia pelos serviços de saúde credenciados pelo SUS;
- h) **Autorização de Procedimento de Alta Complexidade** (APAC), que é uma autorização prévia necessária para a realização de procedimentos de quimioterapia e radioterapia pelos serviços de saúde credenciados pelo SUS. (SOUZA; FREIRE; ALMEIDA, 2010).



Palavra do profissional

Você sabe como utilizar esta infinidade de SIS, parte integrante e fundamental do que denominamos tecnologia do cuidado em saúde, na sua prática diária? Como você percebe a utilização desses recursos? Essas informações são utilizadas para planejar/organizar sua atuação?

Enfatizamos mais uma vez a relevância do uso dos SIS na determinação da magnitude da doença e do efeito das medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento, com vistas ao sucesso das intervenções.

Embora reconhecida a relevância dos SIS, eles apresentam limitações. Você se lembra que estas limitações já foram abordadas em módulos anteriores?

A falta de integração das diversas bases de dados é um exemplo importante, e cabe a você enfermeiro identificar estratégias que melhor superem estas limitações, uma vez que elas não podem ser justificativas para a não adoção dos SIS como ferramentas para a melhoria da assistência.

1.4 A mídia (*sites, Google, redes sociais, TV, jornais, revistas*) e sua contribuição na produção do cuidado

Vimos, no decorrer do curso, que a educação visando o autocuidado é parte essencial no tratamento das DCNT e que se trata de uma atividade apreendida e orientada para um objetivo.

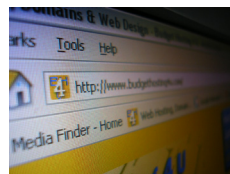
Discutimos com você enfermeiro que a educação visando o autocuidado é parte essencial na assistência aos pacientes portadores de DM, HAS e de Oncologia. Pretendemos reforçar que essas ações também constituem tecnologias do cuidado, ao passo que contribuem para aumentar a qualidade da assistência prestada.

Conforme já discutido na unidade anterior, essas ações educativas devem partir de uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, de modo a contribuir para a autonomia do usuário.

Neste momento, chamamos a sua atenção para o fato de que o autocuidado tem sido influenciado pelas informações disponíveis na mídia.

Como segmento da comunicação de massa, o jornalismo exerce a função de informar, explicar e orientar a população, uma vez que divulga notícias, dados factuais e informações. Nessa direção, estratégias de comunicação são imprescindíveis no desafio da mobilização social para o controle das doenças, especialmente as DCNT. Informações de qualidade contribuem para conscientizar a população sobre a importância do diagnóstico precoce e da adoção de hábitos saudáveis para prevenção das DCNT.

Os meios utilizados para a propagação das informações incluem as revistas, jornais, boletins, entre outros, a televisão, o rádio e a internet. Cabe destacar que os meios de comunicação eletrônicos, como a internet, encontram-se cada vez mais disponíveis e viabilizam a disseminação de informações, de forma rápida para as pessoas que se encontram em locais de difícil acesso geográfico.



Você pode observar que, na atualidade, não é raro que os usuários, cada vez mais informados, questionem a conduta dos profissionais de saúde, ou tragam atualizações sobre novos medicamentos, chás, ou cura para sua doença, correto? Então, acompanhe.



Compartilhando

Pois bem, o enfermeiro precisa preparar-se e manter-se atualizado para lidar com a nova realidade e compreender que os recursos informacionais podem ser utilizados no processo de aprendizagem em saúde.

Dessa forma, quando consideramos a apropriação das tecnologias no campo da saúde, não podemos deixar de mencionar o uso de sites como meio de propagação de informações em saúde. Além de trazerem informações relacionadas à doença, como o manejo e tratamento, eles também divulgam ações de prevenção e promoção da saúde.

No Brasil, na área da oncologia, merece destaque o portal do Instituto Nacional do Câncer (INCA), site de acesso livre, que fornece informações sobre os tipos e estatísticas do câncer, ações e programas disponíveis, informações sobre sinais e sintomas, prevenção, detecção precoce, entre outras. Além disso, possibilita o acesso a publicações e links relacionados. Confira a tela inicial da página do INCA a seguir e acesse o link para você conhecer melhor as informações disponibilizadas.

The screenshot shows the INCA website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Acesso à Informação' and 'BRASIL'. Below it, a search bar contains the text 'câncer rápido'. The main content area is titled 'CÂNCER' and 'tipos de câncer'. A sidebar on the left lists various cancer types, with 'MAMA' selected. The main text discusses breast cancer statistics, including a 22% increase in cases per year and a 10-fold increase in incidence rates for those aged 60 and over. It also provides a link to 'Estatísticas de novos casos: 52.680 (2012)' and 'Número de mortes: 12.852, sendo 147 homens e 12.705 mulheres (2010)'. A 'Para saber mais' section lists links for 'Prevenção', 'Sintomas', 'Detecção Precoce', and 'Leia' (with a link to 'Estatísticas de novos casos: 52.680 (2012)'). A 'Profissional de Saúde' section lists 'Diagnóstico', 'Literatura', and 'Leia' (with a link to 'Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama - Estatísticas 2012 - incidências de câncer no Brasil').

Fonte: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+>

Você pode encontrar ainda no site do INCA a Rádio Inca, que tem como objetivo divulgar informações sobre prevenção e detecção precoce de câncer para a população. O conteúdo pode ser baixado livremente por rádios comunitárias e outros meios de produção, desde que o Instituto Nacional do Câncer seja sempre citado como fonte. Os arquivos estão em formato .zip e, após descompactados, em formato MP3, conforme apresentamos na imagem da página da Rádio Inca a seguir:

Fonte: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/radio/>>

Pensando nos usuários com hipertensão e diabetes, merece destaque o portal da Sociedade Brasileira de Hipertensão e o portal da Sociedade Brasileira de Diabetes, respectivamente. São sites de domínio público, com acesso livre e gratuito que fornecem informações atualizadas sobre o manejo da hipertensão e do diabetes, os pilares do tratamento, prevenção, novas tecnologias disponíveis, perguntas e respostas contemplando as dúvidas mais frequentes. Também dispõem de *links* que permitem que o usuário acompanhe o site e atualizações por meio de sites de redes sociais como, por exemplo, o Facebook, tornando-se assim uma ferramenta que é incluída na rotina diária do usuário, permitindo atualização diária e apoio ao tratamento. Confira na sequência as páginas iniciais destes dois sites, bem como o *link* de acesso.

Sociedade Brasileira de Hipertensão

Fonte: <<http://www.sbh.org.br/geral/geral.asp>>.

Sociedade Brasileira de Diabetes

Fonte: <<http://www.diabetes.org.br/#>>>.

Além dos sites específicos para cada tipo de DCNT, não podemos deixar de citar o uso do Google. Você se lembra de alguma situação em que o usuário lançou mão dos resultados encontrados em suas pesquisas no Google para questionar condutas, sugerir alternativas de tratamento, ou mesmo compartilhar as novidades relacionadas à sua doença?

Precisamos aprender a trabalhar conforme a nova realidade e perfil do usuário com DCNT e cabe destacar que, apesar do uso das tecnologias de cuidado em saúde constituírem-se em importantes aliadas no controle das DCNT, o uso de sites e a divulgação na mídia de informações sem rigor científico podem produzir a propagação de informações errôneas, com possível prejuízo ao usuário consumidor da informação.

Assim, cabe ao profissional enfermeiro a orientação do usuário com DCNT, com vistas a prepará-lo para a variedade de informações disponíveis na internet, em sites, mídia e redes sociais, sabendo filtrá-las e utilizá-las em benefício da saúde. Cabe ainda destacar que é papel do enfermeiro a avaliação das informações disponíveis nos sites utilizados e indicar aqueles que apresentam conteúdos adequados para orientação de usuários no acompanhamento de sua doença.

Como já abordado, as redes sociais também têm sido utilizadas para a propagação de ações em saúde. Elas constituem-se em ferramenta que facilita o acesso à informação, de compartilhamento de experiências e contribuem de forma importante para o processo de adesão e sucesso do tratamento.

Na atualidade os usuários com DCNT contam com uma variedade de redes sociais, dentre elas o *Facebook*, *Twitter*, *Orkut*, *blogs*, sites de bate-papo e mais recentemente os aplicativos disponíveis para os *smartphones* e *tablets*. Todas essas tecnologias atuam como fonte de informação ao usuário com DCNT, fornecendo elementos importantes na construção do conhecimento, no manejo diário, na identificação de pares e no processo de aceitação da doença.



Nesse contexto, *blogs* estruturados de forma a proporcionar conteúdo significativo podem ser considerados fontes de informação e objetos de aprendizagem. Um exemplo do que estamos discutindo é o **Blog Promoção da Saúde**, desenvolvido para servir como fonte de materiais de referência. O objetivo principal do *Blog* é criar oportunidades de acesso a diversos materiais relacionados à Promoção da Saúde e, ao mesmo tempo, estabelecer um foro de discussão sobre o tema, no qual diferentes atores podem participar para ampliar seus conhecimentos e práticas em relação aos temas apresentados, com diferentes perspectivas.



Saiba mais

Este blog foi criado por meio do Edital nº 15 da Secretaria de Educação a Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SEAD/UFRGS) e visa disponibilizar para docentes, discentes e comunidade em geral, informações úteis sobre o tema da Promoção da Saúde e dentro da temática as DCNT. Disponível em: <<http://blogdapromocao-saudecoletiva.blogspot.com.br/>>.

Outro exemplo do uso das tecnologias em saúde é a realização de miniconferências entre profissionais do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), ligado à Secretaria de Estado da Saúde e à Faculdade de Medicina da USP, e os internautas, via *Twitcam*. O objetivo é disseminar importantes temas relacionados aos principais tipos de câncer, diagnóstico precoce e qualidade de vida. O cronograma inicial das atividades também prevê a participação de especialistas para abordar aspectos dos principais tipos de câncer, como mama, próstata, pulmão, estômago, colo de útero e intestino, além da importância da prática de exercícios e da nutrição na prevenção e durante o tratamento oncológico. O ICESP também tira dúvidas dos pacientes por telefone.



Saiba mais

Você pode assistir às miniconferências e também conhecer melhor o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo acessando a página da instituição. Disponível em: <<http://www.icesp.org.br/>>.

Atente que a mídia, de uma forma geral, pode contribuir sobremaneira com as práticas de saúde coletiva. Nesse sentido, não podemos perder de vista seu papel informativo entre os usuários e profissionais de saúde.

Ao analisarmos o trabalho da mídia na atualidade, observamos facilmente que o tema saúde nunca foi tão explorado como tem sido ultimamente você concorda? É inegável a influência que a mídia televisiva exerce nos hábitos, gostos e atitudes das pessoas. Milhares de telespectadores estão expostos às informações fornecidas por meio de novelas, programas, propagandas comerciais.

Conforme discutido é papel do enfermeiro atuar como direcionador e esclarecedor das informações obtidas principalmente via internet, os prós e contras do que é exposto na mídia também precisam ser abordados no cuidado em DCNT. Note que, assim como a mídia eletrônica, a impressa, como jornais e revistas, também contribui para sensibilizar as pessoas por meio de suas reportagens.

Certamente você já percebeu a influência da mídia no seu trabalho cotidiano. Castro (2009) desenvolveu um estudo com o objetivo de analisar as abordagens do câncer pela imprensa no período de junho de 1997 a julho de 1998 e de junho de 2006 a julho de 2007. Veja o que o estudo a seguir identificou:

Neste estudo o procedimento metodológico incluiu análise de matérias publicadas em alguns dos principais jornais e revistas do país – os jornais selecionados foram: O Globo, Estado de São Paulo, Folha de São Paulo, Correio Braziliense, O Dia e Jornal do Brasil; e as revistas foram: Veja e Isto É, além de entrevistas com jornalistas por meio de questionários *on-line*. Foram analisadas um total de 360 reportagens. As reportagens selecionadas para o estudo foram divididas em cinco categorias: **Prevenção** - mensagens que destacam a importância dos hábitos saudáveis na prevenção da doença; **Detecção Precoce** - mensagens focadas na importância da realização de exames, como o *Papanicolaou*, sangue oculto e toque retal, entre outros; **Epidemiologia** - mensagens voltadas para a mortalidade e incidência do câncer; **Tratamento** - mensagens sobre procedimentos e/ou medicamentos utilizados para o tratamento do câncer e **Pesquisa** – que incluíram as mensagens anunciando novos estudos na área.

Os resultados desse estudo mostraram que a prevenção mereceu destaque semelhante na imprensa nos dois períodos analisados e, atualmente, a mídia abriu mais espaços para matérias sobre detecção precoce. Ao enfatizar este tema, a imprensa está dando uma importante contribuição para modificar a curva do comportamento da doença no país. Outro aspecto refere-se à cobertura da mídia em relação ao câncer incluindo o tratamento dado aos fatores de risco, principalmente quanto à alimentação. Pode-se afirmar que, no período de 1997 a 1998, a maior parte das notícias relacionadas a alimentos tinha um cunho sensacionalista. Ao contrário do que pode ser observado mais recentemente, quando em geral o tema é tratado com mais equilíbrio (CASTRO, 2009).

Quando exploramos a programação gerada pelas emissoras de TV nos deparamos cada vez mais com programas que abordam aspectos relacionados ao bem-estar e à saúde. Temas como alimentação, dieta saudável, prática de exercícios físicos, cuidados com o corpo, prevenção de doenças tem sido pauta de discussões. Que tal ilustrarmos esta questão com exemplos veiculados na mídia atual? Vamos lá?

Você se recorda do quadro **Medida Certa** do Programa Fantástico, exibido pela TV Globo, desde 2011? Esse programa foi ao ar mostrando como é possível ter uma vida saudável mesmo diante das inúmeras tarefas do nosso dia a dia. No início, os participantes desta experiência foram os seus próprios apresentadores, que se submeteram a um programa de reeducação alimentar e de atividade física com resultados positivos. Note que, desta forma, a mídia induz os sujeitos a se identificarem com os **famosos**, mobiliza sentimentos e contribui para mudanças positivas nos hábitos de vida. No mesmo programa, um quadro informativo conduzido pelo médico Dráuzio Varella aborda temas da saúde, enfatizando mais uma vez a saúde enquanto alvo da mídia.



Saiba mais

Para saber mais sobre o programa e até baixar os aplicativos disponíveis, acesse o site da empresa de telecomunicações. Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/platb/medidacerta>>.

Outro exemplo de programa na televisão aberta é o programa “Ser Saudável”, no ar desde 2011, é produzido pela TV Unisinos e veiculado pela TV Brasil. Com estrutura de documentário, o programa, semanal e com 26 minutos de duração, leva à televisão discussões pautadas pelo olhar da atenção primária. O programa é apresentado pelos médicos de família Enrique Barros e Camila Furtado, e traz, em cada episódio, orientações de especialistas e depoimentos de pessoas que vivem ou conviveram com os problemas abordados e que compartilham suas experiências com o espectador. A ideia é informar de maneira direta e ágil, utilizando recursos didáticos que incluem representações gráficas do corpo humano e das doenças e o esclarecimento de mitos e verdades.



Saiba mais

Você pode conhecer melhor o programa “Ser Saudável” que é apresentado pela TV Brasil nas quartas-feiras, às 20h30, e com reprise aos sábados, às 7h30. Confira os programas já exibidos no site. Disponível em: <<http://tvbrasil.ebc.com.br/sersaudavel>>.



Palavra do profissional

Acreditamos que esses exemplos são suficientes não é? Você há de concordar que a mídia está repleta de programas que abordam a temática saúde, em seus diversos aspectos (prevenção, promoção e tratamento). O que em nenhum momento foi dito e que gostaríamos de ressaltar é que, na maioria das vezes, não existe reflexão sobre o conteúdo da mensagem recebida. Desta forma ela é apreendida pelo usuário tal qual foi transmitida, livre de especificidades e pode levar a interpretações dúbias e errôneas.

Você já se deparou na sua prática assistencial com pacientes influenciados pelas informações divulgadas na mídia? Confira os exemplos a seguir e, em seguida, relate um exemplo positivo e outro negativo desta influência.

- a) **Forma impressa:** Jornal da SBD. Órgão Informativo da Sociedade Brasileira de Diabetes. Também acessível no link: <http://www.diabetes.org.br/attachments/247_sbd_36.pdf>.
- b) **Na Internet:** Sociedade Brasileira de Hipertensão nas redes sociais: <<http://twitter.com/menospresao/>>. E também: <<http://www.facebook.com/MenosPressao>>.
- c) **Divulgação televisiva:** A campanha “Eu sou 12 por 8” teve ampla divulgação com notícias sendo publicadas em todos os estados brasileiros no Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. As atividades presenciais – caminhadas, verificação de pressão, distribuição de folhetos, entre outras – além da ação nas mídias sociais foram os destaques nas programações das tevês e rádios e nas publicações de jornais, revistas e internet. Disponível em: <<http://www.eusou12por8.com.br/>>.



1.5 Telefone, mensagem via celular, acolhimento.

Mudanças nas tecnologias de comunicação são notáveis em praticamente todas as áreas de saúde e sua utilização na educação, transferência de conhecimentos, apoio social e na promoção da saúde contribuem de forma significativa para melhorar a saúde. Nessa perspectiva, o uso do telefone configura-se como uma importante estratégia na comunicação em saúde (LANDIM et al., 2011).

Confira alguns benefícios do uso do telefone na intervenção em saúde:

- a) Velocidade de acesso do usuário ao profissional de saúde;
- b) Diminuição do tempo de espera para a consulta;
- c) Redução do tempo e custo na locomoção dos usuários;
- d) Possibilita aumentar a frequência dos contatos e de facilitar o retorno dos usuários. (CARL; SHEIKH, 2003)

Você já refletiu sobre os benefícios do uso do telefone na intervenção em saúde? Consegue exemplificar segundo o seu contexto de trabalho? Nesta direção, assim como na abordagem face a face, a intervenção por telefone exige competências, tais como empatia, capacidade de escuta, capacidade de transmitir informações de forma clara e objetiva, dentre outras já discutidas em unidades anteriores, principalmente na unidade relacionada ao acolhimento, você se lembra?



Palavra do profissional

E por falar em acolhimento, você já lembra que o acolhimento é uma tecnologia de cuidado em saúde?

O acolhimento, enquanto tecnologia do cuidado em saúde, também se faz fundamental na intervenção por telefone, uma vez que o estabelecimento do vínculo com o usuário, a escuta ativa, dentre outros elementos atuam como pressupostos para o sucesso da intervenção.

Ao olharmos para a produção científica referente à intervenção por telefone, podemos citar um estudo que teve por objetivo a avaliação da eficácia de um modelo de abordagem telefônica para promoção da saúde por meio do incremento da prática de atividade física após a intervenção telefônica. O estudo revelou que a estratégia baseada no uso do telefone

para promover a atividade física em usuários sedentários mostrou-se eficaz para a amostra estudada, porém, há a necessidade da realização de outros estudos com o objetivo de verificar as possibilidades do uso eficaz do aconselhamento telefônico e sua aplicabilidade em populações específicas (CHAVES; OYAMA, 2007).



Palavra do profissional

E você, tem algum exemplo prático do uso do aconselhamento por telefone? Você utiliza o telefone na sua prática assistencial? Em sua opinião quais os pontos positivos e negativos desta ferramenta de tecnologia do cuidado em saúde?

A estratégia do uso do telefone facilita o alcance dos usuários para a intervenção, permitindo o acesso de qualquer lugar onde haja serviço de telefonia.

Atente que os usuários que residem em lugares longínquos, cujo acesso aos serviços de saúde é difícil, ou mesmo pessoas saudáveis, que não procurariam o serviço para ações de promoção de saúde, teriam acesso facilitado por meio dessa tecnologia.

Outra população que também poderia ser beneficiada com esta técnica são aqueles indivíduos tímidos ou, que, por algum motivo, têm dificuldades para se comunicar com o profissional da saúde, já que com o uso do telefone não há o contato pessoal, bem como a abordagem de situações constrangedoras durante o processo de cuidado. Atualmente, com a falta de tempo para cuidar da própria saúde, esta estratégia beneficia ainda os usuários que têm dificuldades para inserção em grupos ou consultas convencionais.

A intervenção por telefone possibilita otimizar o tempo, a conveniência e o horário, além de permitir que os usuários acessem o profissional de saúde diante de suas necessidades. Pensando na mudança do comportamento do usuário, que se constitui em processo lento, essa estratégia facilita o contato com o usuário por um período longo e frequente, facilitando a adesão às ações de autocuidado. Cabe ressaltarmos também outra vantagem desta intervenção: sua eficiência em atender um número grande de usuários em um tempo relativamente curto, comparado ao desempenho

das consultas presenciais, qualidade importante dos serviços onde a demanda de usuários é alta (CHAVES; OYAMA, 2007).

Conforme exposto, vimos que na abordagem das DCNT, diversos recursos tecnológicos de comunicação e informação podem ser empregados no acompanhamento dos usuários com DCNT, com vistas à adesão ao autocuidado.

São recursos tecnológicos de informação e comunicação: telefone, videoconferência, mensagens de celular (Short Messaging System - SMS) e internet.

Nessa direção, é fundamental que o profissional enfermeiro lance mão de estratégias e ferramentas de tecnologia em saúde que auxiliem o usuário manter contato com os serviços de saúde no atendimento às suas necessidades.

Agora vamos pensar no processo de adesão ao uso de medicamentos em DCNT? Neste processo, o enfermeiro pode indicar o uso de alguns recursos tecnológicos disponíveis e que podem ser utilizados por diferentes usuários. Tem sido útil relacionar as tomadas dos medicamentos a hábitos diários, como por exemplo: horário das refeições, leitura do jornal, horário da novela, horário de escovar os dentes. Para auxiliá-lo na lembrança das tomadas dos medicamentos, pode-se recorrer ainda a:

- a) **Porta-medicamento:** são caixas que servem para guardar medicamentos em doses específicas. Existem tipos diferentes: com divisórias internas para cada dia, para cada dose diária, com compartimentos removíveis para facilitar o transporte de modo discreto e fácil. Há também algumas que possuem sistemas de alarmes eletrônicos;
- b) **Alarmes:** variam desde mensagens de texto enviadas para pagers ou celulares na hora de tomar o medicamento, até simples bips, despertadores e relógios de pulso. Todos são úteis quando se pode utilizá-los;
- c) **Telefonemas:** telefonemas regulares ou intermitentes podem ajudar a melhorar a adesão.



Palavra do profissional

Quanta informação, não é? Você já havia pensado que tudo isso é tecnologia do cuidado em saúde?

O uso do telefone e das mensagens de celular é utilizado frequentemente na nossa prática como estratégia para lembrar e confirmar consultas, exames, procedimentos, bem como para avaliação da satisfação do usuário quanto ao serviço e cuidado prestado.

Dessa maneira, a prática de enfermagem relacionada aos recursos tecnológicos pode produzir mudanças na capacidade de ajustamento à nova condição de saúde, destacando a importância do conhecimento técnico e clínico das intervenções provenientes deste profissional. No entanto, o uso e o desenvolvimento das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) no cuidado em saúde exigem enfermeiros cada vez mais preparados para promover a convergência entre o desenvolvimento humano e o tecnológico.

