



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INADJA SANCLEYA ROZAS DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HEMOFILIA**

**CAJAZEIRAS-PB
2018**

INADJA SANCLEYA ROZAS DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HEMOFILIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a Ms. Olga Feitosa Braga Teixeira

**CAJAZEIRAS - PB
2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

O482p	<p>Oliveira, Inadja Sancleya Rozas de. Percepções de enfermeiros sobre promoção da saúde na assistência a pessoas com hemofilia / Inadja Sancleya Rozas de Oliveira. - Cajazeiras, 2018. 65f.: il. Bibliografia.</p> <p>Orientadora: Profa. Ma. Olga Feitosa Braga Teixeira. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.</p> <p>1. Hemofilia. 2. Enfermeiros. 3. Promoção da saúde. I. Teixeira, Olga Feitosa Braga. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.</p>
UFCG/CFP/BS	CDU - 616.151.5-052

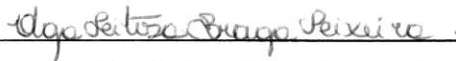
INADJA SANCLEYA ROZAS DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM HEMOFILIA**

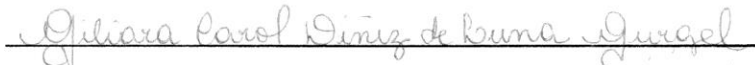
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Profa Ms. Olga Feitosa Braga Teixeira.

Aprovada em: 19/03/2018

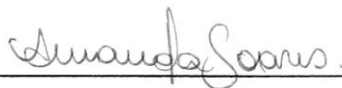
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Olga Feitosa Braga Teixeira
Universidade Federal de Campina Grande (UAETESC/UFCG/CFP)
Orientadora



Prof.^a Dr. Giliara Carol Diniz de Luna Gurgel
Universidade Federal de Campina Grande (UAETESC/CFP/UFCG)
1º examinador



Prof.^a Esp. Amanda Soares
Universidade Federal de Campina Grande (UAENF/CFP/UFCG)
2º Examinador

**CAJAZEIRAS - PB
2018**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Criador, por seus cuidados incansáveis e pelo cumprimento das suas promessas em minha vida, por ter me protegido de todos os perigos e estado comigo nos momentos de angústia.

Aos meus queridos pais, **Israel** e **Isabel** que dedicaram suas vidas, abdicaram dos seus desejos para me proporcionarem um lar de aconchego, amor, carinho e educação.

Aos professores durante toda graduação, pela confiança e por me honrar com seus conhecimentos acadêmicos e pessoais, meu mais sincero reconhecimento e agradecimento.

Aos meus familiares principalmente minha Vozinha **Genilza** por sua generosidade, amor e braços abertos para me abraçar sempre que voltar pra sua casa e aos que ajudaram, incentivaram e compreenderam a necessidade da minha ausência. Quero aqui fazer um parêntese especial aos meus queridos irmãos **Idjany**, **Lourival** e **Isabel** e minha cunhada **Joadislana** por terem tanto carinho comigo sempre me incentivando a seguir em frente, as muitas pessoas que já tive o prazer de conviver dentro de um lar durante a graduação em especial a **Edna** que esteve o tempo todo do meu lado.

Aos amigos dessa jornada acadêmica **Jessica**, **Mariana**, **Jocilânia**, **Pedro**, **Paulo**, **Isadora**, **Emília** e **Bruno** por vivenciarem comigo estes quase cinco anos de pressão do bem, serei eternamente grata por cada palavra de conforto, apoio, abraços sinceros em dias ruins, os amo daqui até a eternidade, e de toda a saudade que sentirei vocês serão a maior delas. A **Emerson** e **Wilkslan**, por sempre estarem disponíveis para retirar minhas dúvidas a qualquer momento, os amo muito. Obrigada por existirem.

A Deus, mais uma vez agradeço, por ter colocado no meu caminho uma orientadora maravilhosa, **Olga**, não sei como agradecer, só Deus sabe como foram os caminhos percorridos pra chegar até aqui, peço a Ele que lhe cubra de bênçãos e retribua quadruplicadamente tudo que a senhora fez por mim, todo aprendizado durante a construção desse trabalho e todo seu cuidado e dedicação. Muito obrigada.

Aos pacientes que pude auxiliar durante a graduação, pela confiança e contribuição na minha formação. A todos, que de alguma forma colaboraram na realização deste estudo, enfim, meu muito obrigado.

“Que o pecado de me achar melhor por ter acesso ao conhecimento científico não me atinja, que eu respeite os saberes populares e que eu entenda que a inteligência é mais que isso que a universidade ensina, que eu seja protegida da soberba da vida acadêmica” Autor Desconhecido.

RESUMO

OLIVEIRA, Inadjá Sancleya Rozas. **Percepções de enfermeiros sobre promoção da saúde na assistência a pessoas com hemofilia.** 2018. 65 fls. Trabalho de conclusão do curso Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB

O presente estudo teve como finalidade verificar a percepção dos enfermeiros acerca da promoção da saúde na assistência a pessoas com hemofilia. Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido na hemorrede pública do Estado do Ceará. Trata-se de um recorte do projeto de mestrado intitulado: Competência em promoção da saúde na prática de enfermeiros junto a pacientes hemofílicos. A pesquisa teve amostra de 10 enfermeiras que atendem nos ambulatórios de coagulopatias e são responsáveis pelo atendimento dos hemofílicos. Para coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada aplicada, de maio a junho de 2017. Para analisar os dados utilizou-se a análise temática. Foi possível constatar que existem diferentes tipos de percepções acerca de promoção da saúde pelas profissionais entrevistadas, estando a maioria associadas à educação em saúde como forma de melhoria da qualidade de vida e de saúde dos pacientes. O estímulo ao autocuidado dos pacientes é considerado pelas enfermeiras um fator importante para a autonomia e independência dos profissionais e serviços de saúde, e isso se dá através do exercício de liderança representada pelos profissionais. Constatou-se ainda que as parcerias existentes como forma de promover a saúde das pessoas com hemofilia, não são formalizadas e se dão de forma amigável. Conclui-se que as enfermeiras têm importante ação na promoção da saúde dos pacientes, visto que através das ações de educação em saúde realizadas pelas mesmas, proporciona mudanças no estilo de vida, hábitos e fatores de risco, assim como promovem a autopercepção e a autonomia dos pacientes.

DESCRITORES: Enfermeiros; Promoção da Saúde; Hemofilia.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Inadja Sancleya Rozas. Perceptions of nurses about health promotion in assisting people with hemophilia. 2018.65 FLs. Work of completing the Bachelor's degree in nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB

The purpose of this study was to verify the perception of nurses about the promotion of health in the assistance of people with hemophilia. Exploratory study, descriptive with qualitative approach, developed in the public hemophilic assistance service of the state of Ceará. It is an indentation of the master's dissertation entitled: Know-how and practices of health promotion in the assistance of people with hemophilia. The survey had a sample of 10 nurses attending the outpatients of coagulopathies and are responsible for the attendance of the hemophiliacs. For data collection, a structured interview was used from May to June 2017. To analyze the data was used the thematic analysis. There are different types of perceptions about health promotion by the professionals interviewed, with the majority associated with health education as a way of improving the quality of life and health of the patients. The stimulation of the self-care of the patients is considered by the nurses an important factor for the autonomy and independence of the professionals and health services, and this is given through the exercise of leadership. Existing partnerships as a way to promote the health of people with hemophilia are not formalised and are given in a friendly way. It is concluded that nurses have important action in promoting the health of patients, since through the health education actions carried out by them, it provides changes in lifestyle, habits and risk factors, as well as promoting self-perception and patient autonomy.

Key Words: Nurses; Health promotion; Hemophilia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Mapa da Hemorrede Pública do Estado do Ceará	28
--------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comit de tica em Pesquisa

CFP – Centro de Formação de Professores

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COOSADE – Cooperativa de Saúde

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

HEMOCE – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PS – Promoção da Saúde

SESA – Secretaria de Saúde

SUS- Sistema nico de Saúde

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	16
3.2 A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	24
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 NATUREZA DA PESQUISA.....	26
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	26
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	29
4.5 TÉCNICAS PARA ANÁLISE DOS DADOS	300
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	333
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES	333
5.2 PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	366
5.3 O INCENTIVO AO AUTOCUIDADO COMO FORMA DE PROMOVER SAÚDE DOS PACIENTES HEMOFÍLICOS.....	411
5.4. PARCERIAS ESTABELECIDAS PELOS ENFERMEIROS COMO FORMA DE PROMOVER A SAÚDE DAS PESSOAS COM HEMOFILIA.....	444
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	500
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	511
APÊNDICES	59
APÊNDICE A-ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	60
APÊNDICE B-PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	61
APÊNDICE C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE D-TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	65

ANEXOS	SUMÁRIO	66
ANEXO A-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		67

1. INTRODUÇÃO

Hemofilia é uma doença hereditária decorrente de alterações genéticas, as quais levam à deficiência dos fatores VIII ou IX da coagulação, de forma a prejudicar o processo de hemostasia (BRASIL, 2015). Trata-se de uma doença crônica, que necessita ser tratada a partir da administração dos fatores de coagulação durante os episódios hemorrágicos. Desta forma, a pessoa com hemofilia é submetida a tratamentos que demandam tempo considerável, além de ser exposto a procedimentos invasivos desagradáveis, os quais podem repercutir de formas diversas na adaptação do hemofílico e da família ao seu quadro clínico (MARQUES et al., 2010).

A prevalência estimada da hemofilia é de aproximadamente um caso em cada 5.000 a 10.000 nascimentos do sexo masculino para a hemofilia A, e de um caso em cada 30.000 a 40.000 nascimentos do sexo masculino para a hemofilia B. Hemofilia A é mais comum que hemofilia B, e representa cerca de 80% dos casos (BRASIL, 2015).

A equipe de saúde envolvida no atendimento às pessoas com hemofilia precisa não apenas compreender a doença, e os aspectos limitantes que a mesma impõe; precisa demonstrar interesse e competências para modificar o modelo de atenção biomédico, centrado apenas na doença.

Pensar e atuar na Promoção da Saúde (PS) dos pacientes requer dos profissionais a incorporação de conceitos que impõe ao campo, novos saberes e práticas com a finalidade de transformar o olhar individualista da área da saúde, para dimensões mais coletivas, com objetivo de motivar mudanças sanitárias e sociais (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010). A PS proporciona uma articulação transversal que objetiva a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

O significado do termo PS foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos e coletividades (desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e das

parcerias intersetoriais (BUSS, 2003). Vale ressaltar que termos como *empowerment*, autocuidado e capacitação (ou aut Capacitação) vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a PS envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis e a participação efetiva no planejamento e execução de iniciativas, visando à qualidade de vida e à saúde (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

A efetivação da PS requer o desenvolvimento de competências para seguirem na direção de uma perspectiva da atenção integral aos pacientes em suas necessidades.

