

PROMOVENDO O AUTO-CUIDADO NO CONTROLE DA HANSENÍASE

PROMOTING SELF-CARE IN HANSEN CONTROL

Mari Saho¹
Rozeana Matos de Santana²

Este trabalho descreve a experiência de enfermeiras e estudantes de graduação desenvolvida num ambulatório de atendimento aos portadores de hanseníase, promovendo atividades que tentam engajar os participantes no processo de auto-cuidado. Para avaliar esta atuação de enfermagem, realizaram-se entrevistas com 50 participantes do Programa de Controle da Hanseníase entre 20.10.1997 e 18. 03.1998, seguindo um roteiro de perguntas. Entre os fatores que interferem na tomada de decisão individual para o auto-cuidado, considerou-se importante a democratização do conhecimento. No atendimento mensal dos participantes, foram abordados assuntos relacionados à doença, tratamento medicamentoso, prevenção de incapacidades e controle dos contatos. O resultado da avaliação mostra que a maioria dos participantes usa corretamente a quimioterapia (96%), nunca interromperam o tratamento (74%) e têm noção de complicações ao avançar da doença (62%). Entre as orientações recebidas durante a consulta de enfermagem, referiram, freqüentemente, o uso correto de medicações, a assiduidade ao tratamento, a proteção da pele e a restrição de bebidas alcoólicas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem ambulatorial. Hanseníase. Auto-cuidado.

This papers describes the nurses and undergraduates experience at a leper ambulatory assistance where engaging activities were performed focusing on self-care. Fifty participants in the Leprosy Control Program were interviewed through a semi-structured questionnaire from October 20, 1997 to March 18, 1998 to evaluate this nursing intervention. Among the factors interfering in the individual decision-making about self-care, knowledge democratization has been found to be relevant. At monthly visits to the ambulatory, a number of issues related to the disease were addressed including pharmacological treatment, prevention of disabilities and contiguosness control. Evaluation results show that 96% of the participants make proper use of chemotherapy, 74% has never discontinued the treatment and 62% is aware of complications as the disease advances. The guidance received at the visits was reported to include proper use of the medication, adberence to treatment, skin protection and abstention from alcohol.

KEYWORDS: Nursing ambulatory assistance. Leprosy. Self-care.

INTRODUÇÃO

Durante o período compreendido entre os meses de abril de 1996 e março de 1998, o Programa do Controle da Hanseníase do Ambulatório do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Unidade da Universidade Federal da Bahia (UFBA), contou com a atuação de

docentes e estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFBA, em uma atividade de extensão do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem, promovendo o auto-cuidado dos portadores de hanseníase e seus familiares.

Essa atuação é justificada pela situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, devido à

¹ Docente da Escola de Enfermagem da UFBA.

² Estudante do Programa de Monitoria da disciplina Princípios de Epidemiologia da Escola de Enfermagem da UFBA.

sua alta taxa de endemidade e à sua característica de progressiva expansão nacional, o que representa um grave problema de saúde pública. Ao lado disso, o custo social da doença, por conta da sua evolução crônica e das lesões incapacitantes que causam limitações das atividades cotidianas e profissionais, bem como a rejeição e o estigma por parte da população, devem ser levados em consideração.

No estágio atual dos recursos disponíveis em relação ao controle da hanseníase, são importantes: a detecção precoce dos casos, a instituição do tratamento no estágio inicial da afecção e o acompanhamento efetivo dos pacientes, visando a conclusão do tratamento. Nesse sentido, a atuação da(o) enfermeira(o) no controle da hanseníase é relevante, tanto no que diz respeito ao acompanhamento do paciente e da família no tratamento e prevenção de incapacidades, como também na educação em saúde voltada para os profissionais de saúde e a população em geral. Com esse processo, visa-se à participação plena do paciente nas atividades normais da sociedade.

Nesta proposta, o auto-cuidado é entendido como um “modelo conceitual que exige atitude racional com tomada de decisão, para realizar ações antecipatórias e oportunas, que busquem a responsabilidade do cuidado individual, que se traduz em ações sistematizadas, coordenadas e integradas pelo indivíduo em seu cotidiano.” (CHOMPRÉ, 1994, p.155).

Citando dados internacionais, Maia (1991) acredita que cerca de 25% dos portadores de doenças crônicas-degenerativas podem ser atendidos por ações voltadas à promoção do auto-cuidado. Nesse contexto, destaca-se a hanseníase, doença transmissível de curso prolongado, que requer um esquema de tratamento para o qual a participação ativa do portador e seus familiares torna-se imprescindível.

O trabalho teve como objetivos:

1. Promover auto-cuidado dos portadores da hanseníase e de seus familiares, através de um processo dialógico, durante a consulta de enfermagem realizada no Programa de Controle da Hanseníase no Ambulatório do HUPES.

2. Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos portadores da hanseníase sobre a doença, o tratamento e os cuidados abordados durante a consulta de enfermagem.

MARCO TEÓRICO

O sistema de saúde formal, atualmente em vigor, tem a tendência de transformar o indivíduo em objeto passivo de suas decisões quanto aos cuidados de saúde que lhe são prescritos. Nesse sistema, é reduzida ou anulada a sua capacidade para participar de seu próprio cuidado de saúde.

Mesmo em situações nas quais o protagonista do cuidar tem que ser o próprio indivíduo ou seus familiares, as orientações e as recomendações não seguidas representam um comportamento de resistência, o que leva os profissionais de saúde ao julgamento de “não aderência ao programa”.

Existem vários trabalhos que apontam para a fragilidade do sistema atual e propõem mudanças, a partir de novos paradigmas, no modo de assistir o indivíduo/coletividade (VASCONCELOS,1989; ARAÚJO,1991; MAIA,1991).

Vasconcelos (op. cit.) considera a atuação da equipe de saúde como um fator entre as múltiplas forças sociais que agem sobre a saúde da população. Portanto, a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde vão sendo conquistadas num processo histórico, através do avanço da consciência que a população tem sobre a realidade e o crescimento de sua capacidade de organização.

Araújo (1991) chama atenção para a importância de se considerar a prática de enfermagem como uma parte integrante de um conjunto de práticas de saúde que se relacionam, de forma complementar, e guardam uma interdependência entre si e, portanto, deve-se repensar a prática de enfermagem no bojo do processo coletivo do trabalho em saúde. Assim, indica a consulta de enfermagem como um possível instrumento de viabilização da assistência de enfermagem.

Através da realização da consulta de enfermagem, pode-se desencadear uma relação

interpessoal, aproximando enfermeira(o) e paciente; é quando se pode estabelecer um método pedagógico de aproximação para superação de problemas no atendimento individual de cada doente, pois é o momento em que as pessoas se abrem à palavra do agente de saúde. É também nessa relação que o profissional de saúde despende a maior parte do seu tempo (VASCONCELOS, 1989).

De acordo com Heidegger apud Waldow (1992), existe dois tipos de cuidados: o que envolve fazer pelo outro, ou seja, assumir pelo outro, e o cuidado autêntico, que ocorre quando o fornecedor do cuidado estimula e favorece a potencialidade do outro para cuidar de seu próprio ser.

No presente trabalho, foi priorizado o cuidado autêntico por acreditar que, neste, o cuidado é estimulado de acordo com o estilo de cada um, levando-se em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que está sob a responsabilidade daquele que fornece o cuidado. Tem implicação na idéia de favorecer, restabelecer ou reforçar o comportamento para o auto-cuidado. "Isto contribui não só para ajudar a lutar contra a doença, mas também contribui para estimular e continuar a busca em direção a completude como ser humano", afirma Waldow (*ibid.*, p.31).

Segundo Orem apud George e Stanton (1993), o auto-cuidado é uma ação deliberada, constituída de duas fases: operações que precedem e conduzem as decisões nas quais o indivíduo faz julgamentos para decidir se desempenha ou não ações de auto-cuidado, entendido neste marco como pré-decisão; e operações subsequentes às decisões, quando o indivíduo se engaja em ação ou ações de auto-cuidado em saúde.

Entre os fatores que permitem reconhecer a complexidade do processo de tomada de decisão individual para o auto-cuidado, podem ser apontadas a importância de se democratizar os conhecimentos, de dispor de tecnologias adequadas, além da necessidade de se conhecer as estruturas sócio-culturais dos indivíduos e da sociedade, de suas percepções do processo saúde-doença e de sua motivação para o cuidado (CHOMPRÉ, 1994).

Incorporando essas considerações e reconhecendo o cuidar de pessoas como o propósito central da enfermagem, adotou-se a proposta do auto-cuidado como uma das alternativas possíveis de promover integração e participação dos portadores da hanseníase e seus familiares em seu cuidado cotidiano.

O auto-cuidado em Controle da Hanseníase implica num processo de adaptação do portador a uma nova forma de viver e conviver com a necessidade de participação ativa no tratamento medicamentoso, prevenção de incapacidades e controle dos contatos. Cabe aos agentes de enfermagem repensar seu modo de se relacionar com a clientela, pois a independência e a produção de ações de auto-cuidado à saúde pressupõe que, na relação com o profissional de saúde, exista uma redistribuição de poder e saber em saúde, sendo, assim, compartilhadas as responsabilidades do cuidado (MAIA, 1991).