1.6 Prontuário eletrônico

Na perspectiva de um novo paradigma assistencial por meio da apropriação das tecnologias do cuidado em saúde, destacamos também a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nos serviços de saúde.

O conceito de prontuário permanece, porém ele deixa de ser percebido somente como documento tradicional em papel e passa a ser registrado também em suporte eletrônico. Ou seja, o PEP armazena e mantém em rede informacional o histórico de saúde e doença do usuário. Dessa forma, os registros podem ser compartilhados pelos profissionais e serviços de saúde, por meio de sistemas de informação (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

A utilização do PEP foi aprovada pelo Conselho Federal de Medicina em julho de 2002 e no mesmo ano, o Ministério da Saúde propôs um conjunto mínimo de informações sobre o paciente que deveriam constar em um prontuário, visando padronizar o registro. Ainda no intuito de garantir a adequação, a Comissão de Revisão de Prontuários de cada estabelecimento de saúde passa a responsabilizar-se pela fiscalização (CFM, 2002).

Considerando que os usuários transitam entre os serviços de saúde, um PEP disponível *on-line*, com acesso em qualquer serviço de saúde por meio da internet, apresenta-se como uma importante ferramenta para obtenção de informação com qualidade (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Você concorda que o PEP contribui para melhoraria a qualidade do cuidado? Concorda que o acesso rápido a todas as informações de saúde/doença do usuário propicia melhor planejamento do cuidado e posterior intervenção?

Além de propiciar maior agilidade na manipulação das informações os dados clínicos coletados e armazenados também podem constituir documento de base para pesquisa (FERNANDES et al., 2012). No entanto, vale destacar que, no Brasil, ainda é incipiente o uso do PEP nos serviços de saúde.



Palavra do profissional

O PEP faz parte do seu contexto de trabalho? Em algum momento você já utilizou essa tecnologia?

Algumas vantagens podem ser destacadas quando comparamos a forma eletrônica com o tradicional prontuário no suporte papel. De acordo com Patrício et al. (2011), a forma impressa favorece a quebra de privacidade, o risco de extravio, a necessidade de coletar a história médica do usuário cada vez que ele utiliza um serviço de saúde diferente. Ao longo do tempo os arquivos vão se tornando cada vez mais volumosos, o que, além de ocupar espaço físico, acaba inviabilizando seu acesso pela dificuldade de organização dos volumes. Sem contar as dificuldades presentes quando consideramos letras ilegíveis e a presença de rasuras (PATRÍCIO et al., 2011).



Por outro lado, o formato eletrônico permite maior confiabilidade, segurança e confidencialidade das informações por meio da utilização de senhas digitais; eliminação da redundância de dados e pedidos de exames, bem como o fim da redigitação de informações; redução do espaço de armazenamento por meio da extinção das pilhas de papéis, que muitas vezes sofrem deteriorações, acarretando a perda de dados e informações,

devido às más condições de acondicionamento; a legibilidade absoluta (não se perderá tempo no entendimento de escritos dos profissionais de saúde), entre outras (MOTA, 2005).



Palavra do profissional

Pensando na sua realidade de trabalho você identifica essas desvantagens no uso do prontuário no suporte papel? No serviço de saúde em que você atua há prateleiras abarrotadas de volumes de prontuários?

Considerando a aplicabilidade do Prontuário Eletrônico, foi realizado um estudo para identificar as percepções de enfermeiros assistenciais, de unidades básicas de saúde de um município de grande porte do sul do país, sobre a utilização do Sistema Prontuário Eletrônico na sua prática profissional. Os resultados obtidos mostraram que o PEP tornou-se uma ferramenta indispensável para a realização do processo de enfermagem e o planejamento de ações em saúde. Entretanto, alguns fatores foram apontados como dificultadores, tais como a lentidão do sistema, a necessidade de suporte técnico, considerando que os sistemas exigem manutenção e adaptações contínuas, bem como importância da capacitação para utilização do sistema (GODOY et al., 2012).

Observe ainda que outras desvantagens são mencionadas em relação ao PEP, tais como necessidade de grandes investimentos de *hardware*, *softwares* e capacitação; resistência dos profissionais da saúde ao uso de sistemas informatizados; falhas na tecnologia bem como no sistema de fornecimento de energia elétrica, deixando o sistema inoperante. Além disso, seu uso e acesso indevidos podem colocar em risco a questão da confiabilidade e segurança das informações do paciente (COSTA, 2001; MOTA, 2005).

Diante do exposto, podemos observar que assim como outras tecnologias do cuidado, o PEP possui vantagens e desvantagens no seu uso. Ressaltamos a necessidade de reflexão do enfermeiro quanto a sua utilização, considerando a qualidade do cuidado prestado visando a qualificação do SUS.

1.7 Consulta de enfermagem, grupos educativos e protocolos de cuidado

Conforme já mencionado, ressaltamos alternativas criativas que o enfermeiro lança mão para superar as dificuldades encontradas na produção do cuidado relacionadas à produção tecnológica (KOERICH et al., 2006).

Nessa perspectiva, várias estratégias podem ser utilizadas para se produzir cuidado e elas vão desde o cuidado individualizado até o cuidado coletivo com grupos de usuários.

Considerando a abordagem individual, a consulta de enfermagem permite acompanhar o estado de saúde, bem como reforçar o processo de ensino-aprendizagem, com foco na mudança de estilo de vida dos pacientes portadores de DCNT. Esta abordagem representa um rico contexto de relacionamento interpessoal entre o profissional e o paciente.



Palavra do profissional

Você concorda que a consulta de enfermagem propicia a oportunidade de trabalhar tópicos relacionados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes portadores de DCNT?

Note que essa abordagem consiste em um atendimento realizado de maneira sistematizada e sua operacionalização pressupõe a aplicação individual do Processo de Enfermagem (PE). Está lembrado que discutimos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos módulos anteriores? Observe que a consulta de enfermagem permite a aplicabilidade prática da SAE.

Fique atento, a consulta de enfermagem engloba a entrevista para coleta dos dados, o exame físico, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas encontrados.

Em outras palavras, a partir da identificação dos problemas de saúde-doença, são prescritas e implementadas ações de enfermagem que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

Por outro lado, a abordagem coletiva, por meio de grupos de usuários, também tem se mostrado eficaz nas intervenções em DCNT. Concomitante ao uso de outras tecnologias, as atividades em grupos de educação em saúde representam um auxílio no controle da doença, trazendo benefícios ao usuário, à família e ao profissional de saúde (SOARES et al., 2010).

Os participantes se beneficiam da interação com outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas, cria-se um ambiente de identificação de pares e, além do apoio emocional, os pacientes podem usufruir de ideias e sugestões que podem ser incorporadas no novo estilo de vida (CAZARINI et al., 2002).



Palavra do profissional

Você trabalha com grupos educativos no seu contexto de trabalho? Existem grupos de usuários com diabetes *mellitus*, hipertensão ou câncer?

Observe que a operacionalização de grupos exige o estabelecimento de uma relação terapêutica da equipe com o usuário e com a família. Com este propósito, o profissional precisa possuir habilidades para coordenar e organizar os grupos, bem como estabelecer vínculo, confiança, afeto e respeito. Além disso, o contexto de vida dos sujeitos deve ser considerado na decisão pelas opções terapêuticas (MALTA; MERHY, 2010).

Que tal observarmos uma situação prática sobre a utilização da consulta de enfermagem e de grupos operacionais em DCNT? Vamos lá?

Visando proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários com hipertensão arterial de um ambulatório público de Belo Horizonte, Silqueira et al. (2007) desenvolveram um trabalho de extensão denominado “A assistência de enfermagem para prevenção e controle de doenças cardiovasculares visando ao autocuidado”. O atendimento foi realizado por meio de consultas de enfermagem e grupos operativos.

Na primeira consulta de enfermagem, avaliou-se o estado de saúde do paciente empregando-se as técnicas de entrevista e de exame físico, buscando considerar os fatores de risco predisponentes à hipertensão arterial, seus agravos, bem como conhecer os hábitos de vida dos pacientes.

Nas consultas de seguimento, agendadas de acordo com a necessidade de cada usuário, foram realizadas atividades de Educação em Saúde visando à conscientização e ao estímulo dos indivíduos para a implementação de mudanças necessárias ao estilo de vida.

Como atividade complementar para o tratamento foram realizados, quinzenalmente, grupos operativos com, no máximo, 12 participantes. Esses encontros tinham como objetivo promover a interação entre os usuários e discutir aspectos em comum relacionados à doença de base, como a fisiopatologia da HAS, seus fatores de risco e suas complicações, a terapia medicamentosa adotada para cada situação, sua utilização de forma correta e as estratégias para o enfrentamento das mudanças do estilo de vida. No grupo, os participantes tinham a chance de permutar suas experiências pessoais e buscar o esclarecimento de suas dúvidas. A mudança no estilo de vida foi a meta principal a ser alcançada pela equipe de profissionais que atuaram com esses pacientes.



Palavra do profissional

Após este exemplo de apropriação da consulta de enfermagem e de grupos educacionais para melhorar o cuidado aos usuários com HAS, ficou claro para você que essas estratégias constituem-se em tecnologias do cuidado em saúde? Elas fazem parte do seu contexto de trabalho?

Por fim, pensando nos protocolos de cuidado em HAS, DM e oncologia, vimos que eles já foram abordados em módulos anteriores. Você os reconhece como tecnologia do cuidado em saúde? Nesse momento queremos destacar que os protocolos também fazem parte das tecnologias do cuidado em saúde e apresentam-se como importantes instrumentos no cuidado e na gestão dos serviços. São recursos de tecnologia tão importantes quanto os recursos humanos, físicos ou materiais.

Como já mencionado, os protocolos têm como foco a padronização de condutas, isto porque, na maioria das vezes, surgem diferentes formas de se fazer a mesma coisa. Sua adoção representa a busca pela excelência, uma vez que as condutas passam a ser baseadas na melhor evidência científica disponível, garantindo assim a segurança para o usuário e para o profissional.

Você utiliza protocolos na sua prática assistencial? Já havia pensado que eles também representam tecnologias do cuidado? Observe que, apesar dos benefícios da utilização dos protocolos na assistência, há que se

considerar o risco de eles tornarem-se o único caminho, a única solução, gerando certa acomodação dos profissionais em relação ao conhecimento, às mudanças tecnológicas, e à avaliação da prática.

Também não podemos esquecer que os protocolos não respondem a todas as questões e nem sempre representam alternativas de enfrentamento em situações imprevistas. Ou seja, a sua utilização não pode engessar o profissional, mas sim servir como auxílio na produção do cuidado. Na prática, o profissional precisa considerar as peculiaridades do cuidado nas diversas situações e, em certas ocasiões, utilizar outras soluções que não as descritas nos protocolos.

Outra questão importante relacionada aos protocolos de cuidado reside na adoção de protocolos condizentes ao contexto local. Muitas vezes são empregados protocolos internacionais que não foram adaptados às condições e necessidades locais de saúde.

Nesse sentido, Malta e Merhy (2010) afirmam que não podemos deixar de analisar os próprios protocolos, uma vez que eles servem como ferramentas e não como receituários. O profissional precisa refletir sobre as soluções propostas e confirmar a adequação ao seu contexto local de trabalho.



Palavra do profissional

Lembre-se que as ações devem responder às necessidades locais e que a utilização dessa tecnologia requer uma reflexão crítica baseada no contexto em que o cuidado se processa.

Não é possível discorrer sobre todas as tecnologias disponíveis no cuidado em saúde, mas a abordagem de algumas delas, como realizado nesta unidade, permite refletir sobre a sua utilização no processo de cuidado. Importante ressaltar que a enfermagem deve abraçar o desafio de aumentar a produção científica em tecnologias em saúde e disponibilizar novas ferramentas de informação e comunicação na atenção em DCNT com vistas a incrementar a eficácia dos serviços de saúde.

1.8 Resumo

No decorrer da Unidade vimos que tecnologias do cuidado em saúde se relacionam tanto com recursos humanos quanto recursos materiais e que a sua utilização implica na adoção de alternativas criativas com o objetivo de superar as dificuldades e garantir a qualidade do cuidado prestado.

As tecnologias classificadas como tecnologias leve, leve-duras e duras, são tecnologias de cuidado presentes em todos os níveis de atenção em saúde, permeando todo o cuidado em DCNT. O uso dos SIS, de mídias (sites, Google, redes sociais, TV, jornais, revistas), de telefones, a consulta de enfermagem e os grupos educativos foram alguns exemplos de tecnologias abordadas com você e que podem ser incorporadas no cuidado em saúde em DCNT para a qualificação do SUS.

1.9 Fechamento

Ao final desta unidade esperamos que você tenha reconhecido as tecnologias do cuidado disponíveis no atendimento à população com DCNT, bem como a necessidade de incorporá-las com vistas a incrementar a eficácia dos cuidados prestados para a qualificação do SUS.

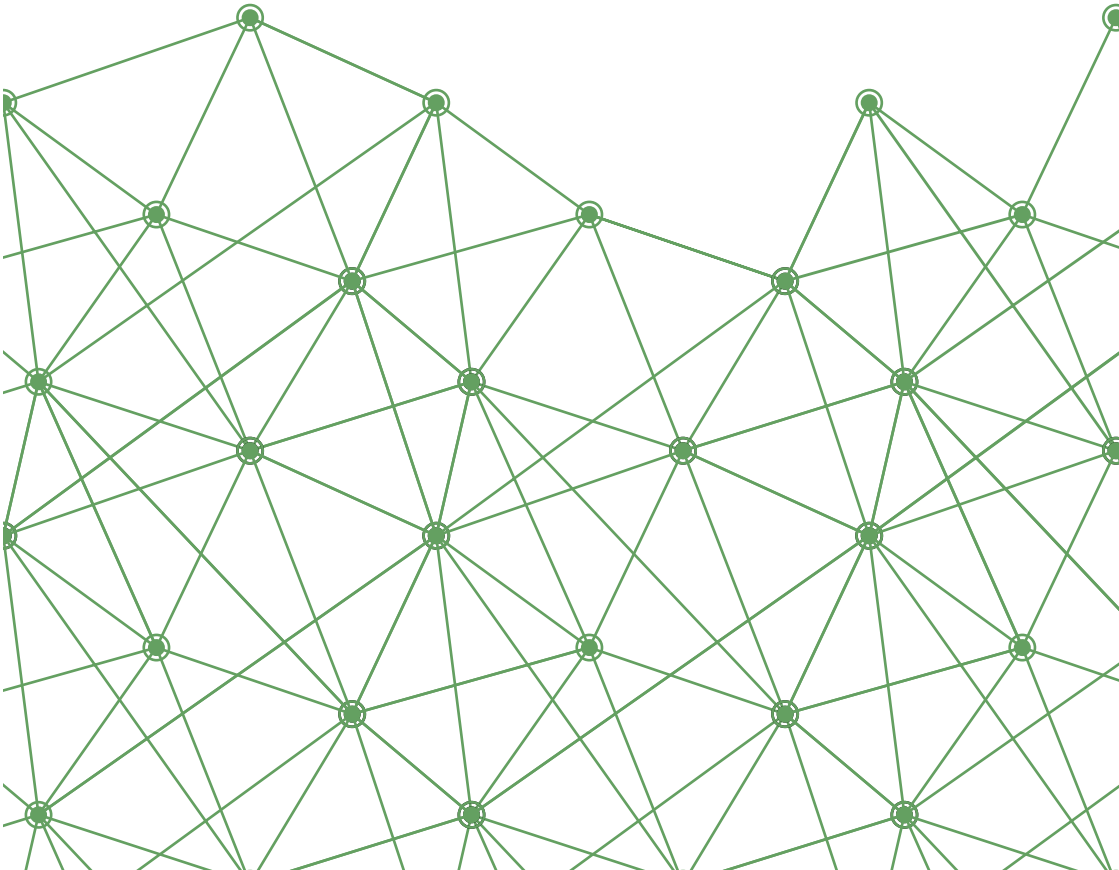
Pensando na qualidade da assistência prestada, precisamos nos apropriar de todas as opções tecnológicas disponíveis. Apesar das desvantagens mencionadas na utilização de algumas tecnologias, é preciso transpor as barreiras, principalmente a resistência ao novo e apropriar-se das novas ferramentas de informação e comunicação na atenção em DCNT. Além disso, é necessária a capacitação de recursos humanos, permitindo assim a utilização, com propriedade, das tecnologias de cuidado em saúde, bem como o desenvolvimento de estudos visando aprimorar essas ferramentas. Na próxima unidade, abordaremos a educação em saúde direcionada tanto para o indivíduo quanto para um grupo de pessoas.

1.10 Recomendação de leitura complementar

SILVA, G. R. F. et al. Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/testes. **Revista Enfermagem UFPI**, Teresina, v.1, n.1, p.71-76, jan./abr., 2012.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado em enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** , v.12, n. 2, p. 291 – 298, 2008.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Educação em saúde individual e em grupo como tecnologia de cuidado

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de identificar e utilizar as tecnologias de educação em saúde desenvolvida individualmente e/ou em grupo.

2.1 Introdução

Nesta Unidade você irá conhecer as tecnologias de cuidado em saúde, mais especificamente a educação em saúde individual e em grupo, a serem adotadas junto às pessoas que vivem em condições crônicas de saúde. Vamos discorrer sobre algumas referências teóricas e possibilidades de desenvolvimento de educação em saúde, tanto nos grupos como individualmente.

Você vai discutir as formas de tecnologia que são adotadas pela Enfermagem, que não são apenas as voltadas aos equipamentos e máquinas (tecnologias duras), mas outras, como as tecnologias leves e leves-duras.

O enfermeiro tem como responsabilidade desenvolver projetos de educação em saúde junto às populações sob seu cuidado. No entanto, para isso é necessário ter noção de que os projetos de promoção e educação em saúde são estruturados pela circulação de conhecimentos científicos e recomendações para mudança de hábitos, muitas vezes sem a participação de quem realmente vive a situação nas decisões e discussões para a promoção da sua saúde e qualidade de vida.

Relembrando o que já discutimos no Módulo VI, a promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, objetiva o desenvolvimento de atitudes pessoais, apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das aptidões indispensáveis à vida. Nesse sentido, a Declaração de Sundswall recomenda capacitar comunidades e indivíduos a ganharem maior controle sobre a sua saúde e ambiente, por meio da educação e maior participação desses indivíduos nos processos de tomada de decisão.

Como uma importante função de enfermeiros (as), e dos demais profissionais de saúde, bem como de pais, a educação em saúde envolve mais do que informação em saúde, pois tem como consequência principal mudanças no comportamento humano. Rumor et al. (2010), salientam que a priorização da educação em saúde no processo de trabalho em saúde pode ampliar a possibilidade de atuação e vinculação entre os profissionais (dentre eles, o enfermeiro) e os pacientes; propiciar conhecimento para planejar e transformar as ações de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos; e tornar as práticas educativas mais efetivas, por meio da valorização da saúde e não da doença.

A educação deve estar no cotidiano das pessoas, sendo desenvolvida constantemente e não somente na escola.

Trazer informações orientadas para as necessidades e reflexões a respeito dos comportamentos que podem trazer risco para a saúde da pessoa, esta responsabilidade é faz parte dos serviços de saúde. Assim, vamos discutir, nesta unidade, como podemos pensar esta educação em saúde e como podemos utilizar as tecnologias ao abordarmos a questão das condições crônicas de saúde.

2.2 O reconhecimento da educação como tecnologia aplicada na prevenção e controle das condições crônicas

Considerando que a nossa discussão é sobre tecnologias em saúde, convidamos você a refletir como se insere a educação neste processo e como esta pode ser chamada de tecnologia nas nossas práticas de cuidado frente às condições crônicas de saúde.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), são tecnologias em saúde: os medicamentos; produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas; produtos para diagnóstico de uso *in vitro*; equipamentos; procedimentos técnicos; sistemas organizacionais; informacionais; educacionais e de suporte; bem como os programas e protocolos assistenciais.

Apoiada em Merhy (2002), Teixeira E. (2007) discute que a terminologia **tecnologias leves** refere-se a um tipo de tecnologia que se torna relevante na medida em que se discute a necessidade de construir outro modelo de

atenção em saúde que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto de trabalhadores de saúde para a defesa da vida. Nesse sentido, as tecnologias leves aproximam-se de atitudes relacionais intersubjetivas de acolhimento, escuta, estabelecimento e articulação de redes de conversas, vínculos, saberes e afetos. Assim, as tecnologias leves configuram-se como dispositivos para educar-cuidar em saúde na medida em que são tecnologias contra-hegemônicas, ou seja, em vez de ser centradas em procedimentos, são centradas em relacionamentos.

Atente que, ao adotarmos outras formas de cuidar e educar, não priorizando os equipamentos tecnológicos, mas sim os relacionamentos.

[...] potencializar as abordagens-dinâmicas, em que os sujeitos se encontram, atuam entre si e operam um jogo de expectativas e produções em alguns momentos: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (TEIXEIRA E., 2007, p. 157).

Observe que, ao discutirem a educação em saúde, Valla (2000) e Vasconcelos (1997) afirmam que, muitas vezes, o saber profissional é colocado com superioridade ao saber das comunidades, o que, em nosso entendimento, não é verdade, o que existem são apenas conhecimentos diferentes. O saber popular é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência e com grande capacidade de explicar parte da realidade. Ao mesmo tempo, o saber dos técnicos muitas vezes está repleto de interesses das classes dominantes e é limitado para explicar a realidade. Dessa forma, só podemos entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes considerando os diversos conhecimentos e a realidade das pessoas a que estamos dirigindo as nossas ações.

Note que a educação em saúde é um dispositivo para a promoção da saúde, visando mudanças não só na esfera do conhecimento, mas nos valores, nas crenças e atitudes que são esperadas para tal promoção. Assim, um dos seus objetivos, como já foi mencionado, deve ser o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas ao sujeito na esfera social, para assumir a sua responsabilidade individual e social para com a saúde, sendo considerado como elemento de construção e transformação da realidade (MEIRELLES, 2003, p. 214).

Desse modo, é emergente a necessidade de empoderamento dos sujeitos para um viver saudável, que se faz com a participação dos usuários nas questões que dizem respeito a sua saúde. Isso implica na participação ativa

das pessoas em defesa de uma vida digna, na participação nas decisões que interferem em suas vidas, num pleno exercício da sua cidadania.

O **empoderamento** está associado ao desenvolvimento de habilidades pessoais para o enfrentamento das situações que podem afetar a sua saúde e também ao reforço da participação comunitária, a fim de gerar mudanças nos condicionantes de saúde, numa mobilização coletiva. Trazendo para a prática de Enfermagem, poderíamos enfatizar ações que fortaleçam e intensifiquem a participação comunitária e as potencialidades pessoais para o cuidado, sendo uma ajuda recíproca: cada um cuida de si e dos outros (MEIRELLES, 2003).

*Lembre-se de que **empoderamento** também é citado pelos autores como empowerment.*

Ao abordar o assunto, Buss (2000) coloca que o *empowerment* da população organizada, através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção da saúde para a reivindicação por políticas públicas saudáveis.