Dado esse contexto, questiona-se: qual a percepção dos enfermeiros acerca de promoção da saúde? Existe incentivo por parte dos profissionais para o exercício do autocuidado para promoção de saúde das pessoas com hemofilia? Quais parcerias estabelecidas como forma de promover a saúde?

Com base nas problemáticas apresentadas e considerando a relevância da temática em questão, como campo a ser enfrentado, investigações sobre a promoção da saúde no atendimento a pacientes hemofílicos permitirá uma melhor compreensão e visibilidade do problema. Além disso, contribuirá no atendimento à saúde desta clientela, visto que os profissionais que trabalham a PS promovem a melhoria na qualidade da assistência. Os resultados deste estudo poderão gerar reflexões acerca da necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências de promoção da saúde nas suas práticas assistenciais junto as pessoas com hemofilia gerando contribuições para mudanças no modelo assistencial.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a percepção dos enfermeiros acerca da promoção da saúde na assistência a pessoas com hemofilia

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa
- Distinguir na prática dos enfermeiros o incentivo ao autocuidado
- Identificar a existência de parcerias multiprofissionais na promoção de saúde das pessoas com hemofilia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao longo de quase 30 anos, desde quando se firmou como um campo de possibilidades, a promoção da saúde (PS) vem sendo descrita de várias maneiras. A polissemia da expressão “promoção da saúde” se fez acompanhar, igualmente, de práticas variadas com esse nome. Disto resulta que têm coexistido em um mesmo espaço ações que apesar de serem intituladas como de promoção da saúde, se diferenciam nos conceitos que as embasam e no próprio entendimento que veiculam sobre o que vem a ser promover à saúde (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

A revalorização da PS foi considerada, na tradição sanitária do pensamento médico social do século XIX, focada na existência da relação da saúde com as condições de vida e, no início do século XX, em resposta a acentuada medicalização da saúde. O conceito de PS tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, no esquema da História Natural da Doença, como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Este conceito modificou-se nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, sobretudo no Canadá, nos Estados Unidos da América e nos países da Europa Ocidental (HEIDMANN et al., 2006).

A PS desponta como “nova concepção de saúde” internacional em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença. Nesse sentido, apontam-se dois acontecimentos importantes: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com duas missões de observação de especialistas ocidentais da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973-1974, e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: uma nova perspectiva na saúde dos canadenses em 1974, posteriormente reforçado com o “*Epp Report*” – *Health and Welfare* Canadá, 1986, documento elaborado sob os auspícios do ministro da saúde de então, Jackie Epp (CARVALHO, 2002).

Na missão à China, observou-se que esses povos desenvolviam cuidados de saúde, não convencionais à abordagem médica, essencialmente no ambiente rural. Estas

atividades, aparentemente bem sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas idéias depois utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978 (BRASIL, 2002).

O primeiro documento oficial a receber a denominação de PS foi o *Informe Lalonde*, o qual surgiu no Canadá em maio de 1974, a partir de motivações política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde. Os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana (genética e função humana); ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde); e organização dos serviços de saúde. O maior enfoque se dava na mudança dos estilos de vida, sob o prisma individual, comportamental e preventivo (PINTO, 2010).

A partir do Informe Lalonde, identificou-se que os quatro componentes do campo da saúde, acima citados, estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá. Foram propostas, portanto, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Esse documento favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (ANSS, 2009).

Somente na década de 1980, a promoção da saúde ganhou destaque no campo da Saúde Coletiva. Em 1986, em Ottawa no Canadá, a 1ª Conferência Internacional de PS teve como principal produto a Carta de Ottawa, a qual define PS como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. Três importantes estratégias para o desenvolvimento da PS foram apontadas na Carta de Ottawa: defesa da saúde, no sentido de reivindicar que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos possam favorecer a saúde; capacitação, a qual permite o controle dos fatores que influenciam a saúde por meio do acesso à informação, a ambientes favoráveis e a oportunidades para fazer escolhas saudáveis; e, mediação,

onde os profissionais e grupos sociais têm a maior responsabilidade no intermédio entre os diferentes interesses em saúde (OPAS, 1986).

Diante disso, passou-se a aceitar que os aspectos sócio-culturais, econômicos e ecológicos são tão importantes para a saúde quanto os aspectos biológicos, e que saúde e doença decorrem das condições de vida como um todo. Temas como a deterioração do meio ambiente, os modos de vida, diferenças culturais entre as nações e as classes sociais, e educação para a saúde passam a estar cada vez mais presentes nos debates sobre as formas de se promover a saúde (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Outras conferências internacionais reforçaram o movimento da área, de maneira a contribuir para a expansão do debate e desenvolvimento do tema. A exemplo da 2ª Conferência de Adelaide, realizada na Austrália em 1988 (Declaração de Adelaide, 1988), que reafirmou os campos de ação citados na Carta de Ottawa e apontou as áreas prioritárias de ação: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; controle sobre o uso de tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis. Foram destacadas também a necessidade de avaliar o impacto das políticas de saúde, de informar os resultados à sociedade e de reorientar as instituições educacionais visando à melhora das habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.

Em 1991, a 3ª Conferência Internacional de PS ocorreu na Suécia em Sundsvall, com ênfase na interdependência e inseparabilidade entre ambiente e saúde. Afirmou-se a necessidade de se atingir justiça social em saúde e distribuição equitativa de recursos e responsabilidades frente à situação de pobreza e desigualdade em muitos países. Na referida conferência, assuntos relacionados ao acesso à educação também receberam destaques, sendo esta reconhecida como um direito humano básico, e, portanto, "um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida, com base nos princípios da igualdade" (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991, p.3).

A 4ª Conferência foi sediada em Jacarta, na República de Indonésia no ano de 1997, e teve como tema central a PS para o século XXI. Nela foi destacado o reforço da ação comunitária e foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à área. Ademais serviu como um momento de reflexão e revisão sobre o desenvolvimento da PS e sobre os determinantes da saúde, afirmando que a combinação de estratégias mais

abrangentes, como as citadas na Carta de Ottawa, conduzem ao desenvolvimento mais eficiente da saúde (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997).

Na 5ª Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada no México em 2000 ficou explícita a prioridade da inserção da PS nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, ressaltando-se, ainda, a importância das ações intersetoriais para o fortalecimento e ampliações de parcerias e de redes nacionais e internacionais que promovam saúde (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000).

Em 2005, na cidade de Bangkok, capital da Tailândia, ocorreu a 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde com enfoque em estratégias de PS em um mundo globalizado. As modificações no contexto da saúde global, com destaque para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o aumento das iniquidades, as alterações nos padrões de consumo, a degradação ambiental e o crescimento da urbanização foram considerados fatores críticos que influenciam a saúde (WHO, 2005).

Logo, foram propostas ações estratégicas, para colocar a saúde no centro da globalização, como a defesa desta, realização de investimentos, construção de capacidades, elaboração de regulamento e legislação, e estabelecimento de parcerias e alianças. Nessa ocasião, foram elencados quatro compromissos que devem ser assumidos para viabilizar o desenvolvimento da PS: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade central de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade de uma administração adequada das práticas (WHO, 2005).

A última das conferências ocorreu em 2009, em Nairobi, África. Essa Conferência chamou a atenção sobre como agir em prol da PS, destacando uma série de estratégias necessárias para sanar as lacunas de implementação e desenvolvimento da área. Dentre as estratégias citadas destaca-se a construção de competências para a PS com foco em liderança, garantia de obtenção de financiamento adequado para a realização de intervenções, aumento e aperfeiçoamento das habilidades de promotores de saúde e melhora da atuação de gestores. Além disso, foram reforçadas as necessidades de fortalecimento dos sistemas de saúde e comunitário, disseminação de conhecimento sobre saúde (*health literacy*) e ação intersetorial com estabelecimento de parcerias (WHO, 2009).

No Brasil, com o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do país, grupos de sanitaristas progressistas da saúde, insatisfeitos

com os avanços alcançados com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas e influenciados por profissionais que estiveram engajados em ações relacionadas à pedagogia problematizadora e aos movimentos populares e socialistas da América Latina, intensificaram a discussão em busca de novos paradigmas para nortear as programações de saúde e educação, e procuraram dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, focalizando os determinantes sócio históricos do processo saúde-doença (WESTPHAL, 1992).

A partir da década de 1980, instala-se um movimento que pretende a realização da Reforma Sanitária. Este movimento tem por base, três pilares de pensamento: o primeiro refere-se ao conceito de saúde e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que reduzam ou eliminem os riscos de adoecimento; o segundo refere-se ao campo político, conferindo ao cidadão a saúde como direito e dever do Estado, e o terceiro diz respeito à reestruturação dos serviços de saúde por meio da constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) (WITT, 2005).

A Reforma Sanitária passa a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos muito semelhantes aos apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Em ambos os documentos - relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a Saúde não se reduzia a ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. Profissionais de saúde envolvidos com o movimento sanitário ocupavam-se naquele momento, com a implementação da Reforma Sanitária Brasileira, ou, mais concretamente, do SUS, idealmente entendido como uma política pública, que deveria envolver os vários setores da sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O texto da Constituição Brasileira de 1988 demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 1988). Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Nesta Lei a saúde passa a ser definida de uma forma mais

abrangente: passam a ser considerados fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: desta forma considera-se que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Importantes progressos foram feitos na perspectiva do SUS, entre eles, a descentralização das decisões em saúde, favorecendo o desenvolvimento de um Movimento Municipalista de saúde liderado pelos Secretários Municipais de Saúde, fortalecendo a participação e controle social da população nas questões de saúde e ampliando conceitos e práticas de saúde.

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, elaborada ao final, nos termos que foi redigida, expressou publicamente o interesse da sociedade representativa dos Secretários Municipais de Saúde, nas propostas da Promoção da Saúde. Mencionaram na Carta as experiências canadenses de Cidades Saudáveis, chamando a atenção que seria possível “transferir progressivamente a ênfase que o Sistema vinha dando na doença para a produção social da qualidade de vida, onde o principal ator deveria ser o cidadão referido ao seu ecossistema” e que a municipalização da saúde poderia se fortalecer a partir de uma experiência integradora, participativa e criativa buscando a construção de “Cidades Saudáveis” (WESTPHAL et al., 2004).