Para a promoção da saúde é essencial que os indivíduos participem eficazmente, tomem decisões e tenham direito à voz, o que exige uma educação democrática e acesso à informação.

Para estimular essa participação, é importante que o profissional de saúde saiba identificar quais problemas necessitam de um trabalho de educação em saúde. O sujeito portador de necessidades é sempre biológico, social, subjetivo e também histórico.

Por isso, a avaliação das necessidades não deve ser somente epidemiológica, mas também social e subjetiva. As situações, nas quais a educação em saúde se aplica, são aquelas que exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os problemas de saúde (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A participação, enquanto exercício de voz, de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder, enquanto direito de cidadania acha-se em relação direta, necessária, com a prática educativa progressista, uma educação para a autonomia dos sujeitos (FREIRE, 2003). Associa-se, também, à educação para a responsabilidade e à educação para a libertação, citadas por Freire, que são importantes quando falamos em prevenção e cuidado com as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e promoção da saúde da

coletividade, pois não há educação para libertação, cujos sujeitos atuem coerentemente, que não seja imbuída de forte senso de responsabilidade.

Ao discutirmos a autonomia dos indivíduos, entendemos que o exercício pleno de seus direitos de cidadão deve ser respeitado. Porém, segundo Meirelles (2003), o fato de a pessoa ser autônoma também deve fazê-la responsável por seu agir e pensar. Porém, não podemos esquecer que os indivíduos vivem em inter-relação/interação com outros (também autônomos) na sociedade e, desta forma, suas ações interferem não só na sua vida, mas na do outro. Ao convivermos em sociedade temos que respeitar e ser respeitado, buscar o cuidado e cuidar-se, sendo autônomo para decidir, mas assumindo a responsabilidade pela sua saúde.

Nesse sentido, Freire (2003) enfatiza que a educação popular é aquela que estimula a presença organizada das classes sociais populares na luta em favor das transformações democráticas da sociedade, no sentido de superação das injustiças sociais. Assim, é aquela que respeita os educandos, não importa qual seja a sua posição de classe, e, por isso mesmo, leva em consideração o seu saber de experiência feito, a partir do qual trabalha o conhecimento com o rigor de aproximação dos objetos. É preciso formação científica e clareza política para que os educadores superem desvios que, se não são experimentados pela maioria, acham-se presentes na minoria significativa. Assim, a educação supera os preconceitos de raça, de classe, de sexo e radicaliza-se na defesa da substantividade democrática, estando aberta às mudanças, conflitos e contradições presentes na sociedade.

Fica evidente que tal discussão está relacionada à construção do exercício pleno da cidadania, a partir do momento em que grupos minoritários mais vulneráveis podem ser mantidos fragilizados, excluídos ou despercebidos de seus direitos e seus poderes como cidadãos.

Retomando a discussão para a educação em saúde, mais do que difundir informações, esta implica em ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto, quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade. Defender a vida é reconhecer que a vida tem uma medida quantitativa (anos de vida ganhos, sobrevivência) e outra qualitativa (o prazer de viver), (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

A educação em saúde, ao incentivar a curiosidade, a construção do conhecimento, a reflexão e a crítica sobre os fatores relacionados com as condições de vida que interferem no aparecimento das doenças de um modo geral, torna-se um produtivo espaço para debater direitos de cidadania com a clientela (SABÓIA; VALENTE, 2010).

A educação é uma importante tecnologia já adotada nos serviços de saúde como estratégia e ferramenta para o desenvolvimento do trabalho e do processo de cuidar. Observe que, no caso de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, o nosso papel torna-se preponderante na adesão às condutas de controle dos agravos e preventivas das complicações crônicas.

Ao considerarmos a educação como tecnologia, pensamos que é importante identificar como ocorre sua aplicação em saúde. A pesquisa desenvolvida por Santos e Lima (2008) sobre tecnologias educativas em saúde na prevenção da hipertensão arterial, constata que é imprescindível a utilização de **estratégias educativas** que possibilitem ao indivíduo compreender a importância da aquisição de conhecimentos para a adoção de atitudes e práticas saudáveis. Assim, o indivíduo estará prevenindo e/ou controlando a síndrome hipertensiva, assim como outros agravos à sua saúde.

A pesquisa realizada por Santos e Lima (2008) teve o objetivo de analisar as mudanças no estilo de vida de trabalhadores na prevenção dos fatores de risco da HAS, a partir da aplicação de uma Tecnologia de Educação em Saúde (TES). O resultado da pesquisa evidenciou que os sujeitos tinham algum conhecimento elementar e fragmentado sobre os fatores de risco da HAS e de sua prevenção. Este conhecimento era oriundo do senso comum, isto é, aquele passado de geração a geração e/ou decorrente das experiências vivenciadas no cotidiano.

São exemplos de **estratégias educativas** atividades como: oficinas, minicursos, seminários ou similares.

Apoiados em Paulo Freire, Santos e Lima (2008) enfatizam que a reflexão crítica possibilita a produção de um novo saber ou conhecimento, viabilizando a aprendizagem, que resulta em mudança de comportamento.



Saiba mais

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre o assunto com a leitura do texto:

SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, Helder de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-07, jan./mar. 2008.

Observe que esta educação em saúde pode ser considerada como conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível da atenção, sendo que educação não é só aquela planejada pelas equipes como programas ou atividades educativas da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas qualquer ação de saúde tanto de promoção, prevenção como de cura e reabilitação. Isso depende exclusivamente da atitude educativa do profissional ou da equipe (RUMOR et al., 2010).

Assim, é importante que os profissionais de saúde compartilhem desta concepção na sua prática, ou seja, a educação como prática individual, bem como, também em grupos e para as comunidades.

2.3 Abordagens na Educação em Saúde

A educação em saúde pode ser desenvolvida de diferentes formas. Nesta Unidade você irá estudar a **educação individual**, na qual o processo educativo é desenvolvido com cada pessoa em condição crônica e sua família. Estudaremos, ainda, a educação desenvolvida em **grupos educativos**, direcionada a grupos de pessoas. Nossa posição é de que ambas tem suas vantagens e desvantagens e não se contrapõem uma à outra, mas complementam-se. Há momentos em que é necessária uma abordagem individual e em outros, a educação em saúde direcionada a um grupo poderá ser mais efetiva.



Palavra do profissional

Em sua prática cotidiana, qual das duas abordagens é mais frequente? Como você avalia a contribuição dessas atividades educativas? É possível reconhecer limites e/ou novas possibilidades de prática?

Um interessante estudo realizado com o objetivo de comparar a efetividade de estratégias de programas educativos em diabetes, em grupo e individual, mostrou que ambas as opções são efetivas, melhorando o controle glicêmico. No entanto, houve melhor resultado na hemoglobina glicada com aqueles que estavam na atividade educativa realizada em grupo. E por que isto ocorreu? Os autores não aprofundam a discussão, mas indicam que, no grupo, há um maior envolvimento dos seus participantes e que a realização da dieta foi mais efetiva entre essas pessoas, mostrando que possibilitar a troca entre pares, pode fazer a diferença (TORRES et al., 2009).



Palavra do profissional

Nossa intenção não é defender que uma seja melhor do que a outra, mas de ressaltar que ambas são complementares!

2.3.1 Educação em saúde individual

A educação em saúde como possibilidade de crescimento e como empoderamento para uma melhor saúde é desenvolvida pela enfermagem em diferentes espaços e momentos e com diferentes abordagens. A abordagem que defendemos aqui é aquela que coloca o usuário como personagem central do processo de aprendizagem, uma abordagem dialógica que respeita suas escolhas e que lhe possibilita uma decisão baseada em informações que envolvem diferentes aspectos de sua condição crônica.



Palavra do profissional

Que educação em saúde você tem percebido como a mais adequada para a sua realidade? Você se lembra o que já discutimos no Módulo I acerca das diferentes abordagens pedagógicas em saúde? Consulte o material novamente, se necessário.

Reconhecemos como espaços de educação todos aqueles em que o enfermeiro tem a oportunidade de interagir com as pessoas. Ou seja, nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares, nas salas de espera, durante a realização de procedimentos, no hospital, em reuniões de grupos, na comunidade, enfim, em qualquer espaço passível de atuação do profissional enfermeiro. Destacaremos como espaços da Educação em Saúde Individual, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar.



Compartilhando

O que abordaremos aqui pode ser estendido para outras situações nas quais você, como enfermeiro, tenha a oportunidade de interagir com pessoas em condição crônica, como colocado anteriormente.

Desenvolver educação em saúde com pessoas em condição crônica como o diabetes, o câncer e a hipertensão vem sendo o foco de inúmeros textos na literatura nacional e internacional. A *American Diabetes Association* (FUNNELL et al., 2010), apresenta algumas **evidências científicas** que podem ser consideradas como referência na educação em saúde direcionadas às pessoas em condição crônica, confira:

- a) A educação é eficaz para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida das pessoas;
- b) A educação não pode estar centrada apenas em apresentações didáticas, mas deve ter como referência modelos educativos que tenham como foco o empoderamento das pessoas;
- c) Não há uma *melhor* abordagem, programa ou educação, no entanto, os programas que incorporam estratégias comportamentais e psicossociais demonstraram melhores resultados;

- d) Os programas de educação em saúde devem ser adaptados culturalmente e socialmente, além de considerar especificidades, como, por exemplo, a idade das pessoas. É essencial, portanto, a integração entre os conhecimentos científicos e os aspectos socioculturais de uma população;
- e) Manter um apoio contínuo é fundamental para sustentar progressos feitos pelas pessoas durante o processo educativo;
- f) Estabelecer em conjunto - enfermeiro e pessoa em condição crônica - metas comportamentais é uma estratégia eficaz para apoiar comportamentos de autogestão na promoção da autonomia da pessoa.

Passaremos a apresentar alguns aspectos da Educação em Saúde que estão relacionados a essas evidências, acrescentando experiências práticas e estudos que constam na literatura da área. Um desses aspectos diz respeito ao **modelo de educação** presente na atenção à saúde, ainda ligada à educação tradicional. A maioria dos programas ou as ações de Educação em Saúde têm como referência somente o conhecimento técnico-científico dos profissionais da saúde e são voltados para a doença e não para a pessoa. Assim, podemos notar que ainda há a predominância do paradigma biomédico reducionista, centrado no saber da medicina (MACHADO et al., 2007; MOURA; RODRIGUES, 2003).



Palavra do profissional

Você deve estar se perguntando: Por que os profissionais ainda usam esse modelo se não é a melhor opção? Será que o que sabemos não tem mais validade?

Acreditamos que a intenção de quem realiza as atividades de educação em saúde, mesmo embasada nessa forma tradicional, é sempre a melhor, ou seja, o interesse é de que as pessoas aprendam a se autocuidar, a terem uma melhor condição de saúde, mudando os seus hábitos para um bom controle da doença. Acreditam que o conhecimento profissional é mais correto, o único que tem validade, pois foi o que aprenderam durante sua formação. No entanto, há um sério problema nessa abordagem que consiste em desconsiderar a experiência das pessoas que vivem com a condição crônica, a experiência que constroem na vivência de sua condição crônica.

Temos aprendido ao longo de anos cuidando dessas pessoas, que cada doença se expressa de forma diversa em cada pessoa. Por exemplo, o diabetes que nós, profissionais da saúde, aprendemos nos textos, não é

o mesmo daquele experienciado pela pessoa que estamos cuidando. Você deve ter em mente que nem tudo que sabemos é verdadeiro para o paciente, pois cada um tem uma história, vive num contexto específico e diverso do profissional.

Assim, um primeiro e importante reconhecimento que precisamos fazer é de que **nosso conhecimento é apenas parcial** sobre a condição crônica de uma pessoa, está restrito às nossas observações empíricas e ao conhecimento científico a que tivemos acesso.

Lembre-se ainda que tal conhecimento científico adquirido pelos profissionais nem sempre está atualizado, uma vez que a produção do conhecimento em nosso mundo atual é tão dinâmica, que aquilo que foi comprovado por uma pesquisa hoje, pode ser questionado em outra pesquisa publicada amanhã. Acompanhar essa produção do conhecimento é um desafio constante que nós, enfermeiros, precisamos enfrentar.



Palavra do profissional

Como então nos mantermos atualizados para desenvolver uma educação voltada para esta dinâmica produção de conhecimentos?

Você deve atentar que uma das estratégias importantes para dar conta da compreensão da experiência de viver com uma doença crônica são as pesquisas desenvolvidas na perspectiva da busca da subjetividade das pessoas, ou seja, que procuram compreender como é viver com uma condição crônica. As pesquisas qualitativas revelam muitas dessas experiências, nos alertando que as pessoas fazem interpretações e dão significados diferentes para suas doenças (SOUZA et al., 2009; SILVA et al., 2006; RIBAS et al., 2009).

Um aspecto importante e que requer constante atualização dos profissionais da saúde são as novidades e *modismos* para o tratamento, com promessas de cura que aparecem nos meios de comunicação. Estas notícias mobilizam as pessoas, levando-as a nos questionarem. Como podemos nos manter atualizados para manter o diálogo com os nossos pacientes? O primeiro passo é ouvir estes indivíduos, buscando compreender a sua

interpretação, e como dão significado a essas informações. O outro passo é buscar nos sites das sociedades científicas informações que podem lhe ajudar a ter mais respaldo: evidências de sua efetividade, tempo em que poderá estar disponível para a população etc. Por exemplo, para o **diabetes**, existem a Sociedade Brasileira de Diabetes e a *American Diabetes Association* que disponibilizam informações atuais e promovem anualmente ou a cada dois anos novos consensos e diretrizes. Já para a **hipertensão arterial**, há a Sociedade Brasileira de Hipertensão e a Sociedade Brasileira de Cardiologia que também oferecem informações atualizadas. Com relação ao **câncer**, essas informações podem ser acessadas nos sites do Inca e da Sociedade Brasileira de Cancerologia.



Saiba mais

Você pode acessar os sites dessas instituições e ampliar seus conhecimentos sobre essas Doenças Crônicas: Sociedade Brasileira de Diabetes: <<http://www.diabetes.org.br>>; American Diabetes Association: <<http://www.diabetes.org>>; Sociedade Brasileira de Hipertensão: <<http://www.sbh.org.br>>; Sociedade Brasileira de Cardiologia: <<http://www.cardiol.br>>; Inca: <<http://www.cancer.org.br>> e Sociedade Brasileira de Cancerologia: <<http://www.sbcancer.org.br/home2/site/>>.

Você pode optar, ainda, pela **abordagem interdisciplinar** que é outro elemento que contribui para uma Educação em Saúde em consonância com as evidências apresentadas anteriormente. Com esta abordagem tem-se obtido melhores resultados na Educação em Saúde. No entanto, para desenvolvê-la é necessário que os diferentes profissionais envolvidos estejam articulados e trabalhem em parceria, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. O enfermeiro, reconhecidamente, tem papel de destaque como articulador da equipe, promovendo a construção coletiva de estratégias de educação em saúde. Neste processo estão envolvidos:

- a) Seleção da abordagem educativa;
- b) Estratégias a serem utilizadas;
- c) Materiais de apoio;
- d) Avaliação de processo e resultados;
- e) Formas de intercomunicação entre os profissionais.

É importante que os profissionais construam um processo educativo harmonioso, voltado para as necessidades das pessoas em condição crônica.

Com relação à **finalidade da educação em saúde**, esta pode visar: à promoção da saúde com vistas à prevenção da condição crônica; à prevenção específica de determinada condição crônica, como por exemplo, diabetes, hipertensão, câncer; controle da condição crônica; prevenção de complicações/evolução da condição crônica.

Destacamos que um programa educativo deve englobar todas essas possibilidades, mesmo que desenvolva cada aspecto em momentos e espaços diferentes.

A Educação em Saúde voltada para a promoção da saúde visa superar a abordagem com foco somente na doença com a intenção de estimular as pessoas a adotarem hábitos de vida saudáveis. Deve estimular a consciência para que as pessoas possam tomar decisões melhores, envolvendo tanto as mudanças pessoais como as do meio ambiente. Busca, ainda, desenvolver nas pessoas um sentido de capacidade e responsabilidade pela própria saúde. Contribui para o desenvolvimento da cidadania, entendido como direito e inclui a dimensão social e política do processo saúde-doença (CÂMARA et al., 2012).

A Educação em Saúde para a prevenção da condição crônica deve ser realizada com a população em geral, mas pode ser direcionada também os grupos de pessoas mais vulneráveis a determinada condição crônica.

Um exemplo de grupos de pessoas que estão vulneráveis a desenvolver doença crônica são as crianças que não têm alimentação saudável. A obesidade é um fator de risco importante para várias condições crônicas, especialmente o diabetes. Nesse sentido, a Educação em Saúde realizada com essas crianças, visando a mudança de hábitos não saudáveis, é essencial para prevenir tal doença.

Conheça a seguir, de forma sintética, as evidências para o desenvolvimento de um processo educativo alinhado com a educação dialógica, inclusiva e de respeito ao indivíduo em condição crônica, são elas:

- a) O reconhecimento de que não há um único espaço para desenvolver educação em saúde, mas esta deve ocorrer em todos os momentos de interação com o usuário;
- b) Há necessidade de superação do modelo tradicional de educação, passando a compreender que os conhecimentos e as experiências dos usuários são essenciais no processo educativo;
- c) O profissional da saúde precisa manter-se atualizado em termos dos novos conhecimentos e tecnologias produzidos;
- d) A educação em saúde é interdisciplinar;
- e) Educação em Saúde precisa ter como meta o empoderamento das pessoas em condição crônica para o autocuidado e o exercício de sua cidadania.

A partir de agora, você estudará a Educação em Saúde para o controle da condição crônica e a prevenção de suas complicações. Vamos apresentar aspectos importantes para a Educação em Saúde de pessoas que já possuem uma condição crônica, visando manter sua qualidade de vida, por meio do controle da doença. Abordaremos a Educação em Saúde na consulta de enfermagem e na visita domiciliar, como os espaços privilegiados da atenção à saúde na Atenção Básica, mas que também podem ser utilizados em serviços especializados. Vamos lá!

Seja qual for o espaço no qual você implemente atividades educativas, construa possibilidades que garantam a participação ativa da pessoa em condição crônica e sua família, visando à autonomia dos sujeitos. E isso só é possível em modelos orientados pela pedagogia crítica, certo?

Visita Domiciliar como tecnologia educativa na promoção da saúde de pessoas em condição crônica

A visita domiciliar (VD) é uma prática de atenção à saúde

historicamente construída e que abrange, principalmente, o aspecto educacional em saúde, priorizando as orientações para o autocuidado, sendo a ação domiciliar que mais se destaca entre as estratégias de ação da Estratégia da Saúde da Família. (ABRAHÃO, 2011, p. 476).

A VD possibilita ao enfermeiro aproximar-se do contexto da pessoa em condição crônica, o que é essencial para o desenvolvimento de uma educação em saúde que considere as condições de vida e saúde das pessoas e suas famílias.

Note que a VD envolve tanto as atividades educativas quanto as assistenciais e constitui um dos elementos importantes na criação do vínculo entre profissionais e usuários (SANTOS; MORAIS, 2011).

A educação no espaço domiciliar possibilita o reconhecimento das relações familiares, dos vínculos afetivos e das redes sociais com que cada pessoa conta. Ressaltamos, mais uma vez, a importância que esse apoio tem para a pessoa em condição crônica, como parte do enfrentamento mais efetivo de sua condição. O enfermeiro tem na visita, excelente oportunidade para mobilizar esse apoio na família, identificando os mais próximos e com possibilidade de participar ativamente do cuidado.



Palavra do profissional

Como você tem incluído a família nos cuidados às pessoas em condição crônica? Você tem dado a atenção necessária à participação da família?

Abrahão (2011) destaca como vantagens da VD a aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, favorecendo o planejamento compartilhado das ações de saúde; o estreitamento do relacionamento entre a equipe de saúde e as famílias, afastando a formalidade que pode estar presente no serviço de saúde; a criação de maior proximidade e maior liberdade para tratar de assuntos mais íntimos. Porém, esta autora ressalta que é preciso ter atenção, pois a entrada no domicílio pode ser vista pelo paciente como um controle excessivo dos profissionais da saúde. Ao entrar na casa de uma família, você está entrando em um espaço privado, onde pode ser convidado a compartilhar a intimidade da família.

Observe que na VD, os pacientes costumam receber os profissionais da saúde como um visitante e seguem as regras sociais de oferecer algo para beber e/ou comer. É comum uma pessoa com diabetes, nos oferecer alimentos que não deveriam integrar sua dieta, como pães e bolos. Isso já aconteceu com você? Qual foi a sua reação? Você se sentiu desconfortável, incomodado com a situação?

Essa é de fato uma situação delicada, todavia, criticar abertamente essa situação pode ser considerado como uma ofensa, pois você é um convidado para ela. A habilidade de lidar com isso precisa levar em consideração as regras sociais, tais como, não criticar o dono da casa, aceitar o que lhe é oferecido. Porém, você não pode deixar de considerar essa situação como uma relevante informação que pode ser objeto de discussão em outro momento, como parte do processo educativo. O limite é tênue, como ressalta Abrahão (2011), e, às vezes, na prática, não fica claro como lidar com a situação. Você deve ter em mente que o primeiro passo é o estabelecimento do vínculo e que, somente quando este representa uma base importante na interação entre as pessoas e os profissionais, é que se pode avançar para obter maior impacto nas ações terapêuticas, especialmente, quando estas envolvem mudanças de comportamento.

A realização da Visita Domiciliar requer alguns passos importantes, como o planejamento e o registro das atividades desenvolvidas.

A VD precisa ser planejada pelo profissional. Esse planejamento não é um roteiro rígido, pois cada visita pode transcorrer de maneira diferente, seguindo um fluxo mais natural de acordo com o perfil das pessoas presentes e das oportunidades que surgem no encontro. No entanto, o enfermeiro precisa ter clara a finalidade da VD, os objetivos que espera alcançar, o conteúdo educativo e o modo como será desenvolvida a atividade educativa. Após apresentar-se e iniciar com uma conversa mais descontraída, é importante informar a intenção da visita.

Para o desenvolvimento das atividades educativas realizadas no domicílio é necessário um caráter mais descontraído, buscando elementos da vida cotidiana para serem trabalhados, dando maior concretude ao tema que está sendo abordado. Isto significa fazer uma conexão com o cotidiano dessas pessoas, fazendo uma abordagem a partir de exemplos do que é vivido por elas.

O uso de materiais educativos de apoio pode ser uma estratégia importante, mas não é essencial, o mais importante é a postura do profissional, que inclui abertura para ouvir e sensibilidade para compreender o ponto de vista do outro – a pessoa e sua família.

A educação em saúde é um processo, portanto, não será apenas numa visita ou consulta que serão abordados todos os aspectos necessários para a pessoa desenvolver seu cuidado em saúde. Por exemplo, pessoas que tiveram um diagnóstico recente de câncer podem estar mais preocupadas com sua sobrevivência, do que com detalhes específicos do tratamento. Em algumas situações, nem todas as pessoas da família já sabem desse diagnóstico e o enfermeiro precisa ser cuidadoso para não criar situações mais difíceis.

Faz parte da VD, o registro detalhado do que foi desenvolvido, com o objetivo de orientar a continuidade do trabalho. Uma avaliação da visita deve fazer parte dos registros, destacando se a mesma atingiu seus objetivos e ainda, perceber a evolução da família na resolução de seus problemas.

Consulta de Enfermagem como tecnologia educativa na promoção da saúde de pessoas em condição crônica.

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma atividade prevista pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), que regulamentou o Exercício da Enfermagem e a estabeleceu como privativa do enfermeiro. Outras portarias e resoluções de diferentes instâncias têm sido estabelecidas sobre a CE, inclusive a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 159 de 1993 (COFEN, 1993), que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, em instituições públicas e privadas e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.



Saiba mais

Você pode conhecer os detalhes da Lei nº 7.498/86 acessando o link: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-normaatualizada-pl.pdf>>.

Para saber mais sobre a Resolução nº 159/93 acesse: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html>.

O estudo realizado por Moura et al. (2011) concluiu que a consulta de enfermagem é uma das principais estratégias utilizadas por enfermeiros que cuidam de pessoas portadoras de HA com o objetivo de adesão ao tratamento. No entanto, conforme aponta, o estudo conclui que a consulta de enfermagem não vem sendo realizada de maneira organizada e sistemática, limitando-se a uma pré-consulta médica, ou mesmo, a pós-consulta.



Palavra do profissional

Como você, enfermeiro, vem realizando a consulta de enfermagem? Você percebe a CE como relacionada ou dependente da consulta médica? Lembre-se de que o trabalho interdisciplinar pressupõe interação entre as ações dos profissionais, mas não uma dependência!

O avanço da implantação da consulta de enfermagem nas unidades básicas de saúde foi observado a partir da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste programa, a consulta de enfermagem passou a ser realizada de forma contínua, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família. Embora a consulta de enfermagem atualmente seja uma prática prestada de modo sistemático, no atendimento das famílias assistidas pelas Equipes de Saúde da Família, ainda existe a percepção de que, na prática, nem todos os enfermeiros estão aptos para realizá-la, nem interagem tranquilamente com esta atividade (MOURA et al., 2011).



Palavra do profissional

E você realiza sistematicamente a consulta de enfermagem no seu cotidiano? Você concorda com essa percepção?

Podemos observar que no caso do atendimento a pessoas com DM e HA essa realidade não é diferente. Apesar da consulta de enfermagem ser usada rotineiramente no atendimento desta clientela percebe-se uma atuação fragmentada do enfermeiro, desconectada dos demais profissionais e voltada para a resolução de problemas pontuais.

A Consulta de Enfermagem, pelo contato direto com o cliente, direciona as ações do enfermeiro e está fundamentada na necessidade de que as intervenções implementadas tenham base científica. Através da consulta, o enfermeiro pode desenvolver a Educação em Saúde, por meio de um diálogo aberto com vistas à promoção da autonomia.

Alguns elementos devem estar presentes na realização da consulta de enfermagem tais como: interesse pelo outro, afetividade, respeito, comunicação eficaz, dentre outros.

Atente que o enfermeiro, ao assumir essa postura e demonstrar as suas habilidades clínicas, é visto pela pessoa em condição crônica como alguém de confiança a quem são revelados não somente os problemas de ordem biológica, mas também as questões familiares, sociais, econômicas e emocionais (MOURA et al., 2011).

A inexistência de uma relação de confiança entre enfermeiro e paciente em condição crônica pode contribuir para a não adesão ao tratamento. Nesse sentido, destacamos alguns aspectos importantes para a realização de uma boa consulta de enfermagem:

- a) Ter tempo para a consulta;
- b) Realizar a consulta com calma e envolvimento;
- c) Manter um ambiente agradável: silencioso, com privacidade, bem ventilado e iluminado;
- d) Utilizar linguagem clara e acessível garantindo que as discussões sejam bem compreendidas pela pessoa;
- e) Escolher uma teoria e organizar um instrumento de coleta de dados baseado nesta teoria e seguir as etapas já expostas do processo de enfermagem;
- f) Implementar as ações previstas durante a consulta, grupos educativos ou visita domiciliar;
- g) Avaliar as intervenções de enfermagem analisando se os resultados esperados foram alcançados.



Palavra do profissional

Tome esses itens como um roteiro para analisar sua prática de consulta de enfermagem. Como você se saiu? Suas consultas atendem esses itens?

Toda consulta exige do enfermeiro conhecimentos específicos de sua área; habilidades técnicas; conduta ética; competência para condução de forma interativa, sem práticas coercitivas, punitivas e de verticalização dos procedimentos adotados. Os planos de ação devem ser desenvolvidos por meio de negociação (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Você não deve esquecer que o registro da consulta é essencial para que outros profissionais possam acompanhar a situação do paciente. O registro dos fatos observados e das ações desenvolvidas constitui um importante meio de comunicação entre os profissionais, viabilizando a continuidade para a melhoria da qualidade de vida do paciente (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

2.3.2 Grupos como tecnologia educativa para a promoção da saúde

Quando discutimos a questão de tecnologias em saúde, temos que ressaltar a relevância dos trabalhos de educação em saúde em grupos como prática educativa e de promoção da saúde das pessoas que convivem com as doenças crônicas.

Teixeira E. (2007) discute essa questão, enfatizando que o atual contexto suscita o viver/conviver em comunidade. As práticas educativas em grupo, como as tecnologias socioeducativas (aqui representando as tecnologias leves), emergem como possibilidades para intensificar tais processos, bem como para fornecer subsídios para educar/cuidar com vistas a autonomia e a emancipação dos indivíduos.

Fique atento. As práticas educativas em grupo precisam ser estimuladas e/ou fortalecidas para a manutenção e/ou promoção da saúde e da qualidade de vida.

Acreditamos na formação de grupos para os mais diversos problemas de saúde, como forma de participação social e expressão dos indivíduos na defesa de seus direitos e na busca de soluções para os seus problemas. A educação em saúde em grupos apoia-se nos pressupostos da promoção da saúde, como uma orientação para o potencial de autoajuda do indivíduo e engajamento social.

Mas, por que um grupo? Convidamos você a refletir a respeito destas questões:

- a) Homem é um ser social e vive em grupos;
- b) O trabalho em grupo permite compartilhar experiências e decisões;
- c) Permite decisões mais acertadas e conclusões mais ricas a partir da troca de experiências e discussões;
- d) Permite a troca de conhecimentos e reflexões.

As vantagens da realização de grupos consistem em facilitar a construção coletiva de conhecimento e a reflexão acerca da realidade vivenciada pelos seus membros, possibilitar a quebra da relação vertical (profissional-paciente) e facilitar a expressão das necessidades, expectativas e angústias (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Ao compartilharem suas vivências e experiências, os participantes constroem outras possibilidades para o enfrentamento da sua condição crônica.

Dessa forma, as ações educativas em grupo propiciam a progressiva incorporação de novos conceitos, interação e coesão, maior comunicação entre as pessoas (tanto profissionais como pacientes), e maior significado atribuído às ações, que são valorizadas a partir do compartilhamento das experiências e vivências, sejam profissionais ou pessoais. Neste sentido, vale lembrar Freire (2002, p.25), quando afirma que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”, numa constante troca de conhecimentos. Em consonância com esta afirmação podemos observar que a maioria das grandes ideias é fruto do trabalho coletivo, de grupos de pessoas, que favorecem a criatividade e as novas concepções, atuando de forma dinâmica para chegar aos resultados.

Observe que os grupos são dispositivos de transformação, ou seja, instrumentos que possibilitam aos seus participantes mudanças de ideias e práticas, e tais mudanças trazem um impacto na cultura local com um papel multiplicador/irradiador no contexto mais global. Essa dialética entre a dinâmica interna e externa é que torna o grupo uma estratégia para produzir saúde Teixeira E. (2007).

O trabalho de grupos em atenção primária é uma alternativa para as práticas assistenciais, favorecendo o aprimoramento de todos os envolvidos. Esse aperfeiçoamento acontece não apenas no aspecto pessoal, mas também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Ao abordarem o tema, Dias, Silveira e Witt (2009) reforçam que, no contexto da organização da Atenção Básica no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição das equipes que integram o Programa de Saúde da Família. Estudos sobre o trabalho na Atenção Básica refletem a diversidade das práticas

desenvolvidas com grupos compostos por pacientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, tais como as crianças, as gestantes, os portadores de doenças crônico-degenerativas, dentre outros.



Palavra do profissional

Você tem realizado grupos com os usuários do seu serviço? Já parou para refletir em como constituir um grupo no contexto dos serviços de saúde?

Tenha em mente que o grupo pode ser composto de duas ou mais pessoas, cuja interação traz novas qualidades que não possuem os integrantes separadamente. Neste sentido, resulta num trabalho mais criativo, com maior qualidade e capacidade para a solução dos problemas. Nos grupos, as pessoas se inter-relacionam e interagem com o meio que as rodeia.

No grupo, cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, embora possua o mesmo objetivo do grupo (papéis desempenhados pelos participantes), (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

O grupo é composto por pessoas movidas por necessidades semelhantes, a partir de uma realidade existente, assumindo uma maneira própria de agir e pensar. Existem vários tipos de grupos, cada um com o seu objetivo e estes objetivos devem ser construídos de forma participativa. Alguns grupos podem: oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, melhorar seu autocuidado ou oferecer psicoterapia (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Neste sentido, Zimmerman e Osório (1997) propõem a classificação em dois distintos grupos segundo a finalidade para a qual foram criados: grupos operativos e grupos psicoterápicos, que por sua vez subdividem-se em outras ramificações. Neste texto, não nos aprofundaremos nos grupos psicoterápicos que se destinam a formas de psicoterapia e envolvem atuação profissional específica.

O conceito de **grupos operativos** tem a mais extensa aplicação prática e abrange quatro campos segundo Zimmerman e Osório (1997):

- a) Ensino-aprendizagem – neste grupo a essência é o *aprender a aprender* e que “mais importante do que encher a cabeça de conhecimentos é formar cabeças”;

- b) Institucionais – são desenvolvidos em instituições em geral, como escolas, igrejas, associações de classes, empresas, dentre outros;
- c) Comunitários – visam a participação comunitária e envolve um grupo de pessoas que se reúne na busca de algo comum, que tem a ver com as suas necessidades, seus desejos, para exercerem e viverem melhor sua cidadania e sua qualidade de vida;
- d) Terapêuticos - os grupos operativos terapêuticos visam fundamentalmente a melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja no plano da saúde orgânica, quer no psiquismo, ou em ambos.

Silva et al. (2003), por sua vez, apresentaram alguns tipos de grupos que são semelhantes aos expostos anteriormente:

- a) **Grupo Focal:** grupo de pessoas que se reúne para abordar um tema de interesse específico. Objetiva discutir um tema/assunto de interesse coletivo, investigar questões complexas e produzir conhecimento;
- b) **Grupo Terapêutico:** constituído por um grupo de pessoas com problema específico, que buscam a superação do mesmo pela aprendizagem de novas habilidades e conhecimentos para o cuidado à saúde;
- c) **Grupo de Convivência:** composto por um grupo de pessoas com a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Tem por objetivo formar uma rede de suporte social, desenvolver a autonomia dos seus integrantes, ampliar a criatividade, desestigmatizar a imagem no grupo, oportunizar a livre expressão dos participantes sobre emoções e conhecimentos, bem como estabelecer articulações com outros grupos e instituições;
- d) **Grupo Comunitário/Social:** formado a partir das necessidades de saúde das pessoas de determinada comunidade, priorizando o coletivo e procurando despertar o sentimento de cidadania.

Repare que, ao considerarmos o objetivo a ser alcançado, os grupos também podem ser classificados em:

- a) **Grupos de Aprendizagem:** grupo de pessoas que se reúne para satisfazer a necessidade de aprendizagem, compartilhar ideias, sentimentos, com objetivo de superação individual;
- b) **Grupos de Ação:** constituído por pessoas que buscam atuar com os demais, planejar as ações, tomar decisões, visando à produtividade.

Lembre-se que esses grupos não existem puros na sociedade, mas inseridos em um contexto social dinâmico.

Consideramos importante apresentar ainda a classificação dos grupos apresentada por Dias, Silveira e Witt (2009), para quem os grupos se classificam segundo os seus objetivos, são eles:

- a) **Grupos de suporte:** podem ajudar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações. Oferece a possibilidade de pessoas com situações semelhantes poderem compartilhar experiências comuns. São exemplos: grupos com familiares de pessoas hospitalizadas como de crianças com câncer, em estado crítico ou terminal, pacientes psiquiátricos, entre outros;
- b) **Grupos de socialização:** tem o objetivo de socializar, em geral podem ajudar pessoas que tiveram algum episódio de perda e que interromperam seus vínculos sociais. O fundamental, neste caso, é a possibilidade que o grupo pode oferecer para o indivíduo de procurar novas alternativas para suas satisfações interpessoais e a adequação de seu perfil para o meio em que vive (pessoas que perderam seus parceiros, aposentados, pessoas que foram amputadas, pacientes psiquiátricos);
- c) **Grupos de autocuidado:** tem a finalidade de melhorar o autocuidado e ajudar pessoas a alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos, pois permite a troca de experiências. São exemplos: as pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e outros, que podem, no grupo, receber informações que lhe proporcionem uma atividade mais saudável;
- d) **Grupos terapêuticos:** oferecem psicoterapia e são conduzidos por profissionais e terapêuticas específicas.



Palavra do profissional

Para você, existe um tipo de grupo mais adequado aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis? Dentre as classificações apresentadas, quais tipos de grupos poderiam ser utilizados em sua prática cotidiana e com qual finalidade?

Definido o tipo de grupo e os objetivos a serem atingidos, na maioria das vezes, cabe ao enfermeiro organizar a atividade. É importante que sejam observadas as etapas de planejamento da atividade, com a viabilidade do seu desenvolvimento, como: perfil e número dos participantes, **infraestrutura necessária**, cronograma, duração e frequência dos encontros.

Infraestrutura necessária: local para realização e capacitação dos profissionais.



Palavra do profissional

Para operacionalizar uma atividade de educação em grupo você pode adotar um dos modelos apresentados no módulo III: o arco de Maguerez ou o Círculo de cultura, ou ainda, propor uma metodologia ativa que guarde os princípios da pedagogia crítica.

Para operacionalizar o grupo, deve ser definido o contrato de trabalho (definições conjuntas de regras), a coordenação (se fixa ou rotativa) e o modo de condução (com oficina, palestra-discussão ou debates) (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Segundo Zimerman e Osório (1997), diante da decisão de criar e compor um grupo devemos estar aptos a responder a algumas questões, que vão dar ideia do que pretende e como operacionalizá-lo. Sem estas respostas é muito provável que se terá um clima de confusão, incertezas e mal-entendidos no grupo. Confira as questões:

- a) Quem vai ser o coordenador? (qual a sua logística e seu esquema referencial?);
- b) Para que finalidade o grupo está sendo composto? (é um grupo de ensino-aprendizagem? De autoajuda? Psicoterápico?);
- c) Para quem ele se destina? (adultos, crianças, gestantes, alunos? Estes estão motivados?);
- d) Como ele funcionará? (será homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado, qual o número de reuniões, qual o tempo de duração?);
- e) Onde funcionará, em quais circunstâncias e com quais recursos? Se for previsto em uma instituição, tem apoio administrativo para a sua realização? Conseguirá manter o local e a sua continuidade?

Estas definições devem estar claras para o enfermeiro ao decidir pela criação de um grupo no seu serviço. Como geralmente acaba assumindo a coordenação da atividade, é importante salientar o que se espera desse profissional. Nesse sentido, quanto aos atributos desejáveis para um coordenador de grupo, Zimmermann e Osório (1997) salientam que além dos conhecimentos necessários, de habilidades e atitudes, são indispensáveis:

- a) Gostar e acreditar em grupos – gostar do que faz diminui o desgaste pessoal;
- b) Ser continente – capacidade de conter as angústias e necessidades dos outros e também as suas;
- c) Ter empatia – colocar-se no local de cada um do grupo e entrar no clima grupal;
- d) Ter boa comunicação – tanto como emissor como receptor, usar a linguagem verbal e a não verbal;
- e) Ser verdadeiro – se não tiver amor às verdades e preferir não enfrentá-las não servirá de modelo para o grupo;
- f) Ser ético e ter respeito – manter o sigilo e olhar o outro sem rótulos;
- g) Ter senso de humor – pode ser firme sem ser rígido, flexível sem ser frouxo; pode descontraír, rir, brincar sem perder o seu papel e manter os limites necessários.

Observe que o enfermeiro, como coordenador e facilitador do grupo, assume a liderança contribuindo para a solução dos problemas ou para propiciar a construção de elementos que promovam um viver melhor com a condição crônica. Para isso, necessita desenvolver habilidades e atitudes, bem como estar atento às questões que servem de barreiras ao desenvolvimento do grupo. Podemos apontar algumas, muitas delas relacionadas à atuação do coordenador, confira quais são elas:

- a) Interrupção das discussões ou discussões colaterais;
- b) Comentários sarcásticos ou atitudes negativas;
- c) Ignorar os comentários dos outros;
- d) Discutir muito entre poucos membros;
- e) Fazer gestos faciais negativos;
- f) Dominação da discussão por alguns membros ou propensão ao consenso;
- g) Isolamento de alguns ou subestimar a contribuição de outros;
- h) Atitudes defensivas e rejeição a retroalimentação.

Fique atento, pois, à medida que estas barreiras aparecem, o grupo tem menos oportunidades para compartilhar soluções e decisões, pois a ação é cada vez menor, bem como pela qualidade das inter-relações entre os membros do grupo.

No grupo de Educação em Saúde você pode abordar diversos temas, de acordo com os interesses, as necessidades e a composição do grupo. Para exemplificar, apresentamos os temas indicados por Dias, Silveira e Witt (2009) ao trabalharem com pessoas portadoras de diabetes:

- a) Na vivência de ser diabético ou hipertenso - quando os pacientes podem expor as questões como a dificuldade em lidar com os limites impostos pela doença e a reflexão sobre fatores particulares da vida que entendem como influentes no seu quadro clínico;
- b) A *receita de saúde e doença* - cujo objetivo principal é ampliar a conscientização dos pacientes sobre sua parcela de responsabilidade no tratamento, além de possuir um caráter informativo;
- c) Os sentimentos;
- d) A experiência de se deparar com seus próprios limites;
- e) A preocupação;
- f) A experiência de fazer uso de medicamentos, dentre outros.

Lembre-se: os temas a serem discutidos no trabalho em grupo devem emergir dos participantes, considerando suas necessidades, interesses e expectativas. Isso garante que a aprendizagem seja significativa.

Diante de todos os tipos de grupos educativos, a dinâmica de Grupos Operativos tem sido uma das técnicas mais utilizadas na área da saúde para promover a aprendizagem. Como técnica de trabalho coletivo, e a existência de um mesmo objetivo, supõem a necessidade de que os membros do grupo realizem um trabalho ou tarefa em comum, a fim de alcançá-la. Essa tarefa consiste em organizar os processos de pensamento, comunicação e ação entre os integrantes. Assim, os profissionais de saúde seriam responsáveis por proporcionar as condições favorecedoras do processo de aquisição de conhecimentos, que contribuiriam para mudanças no controle das doenças crônicas não transmissíveis (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Note que os temas precisam estar contextualizados na realidade econômica, social e cultural dos sujeitos, envolvendo a discussão de temas que vão além da sua patologia ou do uso de medicamentos. Implica em envolver seus familiares e demais membros da sua rede de apoio, que podem ter participação ativa no enfrentamento e cuidados necessários à condição crônica.



Saiba mais

Você pode aprofundar seus conhecimentos sobre a organização de grupos fazendo a leitura do texto:

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/330>>.

Ao discutir a ação da Enfermagem no desenvolvimento de atividades em grupos, Teixeira E. (2007) salienta que entre as razões que levam os profissionais de enfermagem ao trabalho grupal é a procura de uma alternativa para atender pessoas. Opondo-se principalmente a um cuidado tradicional que privilegia o aspecto curativo e o atendimento das necessidades e/ou circunstâncias de alguns serviços, como ambulatórios e centros de saúde, e não as necessidades dos clientes. Principalmente se considerarmos que o modelo assistencial contemporâneo ainda é primordialmente centrado na atenção à demanda de ações curativas e individuais (RUMOR et al., 2010).

O profissional de saúde enfermeiro pode usar da tecnologia educativa desenvolvida nos grupos para ajudar o paciente a realizar **atividades**, sendo que esse recurso é muito importante no processo de promover a saúde de pacientes que convivem com as doenças crônicas. As tecnologias educativas propiciam avanços na compreensão destes sujeitos quanto ao seu processo saúde-doença, identificando sua determinação e decidindo por novas possibilidades de ser saudável e que contribuam na sua qualidade de vida.

Atividades das mais simples até as mais complexas, das mais rotineiras a reflexão crítica da realidade.

2.4 Resumo

Nesta unidade abordamos a educação em saúde como uma tecnologia de cuidado direcionada à pessoas em condições crônicas. Discutimos ainda algumas referências teóricas e práticas que podem contribuir para o desenvolvimento das atividades educativas no cotidiano dos profissionais de saúde. Resumindo, a educação é uma importante tecnologia aplicada na prevenção e controle das condições crônicas, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e conhecimento para a promoção da saúde das pessoas com DCNT

Discutimos a Educação em Saúde, individual e em grupo com abordagens que valorizam o conhecimento e as vivências das pessoas na construção de novos conhecimentos e habilidades, seja através de consultas, visitas domiciliares ou de atividades em grupos.

Enfim, esperamos ter levado você a refletir criticamente sobre a realidade, através das práticas educativas como tecnologia no processo de cuidar, promover a saúde no conviver com as doenças crônicas.

2.5 Fechamento

Ao finalizarmos esta unidade, aspiramos ter contribuído para a sua reflexão a respeito da compreensão da educação individual ou em grupo como uma importante tecnologia para o cuidado de pessoas que convivem com alguma condição crônica. Entendemos que esse é um processo permanente, considerando que sempre teremos que ensinar e aprender frente às vivências e experiências de cada indivíduo ou grupo.

As práticas educativas apresentam-se como a melhor maneira de atuação dos profissionais de saúde para conscientizar a pessoa que vive com uma condição crônica sobre a importância do autocuidado. É um momento de construção no qual indivíduo e profissionais de saúde discutem todas as informações acerca da doença, do tratamento e formas de controle para melhor qualidade de vida, minimizando os reflexos da DCNT na vida dessas pessoas.