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro passou por uma reformulação estrutural, sendo as ações de PS pela primeira vez, oficialmente inseridas na estrutura, alocadas na recém criada Secretaria de Políticas de Saúde, que possuía departamentos correspondentes a áreas de formulação, de gestão de políticas e avaliação de políticas de saúde. Neste momento e nesta localização na estrutura organizacional do MS foi elaborado um Programa – “Assistência Preparatória: O novo modelo de atenção e a Promoção da Saúde” – através do qual se firmou uma cooperação internacional do Ministério da Saúde com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD – com a ajuda da Agência Brasileira de Cooperação - ABC - para o financiamento do programa (CASTRO et al., 2010).

Em 2000, quando muitas experiências e debates haviam sido feitos, foi pela primeira vez elaborado um documento básico que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esse documento teve o mérito de refletir todo o processo que foi sendo construído e articulado entre os diversos atores envolvidos com o tema no país, na última década (BRASIL, 2002).

Entendendo que a construção da PNPS implicava um processo amplo de discussão com todas as áreas do MS, os gestores locais do SUS, universidades, entre outros, deu-se início a um intenso processo de escuta dos diferentes atores sociais envolvidos na conjugação da clínica e da PS. Para tanto, identificaram-se, primeiramente, as ações de Promoção existentes em vários municípios e/ou vinculadas às universidades, buscando assegurar a elaboração de um documento que atendesse à realidade brasileira (CASTRO et al., 2010).

Outro evento importante da história da PS no Brasil ocorreu em Novembro de 2002, com a realização em São Paulo, da III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa conjunta da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da Universidade de São Paulo. A mesma contou com 1500 participantes que apresentaram 600 trabalhos, registrados em Anais, sendo a maior parte dos participantes brasileiros. A grande participação no evento foi uma evidência de que a Promoção da Saúde já havia formado uma massa crítica significativa no país (WESTPHAL et al., 2004).

Entre agosto de 2003 e dezembro de 2004, consolida-se a perspectiva de que uma PNPS seria mais efetiva e capaz de operar de modo real no SUS à medida que se fizesse um dispositivo integrador da agenda dos vários segmentos sanitários. Assim, embora sua coordenação estivesse em determinado *locus* institucional, seu processo de gestão deveria envolver as demais áreas técnicas do MS em uma articulação em rede de gestores-multiplicadores (CASTRO et al., 2010).

As transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais, o agravamento dos efeitos sanitários dos grandes problemas sociais – miséria, fome, violências, destruição ambiental- e a interlocução contínua do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o CONASEMS e as diversas instituições de ensino e pesquisa, brasileiras com organismos internacionais, geraram as condições históricas necessárias à

institucionalização da Promoção da Saúde. Assim, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovou, em 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (CASTRO et al., 2010).

Na PNPS, a PS é definida como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. A PNPS destacou sete áreas temáticas prioritárias: alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

As várias conceituações disponíveis para PS podem ser agrupadas em dois blocos: no primeiro, ações de PS são reduzidas a atividades voltadas para a mudança de estilos de vida dos indivíduos, os quais, em uma visão reducionista, estariam sob seu controle. No segundo, o fundamento está em uma reflexão sobre a importância dos determinantes gerais das condições de saúde, propondo atividades mais voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, com destaque para a importância da ação inter setorial e de políticas públicas coerentes (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

O campo da PS tem sido descrito como um novo e promissor paradigma na saúde, dada a amplitude de suas abordagens teórico-metodológicas, configurando sua complexidade e suas principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida; e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos. Com tais bases, a PS dá suporte à reorganização do trabalho em saúde, para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades de saúde de uma dada população (CHIESA et al., 2009).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Nos últimos anos a PS tem sido discutida em vários espaços ocupando os mais diferentes lugares de prática de saúde, nesse cenário inclui lugares nacionais e internacionais validando este conceito ampliado à saúde. No entanto é possível observar a comum associação de PS ao contexto de saúde pública, pois é nesse nível de atenção que as atividades se tornam mais evidentes especialmente porque a base central é a família e comunidade (AGUIAR et al.,2012). No âmbito hospitalar vemos que os cuidados da enfermagem dispensados aos clientes se dão em sua maioria com aspecto curativista ou preventivo e ações de PS por vezes é limitada e pouco valorizada.

São muitos os desafios a serem enfrentados, além da longa jornada de trabalho, escassez de materiais, burocracia entre outros e fica evidente que a PS é um combate pela melhora da saúde a ser enfrentado e inserido na formação e prática profissional. Observando-se esta realidade vemos a necessidade de estimular a participação do usuário, seus familiares e população em geral para, somado aos profissionais, serviços de saúde e universidades possam construir uma autonomia do indivíduo no que se refere ao processo de saúde e doença (HEIDEMANN et al., 2012).

A PS produz capacitação de indivíduos e comunidade para desempenhar uma melhoria na qualidade de vida, a intersetorialidade e interdisciplinaridade vem para em conjunto com os profissionais de saúde fornecer a população um apoio concreto, embora nem sempre os profissionais encontrem esse apoio de forma efetiva, mas essa responsabilidade conjunta com a clientela produz um bem-estar coletivo e fortalece o empoderamento da população, que é extremamente importante para a construção da cidadania e bem estar da sociedade em geral, além de contribuir significativamente para auxiliar clientes que possuem doenças crônicas e necessitam de cuidados permanentes (HEIDEMANN et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem precisam estar cientes de que a conscientização, o diálogo, o vínculo e as ações geram uma corrente coletiva e mútua além de capacitar os clientes a interagir e agir para seu próprio bem proporcionando

novas reflexões e envolvendo os demais para auxiliarem na PS (ROBERTE, HOGA, GOMES, 2012).

Como exemplo de conscientização e corrente coletiva aplicada á saúde da criança podemos destacar que as famílias precisam ser advertidas para o tratamento transcorrer da forma mais natural possível, sem superproteção as crianças diagnosticadas previamente, para o uso de equipamentos de proteção nas atividades, evitar esportes radicais e jogos bruscos. Nessa fase os pais junto com os enfermeiros agem no sentido de conscientizar as crianças fazendo com que vivenciem e amadureçam com experiências positivas sem gerar traumas marcantes (CORRÊA, 2016). Corroborando o ideal de que “Promover saúde vai além da ausência de doença; deve ser entendido como uma estratégia transversal, multi e interdisciplinar” (AGUIAR et al.,2012).

4. METODOLOGIA

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza descritiva com abordagem qualitativa.

O estudo exploratório tem por meta desenvolver hipóteses e proposições pertinentes para uma investigação posterior podendo ser usado cinco métodos; levantamento exploratório, experimento exploratório, estudo de caso exploratório, métodos de levantamento ou arquivo e métodos de levantamento ou análise de dados. (YIN, 2015).

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso, onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO, 2014).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Hemorrede Pública do Estado do Ceará. A escolha da Hemorrede deve-se ao fato de serem o *loci* responsáveis pelas atividades relacionadas ao diagnóstico e tratamento ambulatorial de doenças hematológicas.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Ceará contém cinco ambulatórios de hemofilia que realizam o atendimento a esta clientela. Estes ambulatórios são compostos por uma equipe multidisciplinar que são responsáveis pela

prestação da assistência a diversas pessoas com hemofilia, dentre outras coagulopatias hereditárias, como a doença de Von Willebrand, deficiência do fator V, VII, X, XII, XIII e deficiências combinadas.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) faz parte da rede de unidades de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Foi criado em 9 de março de 1979 e com início de funcionamento em 23 de novembro de 1983, por decisão do então Governador Adatao Bezerra. O Hemoce, desde quando foi concebido, teve por finalidade básica planejar e executar a política de sangue no Ceará (HEMOCE, 2016).

A Hemorrede pública do estado do Ceará é composta pelo Hemocentro Coordenador, localizado na cidade de Fortaleza e pelos Hemocentros Regionais de Sobral, Juazeiro, Quixadá, Iguatu e um hemonúcleo localizado na cidade do Crato (HEMOCE, 2016).

Cada hemocentro é responsável pela realização do atendimento a doadores e pacientes em sua área de cobertura. Eles apresentam competência para realizar todos os passos do ciclo do sangue à exceção da sorologia que está centralizada há mais de uma década no Hemocentro de Fortaleza.

A Hemorrede do Ceará está estruturada e organizada para atender a população cearense em todo o território estadual (FIGURA 1). A regionalização dos serviços possibilita o atendimento descentralizado a 184 municípios, 8.606.005 milhões de habitantes, 307 estabelecimentos de saúde, 64 agências transfusionais e 16.512 leitos, possibilitando, dessa forma, o acesso de doadores e pacientes aos serviços da Hemorrede (HEMOCE, 2016).

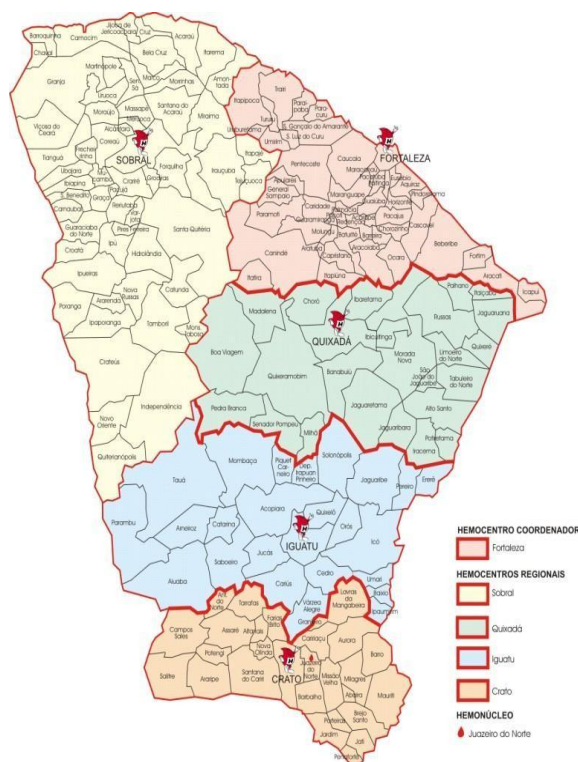


FIGURA 1 – Mapa da Hemorrede Pública do Estado do Ceará
Fonte: Adaptado da Hemorrede Pública Estado do Ceará

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesta investigação, a população de interesse foi caracterizada pelos enfermeiros que atendem na Hemorrede Pública do Estado. Fazem parte desta realidade 143 enfermeiros distribuídos entre Fortaleza (78), Sobral (17), Quixadá (10), Iguatu (08), Crato (30).

Dentre os indivíduos que compõem o universo acima apresentado, foram convidados a participar do estudo, por meio de amostra intencional não probabilística, aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007).