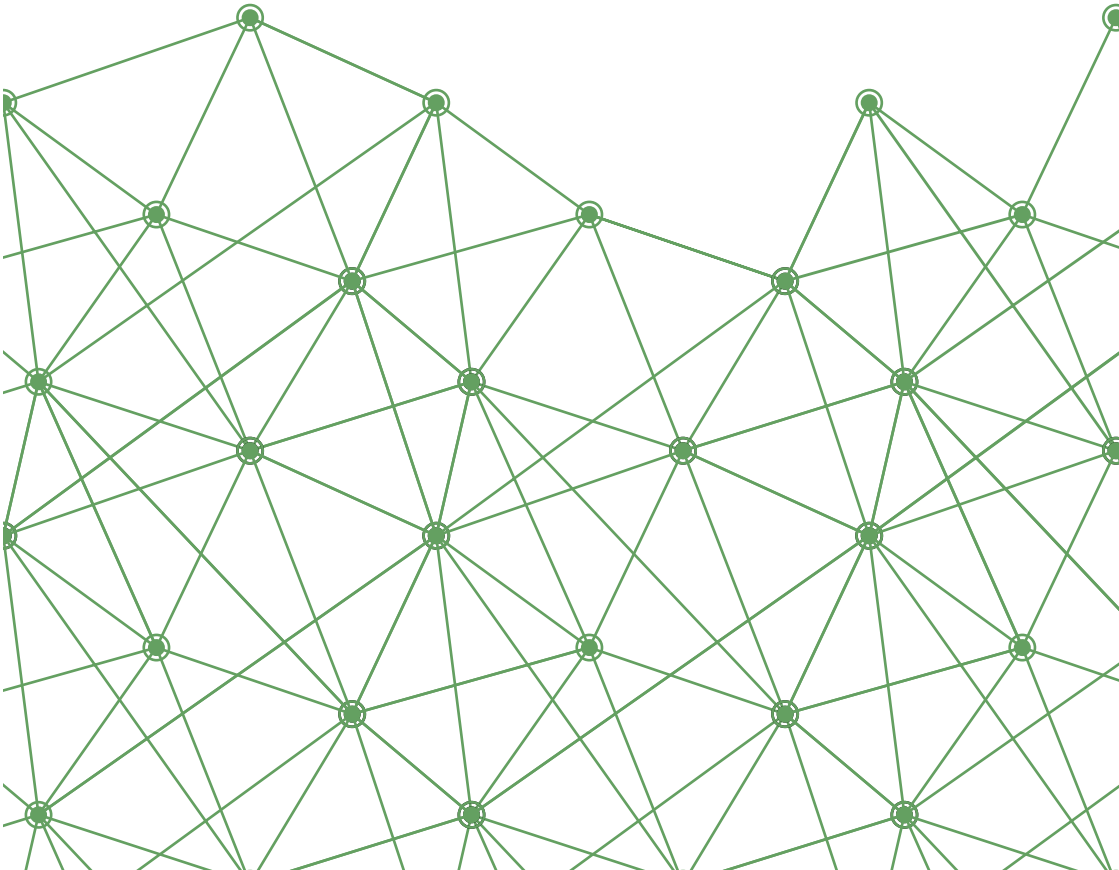
2.6 Recomendação de leitura complementar

MACHADO, M.F.A.S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

SABÓIA, V. M.; VALENTE, G. S. C. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. **Rev.Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 17-26, 2010.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na ilha de Caratateua, Belém. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 15515-9, 2007.

UNIDADE 3



Unidade 3 - Práticas integrativas e complementares em saúde

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de compreender os conceitos e de identificar as práticas de atenção em saúde alternativas.

3.1 Introdução

As práticas consideradas como alternativas ou complementares não integravam o corpo de conhecimento dos profissionais da saúde até pouco tempo atrás. No entanto, essas práticas vêm se ampliando e, agora, fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde como tecnologia de cuidado em saúde, que muito tem contribuído para uma prática que converge para as necessidades de saúde da população. Há legislação e pesquisas que indicam a necessidade do enfermeiro aproximar-se mais desse conhecimento.

A proposta desta Unidade é de mostrar algumas dessas práticas, com a intenção de sensibilizá-lo para sua possível utilização. No entanto, aqui você não será habilitado para utilizá-las. Essa capacitação para desenvolver práticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, dentre outros, é obtida através de cursos específicos.

Apresentaremos os conceitos dessas práticas integrativas e complementares; apresentaremos as regulamentações existentes para o exercício dessas práticas; abordaremos ainda algumas práticas consideradas mais comuns, apontando seus riscos e benefícios; e, ao final, discutiremos com você o papel do enfermeiro nessas práticas.



Palavra do profissional

Em sua unidade de atenção a saúde, há disponibilidade de práticas complementares? Qual sua opinião com relação a esse tema? Vamos pensar juntos?

3.2 Práticas integrativas e complementares de saúde

As Práticas Integrativas Complementares de Saúde (PICS), também conhecidas como alternativas ou holísticas (SOUZA; LUZ, 2009) constituem-se num grupo diversificado de cuidados médicos, práticas e produtos do sistema de saúde, que não são atualmente considerados como parte de medicina convencional, isto é, medicina praticada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros (GARROW; EGEDE, 2006). Há muitas discussões e posições acerca da concepção dessas práticas, de serem alternativas ou complementares. Observe que as Práticas Alternativas colocam-se como outra possibilidade de cuidados ou tratamentos, não no sentido de substituir o tratamento médico convencional pelas Práticas Complementares, mas no sentido de manter o tratamento da biomedicina e acrescentar outras práticas que complementem o tratamento. Ambas as abordagens têm gerado conflitos. Esperamos que este texto o ajude a compreender melhor o que está envolvido nestas discussões.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no final da década de 70, século XX, criou o Programa de Medicina Tradicional, incentivando os países membros a formularem políticas públicas para o uso racional e integrado da Medicina Tradicional e da Medicina Complementar/Alternativa (MT/MCA) estimulando, assim, a realização de pesquisas que possibilitem o uso seguro e eficaz dessas práticas (BRASIL, 2006b).

A criação desse programa pela OMS foi decorrente do reconhecimento de que a maioria das pessoas no mundo não tem acesso ao atendimento primário da saúde, por falta de recursos ou pela distância dos serviços de saúde. Para essas pessoas, as plantas medicinais são os principais medicamentos (VEIGA JUNIOR, 2008).

Podemos verificar que, no Brasil, essas práticas começaram a ter maior reconhecimento e uso mais ampliado a partir da década de 1980. Em 2006, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio de Portaria do Ministério da Saúde nº 971/2006/MS (BRASIL, 2006b). Essa portaria autoriza as terapias alternativas no Sistema Único de Saúde (SUS) padronizando os procedimentos para a prestação desses serviços na rede pública. A principal justificativa é fato destas práticas já virem sendo utilizadas em muitos municípios e estados sem uma regulamentação específica. Justamente por conta da ausência de diretrizes específicas o acesso pelo usuário a estas terapias dava-se de forma desigual de modo que os usuários da rede pública ficavam privados da utilização de tais práticas.



Saiba mais

Para sua melhor compreensão sugerimos a leitura do documento oficial do Ministério da Saúde, disponibilizado no link: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>.

Sugerimos ainda que você leia a Portaria nº 971 de 03/05/06 que Aprova a Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>.

Repare que a inclusão de tais práticas objetiva estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde que, além do uso de tecnologias eficazes e seguras, têm como referência a escuta acolhedora; o desenvolvimento do vínculo terapêutico; a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; a visão ampliada do processo saúde-doença; e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006b).

Podemos observar que as PICS vêm sendo cada vez mais procuradas pelas pessoas que desejam a cura, cuidados menos agressivos ou a prevenção de doenças, ganhando cada vez mais espaço nos ambientes públicos, privados, ambulatoriais ou hospitalares.

Muitos profissionais da saúde passaram a buscar formação nessas práticas, como forma de ampliar os cuidados à saúde, especialmente de pessoas em condição crônica que requerem o uso contínuo de medicamentos e tratamentos, muitas vezes, tão agressivos quanto a própria doença.

A busca de elementos naturais, tais como plantas e águas minerais, bem como de práticas milenares como a acupuntura e massagens, passaram a ser uma realidade na atenção à saúde. Souza e Luz (2009) entendem que o surgimento e desenvolvimento das PICS foram motivados por um conjunto de situações, portanto, não podemos atribuir uma única causa. Segundo os autores, a orientalização do Ocidente, o holismo e a crise da saúde e da medicina foram elementos que trouxeram esses tratamentos para a área da saúde, até então, somente focalizada no conhecimento científico.

Lembre que há diferentes modos de ver o mundo, que está orientado pelas crenças e valores, o que chamamos de paradigma. E que a atenção em saúde historicamente e hegemonicamente está orientada pela visão fragmentada e objetivista do ser humano.

O Sistema Único de Saúde aponta para outra direção, buscando integrar uma visão holística do ser humano.

Veja que a orientalização do Ocidente é parte do movimento de aceitação de outras visões de mundo que valorizam a integração entre homem, natureza e sociedade, especialmente aquelas vindas de concepções e práticas mais comuns no Oriente. O holismo segue esse mesmo movimento, como uma ferramenta no enfrentamento ao individualismo, buscando olhar para a sociedade e para cada indivíduo como uma totalidade.

A crise na saúde e na medicina surge como reflexo do movimento capitalista, que agravou as desigualdades sociais nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, resultando no aumento ou no surgimento de problemas como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, cuja atenção convencional não deu conta. Diante da falta de atenção individualizada e da inexistência de uma relação mais próxima com o profissional da saúde, verificou-se a necessidade do resgate de valores perdidos, como as práticas que valorizam o sujeito e sua relação com o terapeuta (SOUZA; LUZ, 2009).

Podemos notar que a inclusão das PICS no cotidiano da saúde tem gerado polêmica sobre seus usos e sobre quem tem autoridade, direito e/ou capacidade de realizá-las. Vamos discutir essa situação ao longo dessa unidade.

3.3 Regulamentações para a prática

Além da Portaria nº 971/2006/MS, que mencionamos, existem resoluções específicas dos Conselhos Profissionais que regulamentam a utilização das PICS. Vários **Conselhos Profissionais** da área da saúde reconhecem as práticas integrativas e complementares de saúde e regulamentam essas práticas através de resoluções específicas.

Fisioterapia, Terapia ocupacional, Enfermagem, Odontologia e medicina Veterinária.



Palavra do profissional

Você conhece as práticas complementares mais utilizadas em sua comunidade e o seu modo de ação, para poder orientar sua utilização pela comunidade?

A Resolução COFEN nº 197 de 1997 estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. Vamos conhecer quais as Terapias Alternativas reconhecidas pelo COFEN? Confira:

- a) Acupuntura;
- b) Iridologia;
- c) Fitoterapia;
- d) Reflexologia;
- e) Quiropraxia;
- f) Massoterapia, dentre outras.

Fique atento, essa regulamentação define que, para exercer tais práticas, o profissional de Enfermagem deverá ter sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, ter concluído o curso com uma carga horária mínima de 360 horas.

Para o exercício de Acupuntura e registro de Especialização em Acupuntura temos a Resolução COFEN nº 326 de 2008. De acordo com esta resolução, o curso deve ter duração mínima de dois anos, sendo um terço de atividades teóricas, a carga horária deve ser de no mínimo 1.200 horas.



Saiba mais

Conheça os detalhes desta resolução acessando-a no link:
<<http://site.portalcofen.gov.br/node/5414>>.

Conforme você viu anteriormente, somente em 2006 foi aprovada, por meio da Portaria nº 971/2006/MS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Esta política incluiu como Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do

SUS: Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura (práticas corporais, *shiatsu* etc); Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo Social/Crenoterapia (uso de águas minerais de forma complementar a tratamentos de saúde); e Medicina Antroposófica (busca o conhecimento do ser humano considerando sua relação com a natureza, sua vida emocional e sua individualidade). Repare que, conforme definição dessa Portaria, tais práticas deverão ser realizadas por profissional da área, com formação específica.

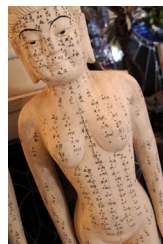


Saiba mais

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre a Portaria que Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>.

Vamos estudar na sequência algumas dessas terapias alternativas: a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia, o termalismo e a medicina antroposófica.

A **acupuntura** é uma atividade reconhecida como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas Unidades Federais. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo País. Os dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões (BRASIL, 2006b).



A acupuntura, além de regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução nº 197/97, e da Resolução do COFEN nº 326/2008, também é regulamentada no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) pela Resolução nº 219/2000 e pela Resolução nº 406/2011 ambas do COFFITO.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por sua vez, *declara-se contra a utilização da acupuntura por todos os profissionais não médicos*. Neste sentido, o CFM já requereu na justiça a decretação de nulidade da Resolução nº 219/2000, do COFFITO - que reconhece a acupuntura como especialidade profissional do fisioterapeuta - para impedir que o COFFITO habilite seus inscritos a exercer o ofício. (BRASIL, 2004).

Nota da Associação Médica Brasileira – AMB disponível no site da Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura - SMBA.

O CFM argumenta que a acupuntura é um procedimento invasivo que deve ser realizado somente por médicos. Em março de 2012, Tribunal Federal Regional (TRF) da 1ª Região decidiu que a acupuntura é uma prática exclusivamente médica. Porém, essa decisão ainda está sendo questionada.



Saiba mais

Conheça mais detalhes da Sentença 393 de 2004 acessando o link: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=503&psecao=3>.



Palavra do profissional

Você conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? Já tinha ouvido falar dela em seu ambiente de trabalho? O que você pensa sobre isso? É importante que você tenha um posicionamento sobre o assunto. Informe-se e discuta com seus colegas.

A **homeopatia** foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução nº 1000. Em 1990 foi criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH) e em 1992 foi reconhecida como uma especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia pela Resolução nº 232. Em 1993 foi criada a Associação Médica-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB) e em 2000 com a Resolução nº 662 foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária como uma especialidade (BRASIL, 2006b).

Note que a homeopatia também é aceita como prática médica na Inglaterra,

Índia e alguns estados dos Estados Unidos, como Arizona, Connecticut e Nevada, e sendo utilizada em muitos outros países (ALMEIDA, 2003).

A **fitoterapia** é outra prática que está contemplada na Portaria nº 971/2006/MS, uma vez que a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza plantas ou preparações destas no tratamento de saúde. Neste sentido, a partir da década de 1980, diversos documentos foram elaborados enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica no Sistema Público de Saúde, com destaque para dois desses documentos (BRASIL, 2006b), confira:

- a) A Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN nº 8/1988, que regulamenta a implantação da Fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas à sua prática nas unidades assistenciais médicas;
- b) O Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que sugere no item 286.12: incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a Fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares.



Saiba mais

Conheça os detalhes da Resolução CIPLAN nº 8/1988. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6213>.

Recomendamos também a leitura do documento “Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNPC: Resumo executivo. Elaborado em 2005 pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratComp11402052.pdf>>.

Você pode observar que, atualmente, existem vários programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação (BRASIL, 2006b).

Em âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos considerando, em especial, a intersetorialidade

envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicas. Além deste Fórum, em 2003, o MS promoveu também o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas trouxeram importantes contribuições para a formulação e concretização de uma etapa desta Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006b).

O **termalismo** é uma prática que foi revalorizada com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 07 de outubro de 2004. Esta Resolução constitui-se em um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a utilização dos mananciais das águas minerais e do seu aspecto terapêutico.

No caso da **medicina antroposófica** as experiências no SUS são ainda escassas e, por isso, a Portaria nº 1.600 de 2006 do Ministério da Saúde aprovou a criação de observatórios com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre essas práticas e quais os seus impactos para a saúde. Podemos observar que as experiências de saúde pública têm oferecido contribuições aos campos da educação popular, arte, cultura e desenvolvimento social (BRASIL, 2006a).



Saiba mais

Amplie seus conhecimentos, acesse a Portaria MS/GM nº 1.600, de 17-07-06. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/terapias-alternativas/Portaria_1600.pdf>.

A medicina antroposófica baseia-se nos métodos das ciências naturais, que permitem penetrar em todos os detalhes da natureza física ou corporal do organismo humano. Desta forma, distingue, além da organização puramente física do homem, outras três organizações, conforme apresentamos:

- a) **Organização Vital:** que ordena os fenômenos físicos como fenômenos viventes;
- b) **Organização Anímica:** que, por sua vez, reordena os fenômenos físicos e vitais de forma a possibilitar a aparição da consciência;

- c) **Organização Espiritual:** que é absolutamente individual de homem para homem, e que organiza as outras três instâncias como uma organização biológica individual.

Vale destacar o serviço das *práticas não alopáticas* de Belo Horizonte em que a medicina antroposófica, juntamente com a homeopatia e a acupuntura, foram introduzidas oficialmente na rede municipal. Em 1996, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antroposófico na Atenção Básica de saúde. Em novembro de 2004, o serviço comemorou dez anos de existência, com número de atendimentos sempre ascendente.

Destacamos também, em São Paulo, o ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul que vem, há 25 anos, oferecendo atendimentos baseados nesta abordagem, integrando informalmente a rede de referência da região, como centro de práticas não alopáticas (massagem, terapia artística e aplicações externas) (BRASIL, 2006b).

As PICS podem contribuir para o trabalho do enfermeiro no cuidado a pessoas com condição crônica, uma vez que o cuidado integral prevê que se leve em consideração os aspectos biológicos, culturais e sociais. Muitas Leis, Decretos, Resoluções e Portarias no âmbito Federal, Estadual e Municipal têm surgido no sentido de garantir a implementação destas práticas no Sistema Único de Saúde.



Palavra do profissional

Existe no seu município alguma Lei, Decreto, Resolução ou Portaria que contemple as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde? Procure essa informação.



Saiba mais

Para que você amplie seus conhecimentos sobre o assunto, recomendamos que você faça a seguinte leitura:

BRASIL. Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>.

3.4. Práticas complementares mais comuns: riscos e benefícios

Muitas pessoas, principalmente aquelas com alguma condição crônica, procuram as PICS por estas fazerem parte do seu contexto cultural e social. No entanto, muitos pacientes omitem o uso de PICS por acreditarem que os profissionais de saúde o condenarão por tal prática. E isso, de fato, muitas vezes acontece. Ou seja, alguns profissionais vêem essas terapias com certo ceticismo ou mesmo as repudiam, geralmente sem conhecimento de seus usos, indicações, contraindicações.

Apesar de ainda não serem abundantes, podemos encontrar estudos que investigaram o efeito terapêutico ou não dessas terapias e também as práticas. Observe que são mais comuns os estudos realizados em pessoas com diabetes, hipertensão e câncer.

A maioria desses estudos ressalta o uso de plantas como principal opção desses pacientes. Porém, na maioria desses casos, são necessárias mais investigações, pois ainda não há evidências suficientes para recomendar seu uso, apesar da maioria ser aparentemente seguro (GARROW; EGEDE, 2006; YEH et al., 2003; CASTRO et al., 2010).

Os resultados do estudo realizado por Castro et al. (2010) com pessoas portadoras de diabetes em um município de São Paulo, apontam que 70,9% dos participantes da pesquisa faziam uso de algum tipo de terapia complementar ou alternativa. Este percentual, segundo os autores, é superior ao encontrado em outros países, tais como: México, Índia, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. As práticas mais comuns relatadas foram o uso de ervas e dietas, além de orações, chás e garrafadas.

Um dos aspectos interessantes e que sempre causa alguma preocupação para os profissionais da saúde, é se as pessoas que usam as PICS continuam seguindo o tratamento convencional. Note ainda que pouco sabemos sobre isso, porém o estudo desenvolvido por Garrow e Egede (2006) evidenciou que as pessoas com diabetes que faziam uso dessas práticas, continuavam usando os cuidados preventivos e os tratamentos convencionais.

Em outro estudo, dessa vez realizado por Elias e Alves (2002), com pessoas com câncer, os dados analisados indicam que 63,81% das pessoas entrevistadas faziam uso medicina não convencional e a fitoterapia foi a prática mais comum com 92,53%. Outras práticas foram identificadas presentes no cotidiano desses pacientes, como a homeopatia, o uso de chás e as orações. Para esses autores, há necessidade de uma melhor comunicação entre os pacientes com câncer e os profissionais da saúde. Para isso, é preciso que os

profissionais compreendam melhor os mecanismos de ação das diferentes modalidades terapêuticas, indicações, contraindicações e efeitos adversos, assim como os riscos de interações das PICS.

Espera-se dos profissionais uma atitude de respeito e de compreensão dos aspectos culturais e sociais envolvidos nos cuidados à saúde, sem que haja julgamentos prévios.



Palavra do profissional

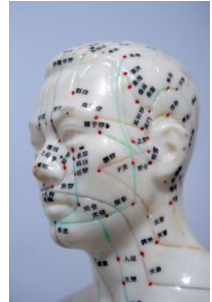
No seu contexto, quais as PICS mais utilizadas? Como você vem tratando esse assunto?

Abordaremos a seguir, algumas práticas que são indicadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, mas fique atento, **não estamos** com isso recomendando ou não a adoção dessas práticas. Nossa intenção é que você possa se aproximar um pouco mais do conhecimento dessas PICS. Dependendo da região do Brasil na qual você atua, algumas práticas são mais comuns, por exemplo, na região amazônica, que possui muitas opções de ervas e plantas, é mais frequente a utilização destas nos tratamentos de diferentes problemas de saúde.

Você irá aprender aqui um pouco mais sobre a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia. A escolha dessas três PICS foi em decorrência de haver maior número de profissionais da saúde envolvidos com essas práticas na rede pública de saúde. O termalismo e a medicina antroposófica ainda não são tão difundidos no Brasil, apesar da existência de várias experiências, porém, fora da rede pública.

3.4.1 Acupuntura

A acupuntura é uma forma de terapia que tem se difundido no mundo inteiro e tem como origem a Medicina Tradicional Chinesa. Você deve ter em mente que a acupuntura objetiva promover a cura/tratamento pela estimulação da força de autocura do corpo, bem como estabelecer diagnóstico de doenças. Segundo Kurebayashi, Freitas e Oguisso (2009, p. 931), “Esse processo se dá pelo realinhamento e redirecionamento da energia, por meio da estimulação de pontos de acupuntura por agulhas finas metálicas, laser, pressão e outras formas de abordagem”. Observe que esta terapia é convergente ao princípio da indissociabilidade do corpo com o ambiente, envolvidos com a mesma energia.



As indicações para a prática da acupuntura são diversificadas, envolvendo:

- a) Processos inflamatórios;
- b) Cicatrização;
- c) Neovascularização;
- d) Regeneração;
- e) Resposta imune;
- f) Estresse, dentre outros (RIZZO; BECHARA, 2001).

Há evidências suficientes na literatura da área da saúde sobre a efetividade da acupuntura (MEDEIROS; SAAD, 2009).



Saiba mais

Para aprender mais sobre acupuntura, leia:

MEDEIROS, R., SAAD, M. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do efeito placebo. *O Mundo da Saúde*. v. 33, n.1, p. 69-72, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/69a72.pdf>.