A amostra é uma representação da população que atende aos critérios de elegibilidade elaborados em uma pesquisa. A amostragem intencional não probabilística traduz a decisão de um pesquisador em analisar um fenômeno em particular sem preocupar-se em fazer generalizações em relação aos seus achados (OLIVEIRA, 2010).

E é formado por informantes chave, que melhor pode esclarecer o pesquisador sobre o fenômeno/objeto de interesse (CRESWELL, 2014).

Entende-se por informantes chave indivíduos bem informados e/ou com amplos contatos e envolvimento na comunidade ou serviço, tendo, portanto, conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre o fenômeno de interesse do pesquisador (BISOL, 2012).

Os critérios de elegibilidade são uma combinação de aspectos fundamentais a serem apresentados pelos indivíduos de uma população para demonstrar o seu potencial em contribuir com um estudo, em um determinado espaço de tempo. Neste estudo, foram definidos como critérios de inclusão para os participantes: ser enfermeiro do ambulatório de coagulopatias e como critério de exclusão: estar afastado de suas atividades, por quaisquer motivos, durante o período de coleta de dados.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados optou-se pela utilização de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) que foi direcionada aos enfermeiros que atuam no ambulatório de coagulopatias. A entrevista semi-estruturada tem como característica um roteiro com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenômeno com uma população específica. Deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno em pauta (MANZINI, 2012).

A escolha desta modalidade se justifica no estudo na medida em que a pesquisa se propõe identificar fatores explícitos e implícitos no discurso dos sujeitos pesquisados, o que, eventualmente, solicita da nossa parte maior flexibilidade na abordagem direcionada aos informantes pesquisados.

Para a realização das entrevistas, foi feito um contato inicial com as participantes, que atenderam aos critérios de elegibilidade, para explicar a finalidade da pesquisa, seu objeto, relevância e ressaltar a necessidade de sua colaboração. As entrevistas foram agendadas em momento, condição e local apropriado, conforme

disponibilidade dos informantes-chaves, considerando as peculiaridades das profissionais participantes e sua privacidade.

A entrevista foi realizada por um único pesquisador, no mês de maio e junho de 2017, e para maior precisão no registro dos dados na ocasião da entrevista, foi solicitada às entrevistadas a autorização da gravação da conversa, feita por meio sistema de gravação *Android*. A entrevista abordou questões como promoção da saúde e atividades desempenhadas pelos enfermeiros que assistem estes pacientes.

As entrevistas foram transcritas, em conformidade com os áudios gravados, e disponibilizadas para os profissionais entrevistados avaliarem a consistência dos discursos com suas experiências, aumentando a fidedignidade do material a ser analisado, em uma atividade confirmatória das falas no momento da entrevista.

4.5 TÉCNICAS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Após a obtenção das informações oriundas da etapa de coleta, procedeu-se a análise e interpretação destes resultados, sendo esta o núcleo central da pesquisa científica. É neste momento onde são evidenciadas as relações entre o fenômeno foco do estudo e outros fatores, discutindo-se próximo as contribuições sobre a temática (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A análise dos dados de um estudo tem início na organização do material advindo do processo de coleta de dados e sua transformação em unidades de texto apropriadas para análise e interpretação, seja ela manual ou com auxílio de um software (CRESWELL, 2014).

A análise consiste na reunião de informações narrativas em um esquema coerente, onde os pesquisadores identificam temas e categorias usadas para descrição do fenômeno. As categorias agrupam descrições detalhadas de experiências e processos sociais destacados pelos participantes (POLIT; BECK; HUGLER, 2011; DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Neste estudo foi utilizado a análise de conteúdo.

Análise de conteúdo é uma modalidade de tratamento dos dados qualitativos que busca a interpretação do material. Diz respeito à técnica de pesquisa que “permite

tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto” (MINAYO, 2007, p.303).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo foi utilizada a análise temática, que se fundamenta na descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, agrupando temas em categorias. Categorias são agrupamentos de conceitos classificatórios de elementos carregados de significação encontrados e sistematizados pelo pesquisador a partir da coleta de dados (MINAYO, 2007; OLIVEIRA, 2010).

A análise temática seguiu as etapas sugeridas por Minayo (2007), quais sejam: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise consiste na seleção dos documentos a serem analisados e retomada aos objetivos e hipóteses. Realiza-se uma leitura flutuante do material, organiza-se o *corpus* – universo estudado em sua totalidade - correção de rumos interpretativos e conservação das indagações ou abertura de novos questionamentos (MINAYO, 2007). Neste estudo, esta fase foi direcionada para a leitura das entrevistas dos enfermeiros. No procedimento da leitura do material, destacaram-se os temas das falas.

A exploração do material diz respeito a uma classificação que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. O pesquisador busca encontrar categorias, reduzindo o texto às palavras e expressões significativas. Inicialmente recorta-se o texto em unidades de contexto, elaboram-se regras de contagem destas unidades e, por fim, escolhem-se as categorias responsáveis pela especificação dos temas (MINAYO, 2007).

Neste momento proceder-se-á o agrupamento das falas desde os temas destacados nas narrativas dos informantes, de forma que possibilite o tratamento adequado dos resultados.

Por fim, na etapa de tratamento dos dados obtidos e interpretação, estes foram submetidos a operações estatísticas que nivelam as informações obtidas, destacando aquelas com maior evidência.

Para a interpretação dos dados, voltou-se para o referencial teórico escolhido pertinente para a referida investigação, a fim de proporcionar o embasamento necessário para o aprofundamento teórico que respaldou a investigação, dando-lhe maior significado.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Durante o gerenciamento de pesquisas é imprescindível que os pesquisadores preocupem-se em considerar os aspectos éticos e legais que circundam e fortalecem o estudo, atendendo as questões éticas desde o planejamento até a apresentação e publicação dos resultados (CRESWELL, 2014).

Esta pesquisa é um recorte do projeto de mestrado em Enfermagem intitulado: Competências em promoção da saúde na prática de enfermeiros junto a pacientes hemofílicos, defendida na Universidade Regional do Cariri – URCA, no mês de setembro de 2017.

Após aprovação institucional, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Centro de Formação de Professores (CFP) e cumpriu todas as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo aprovado com o parecer nº 2.012.376 (ANEXO A). Para a execução da pesquisa foram observados os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não maleficência, beneficência e justiça - contidos na mencionada Resolução.

Em seguida à adequação do estudo as propostas do CEP-UFCG e aprovação da pesquisa por este; a pesquisadora dirigiu-se as participantes, que foram informadas de forma clara sobre os objetivos da pesquisa, possibilidades de desistência de participar do estudo quando assim o quiserem, obedecendo ao princípio da não maleficência, esclarecendo todas as dúvidas das participantes sobre o estudo e a entrevista foi realizada após a concordância das mesmas e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), em duas vias, ficando uma com a entrevistada e a outra, anexada aos dados da pesquisa.

Foi assegurado o anonimato das informantes, pois essas não foram identificadas na pesquisa.

Houve mínima possibilidade de constrangimentos e danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual das participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo, atendendo os critérios de elegibilidade e contribuindo, assim, com as entrevistas, 10 enfermeiras responsáveis pelo atendimento das coagulopatias do estado do Ceará; destas duas eram do Iguatu, uma de Quixadá, três de Fortaleza, três de Sobral e uma do Crato.

Em sua totalidade, as participantes eram do sexo feminino. Em relação ao estado civil, oito eram casadas, uma solteira e uma divorciada. A idade das enfermeiras variou de 29 a 60 anos de idade. Com relação ao tempo de atuação destas profissionais na Hemorrede, variou de 03 a 23 anos, e no setor de coagulopatias, o tempo de atuação das enfermeiras variou de 05 meses a 08 anos.

Em relação aos contingentes de sexo na profissão de enfermagem, em um estudo realizado em 1987, constatou-se a predominância feminina em todas as categorias de trabalhadores. Nesse período, os índices apontavam um grau de feminização entre enfermeiros de 94,1%. Atualmente os estudos atestam que o aumento de homens na profissão é gradual e estável. Analisando-se a formação superior atual e comparando-a com a década de 1980, observa-se que o aumento percentual evoluiu de 5,9% homens nessa categoria, para 7,9% vinte anos depois. Considerando-se esses 2%, constata-se que é baixa a inserção de homens no mercado de trabalho do cuidado de saúde, sobretudo se considerarmos que, no final da década de 1980 existiam menos de 100 cursos de Enfermagem nas universidades brasileiras e que, atualmente, existem 450, concentrados, sobretudo, na região sudeste. Houve um aumento na ordem de 159% dos cursos universitários, considerando-se o ano de 2000 em diante. Portanto, o atrativo da formação universitária não é apelo suficiente para que os homens vislumbrem na Enfermagem uma verdadeira e valorizadora opção profissional (LOPES; LEAL, 2005).

De acordo com os dados, as enfermeiras não apresentam muita rotatividade de local de trabalho. As mesmas trabalham a muitos anos na instituição e um dos motivos se deve ao fato de que a metade delas são funcionárias públicas, o que se garante a estabilidade. As demais, embora terceirizadas, permanecem há anos no setor de coagulopatias. Acredita-se que os enfermeiros atuantes na área de hematologia e hemoterapia, possuem conhecimento muito específico acerca da conduta, das técnicas,

das complicações e das especificidades do cuidado de enfermagem a ser prestado aos pacientes hematológicos, diminuindo assim a rotatividade de profissionais no serviço. O tempo de inserção das enfermeiras nos Hemocentros é um fator importante para o trabalho desenvolvido, imprescindível para a formação de vínculos com os pacientes e com os familiares, para criar laços de confiança e fortalecer as relações.

Quanto ao vínculo empregatício, cinco eram funcionárias efetivas da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), e cinco eram terceirizadas (duas do Instituto Compartilha e três da Cooperativa de Saúde – COOSAÚDE). O fato de 50% das enfermeiras serem terceirizadas, aponta uma questão complexa que é a desregulamentação do trabalho na saúde, que se expressa nos processos de flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

Podemos destacar a Lei das Cooperativas (Lei nº 8949/94) que possibilitou a organização de trabalhadores para prestação de serviços dentro de uma empresa sem caracterizar vínculo empregatício, mas também sem direitos trabalhistas, como 13º salário, férias, descanso semanal e previdência social. No setor saúde houve uma expansão de cooperativas, com as quais o gestor público passou a firmar contratos de prestação de serviços. A Lei do Contrato Temporário (Lei nº 9601/98 e decreto nº 2490), que flexibiliza a relação trabalhista através da possibilidade de contratação por tempo determinado, com redução dos encargos sociais, da contribuição do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e da multa por rescisão de contrato, também teve sua expressão no setor público reduzindo os custos com a dispensa de força de trabalho (SOUZA, 2011).