O estudo de Cintra e Figueiredo (2010), teve como objetivo analisar as possíveis contribuições da Acupuntura na Atenção Básica de saúde. Os profissionais reconheceram melhora ou resolução de casos de dor, melhora da autoestima e retrocesso de diversas patologias pelo tratamento com acupuntura. Neste sentido, consideram que esses resultados positivos levaram a maior motivação dos usuários para adesão a este tipo de tratamento. Veja que, neste mesmo estudo, há relatos de uma boa convivência e articulação entre o tratamento com acupuntura e outros tratamentos realizados por outros profissionais (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

No entanto, cabe ressaltar que, apesar da crescente aceitação da acupuntura na área da saúde, ainda não há unanimidade entre os profissionais, havendo alguns questionamentos quanto a sua validade como prática científica.

3.4.2 Homeopatia

A prática da homeopatia teve início no Século XIX pelo médico alemão Samuel Hahnemann. A homeopatia consiste no tratamento de doenças e sintomas por meio de substâncias ultradiluídas. Estas substâncias podem ser minerais, vegetais ou substâncias obtidas a partir de organismos vivos (ALMEIDA, 2003).

Note que essa prática vem sendo incorporada às instituições de saúde de nosso país, mesmo com o predomínio de outra racionalidade na área da saúde. Seu reconhecimento pelo Conselho Federal de Medicina, em 1980, contribuiu para isso (SALLES; SCHRAIBER, 2009).

A homeopatia é considerada como uma prática que contribui para a humanização da atenção à saúde, por utilizar visão antropológica e abordagem semiológica holísticas, valorizando assim, os múltiplos aspectos da individualidade humana no processo de adoecimento e na escolha da substância curativa, trabalhando com a concepção positiva de saúde (TEIXEIRA M, 2007; SANTANNA; HENNINGTON; JUNGES, 2008.).

Segundo Teixeira M. (2007, p. 548) a concepção da homeopatia entende-se como:

o processo de adoecimento como um enfraquecimento dos mecanismos fisiológicos normais de adaptação e compensação, correlacionando este desequilíbrio orgânico às diversas manifestações sintomáticas do indivíduo (pensamentos, sentimentos, sensações, desejos e aversões, predisposições climáticas, aspectos do sono etc., além dos aspectos clínicos habituais), utilizando esta 'totalidade de sintomas' como referencial para diagnosticar o padecimento da força vital (predisposição individual, suscetibilidade mórbida ou desequilíbrio homeostático) e para prescrever, segundo o princípio da similitude, os medicamentos que despertavam um conjunto de sintomas semelhantes nos indivíduos sadios.

O estudo desenvolvido por Salles e Schraiber (2009) com gestores do SUS evidenciou que a aceitação dessa prática relaciona-se à percepção de que há demanda social, de que é um direito dos pacientes escolherem este ou outro tipo de tratamento, além de ser reconhecida como prática médica que envolve maior humanização da atenção à saúde. As dificuldades e resistências apontadas pelos gestores estão relacionadas à falta de informações acerca da homeopatia, e isso gera insegurança.

3.4.3 Fitoterapia

A fitoterapia é compreendida como ajuda ao organismo para normalizar suas funções fisiológicas prejudicadas, restaurar a imunidade enfraquecida, promover a desintoxicação e o rejuvenescimento (FRANÇA et al., 2008). Esta prática vem se expandindo no Brasil e no mundo, num movimento de associar avanço tecnológico ao conhecimento popular e ao desenvolvimento sustentável.

Observe que as indústrias farmacêuticas foram, e continuam sendo, beneficiadas pelos conhecimentos populares sobre o uso medicinal das plantas. Recentemente, mostrou-se que 50% dos medicamentos aprovados entre 1981 e 2006 pelo FDA, são direta ou indiretamente derivados de produtos naturais (FERREIRA; PINTO, 2010).

Atente que a Portaria nº 22/1967 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Resolução-RDC nº 17/2000 classificam os fitoterápicos como medicamentos. Neste sentido, de acordo com França et al. (2008, p. 206) os fitoterápicos

devem ser submetidos às mesmas exigências de identificação, pureza, teor e demais estudos farmacopéicos, que os medicamentos industrializados, obtidos por síntese ou processos biotecnológicos, são submetidos, além de testes clínicos e pré-clínicos, antes de sua comercialização.

No entanto, podemos observar que essas exigências não são respeitadas rotineiramente. As plantas, por serem naturais, muitas vezes, são vistas como não prejudiciais à saúde, o que é um erro. Lembre-se que há uma grande variedade de plantas que podem ser nocivas à saúde humana, com grande teor de toxicidade (FRANÇA et al., 2008; FERREIRA; PINTO, 2010).

A inclusão da fitoterapia na atenção básica de saúde não pode ser algo isolado, como a iniciativa de um profissional ou uma imposição de gestão. Essa prática envolve um conjunto de atitudes, valores e crenças que constituem uma filosofia, tanto do grupo de profissionais quanto da comunidade em que se insere.

Por exemplo, se uma determinada planta é utilizada com uma finalidade, sobre a qual há novos conhecimentos, mudar isso requer um processo complexo e de envolvimento efetivo entre serviço de saúde e comunidade. Lembre-se que essas práticas estavam vinculadas ao saber popular, contrapostas e repudiadas, muitas vezes, pelos profissionais da saúde até bem recentemente (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

Além disso, o uso de plantas requer profissionais capacitados, que compreendam a química, a toxicologia e a farmacologia das plantas medicinais, bem como seus princípios ativos. Estudos científicos sobre a fitoterapia ainda são precários e muito frequentemente os métodos de pesquisa utilizados são questionados (SANTOS et al., 2011).

Apesar de popularmente haver um número considerável de plantas usadas para o diabetes *mellitus*, para a hipertensão arterial e para o câncer, há poucas publicações que indiquem o uso de plantas específicas com essa recomendação. Por exemplo, O Ministério da Saúde, através da ANVISA, tem procurado sistematizar o uso de plantas. Da lista das 66 plantas aprovadas para o uso pela ANVISA, por meio da Resolução - RDC nº 14, de 31 de março de 2010, nenhuma delas tem como indicação o DM (ação hipoglicemiante) a HA (hipotensor) ou o câncer (BRASIL, 2010).



Saiba mais

Para conhecer mais sobre as plantas fitoterápicas, acesse o blog “Tudo sobre plantas”. Disponível em: <<http://www.tudosobreplantas.com.br/blog/index.php/listagens/listagem-dos-66-fitoterapicos-regulamentados-pela-anvisa/>>.

Podemos notar que alguns estudos também apresentam resultados diferentes com relação à efetividade de uma mesma planta para um determinado uso, o que remete, como já destacado anteriormente, à necessidade de estudos mais rigorosos e com metodologias adequadas.

Você pode verificar que, na literatura brasileira, os estudos sobre o uso de plantas para controle de hipertensão arterial não são comuns. Porém, há inúmeros estudos internacionais que avaliaram o uso de diferentes plantas, como por exemplo, o extrato de tomate (não industrializado) que contém carotenóides como o licopeno, beta-caroteno, vitamina E, que são conhecidos como antioxidantes eficazes para retardar a progressão da aterosclerose (ENGELHARD; GAZER; PARAN, 2006).

O uso de alho também foi investigado por Capraz, Dilek e Akpolat (2007). Neste estudo, verificaram que o alho é comumente usado pela população para baixar a pressão (especialmente o uso na forma de cápsulas), porém, no estudo, não obtiveram resultado favorável. Ou seja, os resultados apontam que não houve redução da pressão arterial com o uso desse produto. Esses autores referem a existência de outros estudos que apontam a eficácia do alho. Desta forma, percebemos, mais uma vez, que os estudos ainda não são suficientes para mostrar cientificamente a eficácia ou não de certos produtos naturais.

Segundo dados da pesquisa realizada por Rosa (2011), no câncer, o uso de plantas é relativamente comum. No entanto, segundo a autora, muitas vezes, para o equilíbrio do corpo, para estimular o sono e o relaxamento e não especificamente para o tratamento da doença. O uso de chás de camomila, erva-cidreira e funcho foram os mais citados na pesquisa.



Palavra do profissional

Na sua realidade, o uso de plantas é frequente? Quais são as mais usadas e em que intercorrências? Como você tem trabalhado com essa situação? Você recomenda o uso? Desencoraja? Acomoda? Ignora?

3.5. Papel do enfermeiro nas práticas complementares

A Resolução COFEN nº 197 de 1997, que estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, trouxe aos enfermeiros a possibilidade de incluí-las em sua prática de cuidados, bem como o compromisso de conhecê-las melhor. No entanto, veja que ainda há muitas discussões acerca dessa atuação, especialmente em relação a acupuntura, como já apresentamos anteriormente.

Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006), entendem que a utilização das PICS na Atenção Básica de saúde deve ser incorporada gradualmente pelos profissionais, sendo que o enfermeiro, por possuir uma abordagem mais integral, tem mais flexibilidade para abordar cuidados além do biológico, buscando a autonomia das pessoas em seus cuidados. O momento da consulta de enfermagem é frequentemente utilizado para esclarecimentos acerca dos cuidados e tratamentos.

Neste sentido, o enfermeiro estabelece vínculos mais profundos com a comunidade e, para tanto, precisa ter respostas sobre o uso dessas técnicas terapêuticas, especialmente sobre possíveis interações entre PICS e os medicamentos alopáticos ou outros tratamentos da biomedicina, mesmo que ele não indique esses tratamentos alternativos/complementares (GNATTA, 2011).

Podemos conferir que há relatos da utilização dos fitoterápicos na atenção básica desde a década de 1980. Em Campinas/SP, sua utilização pelos médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos acontece desde a década de 1990. Os profissionais recebem orientações sobre os procedimentos da terapêutica e como apresentá-la aos pacientes, como uma opção para tratamento (REZENDE; COCCO, 2002).

Observe que o ensino dessas PICS não consta de todos os currículos de graduação, mas já está integrado em alguns na área da Enfermagem, especialmente acerca do uso de fitoterápicos. Isso evidencia o reconhecimento, pela academia, da utilização de ervas medicinais na cultura popular. Em pesquisa com estudantes da área da saúde no Canadá, foi observado que os alunos da enfermagem eram os mais interessados nas PICS. Com relação ao conhecimento sobre as técnicas, os estudantes de Farmácia tinham maior conhecimento sobre a medicina herbária e a homeopatia, os de Fisioterapia maior interesse na acupuntura e massagens terapêuticas, enquanto os de Enfermagem conheciam mais sobre o toque terapêutico (TROVO; SILVA, 2002).

Em outro estudo realizado com enfermeiras, foi identificado que 89% delas acreditavam nas PICS, e 44,4% das enfermeiras tinham algum conhecimento sobre essas terapias. O estudo mostrou que as mais conhecidas e utilizadas são: fitoterapia (Florais de *Bach*, ervas medicinais); acupuntura, meditação e alimentação (inespecífica). Apesar de conhecerem as terapias, a aplicação com os usuários era restrita a 11,1% (NUNEZ; CIOSEK, 2003).

O que podemos compreender até esse momento é que as PICS já fazem parte do cotidiano dos enfermeiros, que precisam acompanhar melhor o conhecimento que vem sendo produzido. Atente que a adoção dessas terapias é uma opção do profissional. No entanto, é seu papel conhecer essas terapias. Não há mais como se isentar de dar respostas acerca das mesmas, de trazer à discussão o uso pela população, contrapondo com novos estudos e os resultados que evidenciam efeitos colaterais, interações, toxicidade e efetividade.



Saiba mais

Consulte a Resolução COFEN nº 197 de 1997 e amplie seus conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro nas terapias alternativas. Acesse o site: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1971997_4253.html>.

3.6. Resumo

Nesta Unidade abordamos as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como parte da Atenção à Saúde de pessoas em Condição Crônica. Destacamos a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia como as mais comumente utilizadas. Verificamos também que esta área ainda é envolvida por questionamentos e dúvidas e que, mesmo a Enfermagem possuindo legislação que indica sua atuação nessas práticas, elas ainda são limitadas. Você viu que os avanços na validação dessas práticas, muitas vinculadas ao saber popular, a exemplo dos fitoterápicos, tem crescido, apesar dos resultados ainda serem questionados, especialmente pelo rigor dos métodos utilizados em alguns estudos. A posição que adotamos nesse texto é de que as PICS são uma opção concreta para os enfermeiros, que podem ou não incluí-las como parte dos cuidados, mas que não podem se eximir de conhecer essas práticas para, minimamente, poder ajudar a esclarecer as pessoas sobre seus efeitos, interações, toxicidade e efetividade.

3.7 Fechamento

Esperamos que nesta unidade você tenha compreendido que as PICS podem integrar as ações de enfermagem e que estas requerem conhecimento e atualizações constantes por parte dos profissionais.

Na unidade seguinte, abordaremos os Cuidados Paliativos direcionados às pessoas em condição crônica de saúde, com foco na resignificação do processo de cuidar/tratar, no qual resgataremos a importância dos cuidados integrais de enfermagem, evidenciando seu importante papel, mesmo quando a cura não é uma possibilidade. Bom trabalho!

3.8 Recomendação de leitura complementar

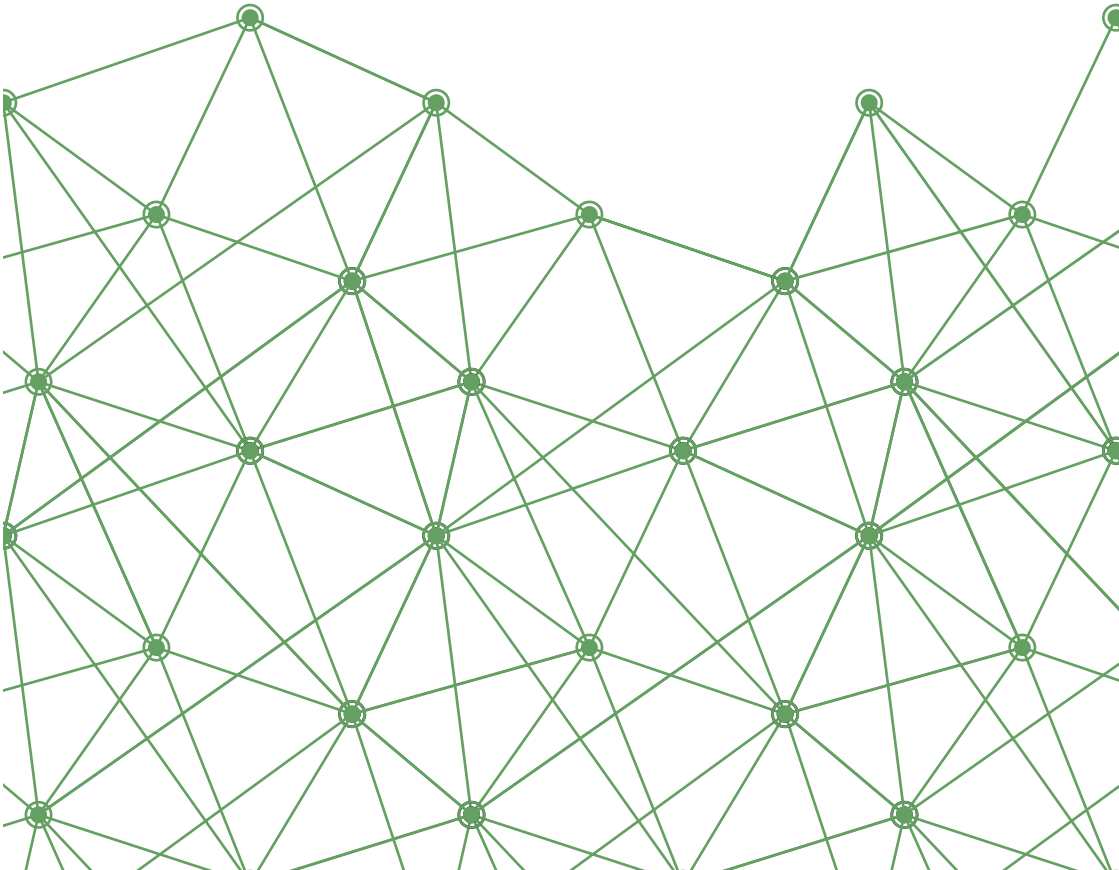
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

FRANÇA, I. S. X. de. et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 201-208, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a09v61n2.pdf>>.

MEDEIROS, R. de; SAAD, M. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do efeito placebo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 69-72, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/69a72.pdf>.

SILVEIRA, P. F. da; BANDEIRA, M. A. M.; ARRAIS, P. S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 4, p. 618-626, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v18n4/v18n4a21.pdf>>.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Cuidados Paliativos a pessoas em condição crônica de saúde. O Processo de morte e morrer na relação com os Cuidados Paliativos

Ao final desta unidade, você estará apto a refletir acerca da ressignificação do processo de cuidar/tratar, a partir de uma perspectiva que incorpora as atuais discussões dos cuidados paliativos à pessoa com DCNT. Além disso, você terá subsídios para aprimorar suas competências no manejo com o processo de morte e morrer na relação com os cuidados paliativos.

4.1 Introdução

Nesta unidade, você estudará os conceitos-chave de: Cuidados Paliativos e de Terminalidade e os seus respectivos desdobramentos no cuidado à pessoa com DCNT. Os cuidados paliativos consistem em uma abordagem que visa à melhoria da qualidade de vida das pessoas e de seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, através da prevenção e do tratamento precoce dos sintomas do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social. Esses cuidados devem ser prestados a todos os indivíduos, em paralelo aos cuidados curativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, com os desejos das pessoas e de seus familiares e considerando ainda a evolução própria de cada doença (MORITZ et al., 2011).



Palavra do profissional

Prezado(a) enfermeiro(a), você pode se perguntar: mas a temática dos cuidados paliativos, literalmente, já não está inserida na discussão do processo de fim de vida e ou de morte e morrer? SIM e NÃO.

Ou seja, é SIM, na medida em que os profissionais da saúde que lidam com o processo de terminalidade têm sido estimulados e instrumentalizados a adotarem a prerrogativa dos cuidados paliativos. E, é NÃO, na medida em que incorporar as atuais discussões dos cuidados paliativos no processo de cuidar/tratar a pessoa com DCNT, implica em os profissionais da saúde detectarem o paciente com DCNT que apresenta uma condição clínica

com maior possibilidade para a recuperação (ainda que a cura não faça parte deste contexto de recuperação) do que para o desfecho da morte ou para a condição de irreversibilidade. Neste caso, a morte imediata é pouco provável, logo, os cuidados paliativos visam agregar uma série de medidas que intensificariam a qualidade de vida e a manutenção da vida. Isso significa possibilitar à pessoa com DCNT maior liberdade possível das complicações e dos sofrimentos oriundos do processo de adoecer cronicamente.

Além disso, você pode se perguntar: de que modo a temática dos cuidados paliativos é inserida em uma discussão que contemple as tecnologias do cuidado em saúde? Neste sentido, e complementando o que já foi expresso na introdução deste Módulo IX, sinalizamos que os cuidados paliativos constituem, na atualidade, outro modo de cuidar, uma ressignificação no processo de cuidar. Lembrem-se: as tecnologias do cuidado incluem, também, conhecimentos sistemáticos e especializados, cujos resultados podem ser alcançados mediante um planejamento eficiente. Logo, entendemos que os cuidados paliativos constituem-se em uma tecnologia do cuidado à saúde, enquanto uma inovação no processo de trabalho, na tentativa de resolver uma necessidade e uma realidade emergente no atual contexto da saúde.

Na seção 4.2, discutiremos a inserção inicial da filosofia dos cuidados paliativos. Ou seja, enfatizamos que esta inserção deu-se, primeiramente, no espaço institucional hospitalar. Já na seção 4.3, sinalizaremos a forte articulação conceitual estabelecida entre os cuidados paliativos e o processo de terminalidade. Por fim, na seção 4.4, buscamos contextualizar a mudança de paradigma dos cuidados paliativos, ao abordá-lo na sua relação com o usuário do sistema de saúde com DCNT, com a família e com a Rede de Atenção à Saúde, para além da centralidade de inserção na instituição hospitalar e no processo de terminalidade.

4.2 Definição e condições de emergência dos Cuidados Paliativos na sua relação com o paciente e a família, no espaço institucional hospitalar

As discussões sobre os problemas da morte no ambiente hospitalar ganharam força e tornaram-se mais frequentes a partir do final da década de 90, do século XX. Período em que surgem discursos sobre uma *nova* modalidade assistencial, como uma reação à Medicina tecnicista, passando a circular e compondo um saber que pretendia lidar com a morte de outro

modo: os Cuidados Paliativos (CP). Essa filosofia assistencial originou-se no Reino Unido, na década de 1960, a partir da criação do *St. Christopher Hospice*, em Londres, pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders. Cicely, com o intuito de organizar um campo de conhecimentos e práticas voltado para uma assistência humanizada no período que precede a morte, teria criado a filosofia *hospice* (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Confira na sequência os princípios fundamentais dos CP:

- a) Afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal, sem adiá-la ou apressá-la;
- b) Procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes;
- c) Integrar os aspectos psicossociais e espirituais nos cuidados do paciente;
- d) Oferecer um sistema de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte e auxiliar a família do paciente na vivência do processo de luto (ARAÚJO; SILVA, 2007).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu que os Cuidados Paliativos configuram-se em uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

Tenha em mente que a filosofia dos CP é diferente do tratamento curativo. A noção primeira é dar atenção ao doente, e não à doença. Nesse sentido, requer uma abordagem multiprofissional que possa encorajar e ajudar o paciente a aproveitar o melhor que a vida lhe proporciona a cada dia, tratando-lhe de forma respeitosa, respondendo às suas necessidades e aceitando-o com seus valores, crenças e hábitos.

Lembre-se que a hospitalização destes pacientes faz-se necessária quando a família não pode mais cuidar adequadamente do doente, devido à sua dependência total, a qual durará por um período prolongado ou, na maioria dos casos, quando os familiares não suportam assistir ao sofrimento de seu ente querido.

Dessa forma, os hospitais costumam oferecer a prestação de cuidados

básicos a esses pacientes e aos seus familiares, não se atentando às suas angústias, ao seu sofrimento, desconsideraram que o paciente está à procura de uma boa morte, com dignidade, respeito e sem dor. Logo, devido à necessidade de um cuidado diferenciado, foram criados em todo o mundo locais específicos que acolhem esses pacientes (KRUSE et al., 2007).

Nessa direção, ainda que tenha havido enorme expansão dos programas relacionados aos CP em unidades hospitalares, nem todos os hospitais têm unidades especializadas nestes cuidados. Ou seja, é pressuposto que os profissionais de saúde, de modo geral, desconhecem e não aplicam essa filosofia de trabalho e que as instituições de saúde não dispõem de estrutura física para a inserção de um Núcleo de CP. A criação de uma unidade especialmente organizada e preparada para receber pacientes em fase terminal já indica uma lógica diferente daquela que ordena os demais espaços hospitalares, das especialidades médicas e da disponibilidade tecnológica.

Veja que a lógica se desloca da cura para o objetivo do conforto e para a qualidade das relações estabelecidas entre a equipe e paciente/família. Esta lógica deve se expressar em todas as configurações estruturais, organizacionais e, destacadamente, no preparo da equipe.