A condição de precarização do trabalho em saúde não esta restrita à diversidade de vínculos, mas também às condições de trabalho que estão expostos estes trabalhadores. O trabalho precário decorre da criação de um vínculo trabalhista irregular, que passa pela ausência de concurso público.

Sendo assim, o parâmetro para caracterizar o “trabalho precário” no setor público é estabelecido a partir do

Aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social [...] decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. [...] decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública [...]. Com isso queremos dizer que o que denomina “trabalho

precário” no setor público surge não de um déficit de proteção social propriamente dito, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004, p. 90).

No que se refere à pós-graduação destas profissionais, oito enfermeiras eram especialistas, uma mestre e uma doutora.

Pesquisa realizada por Gomes et al., (2016) aponta que dentre as motivações para as enfermeiras buscarem a Pós-Graduação *Stricto sensu*, destacaram-se como principais: o desejo em ingressar como docentes em universidades, vontade de desenvolver pesquisas, esgotamento da atividade assistencial, valorização profissional e melhoria salarial.

Em 2010, no Brasil, a Enfermagem representava 60% dos profissionais da área da saúde no SUS, sendo quase 1,3 milhões de trabalhadores atuando de forma resolutive na atenção à saúde da população. Já em 2011, contabilizava 1.856.683 profissionais inscritos no Conselho Federal de Enfermagem, sendo desses, 346.968 enfermeiros (18,69%). Deste contingente, poucos chegam à formação doutoral, sendo que entre os anos de 2007 e 2012 foram titulados 903 doutores em Enfermagem (COFEN, 2011).

Além de toda experiência prática que as enfermeiras dos hemocentros possuem, o serviço desenvolve estratégias educacionais efetivas para a formação e educação permanente destas profissionais, oferecendo cursos, jornadas, aperfeiçoamentos, como forma de capacitar à mão de obra especializada, bem como melhorar a qualidade do atendimento.

A educação continuada é o ponto principal para aquisição do conhecimento/saber que pode propiciar o sucesso de qualquer atividade aliada à participação ativa e comprometida das instituições/organizações em que os indivíduos estão inseridos. A educação permanente associada a uma educação continuada, planejada pela instituição, de forma sistemática, faz com que o trabalhador conquiste seu espaço, realização e reconhecimento pessoal e profissional (ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005).

Uma equipe com níveis adequados de conhecimento é essencial para uma assistência segura, sendo de fundamental importância assegurar mecanismos para monitorar este conhecimento. Uma pesquisa realizada entre grupos de médicos e enfermeiras sobre os seus conhecimentos relacionados à hematologia e hemoterapia

relatou que ambos os grupos receberam em suas avaliações notas significativamente mais baixas que as esperadas. Após um processo educacional, a pesquisa foi repetida, demonstrando um incremento significativo de conhecimentos sobre o assunto. Isto demonstra a importância de atualização constante de informações e *feedback* para todos os profissionais envolvidos (FERREIRA et al., 2007).

Uma pesquisa realizada em Aquitaine, França, por Saillour et al., (2002) identificou várias deficiências no conhecimento e práticas de enfermeiras, relacionadas à hemoterapia, e considerou a frequência de treinamentos um dos principais fatores associados a esta deficiência. Os autores indicam um programa de educação permanente para aumentar os conhecimentos e promover mudanças de práticas. Consideram também que o sucesso deste programa é dependente de dois fatores: o primeiro, associado à motivação e desejo de mudança dos participantes e o segundo dá ênfase ao treinamento dirigido às necessidades dos profissionais e integrado ao ambiente de trabalho.

Percebe-se que as enfermeiras possuem oportunidades de treinamento e programação de desenvolvimento profissional, que possuem forte vínculo com a instituição, que o Hemoce dá a devida importância à segurança do trabalho; mas que as enfermeiras terceirizadas sentem-se inseguras quanto à estabilidade do emprego, consideram a remuneração inferior à das efetivas, mais que isso não impede o comprometimento das mesmas com o serviço, e que não interfere na motivação para a realização do trabalho.

5.2 PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Foi solicitado às entrevistadas que falassem sobre PS, de forma que compreendêssemos a percepção das mesmas sobre o tema. Através das falas, observa-se que uma minoria das enfermeiras não têm um entendimento aprofundado sobre PS. Para as profissionais, a PS está relacionada à atividades de educação em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos pacientes, conforme observa-se nas falas abaixo:

“Promoção da saúde é o cuidado integral com a saúde, é um processo contínuo de educação da comunidade, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e de saúde da população. Para que atinja sua totalidade, é necessário que o indivíduo alcance o bem estar físico, mental e social (Enf.01).”

“Promover saúde é educar, tanto o paciente quanto a família, como a comunidade, para que adote boas práticas de saúde, para melhorar a qualidade de vida (Enf. 02).”

Destaca-se que as idéias trazidas pelas enfermeiras são coerentes com aquelas trazidas pela Carta de Ottawa (OMS, 1986), que define a PS como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A percepção destas enfermeiras sinaliza uma compreensão de que a saúde seja vista de forma mais ampla e não apenas como ausência de doenças.

A educação em saúde pode favorecer o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e pode potencializar o exercício da cidadania, através do controle social sobre as políticas e serviços de saúde, contribuindo assim para a gestão social da saúde e para a construção e fortalecimento de ações no campo da PS (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

No entanto é necessário fazer a diferenciação entre educação em saúde e promoção da saúde no sentido de situar suas especificidades, as quais implicam diretamente no alcance de suas ações. Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Enquanto que PS é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Dessa forma, a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a PS, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (MELO et al., 2009).

A OMS pontua que os objetivos da educação em saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes (SANTOS et al., 2006).

Apontamos assim, que a educação é um importante instrumento promotor de saúde, mais que a enfermagem deve atuar também no sentido de promover mudanças nos estilos de vida e intervir com vistas a facilitar os comportamentos adequados e diminuir os comportamentos que trarão riscos à vida do paciente.

Pode-se apreender também, através dos discursos que existe a compreensão de que a PS acontece quando as pessoas se empoderam de conhecimentos e atuam em sua própria saúde.

“É um papel inerente da nossa profissão, tentar fazer com que o paciente tenha um maior empoderamento da saúde dele, fazer com que ele tenha o poder, seja o dono, um agente ativo de sua saúde, de seu bem estar, independente de que estado de saúde ou de doença ele esteja (Enf. 05).”

“(...) No meu entendimento a promoção da saúde é bem mais ampla do que uma simples ação de prevenção. Porque através de atividades de promoção eu vou estimular que comportamentos e atitudes sejam mudados, e para isso precisamos compartilhar conhecimentos (Enf. 07).”

As práticas das enfermeiras na assistência aos hemofílicos estão muito atrelada à sua percepção de PS. Durante as visitas realizadas aos hemocentros, pôde-se observar que uma das principais atividades desenvolvidas pelas mesmas eram ações de educação em saúde, como principal atividade promotora de saúde.

As conduções dessas atividades educativas ocorriam de forma individual, durante as consultas de enfermagem, como também de forma coletiva, quando os pacientes aguardavam atendimento. E o que pode ser observado é que as orientações feitas pelas enfermeiras eram realizadas com base nos problemas vivenciados pelos pacientes e uma busca constante de soluções conjuntas para a mudança da realidade. Observou-se que a prática educativa visava desenvolver a responsabilidade dos pacientes com o cuidado com a sua saúde, mas não pela imposição de conhecimentos técnicos, e sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e das possibilidades de intervir sobre tal situação.

A filosofia do modelo de cuidados crônicos prega a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes, por meio de uma abordagem pró-ativa, capaz de prever e antecipar possíveis complicações e exacerbações da doença e apresentar o envolvimento dos pacientes, de sua família e da comunidade. O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde tentando realizar ações que produzam resultados (TADDEO et al., 2012).

O empoderamento envolve a preparação de cada indivíduo para assumir o controle e a responsabilidade sobre sua própria saúde e sobre a saúde da comunidade, para a participação, para a tomada de decisões, para o controle social, para exigir seus direitos, para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da sua saúde e qualidade de vida (SCABAR, 2014).

O cuidado empoderador surge como uma atividade intencional que permite à pessoa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta. Além disso, capacita o doente a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

O empoderamento é o princípio-chave da PS e tem relevância para a reorganização dos serviços, pois uma vez que os sujeitos se tornam "empoderados" a

relação de poder que os profissionais de saúde exercem sobre a comunidade tende a ser superada a partir de uma experiência de parceria entre profissionais, usuários e comunidades. Essa relação horizontal é indispensável para que os pacientes possam ser acolhidos e as suas particularidades compreendidas e atendidas pelos profissionais (TUSSET, 2012).

Existiram também enfermeiras que associaram o conceito de PS ao de prevenção de doenças, bem como uma que associou a PS às atividades desenvolvidas apenas pela atenção básica. Conforme relatos abaixo:

“Eu sou muito da área assistencial, então eu não vivencio muito essa questão de promoção da saúde (Enf. 06).”

“Na verdade, a promoção da saúde é não deixar a doença chegar, é uma questão de prevenção (Enf. 03).”

Para Westphal (2009), o discurso preventivista focaliza os aspectos biológicos, identifica riscos e atua sobre eles. As ações preventivas não consideram a dimensão histórico-social do processo saúde-doença-cuidado, além de não estimular, nas coletividades, processos de ampliação do poder e de tomada de decisão em relação às políticas de saúde, de modo que as pessoas estejam implicadas na luta pela melhoria das suas condições de vida e trabalho, com vistas ao enfrentamento de seus problemas e a valorização de suas potencialidades.

Em contrapartida, a PS nos remete à dimensão social, existencial e ética dos sujeitos; ao seu engajamento e comprometimento, envolvendo o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos determinantes da saúde para além de uma aplicação técnica e normativa (BUSS, 2009).

A prevenção de doenças trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

As atividades desenvolvidas para os hemofílicos pelo Hemocentro estão nos níveis da atenção secundária e terciária no SUS. O modelo de atenção encontrado nos serviços de média e alta complexidade ainda consiste numa prática fragmentada, centrada em produção de atos, por isso pode ter levado a enfermeira a não associar a PS ao serviço assistencial. Diante do exposto, existe a necessidade de superação deste cenário, impondo-se um novo modelo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde dos indivíduos, independentemente em que nível de atenção à saúde estejam inseridos. Nesse sentido, ressalte-se a importância de abordar a assistência de forma integrada, buscando articular todos os recursos para a produção do cuidado e restabelecimento da saúde, visto que o paciente deve ser capaz de exercer controle sobre os determinantes de saúde, pois só assim, ele terá controle de sua vida, seus hábitos, poderá adequá-los, a fim de cada vez mais promover sua própria saúde.