Observe que, nesse contexto, a equipe de saúde deve ser composta por profissionais de diferentes áreas de formação, que possam promover uma assistência completa ao paciente e seus familiares. Estes profissionais devem respeitar as diferenças, procurando não julgar valores, estar dispostos a esclarecer possibilidades para o paciente e para seus familiares enfrentarem aquele momento, amenizando o sofrimento de todos, inclusive da própria equipe (KRUSE et al., 2007).

Para realizar um bom cuidado, a equipe de saúde necessita conhecer as técnicas, prestar informações, ter consideração com os outros, respeito, postura e expressar interesse pelo que é dito pelo paciente e familiar. Não é suficiente deixar a família acompanhar o paciente, mas é necessário questioná-la sobre suas dúvidas, compreender suas emoções, suas reações e seu comportamento diante do processo de morte, pois cuidar requer perceber o outro como realmente é, sua fala, seus gestos, suas limitações (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Alguns provedores de cuidados de saúde aprenderam a cuidar bem, de

um modo especial. Mas, todos os prestadores de cuidados de saúde devem saber como prestar bons CP, o que, segundo estudiosos sugerem, pode reduzir significativamente o tempo de internação hospitalar (HIGGINSON et al., 2002).

Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, clero e outros.

Alguns domínios considerados na avaliação dos Cuidados Paliativos são:

- a) Gestão do(s) sintoma(s);
- b) Pessoa considerada na perspectiva holística;
- c) Aspectos funcionais;
- d) Satisfação;
- e) Relações;
- f) Planejamento da assistência e decisão no coletivo;
- g) Continuidade;
- h) Comunicação;
- i) Sobrecarga familiar;
- j) Bem-estar e qualidade na experiência fim da vida. (PARKER; HODGKINSON, 2011).

Você estudará, na próxima seção, o processo de terminalidade e cuidados paliativos. Vamos lá!

4.3 Terminalidade e Cuidados Paliativos: alternativas aos saberes produzidos acerca da morte e do morrer

O que ameaça a vida? A morte, além de nos causar medo é, também, uma ameaça à vida. Cada vez mais, o processo histórico-cultural nos conduz a ter medo da ameaça de morrermos. Nesse sentido, antigamente, as mortes caracterizavam-se por serem fatos mais públicos e sociáveis do que privados, porém, ao longo do processo civilizador, mudaram os problemas a que cada pessoa esta exposta, logo, alteraram-se os modos como os indivíduos lidam com o processo de morte e morrer (VARGAS; MEYER, 2003).

Note que os conhecimentos técnicos e científicos, anteriores ao século XX, caracterizavam-se por uma medicina como predominantemente paliativa, voltada para o alívio do sofrimento e para tratamentos que melhorassem a qualidade de vida. No entanto, o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, verificado mais intensamente a partir da metade do século passado, transformou os indivíduos em consumidores de cuidados de saúde. Consequentemente, produziu-se determinados jeitos de cuidar que não visam mais, apenas, o alívio do sofrimento, mas também a cura das doenças. E, mesmo que algumas doenças sejam curadas, com o uso da tecnologia e o intervencionismo médico dentro das instituições hospitalares, consolidou-se o prolongamento da vida, adiando a morte (VARGAS; MEYER, 2003).



Palavra do profissional

Mas, como já dito acima, a morte nos ameaça, mesmo quando a máxima almejada seja a prevenção e a detecção precoce das doenças e, em último caso, o tratamento e a respectiva cura.

Pensemos em um exemplo prático acerca desta questão, extraído da dissertação de mestrado de Silva (2010): ao lermos o manual *Capas dos Guias da Série de Manuais da OMS “Controle do Câncer” – Módulos de Planejamento, Prevenção, Detecção Precoce, Diagnóstico e Tratamento, Cuidados Paliativos e Políticas e Defesas*, deparamos-nos, de imediato, com os argumentos:

- a) Você sabia que o câncer é a maior causa de morte no mundo?
- b) Que 7,6 milhões de pessoas morreram de câncer em 2005?
- c) Que há uma estimativa de 84 milhões de mortes por câncer nos próximos dez anos, e que 70% dessas mortes ocorreram e ocorrerão nos países em desenvolvimento?

Ainda, a partir do ano de 2005, a OMS traçou uma estratégia biopolítica com o objetivo de prevenir, combater e controlar os altos índices de câncer no mundo. Nessa direção, existem os guias de Planejamento com os quais, por meio dos recursos disponíveis e a interação com outros programas de controle de doenças crônicas, seria possível:

- a) Planejar o controle do câncer;
- b) A prevenção, com foco na implementação de programas para o controle dos fatores evitáveis de risco de câncer;

- c) A detecção precoce, com o objetivo de executar programas para a detecção dos principais tipos de câncer que sejam passíveis de diagnóstico e rastreamento em estágio inicial;
- d) O diagnóstico e o tratamento, com foco na implantação de programas para diagnóstico e tratamento de cânceres curáveis;
- e) Os cuidados paliativos, com o objetivo de realizar programas de cuidados baseados na comunidade;
- f) As políticas e defesas, com foco no desenvolvimento de políticas para implementação de programas que visem ao controle do câncer.

Dessa maneira, inicialmente, os CP surgem como uma biopolítica para dar conta daquela porcentagem da população que preencherá as estatísticas de morbimortalidade do câncer. (SILVA, 2010).

Preste atenção nesta imagem, principalmente, na capa do *Palliative care*.

Figura 1: Capas dos Guias da Série de Manuais da OMS “Controle do Câncer” – Módulos de Planejamento, Prevenção, Detecção Precoce, Diagnóstico e Tratamento, Cuidados Paliativos e Políticas e Defesas.



Fonte: Silva (2010)



Palavra do profissional

Agora, reflita sobre a imagem e descreva o que você está vendo.

Repare que, independente das diferentes descrições, o ponto em comum nessas capas é de se estar olhando para uma pessoa que, aparentemente:

- a) Já possui uma doença oncológica instalada e em estágio bastante avançado;
- b) A deterioração da imagem corporal e o tom de tristeza presente reportam à possibilidade desta pessoa estar próxima da morte;
- c) Cujas família, talvez representada pela outra pessoa presente na foto, ocupa um lugar de destaque, já que nos CP ela pode contribuir para proporcionar uma boa morte para a pessoa em fase terminal.



Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre os Cuidados Paliativos na perspectiva das políticas públicas de controle do câncer, indicamos a seguinte leitura:

World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Palliative Care. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>>.

As experiências do processo de morte e morrer perduram pela vida desses familiares e os significados que irão construir em torno do processo de perda depende também da qualidade das relações travadas. Assim, quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, porque os gestos de atenção e cuidado ficarão presentes sempre nas lembranças dos familiares (FERREIRA; SOUZA; SUCHI, 2008).

A Enfermagem deve reconhecer que os CP vêm preencher uma lacuna existente no cuidado do doente terminal, à medida que minimiza os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável, prezando pelo não abandono, pelo acolhimento espiritual do doente e de sua família, além do respeito à verdade e a autonomia do doente (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007).

A medicina paliativa não acelera nem retarda o processo de morrer; mas reconhece a morte como algo natural na vida. Nesta perspectiva, deve-se fornecer apoio e ajuda à pessoa em seu processo de terminalidade para que ela consiga viver mais ativa e criativamente possível até a hora de sua morte; aos familiares para que eles vivenciem com mais naturalidade e sem tanto sofrimento a doença de seu familiar e o processo de luto.

Fique atento, pois quando a cura não é possível, alternativas devem ser apontadas para tentar resolver o problema das alterações físicas que debilitam a pessoa e que ocorrem ao longo do desenvolvimento de uma doença crônica. Assim, os CP surgem como uma alternativa proposta para pensarmos de outro modo a assistência aos usuários do sistema de saúde fora de possibilidades terapêuticas de cura, inventando outros jeitos de cuidar. E é sobre isso que trataremos a seguir.

4.4 Os Cuidados Paliativos na sua relação com o usuário do Sistema de Saúde com DCNT, com a família e com a Rede de Atenção à Saúde

Agora nos deteremos na articulação entre os CP e a pessoa que desenvolve uma DCNT. No entanto, convém explicitar que existem poucas referências que abordam o tema sob essa perspectiva, ou seja, não centrado apenas na interface CP e terminalidade. Logo, ao longo desta seção apresentaremos a você uma proposta que busca esmiuçar como cuidar de uma pessoa com DCNT na perspectiva da filosofia dos CP. Ainda que alguns aspectos do que aqui discutiremos não encontre respaldo nos atuais estudos brasileiros. Porém, cabe lembrar que utilizamos um estudo realizado por Moritz et al (2011), que nos proporcionou subsídios para aprimorar a explicação efetuada. Neste estudo, ainda que o título se reporte ao fim da vida, à terapia intensiva e à instituição hospitalar, podemos verificar uma ampliação da discussão para além do processo de terminalidade.



Saiba mais

Para você melhor compreender este estudo, recomendamos a leitura do artigo que relata a pesquisa:

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Conesul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev. Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>>.

Atente que os CP se iniciam no momento do diagnóstico de uma vida de limitação ou qualidade diminuída devido à condições crônicas ou envelhecimento. A qualidade de vida nesta fase inclui bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (KELLY et al., 2011).

É importante identificar corretamente a pessoa que deve receber CP até o final da vida.

Os critérios utilizados para identificar do paciente que necessita de CP incluem qualquer condição de doença conhecida por ser limitativa da vida como, por exemplo: demência; DPOC; insuficiência renal crônica; câncer metastático; cirrose; distrofia muscular; fibrose cística, ou ainda que tem uma grande chance de levar à morte como: sepse; falência de múltiplos órgãos; traumatismo grave; e doença cardíaca congênita complexa (WEISSMAN; MEIER, 2011).

Inicialmente, na década de 90 do século XX, a definição de CP proposta abordava somente o tratamento a ser prestado no final da vida. No entanto, desde 2002, esta definição se estendeu, de forma que a tendência atual é de que todas as pessoas com doenças que ameacem a vida recebam, de forma precoce e integrada, cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade do tratamento individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos usuários do sistema de saúde e de seus familiares. Observe que estas formas de cuidado não se anulam, podendo ser complementares no cuidado à pessoa em situações de risco de vida e de sua família.

A principal questão a ser enfrentada pela equipe assistencial, pessoa doente e familiares não é se o usuário do sistema de saúde é candidato a CP, mas sim, qual a prioridade do tratamento, a cura e o restabelecimento ou o conforto e a qualidade de vida?

Para isso, devem ser levadas em consideração tanto as questões biológicas (gravidade, prognóstico, tratamentos disponíveis para a doença), quanto questões éticas (equilíbrio entre autonomia e beneficência, por exemplo) e pessoais ou culturais (valores e preferências diante da vida, da morte ou participação em decisões). Nesta perspectiva, na DCNT a integração entre os CP e curativos deve existir desde o momento do diagnóstico inicial, o que é considerado cada vez mais importante na busca de um atendimento de qualidade (KUSCHNER et al., 2009; CURTIS; VINCENT, 2010; NELSON et

al., 2010). Vale ressaltar que, em pacientes sob tratamento ambulatorial, o início precoce dos CP integrado aos cuidados modificadores de doença foi associado tanto a melhor qualidade de vida, quanto a importante ganho de sobrevivência. (TEMEL et al., 2010)



Palavra do profissional

Lembre-se, a lógica aqui exposta é de que os CP devem ser fornecidos para todos os usuários do sistema de saúde com DCNT e para seus familiares.

4.4.1 Recomendações quanto aos CP a serem prestados às pessoas com DCNT

Você estudará, agora, algumas recomendações quanto ao desenvolvimento de Cuidados Paliativos oferecidos aos pacientes em condição crônica. Vamos lá.

I. Devem ser oferecidos a toda pessoa com DCNT integrante da rede de atenção à saúde.

II. Devem ser definidas as fases da assistência à pessoa com DCNT:

- a) **Primeira fase:** condição clínica na qual a equipe de saúde percebe maior possibilidade de recuperação do que o desfecho morte. Julga-se, de acordo com a beneficência e a autonomia, que a prioridade é o tratamento que busca o maior equilíbrio das funções orgânicas. Os CP serão prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento, assim como para a prevenção das complicações da DCNT. Nesta primeira fase não é provável a ocorrência de morte;
- b) **Segunda fase:** condição clínica na qual a equipe de saúde percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, associada a uma crescente tendência ao desfecho morte ou irreversibilidade de alguns sintomas que manifestam maior desequilíbrio orgânico. Deve ser estabelecido consenso entre a equipe, o paciente e a família. Nesses casos a prioridade passa a ser melhor qualidade de vida possível, e os cuidados que modifiquem a doença podem ser oferecidos quando deliberado em conjunto. Nesta fase, há previsão de óbito dentro de meses ou poucos anos;

- c) **Terceira fase:** é condição clínica na qual a equipe de saúde reconhece a irreversibilidade da doença e a morte iminente, aceitando o desfecho morte. O cuidado paliativo passa a ser exclusivo, e todas as medidas introduzidas buscam a melhor qualidade de vida possível e conforto para o paciente e seus familiares. Aqui a morte está prevista para ocorrer em dias ou meses.

III. Em todas as fases, oferecer e manter cuidados individualizados, suficientes para garantir o tratamento físico, psicoemocional e sociocultural do binômio pessoa doente-família, respeitadas as perspectivas bioéticas, deontológicas e legais;

IV. Em todas as fases verificar a existência de diretivas antecipadas, da avaliação interdisciplinar do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento, além da verificação do entendimento dos familiares e da identificação de potenciais conflitos;

V. Na primeira fase, a ênfase assistencial está focada na sustentação dos sistemas vitais e na recuperação da pessoa (no entanto, não é sinônimo de cura), sem que sejam negligenciados os cuidados de conforto psicoemocional do binômio pessoa doente-família.

VI. Na segunda fase, a ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção de um conjunto de cuidados para a promoção de conforto físico e psicoemocional do binômio pessoa doente-família.

VII. Na terceira fase, a ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção do conjunto de cuidados para conforto físico e psico-emocional do binômio pessoa doente-família. Ressaltando-se a importância de que não sejam implantadas e/ou mantidas ações desnecessárias e fúteis e que sejam privilegiadas a comunicação e as melhores condições para que a família acompanhe o doente e se prepare para a morte;

VIII. Na passagem da segunda para a terceira fase, a assistência à pessoa doente e/ou família, no processo de tomada de decisão, é crucial para o estabelecimento do consenso. De acordo com a gravidade, a preferência e os valores destes, o modelo empregado pode ser mais paternalista ou mais compartilhado. O desenvolvimento de habilidades de comunicação é fundamental neste momento.

Acabamos de conhecer as recomendações direcionadas aos Cuidados Paliativos, dando sequência em nossos estudos, vamos abordar as sugestões para as Ações Paliativas Integradas em toda a rede de atenção.

4.4.2 Sugestões para Ações Paliativas Integradas em toda a Rede de Atenção à Saúde

Você conhecerá, agora, algumas sugestões para o desenvolvimento de Ações Paliativas Integradas.

- a) Providenciar o treinamento de habilidades em comunicação da equipe interdisciplinar;
- b) Diferenciar **conferências planejadas** de informação sobre a evolução clínica da pessoa doente;
- c) Verificar o desejo dos envolvidos quanto à participação nas decisões;
- d) Desenvolver protocolos para a abordagem de conflitos;
- e) Estabelecer protocolos de controle de qualidade e de adesão às ações paliativas.

Informação e verificação do entendimento sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento; avaliação de potenciais conflitos/satisfação/confiança.

Os Cuidados Paliativos oferecidos pela Enfermagem são uma prática reconhecida pelos familiares, o que impulsiona o contínuo investimento em formas mais adequadas e qualificadas de prestar o cuidado e fortalecer as relações entre todos os envolvidos, considerando as fragilidades, capacidades e necessidades de cada um.

Nelson et al. (2010) sugerem dois modelos para a melhoria dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, confira:

- a) **Modelo Integrativo:** visa incorporar os cuidados e intervenções paliativas na prática diária dos profissionais de saúde;
- b) **Modelo Consultivo:** através de interconsultas com equipes de CP, incorpora tal prática aos cuidados nas diferentes unidades da rede de atenção (por exemplo, desde a atenção domiciliar à hospitalização em uma UTI).

Na próxima seção você irá conhecer algumas mudanças de atitudes necessárias à equipe de saúde no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

4.5 Proporcionar Cuidados Paliativos exige mudanças de atitudes e educação da equipe de saúde

A necessidade de melhorar o atendimento às pessoas com doenças graves, complexas, potencialmente fatais ou limitativas de vida é inquestionável (WEISSMAN; MEIER, 2011). Proporcionar CP com qualidade significa implementar ações inovadoras, dentre elas, mudanças de atitudes e educação de todos os profissionais envolvidos com a pessoa portadora de uma doença crônico-degenerativa. Veja que isso exige compromisso ético e atuação de uma equipe multidisciplinar sintonizada, além de competências específicas em termos de cuidado.



Palavra do profissional

Observe que é esperado que profissionais capacitados em Cuidados Paliativos valorizem a dimensão emocional do cuidado, desenvolvendo habilidades que lhes permitam acessá-la e atender às demandas específicas para cada indivíduo (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Logo, para atuar na perspectiva dos CP é necessário investir na qualificação dos profissionais. Ou seja, a educação em CP de enfermagem pode reduzir significativamente o sofrimento e fornecer conforto e dignidade a pessoas com DCNT e para suas famílias. Educar não só os enfermeiros, mas, sim, toda a equipe de enfermagem é fundamental para proporcionar bons cuidados (KELLY et al., 2011). Ainda, tal como aqui estamos discutindo esta temática dentro de uma especialização em doenças crônicas não transmissíveis, novas especializações nas áreas médicas, de enfermagem e assistência social, baseadas em CP, deverão surgir para atender às necessidades dos pacientes com doenças graves e seus familiares.

Nessa direção, o estudo de Parker e Hodgkinson (2011) evidencia que, na comparação entre CP prestados em ambientes institucionais e domiciliares, os membros da família ficam significativamente mais satisfeitos com o fim da vida de entes queridos acompanhados em unidades especializadas em CP. Ao focar na percepção de familiares, o estudo destaca, ainda, a falta de instrumentos para medir a eficácia destes cuidados e a importância dessa mensuração para o desenvolvimento de cuidados de alta qualidade em locais onde os novos modelos de assistência estão sendo desenvolvidos (PARKER; HODGKINSON, 2011). Na verdade, o que está em questão é, justamente, a tendência dos profissionais que atuam em unidades especializadas em CP em buscar subsídios, capacitando-se para desenvolver o melhor cuidado.

Observe que há diferentes estudos que retratam condições para a qualidade do cuidado ligadas às habilidades pessoais. É destacada a necessidade na formação de enfermeiros que incluam conhecimento e habilidades para cuidar de pessoas no final de suas vidas (SHAWLER, 2011). O despreparo dos profissionais das mais diversas áreas em lidar com situações iminentes e irreversíveis de morte revela a morte e o processo do morrer como temas substancialmente pouco estudados durante o período de graduação. Em contraponto, está a necessidade de manter-se estável e íntegro em âmbito de atuação, através do cuidado aos seres humanos e não apenas através da objetivação de cura (MARTINELLI; CARVALHO, 2011).

Considerando a premência do processo de educação que possibilita aos profissionais o cuidar adequadamente durante o complexo processo de morte e morrer, imagine a complexidade, quando os CP passam a fazer parte da vida de uma pessoa com DCNT? Ou seja, quando os aspectos discutidos na seção 5.4 ressignificam todo um modo de cuidar da pessoa com DCNT?

Até aqui, estudamos os Cuidados Paliativos direcionados aos pacientes. Na sequência, veremos que, além dos pacientes, também a equipe de enfermagem e os familiares envolvidos merecem atenção.

4.6 Cuidando de quem cuida na perspectiva dos Cuidados Paliativos

Quando a questão são os cuidadores e a família, há vários aspectos que ainda devem ser lembrados, reforçados e ou problematizados. Confira:

- **Primeiro aspecto:** estudos revelam que as pessoas que exercem cuidados informais para seus familiares enfermos são, na maioria, mulheres (SILVA; HORTALE, 2006). Onde estão os homens neste processo de cuidar? De que modo eles têm sido pensados neste processo de cuidar?
- **Segundo aspecto:** há estudos que sinalizam que a religião é fator relevante, visto que, em CP, as pessoas recorrem, muitas vezes, à sua espiritualidade como meio de enfrentamento. A espiritualidade é muitas vezes entendida como sinônimo de religião, mas é, naturalmente, um conceito mais amplo. O elemento religioso pode ser um componente da espiritualidade (IRRELAND, 2010).

Nesse sentido, a espiritualidade ajuda muitos daqueles que enfrentam a doença terminal a dar sentido à vida, durante tal período desafiador. Por conseguinte, é apropriado para os provedores de CP incorporar cuidados espirituais em seus serviços, não para atender às políticas institucionais, mas como algo fundamental para o bem-estar dos pacientes e famílias. Entenda que a espiritualidade equipara-se em importância a outros aspectos chave em CP, como alívio da dor e planejamento de cuidados avançados (AMOA, 2011). Em contraposição, também podemos verificar alguns resultados que sinalizam para a crença religiosa como elemento que pode incentivar a negação da possibilidade da morte, atribuindo à fé suficiente capacidade para a cura, ou significando a aceitação da morte como negação da fé (IRRELAND, 2010).

- **Terceiro aspecto:** é necessário compreender o que a família espera dos programas de CP. Ela espera habilidades profissionais, confiança nos membros da equipe e a segurança do cuidado (FERREIRA; SOUZA; SUCHI, 2008). Além disso, para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela própria também precisa de amparo para as suas necessidades físicas e emocionais (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

A família do paciente precisa estar bem informada sobre a doença, justamente para diminuir a ansiedade referente a medos improváveis e irreais (SILVA; HORTALE, 2006).

Além disso, a própria família também dá informações sobre a pessoa doente e sua doença. Neste sentido, observe que as informações fornecidas pela família, decodificam as preferências e as restrições das pessoas doentes, as expressões daqueles com limites de comunicação verbal, e esses dados podem ser essenciais aos cuidados de enfermagem (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Da mesma forma que a família é o suporte do paciente, a enfermagem é o suporte da família (FERREIRA; SOUZA; SUCHI, 2008). Lembre-se de que, na filosofia dos CP, a presença da enfermagem para os familiares é importante, pois a qualquer instante eles podem necessitar de solidariedade e compreensão (MARTINELLI; CARVALHO, 2011).

- **Quarto aspecto:** além de informação, a comunicação é fator importante na relação entre o enfermeiro e a família. Dentre as diferentes formas de se comunicar, a comunicação não-verbal é uma das bases do CP, pois, por meio desta, podem ser satisfeitas as necessidades de inclusão, controle e afeição. A inclusão refere-

se à aceitação pelo outro, o controle ocorre quando se experimenta a sensação de ser responsável e capaz de se adaptar ao meio, e a afeição diz respeito à necessidade de expressar e receber amor (FERREIRA; SOUZA; SUCHI, 2008).

- **Quinto aspecto:** é aquele que diz respeito ao acolhimento. Define-se acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram esses serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, é uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho (FREIRIA et al., 2010).