5.3 O INCENTIVO AO AUTOCUIDADO COMO FORMA DE PROMOVER SAÚDE DOS PACIENTES HEMOFÍLICOS

Durante a realização das entrevistas, foi questionado como se dava o incentivo ao autocuidado dos pacientes hemofílicos, e os enfermeiros afirmaram que se fazia através de atividades de educação em saúde, através do estímulo à independência com relação aos profissionais e serviços de saúde.

As enfermeiras trabalham veementemente no sentido de motivar os hemofílicos no exercício do autocuidado, oferecendo treinamento aos pacientes e familiares para a infusão dos fatores de coagulação, permitindo assim uma maior autonomia destes, conforme se observa nas falas abaixo:

“O incentivo ao autocuidado é necessário para eles. Isso vai ajudar na qualidade de vida deles. A gente explica, olha o fator é importante que você faça, porque é sua independência, você pode viajar, isso possibilita você não depender de mais ninguém (nem da gente, nem de sua família) (Enf. 02).”

“No caso das crianças, a gente orienta as mães. Elas vêm assistem à palestra, aprendem como diluir a medicação e ficam observando toda a técnica. A gente tem um instrumento (braço) que tem o acesso venoso, daí a gente ensina como garrotear, como fazer a antissepsia, como proceder à punção, e muitas das vezes as mães fazem. Quando os pacientes estão maiorzinhos, eles começam a treinar e a gente ensina do jeito que a gente ensina aos responsáveis. Com o passar do tempo eles começam a fazer a própria autoinfusão (Enf. 04).”

“Um dos maiores exemplos que a gente pode dar do autocuidado é a questão da autoinfusão. Estimular este paciente a autonomia. Porque a doença deixa ele muito dependente do serviço, quando não é dependente do hemocentro, é do hospital de seu município; e nem sempre ele encontra um profissional disponível e habilitado para administrar seu fator, isso gera estresse que repercute em vários outros pontos. Então através da autoinfusão, a gente estimula esta independência, esta autonomia. E tem sido bem positivo, quando nós conseguimos que a mãe faça essa adesão quando são os menores, e depois que ela supera o medo de fazer esta aplicação em seu filho, é extremamente positivo (Enf. 07).”

A PS, sob o olhar da bioética, envolve os princípios da responsabilidade e autonomia. Pacientes informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados. Para atender a esses princípios, o enfermeiro deve voltar-se à liderança, competência que permite ao profissional produzir uma direção estratégica e oportunidades para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão de recursos para a promoção da saúde (CERASTI et al., 2016).

O papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e do desenvolvimento de competências dos

colaboradores, resultando melhor desempenho e maior colaboração (FRADIQUE; MENDES, 2013).

A promoção do autocuidado está intimamente ligada à área da saúde e vem sendo adotada há alguns anos com o intuito de compreender as ações e decisões que uma pessoa realiza para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade. As pessoas que se comprometem com seu cuidado preparam-se e capacitam-se para atuar sobre os fatores que afetam o seu funcionamento e desenvolvimento. O autocuidado como estratégia educativa congrega atividades para a PS, para modificação do estilo de vida, diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças que provocam pequenas, mas importantes mudanças por longo tempo (CERVATO et al., 2005).

O autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro. Pode-se afirmar que por meio das ações de autocuidado, são implementadas intervenções de PS orientadas para a prática de cuidados de enfermagem ao longo de um *continuum*. Essas intervenções visam informar os hemofílicos sobre a sua condição e tratamento e formá-los acerca da automonitorização, percepção e identificação de mudanças na funcionalidade, avaliar a severidade dessas mudanças e as opções para gerir essas mudanças (SIDANI, 2011).

O autocuidado é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. Conceitualizar o autocuidado e estabelecer as necessidades e as atividades de autocuidado são fundamentais para compreender de que forma as pessoas podem usufruir a intervenção do enfermeiro (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Como identificado neste estudo, a enfermagem incentiva o autocuidado, orientando a autoinfusão dos fatores de coagulação. A autoinfusão consiste no treinamento do paciente e/ou de seus familiares para aplicação dos fatores. Existem inúmeros benefícios para o paciente quando ele consegue aderir a autoinfusão, tais como: diminui o número de faltas ao trabalho e/ou escola; reduz o tempo de incapacidade e dor; permite maior independência ao indivíduo e maior participação em atividades de lazer; aumenta a responsabilidade do paciente consigo mesmo e com o tratamento; diminui o número de idas e vindas ao Hemoce, entre outros.

Para conseguir que os pacientes e as mães, principais cuidadoras dos hemofílicos, façam a adesão ao tratamento de profilaxia e da autoinfusão é realmente necessário o exercício da liderança.

Liderar não é uma tarefa simples. Pelo contrário, exige a conquista de autoridade, fruto de respeito, empatia, paciência, disciplina, humildade e compromisso, no sentido de pagar o preço pelo lugar que se ocupa na instituição, ou mesmo nas relações de diferentes âmbitos sociais e parentais, em se tratando de família. A complexidade que se desdobra na relação entre líderes e liderados é fazê-los acatar a direção do líder sem que se sintam coagidos a caminhar na direção apontada por aquele que já fez parte do caminho e agora lidera um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, quando tratamos do ambiente institucional (GRAZEFFE; CEDOTTI, 2015).

A liderança em enfermagem devem ser cultivadas para que os líderes desenvolvam habilidades que garantam a contribuição da enfermagem para a cobertura universal de saúde. Nesse sentido, é importante assegurar a participação de enfermeiros no estabelecimento de políticas, estratégias e metas claras de acesso e cobertura de saúde, como advogados dos direitos individuais e sociais da população, visando à proteção de riscos econômicos e sociais. Dessa forma, o conhecimento técnico do enfermeiro, o tamanho de seu contingente e, especialmente, sua proximidade com os usuários dos serviços de saúde, vivenciando diariamente suas necessidades, fortalezas e fragilidades, legitimam o imperativo dessa participação (MENDES et al., 2016).

As falas apontam para evidências conducentes a um processo que expressa à liderança através de ações de autocuidado e envolvimento da família, especialmente do papel materno, na busca pela autonomia para uma condição de vida mais saudável, mais segura e com uma maior satisfação para os hemofílicos e para os familiares.

5.4. PARCERIAS ESTABELECIDAS PELOS ENFERMEIROS COMO FORMA DE PROMOVER A SAÚDE DAS PESSOAS COM HEMOFILIA

O trabalho em parcerias envolve a colaboração com conhecimentos, disciplinas, setores, dispositivos de saúde e áreas afins, indivíduos e comunidade para

ampliar as ações de PS, aumentando o impacto e tornando-as sustentáveis (DEMPSEY; BATTEL-KIRK; BARRY, 2011).

Em um contexto de enfrentamento de dificuldades para a consolidação dos princípios da cobertura universal de saúde pelos diversos países, o desenvolvimento de parcerias emerge como alternativa viável para a consecução de diretrizes políticas com foco no bem-estar social, por meio de um trabalho conjunto, impossível de ser realizado por organizações isoladamente (MENDES et al., 2013).

É no âmbito das organizações de saúde que se identificam a semente da necessidade e a potencialidade de florescimento de relações de interdependência, de parcerias geradoras de ações efetivas que estreitem o vínculo dos atores envolvidos na assistência aos usuários do sistema (MENDES et al., 2007).

As enfermeiras estabelecem inúmeras parcerias como forma de promover a saúde dos pacientes, mas retratam nas falas que as parcerias existentes não são formalizadas e a existência destas é garantida de forma amigável com outros serviços de saúde, tais como policlínicas, centro de especialidades odontológicas, instituições de ensino.

Existe uma busca constante das enfermeiras em proporcionar melhorias, avanços e conquistas para a vida e para a saúde dos pacientes. As parcerias mais citadas como forma de garantir uma melhoria na assistência prestada, foram as policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e instituições de ensino superior, como forma de garantir uma melhoria na assistência prestada, já que os hemocentros não disponibilizam de equipe multidisciplinar que garanta uma assistência integral. As falas demonstram isso:

“Sempre que a gente precisa de um serviço especializado, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, o paciente é encaminhado à secretaria de saúde dos municípios para marcação de atendimento, que normalmente demora. Quando é um caso de urgência, nós entramos em contato com outros colegas das policlínicas, que por meio de amizade, a gente tente resolver o caso (Enf. 01).”

“A gente tem parceria com instituição dos municípios (PSF, CEOS, UPAS, policlínicas). A faculdade católica tem uma parceria na área da psicologia. Esta parceria não é formal, tudo amigável. Pedimos as instituições e elas atendem (Enf. 03).”

Todas as falas traduzem-se fortemente no trabalho em equipe, na intersetorialidade e na articulação e organização em redes de atenção à saúde. Assim, as ações traçadas consideram a formação de parcerias com os diversos dispositivos, atores e políticas do território, reconhecidos e identificados no processo de territorialização. Entretanto, podem ser pontuados alguns desafios no firmar destas parcerias, como a fragilidade no elo de ligação entre os dispositivos/serviços/setores.

No atendimento dos pacientes hemofílicos é fundamental a existência de parceiros, pois a efetiva promoção da saúde destes pacientes requer a participação de múltiplos atores e parceiros de diferentes setores. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade aparecem como estratégias de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que têm afetado as pessoas com hemofilia.

O desenvolvimento de parcerias requer uma formação baseada na atuação política e social, o que demanda atuação intersetorial por parte dos profissionais e instituições envolvidas, a partir dos planos de aproximação e conhecimento do território (TAVARES et al., 2016).

A intersetorialidade consiste em um novo modo de trabalhar, de governar e de construir as políticas públicas que denota o compromisso em superar a visão e as práticas fragmentadas, proporcionando então articulações entre os diversos segmentos e produzindo efeitos mais significativos na resolução de problemas (INOJOSA, 2001).

O reconhecimento das ações intersetoriais, como resistência à compartimentalização e como possibilidade de prevenir a desresponsabilização das políticas e dos setores através de seus agentes, permite a definição de competências e responsabilidades, potencializando um atendimento integral aos sujeitos por meio das políticas sociais (BELLINI; FALER, 2014).

A intersetorialidade deve promover a articulação entre distintos setores para contemplar as questões que se referem à complexidade da realidade da saúde, buscando garantir o bem maior que é “a saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (BRASIL, 2010, p. 14).

O diálogo intersetorial é difícil, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde. Desenvolver esse tipo de prática é concretizar uma atuação com o olhar ampliado na abordagem do processo saúde-doença-cuidado, implementando ações de PS com enfrentamento e mudança sobre os Determinantes Sociais da Saúde (SILVA; TAVARES, 2016).