Embora venha sendo muito discutido nas formas de reorganizar a oferta de cuidados em toda a rede de serviços, com destaque para atenção básica, sua porta de entrada, o acolhimento precisa ser foco de atenção em todo local de cuidado. No entanto, note que o entendimento é de que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento, cada vez maior, das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Lembre-se que o cerne da assistência e do acolhimento está no relacionamento profissional/usuário, condição que favorece a humanização na assistência a saúde.

Mas, apesar da valorização das formas de acolher e cuidar, familiares ainda dão maior destaque ou grande visibilidade às ações técnicas realizadas pela enfermagem. Isso pode ocorrer porque os procedimentos e técnicas de enfermagem são uma parcela importante dos cuidados, que preocupa familiares por se constituir atividade fora de seu domínio. Também o familiar pode não estar acostumado, previamente, a participar no cuidado direto do paciente, discutindo as atividades e participando do plano de cuidados. Note que é reconhecido que os profissionais e as instituições de saúde têm certa dificuldade em aceitar o papel da família nos cuidados prestados a seu parente, isso porque o cuidado curativo à pessoa ainda é predominante na enfermagem brasileira.

O enfermeiro deve dar apoio à permanência e à participação do acompanhante, pois, se a família não se sente acolhida e a equipe de saúde é indiferente aos seus sentimentos e necessidades, a família poderá dificultar o processo de cuidar (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

Convém ressaltar que cada família é única, como cada ser humano, sendo assim, reage de maneira diferente frente às situações de enfermidade. Lembre-se que essas características devem ser observadas e trabalhadas em conjunto com a equipe melhorando o atendimento e construindo o processo de cuidar de acordo com suas particularidades.

Contudo, cabe reconhecer que o estabelecimento contínuo de relações intensas com seres humanos em sofrimento pode contribuir para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* que acomete potencialmente os profissionais. Esta síndrome leva a ocorrência de fatores desencadeantes de exaustão, desgaste físico, transtornos psíquicos, comportamento depressivo, estresse e baixa autoestima profissional.

Em uma perspectiva ética, esse sofrimento é entendido como um convite para uma abordagem humanizadora, para um encontro humano eficaz e para uma atitude solícita. No entanto, ser afetado por outro ser humano em sofrimento pode, por sua vez, causar sofrimento para os próprios profissionais. Este sofrimento é geralmente suportado em silêncio. As instituições de saúde, normalmente, não oferecem a possibilidade de os profissionais compartilharem seus sentimentos ou de lidar com suas emoções de uma maneira mais saudável (PEREIRA; FONSECA; CARVALHO, 2011).

Nesse sentido, os profissionais, também, devem ser acolhidos e lembrados em seu processo de cuidar, enquanto cuidadores, muitas vezes, também vulneráveis.

- **Sexto aspecto:** e a dor? A dor é considerada uma experiência desagradável, sensitiva ou emocional. Um sofrimento estressante que causa uma importante redução na qualidade de vida das pessoas, quando o sintoma não é bem avaliado e controlado. Por esse motivo, é que a dor está entre as consequências mais comuns, temidas e angustiantes sinalizadas pelas pessoas com câncer ou com outra doença crônica. Tenha em mente que a incapacidade de comunicar a dor não equivale à ausência desta, e o objetivo dos CP é eliminar por completo a dor e os sintomas da doença quando possível ou diminuí-los a níveis que a pessoa possa tolerar quando não puderem ser completamente aliviados (PERES et al., 2007).

Veja que o desafio relacionado à dor é obter alívio eficaz com mínimos efeitos colaterais e fornecer esse serviço para todas as pessoas que necessitam destas intervenções. Nos Estados Unidos, um estudo mostrou que nos últimos três dias de vida, dois quintos de todos os pacientes em todas as categorias de doenças incluídas apresentavam fortes dores (HIGGINSON et al., 2002).

A enfermeira deve ensinar o cuidador/familiar sobre a continuação das medidas de conforto e alívio da dor. Deve oferecer-lhes módulos educativos sobre os cuidados que se estenderão ao domicílio da pessoa doente, pois o processo de orientação contínua é de absoluta importância para uma boa provisão de CP no domicílio (ARAÚJO et al., 2009).

Para sua melhor compreensão, vamos exemplificar, os enfermeiros devem: fazer planilhas com os horários certos do que e quanto ele vai receber; tabela mostrando cada medicação. Estas planilhas devem ser elaboradas para que uma pessoa que não entende nada de enfermagem consiga entendê-la. Se precisar desenhar, deve-se desenhar; se precisar colar o rótulo para o familiar saber qual é qual, deve-se colar. Lembre-se de que cada caso é diferente. Como fazer o curativo, como mudar de decúbito, de quanto em quanto tempo mudar de decúbito, como é que se previne para não fazer feridas.



Você deve trabalhar com cada paciente, com a família ou com os principais cuidadores ou cuidador, considerando as suas necessidades. Às vezes, este processo poderá levará um tempo enorme, porque terá que organizar com cada um deles, respeitando a interpretação de cada um.

- **Sétimo aspecto:** o sétimo e último aspecto abordado trata da autonomia no processo de terminalidade. Você já estudou, ao longo dos módulos, os diferentes modos de respeitar a autonomia das pessoas com DCNT. No entanto, com relação à terminalidade, especificamente, isso pouco foi abordado.

Convém ressaltar que, neste modo de cuidar, a autodeterminação pessoal é a base para a suspensão de esforços terapêuticos para os usuários dos serviços de saúde.

Esses esforços são compreendidos como, por exemplo:

- a) Não iniciar uma terapia ou suspendê-la uma vez iniciada;
- b) Não ressuscitar, nos casos de parada cardiorrespiratória;
- c) Não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificial contra a sua vontade.

Tenha em mente que o médico e demais profissionais devem respeitar a autonomia do paciente, inclusive deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser (RIBEIRO, 2006).

O respeito à autonomia do usuário dos serviços de saúde leva em consideração a maneira própria de ele apreender o mundo, de fazer suas escolhas fundamentadas em valores próprios, agindo de acordo com seus princípios, suas crenças e sua visão do mundo. Lembre-se que saber ouvir é mais que uma qualidade dos profissionais envolvidos, é uma necessidade que favorece a relação entre o profissional e o paciente, reforçando a confiança entre eles, permitindo acompanhá-lo em sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o e, acima de tudo, respeitando-o (VICENTIN; LABRONICI; LENART, 2007).



Saiba mais

Você pode aprofundar seus conhecimentos sobre esse tema. Recomendamos as seguintes leituras:

VIEIRA, R. W. **Bioética, cuidados paliativos e qualidade de vida: a importância do processo de tomada de decisão.** 2010, 112 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26140/000757154.pdf?sequence=1>>.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, dez. 2008.

FIGUEIREDO, M. T. A (Coord.). **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia.** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>>.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil:** documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. 60p. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=28>>.

4.7 Resumo

Revisamos as condições de possibilidade da filosofia dos Cuidados Paliativos e os respectivos motivos da sua emergência enquanto prática do cuidado articulada ao tratamento de algumas doenças. Evidenciamos as alternativas do modo de lidar com o processo de morte e morrer quando articulado aos CP. Realizamos um exercício buscando evidenciar a importância dos CP no processo de cuidar e tratar de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Evidenciamos ainda a importância da qualificação profissional para que desenvolvamos uma boa prática assistencial. Sinalizamos alguns, dos inúmeros aspectos a serem considerados, quando os profissionais e as instituições de saúde buscam incorporar a filosofia dos CP.

4.8 Fechamento

Esta unidade é a última do módulo IX, intitulado Tecnologias do cuidado em saúde. E entendemos que a temática dos CP mostrou-se adequada para compor este módulo. Ou seja, ainda que os CP tenha se constituído como um campo de conhecimentos e práticas já há várias décadas, recentemente, é que esta prática tem merecido um olhar mais atento das políticas públicas no país. Certamente, alguns dirão que inserir tal prática nas redes de atenção poderá parecer uma ficção ou uma prerrogativa de políticas públicas de saúde de alguns países em detrimento de outras nações. No entanto, ainda que de modo restritivo, os CP estão disseminados nas diferentes instituições da rede de atenção à saúde, existem *experts* na área e boas estruturas institucionais constituídas e, principalmente, há resultados positivos desta prática de cuidado. Não há como escaparmos deste processo. Nossa sociedade caminha nesta direção. Pense sobre isso; sensibilize-se com esta possibilidade de cuidado.

Encerramento do módulo

Chegamos ao final do Módulo IX e do Curso de Especialização em Doenças Crônicas não Transmissíveis. Esperamos que você, enfermeiro, tenha adquirido as competências para utilizar as tecnologias do cuidado à saúde de pessoas com doenças crônicas e compreendido acerca dos cuidados paliativos em saúde.

Desenvolver educação em saúde é um desafio para o profissional que se preocupa não somente em passar conteúdos, mas com o aprendizado das pessoas, de modo que elas possam fazer escolhas mais fundamentadas e que contribuam para o seu viver saudável.

Ampliamos a noção de tecnologias como ferramenta do cuidado em saúde, envolvendo tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações.

Ao finalizarmos este Módulo queremos motivá-lo para a aplicação do conhecimento desenvolvido especificamente acerca das tecnologias do cuidado, mas também sobre todo o conteúdo desenvolvido no Curso, de forma que você possa desenvolver uma prática mais crítica e adequada às políticas de saúde brasileiras.

Desejamos que você tenha compreendido que não há um manual a ser seguido. Mas esperamos que você tenha construído a base para um cuidado dialógico, humanizado e voltado para a realidade das pessoas em condição crônica. Esperamos, também, que tenha compreendido que nosso conhecimento, enquanto profissionais da saúde, é limitado e parcial e que as pessoas em condição crônica possuem outros conhecimentos, têm suas interpretações e dão significados que lhes são próprios. Isso implica na exigência de um cuidado interativo, compartilhado e voltado para suas necessidades.

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev APS**. v. 14, n. 4, p. 472-480, 2011.

ALMEIDA, R. M. V. R. A critical review of the possible benefits associated with homeopathic medicine. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, v. 58, n. 6, p. 324-331, 2003.

AMOAHA, C. F. The central importance of spirituality in palliative care. **International Journal of Palliative Nursing**. v. 17, n. 7, p. 353-358, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21841704>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

ARAÚJO, L. Z. S. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.1, p. 32-7, fev. 2009.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-74, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2011.

_____. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 121-9, mar./jan. 2012..

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010.

BRASIL. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Resolução - RDC nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/103507-14.html>>. Acesso em: 31 abr. 2012.

_____. _____. Portaria nº 22, de 30 de outubro de 1967, Estabelece normas para o emprego de preparações fitoterápicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 out. 1967.

_____. _____. Resolução n. 17, de 24 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 fev. 2000. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/17_00rdc.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 5 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 116 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_decit.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. _____. **Glossário Temático: economia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0025_M.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. _____. Portaria n. 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jul. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1600.htm>>. Acesso em 10 jun. 2012.

_____. _____. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 maio 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. _____. Resolução n. 8, de 1 de março de 1988. Implanta a prática da fitoterapia nos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 mar. 1988.

_____. Poder Judiciário. **Sentença 393** da 5ª vara federal da seção judiciária do distrito federal. Processo n. 2.001.34.00.032976-6. Autor: Conselho Federal de Medicina (CFM), Reú: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito). Brasília, 31 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=503&psecao=3>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Abrasco**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, Supl. 1, p. 40-50, 2012.

CAPRAZ, M.; DILEK, M.; AKPOLAT, T. Garlic, hypertension and patient education. **International Journal of Cardiology**, n. 121, p. 130-131, 2007.

CARL, J.; SHEIKH, A. Telephone consultations. **British Medical Journal**, v. 326, n. 7396, p. 966-969, 2003.

CASTRO, M. S. et al. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. **Brasília Med**, v. 47, n. 1, p. 17-25, 2010.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma Questão de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 1, p. 41-48, 2009.

CAZARINI, R. P. et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina**, v. 35, p. 142-50, 2002.

CHAVES, E. C.; OYAMA, S. M. R. Abordagem telefônica como estratégia para promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 171-179, 2007.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 32, p. 139-54, jan./mar. 2010.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução n. 197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional enfermeiro. **Diário Oficial da União, Brasília**, 19 mar. 1997. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4253>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. Resolução n. 326, de 10 de abril de 2008. Regulamenta no sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 abr. 2008. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/5414>>. Acesso em 10 mar. 2012.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 159**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 abr. 1993. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 10 jun. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 232, de 6 de maio de 1992. Dispõe sobre a assunção da Responsabilidade Técnica nas Farmácias Homeopáticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 maio 1992. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/232.pdf>>. Acesso em: 13 jun 2012.

COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional). Resolução n. 219, de 14 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 dez. 2000. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1301&psecao=9>. Acesso em: 24 abril. 2012.

_____. Resolução n. 406, de 7 de novembro de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 nov. 2011. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2136&psecao=9>. Acesso em: 30 mar. 2012.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Resolução CFM n. 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: CFM, 2002.

_____. Resolução n. 1000, de 4 junho de 1980. Acrescenta na relação de especialidades reconhecidas pelo CFM, para efeito de registro de qualificação de especialistas a hansenologia e a homeopatia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jul. 1980. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1989/1000_1989.htm>. Acesso em: 25 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA. Resolução n. 662, de 14 de julho de 2000. Habilita a Associação Médico Veterinária Homeopática Brasileira para concessão de título de especialista em Homeopatia Veterinária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 out. 2000. <Disponível em: <http://www.cfmv.org.br/portal/legislacao/resolucoes/resolucao_662.htm>. Acesso em: 23 jun. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 343, de 7 de outubro de 2004. Deliberar pela reativação da comissão nacional de crenologia, de caráter interinstitucional, constituída por representantes dos ministérios da saúde, das minas de energia, das cidades, do conselho nacional de saúde e de outros órgãos afins. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso343.doc>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

COSTA, C. G. A. **Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software**. 2001, 200f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CURTIS, J. R.; VINCENT, J. L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. **Lancet**. v. 376, n. 9749, p. 1347-1353, 2010.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

ELIAS, M. C.; ALVES, E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 523-532, 2002.

ENGELHARD, Y. N.; GAZER, B.; PARAN, E. P. Natural antioxidants from tomato extract reduce blood pressure in patients with grade-1 hypertension: A double-blind, placebo-controlled pilot study. **American Heart Journal**, v. 151, n. 1, jan. 2006.

FERNANDES, G. L. et al. Criação de protocolo eletrônico em câncer do colo do útero. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 39, n.1, p. 28-32, 2012.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011.

FERREIRA, N. M. L. A.; SOUZA, C. L. B.; SUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 7, n. 1, p. 33-42, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/v17n1a4.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2009.

FERREIRA, V. F.; PINTO, A. C. A fitoterapia no mundo atual. **Quim. Nova**, v. 33, n. 9, p. 1829, 2010.

FRANÇA, I. S. X. et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 201-208, 2008.

FREIRE, P. **Política e educação**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 119p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 32. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRIA A., et al. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **Revista Nursing**, v. 116, n. 13, p. 348-353, jul. 2010.

FUNNELL, M.M. et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**, v. 33, supl. 1, jan. 2010.

GARROW, D.; EGEDE, L. Association Between Complementary and Alternative Medicine Use, Preventive Care Practices, and Use of Conventional Medical Services Among Adults With Diabetes. **Diabetes Care**, v. 29, p. 15–19, 2006.

GNATTA, J. R. et al. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1113-1120, 2011.

GODOY, J. S. M. et al. O uso do prontuário eletrônico por enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **J. Health Inform.**, v. 4, n. 1, p. 3-9, jan./mar. 2012.

HIGGINSON, I. J. et al. Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care for Patients or Families at the End of Life? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 23, n. 2, p. 96–106, 2002. Disponível em: <<http://download.journals.elsevierhealth.com>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2009.

IRRELAND, J. Palliative care: a case study and reflections on some spiritual issues. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 4, p. 237-240, 2010. Disponível em: <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=22455307>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

KELLY, K. et al. Expanding palliative care nursing education in California: the ELNEC Geriatric project. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 17, n. 4, p. 188-194, 2011. Disponível em: <<http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/21537321>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

KOERICH, M. S et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-85, 2006.

KRUSE, M. H. L. et al. Cuidados Paliativos: uma experiência. **Rev HCPA**, v. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.

KUREBAYASHI, L. F. S.; OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 210-212, 2009.

KUSCHNER, W. G. et al. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures: a quality improvement initiative following an investigation of alleged euthanasia. **Chest**. v. 135, n. 1, p. 26-32, 2009.

LANDIM, C. A. P. et al. O significado do ensino por telefone sobre a insulina para pessoas com diabetes Mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 554-560, set. 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 207-214, 2003.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARTINELLI, L. R. L.; CARVALHO, M. V. B. A atuação multidisciplinar em cuidados paliativos: o lidar com crianças e adolescentes onco-hematológicos. **Rev enferm UFPE**, Pernambuco, v. 5, n. 6, p. 1444-1451, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/44>>. Acesso em: 1 mar. 2012.

MEDEIROS, R., SAAD, M. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do efeito placebo. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 33, n. 1, p. 69-72, 2009. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/69a72.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de Aids**: A complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Conesul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 23, n. 1. jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>>. Acesso em: 23 agosto 2012.

MOTA, F. R. L. **Prontuário Eletrônico do Paciente**: estudo de uso pela equipe de saúde do Centro de Saúde Vista Alegre. 2005. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

MOURA E. R. F., RODRIGUES M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface-Comunicação e Educ**, v. 7, n. 13, p. 109-118, 2003.

MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 759-65, 2011.

NELSON, J. E. et al. Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). **Crit Care Med.**, v. 38, n. 9, p. 1765-1772, 2010.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p. 129-152, jan./abr. 2000.

NUNEZ, H. M. F.; CIOSAK, S. I. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n.3, p. 11-18, 2003.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 286-290, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2009.

PARKER, D.; HODGKINSON, B. Comparison of palliative care outcome measures used to assess the quality of palliative care provided in long-term care facilities: a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 25, n. 1, p. 5-20, jan. 2011. Disponível em: <<http://online.sagepub.com/search/results?submit=yes&src=hw&andorexactfulltext=and&fulltext=Comparison+of+palliati+ve+care+outcome+measures+used+to+assess+the+quality+of+palliati+ve+care+provided+in+long-term+care+facilities%3A+a+systematic+review&x=11&y=9>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-13, 2011.

PEREIRA, S. M.; FONSECA, A. M.; CARVALHO, A. S. Burnout in palliative care: A systematic review. **Nursing Ethics**, v. 18, n. 3, p. 317-326, maio 2011. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

PERES, M. F. P. et al. A Importância da Integração Espiritual e da Religiosidade no Manejo da Dor e dos Cuidados Paliativos. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, n. 1, p. 82-87, 2007.

REZENDE, H. A.; COCCO, M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 282-288, 2002.

RIBAS, C. R. et al. Expectativas de mulheres com diabetes em relação a um programa de educação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 203-208, 2009.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública** v. 22, n. 8, p. 1749-54, ago. 2006.

RIZZO, M. V. S. S.; BECHARA, G.H. **Acupuntura**: bases científicas e aplicações. *Ciência Rural*, v. 31, n. 6, p. 1091-1099, 2001.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento:** implicações para o cuidado de enfermagem. 2011. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RUMOR, P. C. F. et al. A Promoção da Saúde nas Práticas Educativas da Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 4, p. 674-680, 2010.

SABÓIA, V. M.; VALENTE, G. S. C. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos. **Rev. Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 17-26, 2010.

SALLES, S. A. C.; SCHRAIBER, L. B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 95-202, 2009.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E. A.; JUNGES, J. R. Homeopathic care and the principle of integrality. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 233-246, abr./jun. 2008.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011.

SANTOS, R. L. et al. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. de P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 90-97, 2008.

SHAWLER, C. Palliative and end-of-life care: using a Standardized Patient Family FOR Gerontological Nurse Practitioner Students. **Nursing Education Perspectives**, v. 32, n. 3, p. 168-172, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5480/1536-5026-32.3.168>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

SILQUEIRA, S. M. F. et al. A consulta de enfermagem como estratégia para a mudança no estilo de vida de pacientes hipertensos. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 331-337, jul./set. 2007.

SILVA, D. G. V. et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 7-14, 2006.

_____. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 97-103, 2003.

SILVA, K. S. da. **Em defesa da sociedade:** a invenção dos cuidados paliativos. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-66, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2007.

SOARES, A. M. G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 174-181, out./dez.2010.

SOUZA, E. F. A. A. S.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 393-405, 2009.

SOUZA, R. C.; FREIRE, S. M.; ALMEIDA, R. T. Sistema de Informação para integrar os dados da assistência oncológica ambulatorial do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1131-1140, jun, 2010.

SOUZA, S. S. et al. Redes sociais de pessoas com problemas respiratórios crônicos em um município do sul do Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, p. 278-284, 2009.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 11-17, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2009.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: Vivências na ilha de Caratateua, Belém. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 11, n.1, p. 15515-9, 2007.

TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia: prática médica humanística. **Rev Assoc Med Brás**, v.53, n.6, p. 547-549, 2007.

TEMEL, J. S. et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **N Engl J Med.**, v. 363, n. 8, p. 733-42, 2010.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 115-21, 2006.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.

- TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P. Terapias alternativas/ complementares a visão do graduando de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 80-87, 2002.
- VALLA, V. V.(Org.). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 115p.
- VARGAS, M. A. O.; MEYER, D. E. Re-significações de vida e de morte delimitando modos de educar enfermeiras-ciborgue no contexto de unidade de terapia intensiva. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 57-80, 2003.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 167p.
- VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 2, p. 308-313, abr./jun. 2008.
- VICENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 509-513, out./dez 2007.
- WEISSMAN, D. E; MEIER, D. E. Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting - A Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 1, p. 17-23, jan. 2011. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0347>>. Acesso em: 8 jan. 2012.
- WHO (World Health Organization). **Reducing risks,promoting healthy life**. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012
- YEH, G. Y. Systematic Review of Herbs and Dietary Supplements for Glycemic Control in Diabetes. **Diabetes Care**, v. 26, n. 4, 2003.
- ZIMERMANN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Minicurrículo do(s) autor(es)

Denise Guerreiro

Professora Associada do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq, líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3119871825560752>>.

Betina Horner Schindwein Meirelles

Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Vice-líder do Grupo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6614412040992259>>.

Maria Lucia Zanetti

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Pesquisador 1D do CNPq, líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Diabetes Mellitus cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0831377626806159>>.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Membro Grupo de Pesquisa Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9247403670441395>>.

Ana Maria de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisador 2 do CNPq, vice-líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPEMS) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9615263183487191>>.

Leila Maria Marchi Alves

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria (OPE) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2851641325583993>>.

Samara Eliane Rabelo Suplici

Mestra em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá. Membro do Grupo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica - NUCRON. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5339010378820760>>.

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

Doutoranda e Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9685826892810606>>.

Simone Mara de Araujo Ferreira

Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4357731492951589>>.



Ministério da
Saúde