As parcerias com a participação efetiva da enfermagem possibilitarão a implementação bem sucedida da Cobertura Universal de Saúde, por meio de intervenções que assegurem a promoção e o restabelecimento das condições de saúde das pessoas, com o propósito de valorização da vida e dignidade humana (MENDES et al., 2016).

As enfermeiras citaram também a parceria com diversas instituições de nível superior, como forma de garantir os serviços que o hemocentro não disponibiliza, melhorando assim o atendimento aos pacientes das coagulopatias.

“A gente tem parceria com as faculdades, com o curso de fisioterapia, psicologia. Tem parcerias com o CEO regional para o atendimento odontológicos dos pacientes. E parceria também com os próprios municípios que têm hemofílicos (Enf. 08).”

“Existe parcerias sim. Com as policlínicas, com os CEOs, com as faculdades. O INTA tem faculdade de fisioterapia, e durante os períodos de aula, os hemofílicos têm fisioterapia. Nas férias, pára tudo (Enf. 09).”

“Com a Leão Sampaio. Eles fazem ambulatório na quarta e quinta para ver a questão da saúde bucal. Só que não é documentado. O CEO já tem um profissional que já é do estado e cumpre a carga horária dele lá, para atender os pacientes tanto das coagulopatias como das hemoglobinopatias (Enf. 10).”

Para assegurar a PS dos hemofílicos e garantir a intersectorialidade e multidisciplinaridade, é necessário envolver a academia, serviços e comunidades, no desenvolvimento de ensino, pesquisa e assistência.

O envolvimento das instituições de nível superior com os serviços de saúde visa à formação de um profissional crítico, cidadão preparado para aprender, criar, propor e construir um novo modelo de atenção à saúde, visando à transformação das práticas (KUABARA et al., 2014).

A integração entre as instituições de ensino e de saúde permite a aproximação do conhecimento teórico com a realidade prática e, com isso, possibilita o surgimento de novas estratégias para a manutenção e o aprimoramento dos serviços de saúde. Há muitas implicações para a realização desse processo, porém essa parceria pode ser bem sucedida na medida em que as partes se complementam em sua atuação.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Em um estudo realizado por Bonin et al., (2011), foi explicitado que a integração ensino-serviço possibilitou melhoria da qualidade do cuidado, uma vez que a mesma contribuiu para um olhar abrangente do paciente e do processo de adoecer, além da melhoria das condições de vida.

Para o estudo realizado por Moimaz et al., (2010), mostrou que a integração ensino/serviço de saúde permitiu aos estudantes conhecer o perfil epidemiológico local, identificar problemas e direcionar intervenções. Nesse cenário, vivenciaram o cuidado

individual, coletivo e de gestão, o que desencadeou significativa aprendizagem e o desenvolvimento de pesquisas a partir da realidade, servindo para uma formação profissional mais humanizada e contextualizada com a prática profissional.

Caetano; Diniz; Soares (2009) afirmam que a inserção dos docentes em atividades assistenciais, possibilita o intercâmbio de experiências entre os profissionais, melhoria da qualidade da assistência. Ressaltam ainda que a presença de estudantes no cenário de prática é um fator favorável para o aprimoramento crítico e reflexivo dos profissionais do serviço.

Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a Educação são espaços de cidadania, nos quais profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo.

Na análise deste estudo, nesta categoria, foi possível observar a presença de diferentes parcerias na prática das enfermeiras. Podemos considerar que as profissionais, ao garantirem a integralidade e a intersetorialidade no serviço, possibilitam uma assistência integral e resolutiva, melhorando de forma significativa a qualidade dos serviços prestados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hemofilia é uma doença hereditária que acomete um número elevado de pacientes e que compromete de forma significativa a vida dos mesmos. A atenção à saúde voltada para estes pacientes encontra-se numa perspectiva centrada na doença, necessitando assim a incorporação de atividades relacionadas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos hemofílicos.

As enfermeiras percebem de distintas formas a proposta de promoção da saúde, sendo que a maioria das entrevistadas relaciona PS com atividades de educação em saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, de saúde e bem-estar dos pacientes.

O estímulo ao autocuidado foi observado no discurso das enfermeiras. Isso se dá através do exercício da liderança destas profissionais, visto que as mesmas conseguem adesão dos pacientes e dos familiares nos treinamentos e nas práticas da autoinfusão dos fatores de coagulação, dando assim uma maior autonomia e melhorando a qualidade de vida dos hemofílicos.

As parcerias existentes entre o serviço de hematologia e as instituições citadas pelas enfermeiras como forma de promover saúde das pessoas com hemofilia, se dá de forma amigável, sem nada formalizado. Isso demonstra o comprometimento das profissionais em garantir a integralidade da assistência, que muitas vezes é comprometida pela burocracia e demora no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

À realização desta pesquisa depara-se com limitações das quais se pode pontuar o déficit de material científico sobre o referencial teórico, sobre hemofilia. A pouca quantidade de estudos sobre a prática de enfermeiros no atendimento a pessoas com hemofilia limita a discussão dos achados e a comparação com outros contextos, demonstrando o caráter inovador desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR ASC, MARIANO MR, ALMEIDA LS, CARDOSO MVLML, PAGLIUCA LMF, REBOUÇAS CBA, **Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva**, Rev Esc Enferm USP2012; 46(2):428-35www.ee.usp.br/reeusp/

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de educação médica**. 32 (3) : 356 – 362 ; 2008.

ANSS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)**. – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.

BELLINI, M. I. B.; FALER, C. S. **Intersectorialidade e políticas sociais interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevista com informantes-chave e grupos focais. **Estud. Psicol**, v.29, n.sup., 2012.

BONIN, J. E.; OLIVEIRA, J. G. S.; NASCIMENTO, J. M.; REZENDE, M. E.; STOPATO, S. P.; LEITE, I. C. G. Liga acadêmica de medicina de família e comunidade: instrumento de complementação curricular. **Rev APS**. 2011; 14:50-7.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão). Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de**

Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 15/08/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de hemofilia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 15-38.

CAETANO, J. Á.; DINIZ, R. C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare enferm.** 2009; 14(4): 638-44.

CARVALHO, R. S. **Saúde coletiva e promoção á saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança** [tese]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Unicamp; 2002.

CASTRO, F. G.; KELLISON, J. G.; BOYD, S. J.; KOPAK, A. A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. **J Mix Methods Res.** 2010 September 20; 4(4): 342–360

CESTARI, V. R. F.; FLORÊNCIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M.; PESSOA, V. L. M. P.; BARBOSA, I. V.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L. Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.69, no.6, BrasíliaNov./Dec.2016.

CERVATO, A. M.; DERNTL, A. M.; LATORRE, M. R. D. O.; MARUCCI, M. F. N. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Rev. Nutr.**, jan./fev.2005, vol.18, no.1,p.41-52.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; ÁVILA, L. K.; OLIVEIRA, A. A. P. A construção de tecnologias de atenção em saúde

com base na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1352-1357, 2009. Número especial 2.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Enfermagem em Dados [Internet]. 2011. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/planejamento-estrategico-2>

CORRÊA, D.A, **Cartilha informativa sobre a prevenção de acidentes domésticos e os primeiros socorros em hemorragias para portadores de hemofilia e cuidadores** [manuscrito] / Daniele Araújo Corrêa. - 2016.53 p. : il. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3ª ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. 1988. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.35-40.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-51.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. 2000. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.29-32.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. 1991. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.41-44.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol.3, p. 49-76.

DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. **The CompHP core competencies framework for health promotion handbook**: workpackage. Galway: Executive Agency for Health Promotion and Consumers: National University of Ireland, 2011. Disponível em: http://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Competencies_Handbook.pdf

DRIESSNACK, M.; SOUSA, D. V.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enfermagem**. setembro-outubro; 15(5), 2007.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FERREIRA, O.; MARTINEZ, E. Z.; MOTA, C. A.; SILVA, A. M. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. **Rev. bras. hematol. hemoter.** 2007; 29(2):160-167.

FRADIQUE, M. J.; MENDES, L. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev. Enf. Ref. Vol. SerIII. no.10.** Coimbra jul. 2013.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados . **Revista Mineira de Enfermagem**. 17 (1):225-230, 2013.

GOMES, D. C.; PRADO, M. L.; CANEVER, B. P.; JESUS, B. H.; SEBOLD, L. F.; BACKES, V. M. S. Doutor em enfermagem: capacidade de construção do projeto de carreira profissional e científica. **Texto Contexto Enferm**, 2016; 25(3):e1260015

GRAZEFFE, V. S; CEDOTTI, W. Impotência das Oficinas de Liderança na Promoção da Saúde dos Líderes e Liderados da CCD. **R. Laborativa**. v. 4, (Supl. 1), dez. 2015, p. 90-100.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LENARDT, M. H. Tecnologia Educacional Inovadora para o emponderamento junto a idosos com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto Enferm** 2010; 19(2):358-365.

HEIDMANN1, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, abr-jun; 15(2):352-8, 2006.

HEIDEMANN ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, WosnyJamilá AM, Marchi JG, Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica, **Ciência Cuidado Saúde** 2012 Jul/Set; 11(3):613-619

HEMOCE. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará. **Um passeio no tempo**. 2016. Disponível em: <http://www.hemoce.ce.gov.br/index.php/item-simples/um-passeio-no-tempo>

IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 19 (3): 291-8, 2011.

INOJOSA, R. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap.** v.22, p.102-110, 2001.

KUABARA, C. T. M.; SALES, P. R. S.; MARIN, M. J. S.; TONHOM, S. F. R. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **REME • Rev Min Enferm.** 2014. mar; 18(1): 195-201.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp. 105-125.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso.** Maringá, v. 4, n. 2 , p. 149- 171, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, R. V. C. F.; CONDE, D. M.; LOPES, F. F.; ALVES, C. M. C. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. **Arquivos em Odontologia.** v.46, n.03. Julho/Setembro de 2010.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev Bras Enferm,** nov-dez; 65(6): 991-9, Brasília 2012 .

MELO, M. C.; SOUZA, A. L.; LEANDRO, E. L.; MAURÍCIO, H. A.; SILVA, I.D.; OLIVEIRA, J. M. O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva,** 14(Supl. 1):1579-1586, 2009.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; SHINYASHIKI, G. T.; NOGUEIRA, M. S. The reference framework of popular education in nursing management and leadership. **Texto Contexto Enferm.** 2007;16(2):303-6.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; TREVIZAN, M. A.; PASQUALIN, L. O.; TOGNOLI, S. H.; GAZZOTTI, J. Lições aprendidas com o trabalho em Rede em Enfermagem e Obstetrícia. **Rev Bras Enferm.** 2013; 66(nº esp):90-4.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; TREVIZAN, M. A.; MARCHI-ALVES, L. M.; SOUZA-JUNIOR, V. D. Educação, liderança e parcerias: potencialidades da

enfermagem para a cobertura universal de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24: e2673.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** (12ª edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A.; ZINA, L. G.; SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S. Práticas de ensino aprendizagem com bases em cenários reais. **Interface Comun Saúde Educ**. 2010; 14:69-79.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises. Volume 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=51

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar, p.15-35. 2014.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. **Promoção da Saúde e seus fundamentos**: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Med Book, . p. 305-326, 2014.

PEROVANO D. G. Manual de Metodologia Científica para segurança pública e defesa social. 1º edição, Brasil: Jurua 2014 Disponível em https://www.livrariacultura.com.br/p/livros/direito/manual-de-metodologia-cientifica-42746170?utm_campaign=lomadee&utm_medium=afiliado&id_link=12571&utm_source=lomadee&utm_content=22269926&lmmsgid=355434491123-176 Acessado em 19 de dezembro de 2017.

PINTO, A. A. M. **As potencialidades do Agente Comunitário de Saúde na efetivação da Promoção da saúde** : uma análise de suas ações no município de Marília-SP. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de São Paulo, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUGLER, B. P. Etapas e conceitos-chave das pesquisas qualitativa e quantitativa. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROBERTE LM, HOGA LAK, GOMES ALZ, O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante, **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev. 2012;20(1):[08 telas] www.eerp.usp.br/rlae

SAILLOUR, G. F.; TRICAUD, S.; PÉLISSIER, S. M.; BOUCHON, B.; GALPÉRINE, I.; FIALON, P.; SALMI, L. R. Factors associated with nurses' poor knowledge and practice of transfusion safety procedures in Aquitaine, France. **Int J Qual Health Care**. 2002;14(1):25-32.

SANT'ANNA, S.R.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.14, n.32, p.207-15, jan./mar. 2010.

SANTOS, L. M.; DA ROS, M. A.; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saude Publica**. 2006; 40(2):346-352.

SCABAR, T. G. **A educação física e a promoção da saúde: formação profissional e o desenvolvimento de competências**. Dissertação. Mestrado em Ciências. Universidade de São Paulo. Faculdade de saúde Pública. São Paulo, 2014.

SIDANI S. **Self care**. In: Doran D. Nursing Outcomes: the state of science. 2ª ed. USA: Jones & Bartlett Publishers; 2011.p.131-200.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saude e debate**. Rio de Janeiro. v. 40. n. 111, p. 183-205, Out-dez, 2016.

SOUZA, M. A. S. L. **Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho**. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, p. 147-174, 2011.

TADDEO, P. S.; GOMES, K. W. L.; CAPRARA, A.; GOMES, A. M. A.; OLIVEIRA, G. C.; MOREIRA, T. M. M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2923-2930, 2012.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L. ; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6): 1799-1808, 2016.

TUSSET, D. **Competências em Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola do Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília. Brasília, 2012.

YIN, R.K., Estudo de Caso Planejamento e Métodos. 5º edição, Bookmam Editora Limitada. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=EtOyBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=pesquisa+exploratoria+2015&ots=-k5nnow0yx&sig=kFKmiHoz7O3kyltsAjvAnrNMZv8#v=onepage&q&f=false>. Acessado em 13 de janeiro de 2018.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; MENDES, R.; AKERMAN, M.; LEMOS, M. S. A Promoción de Salud em Brasil In: Arroyo, H, V. La promoción de la salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica, 1ª ed, Universidad de Puerto Rico, 2004.

WESTPHAL M. F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M., Drumond Jr. M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006:635-67, 1992.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YMC, Organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 635-67.

WITT, R. R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WHO (World Health Organization). **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. 2005. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em: 18 jun. 2016.

WHO (World Health Organization). **Nairobi Call to Action**. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>

ZAMBERLAN, C.; SIQUEIRA, H. C. H. A terceirização nos serviços e suas consequências no cuidar em Enfermagem. **Cogitare Enferm**. 2005 set/dez; 10(3):71-5.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caracterização do Perfil do Enfermeiro (a):

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____ anos

Estado civil: Casado (a) Separado (a) Solteiro (a) Viúvo (a)

Grau de Escolaridade: Graduado Especialista Mestre Doutor

Fez algum Curso na área de hematologia: Sim. Não

Há quanto tempo trabalha na Hemorrede: _____ anos.

Concursado: sim não.

1. Me fale sobre promoção da saúde
2. Como você incentiva o paciente para o exercício do autocuidado? COMENTE
3. Existe alguma parceria (outras áreas de conhecimento, setores, entidades, atores sociais) estabelecida como forma de promover a saúde dos hemofílicos?
COMENTE

APÊNDICE B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Pedido de Autorização Institucional

Prezada Senhora: Dra. Fca.Vânia Barreto Aguiar F. Gomes

Estamos realizando um estudo com intuito de ampliar o conhecimento e a discussão na Enfermagem sobre as competências em promoção da saúde presentes nas práticas de enfermeiros que atendem aos pacientes hemofílicos. Trata-se de uma Dissertação de Mestrado do Programa de Mestrado Acadêmico da Universidade Regional do Cariri – URCA. É um estudo qualitativo, que tem como objetivo “Compreender como as competências em promoção da saúde estão presentes nas práticas dos enfermeiros que assistem pacientes hemofílicos”, bem como discutir os resultados e suas implicações na assistência a estes pacientes.

Desse modo, solicitamos por meio deste, a autorização para a realização da pesquisa, intitulada **“Competências em promoção da saúde na prática de enfermeiros junto a pacientes hemofílicos”** ao setor de Ensino e Pesquisa do Hemocentro Coordenador.

Vale ressaltar que instituição não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa, e de que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos

Antecipamos nossos sinceros agradecimentos



Olga Feitosa Braga Teixeira

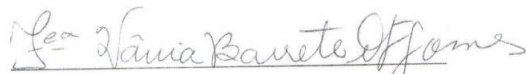
Pesquisadora

Ciente das informações recebidas, concordo com a coleta de dados da pesquisa intitulada **“Competências em promoção da saúde na prática de enfermeiros junto a pacientes hemofílicos”** que será realizada sob responsabilidade de **Olga Feitosa Braga Teixeira**, aluna do Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA, pois estou informado (a) de que em nenhum momento, a instituição

estará exposta a riscos causados pela liberação do estudo, nem tão pouco os profissionais que dela participar.

Estou ciente também de que os resultados encontrados no estudo serão usados apenas para fins científicos. Fui informado (a) de que a instituição não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa, e de que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos.

Diante o exposto, concordo em autorizar a execução da pesquisa na Hemorredeede Pública do Estado do Ceará.



Fca. Vânia Barreto Aguiar F. Gomes

Fca. Vânia Barreto A.F. Gomes
Diretora de Ensino e Pesquisa
HEMOCE

Diretora de Ensino e Pesquisa

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a) estamos realizando a pesquisa “**COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS**”, que tem como objetivo “Compreender como as competências em promoção da saúde estão presentes nas práticas dos enfermeiros que assistem pacientes hemofílicos.” Para tal será realizado uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras referentes à prática de enfermeiros relacionadas à promoção de saúde de pacientes hemofílicos.

As entrevistas serão realizadas em ambiente individual, apenas com a presença de um pesquisador e o profissional entrevistado, e será gravada de modo a assegurar uma captação completa e fidedigna das respostas do entrevistado. As falas serão transcritas manualmente e irão ser organizadas, processadas e analisadas em um conjunto com o total de entrevistados.

A realização deste estudo parte do entendimento de que compreender como os domínios de competências em promoção da saúde estão contemplados na prática de enfermeiros que assistem a hemofílicos e permite embasar ações que reforçam as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Por estas razões, o (a) senhor (a) está sendo convidado a participar desta pesquisa. Sua participação consistirá em responder as perguntas elaboradas pelos pesquisadores para a entrevista semiestruturada, além da participação de um grupo focal e a observação sistemática. Os procedimentos da entrevista poderão trazer algum desconforto por manter a voz ou informações pessoais registradas de modo escrito ou oral em equipamentos de gravação. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido mediante a organização por códigos e a salvaguarda segura das informações prestadas. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu, Olga Feitosa Braga Teixeira, responsável, estarei à disposição para a resolução de tais problemas. Espera-se com esse estudo: contribuir no atendimento à saúde desta clientela, visto que os profissionais competentes promovem a

melhoria na qualidade da assistência, de modo que a prática profissional seja eficaz e completa.

Todas as informações que o (a) senhor (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e seus dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá em arquivos de áudio ou qualquer material da pesquisa e de seus resultados quando divulgados.

A sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e caso o (a) senhor (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou métodos utilizados na mesma, pode procurar Olga Feitosa Braga Teixeira ou Maria de Fátima Antero Sousa Machado, orientadora da pesquisa, no Departamento de Enfermagem à Rua Coronel Antonio Luiz, 1161, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88) 31102.1212 ramal 2424, Crato, Ceará.

Se o (a) senhor (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste termo.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pesquisa COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o (a) senhor (a)

_____, portador do documento de identificação _____, declara que após leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E por estar de acordo assina o presente termo.

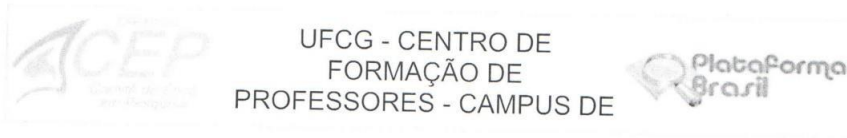
_____, CE, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS

Pesquisador: Olga Feitosa Braga Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65093117.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.012.376

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS, 65093117.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Olga Feitosa Braga Teixeira trata de pesquisa com caráter qualitativo com características exploratório-descritivas testando a utilização das competências em promoção da saúde (CPS) no atendimento a pacientes hemofílicos.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS tem por objetivo principal compreender de que modo as competências em promoção da saúde estão presentes nas práticas dos enfermeiros que assistem pacientes hemofílicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.012.376

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Olga Feitosa Braga Teixeira redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS JUNTO A PACIENTES HEMOFÍLICOS, número 65093117.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Olga Feitosa Braga Teixeira.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858617.pdf	22/02/2017 08:24:31		Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	22/02/2017 08:24:00	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pf_novo.doc	22/02/2017 08:23:11	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI2.jpg	09/02/2017 20:29:13	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI1.jpg	09/02/2017 20:28:57	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	09/02/2017 20:22:24	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TRP.jpg	09/02/2017 20:11:49	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/02/2017 20:07:26	Olga Feitosa Braga Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br