METODOLOGIA

O Programa de Controle da Hanseníase do ambulatório do HUPES conta com a atuação da equipe médica e de monitores pertencentes às disciplinas de Dermatologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da UFBA, enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), docentes e estudantes de graduação em Enfermagem da UFBA. Funcionando no período vespertino dos dias de segundas e quartas-feiras, dispõe de serviço de apoio laboratorial de análises clínicas e anátomo-patológico e outras especialidades médicas do próprio hospital, sendo a baciloscopia para diagnóstico e controle realizada no 5^o Centro de Saúde (SESAB). Atende a clientela pertencente à região metropolitana de Salvador e a alguns casos do interior do Estado da Bahia.

Considerando as características da clientela que demanda o serviço, o atendimento de enfermagem foi desenvolvido utilizando a consulta de enfermagem como instrumento principal, priorizando o sistema de suporte educativo para atender às necessidades do cliente para adquirir conhecimento e habilidades, o poder decisório e o

comportamento de controle em relação às suas necessidades de auto-cuidado (GEORGE; STANTON, 1993).

A periodicidade do atendimento variou de acordo com o esquema de tratamento adotado, considerando a forma clínica da doença e a presença ou não de complicações como, por exemplo, fase reacional, intolerância medicamentosa e outros problemas eventualmente apresentados.

Durante a consulta de enfermagem, foram discutidos com o cliente os problemas identificados, as dúvidas e as dificuldades apresentadas na execução de cuidados, buscando-se a forma de melhor solucioná-los, sendo observadas a disponibilidade e a possibilidade do cliente e da sua família. Dentre os fatores que permitem reconhecer a complexidade do processo de tomada de decisão individual/coletiva, foi priorizada a democratização do conhecimento, buscando-se esclarecer aspectos relevantes da doença, tratamento e dúvidas através de um processo dialógico, visando superar dificuldades de ordem econômica e/ou cultural para manter o prosseguimento do tratamento.

O trabalho partiu da premissa de que

“...independente de todas as forças que atuam na participação das pessoas nos processos decisórios nos micro ou macro-níveis, cada pessoa possui, a priori, um potencial de capacidade participativa que, devidamente estimulado, faz com que se desenvolva a conscientização crítica.” (NORONHA, 1986, p.35).

Neste estudo, foi considerado como promoção do auto-cuidado pelo paciente: o conhecimento que este tem sobre sua doença e o tratamento específico; tornar-se capaz de desenvolver os cuidados de hidratação e lubrificação da pele, assim como a prevenção de acidentes com a utilização de instrumentos adequados; ser capaz de auto-administração de medicamentos; ser capaz de, junto com a família, desenvolver atividades de controle dos contatos; comparecer ao serviço de acordo com a data marcada para o recebimento do medicamento e, também, saber identificar anormalidades decorrentes da doença e/ou uso de medicações, procurando o serviço.

O período de atuação das docentes e estudantes de enfermagem no Programa de Controle da Hanseníase correspondeu a abril de 1996 a março de 1998 e, para sua avaliação, foram entrevistados 50 dos 86 portadores de hanseníase em tratamento, correspondendo a 58,2%. Esta população foi considerada válida para a avaliação, uma vez que a mesma, ao iniciar o tratamento, não dispunha de informações sistematizadas sobre os cuidados relacionados à hanseníase.

A entrevista foi dirigida àqueles pacientes que já tinham se submetido a, pelo menos, duas consultas de enfermagem. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário (Anexo 1) testado experimentalmente em pacientes atendidos no serviço, que não fizeram parte do estudo. O levantamento ocorreu no período de 20 de outubro de 1997 a 18 de março de 1998, e foi realizado pela monitora do Programa de Monitoria da disciplina “Princípios de Epidemiologia” do Curso de Graduação em Enfermagem da UFBA. Os pacientes foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo e à garantia do anonimato da informação no ato da entrevista, não havendo recusa por parte dos mesmos.

A análise de dados foi baseada em dados quantitativos, representados em números absolutos e relativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 50 entrevistados, 37 (74%) eram do sexo masculino e 13 (26%) do sexo feminino. Em termos de faixa etária, predominou a compreendida entre 20 a 39 anos com 44% (22), chamando também a atenção a faixa de menores de 20 anos com 26% (13), denotando a exposição precoce das pessoas susceptíveis à doença com fonte de infecção.

O grau de escolaridade predominante foi o do ensino fundamental incompleto, com 72% (36), seguido do 2º grau incompleto com 14% (7) e do nível superior, com apenas 2% (1), indicando a baixa escolaridade da população.

Em termos de formas clínicas da doença, que determina o esquema de poli-quimioterapia

indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994)³, 46% (23) dos entrevistados foram diagnosticados como a forma virchowiana e 38% (19) como a forma tuberculóide, requerendo um tempo prolongado de tratamento, na sua maioria.

O resultado da avaliação mostra que a maioria dos pacientes entrevistados (96%) faz uso correto da quimioterapia em termos de dosagem e duração, sendo que, em alguns casos, não foi demonstrado o domínio do nome do medicamento, porém eram capazes de descrever, corretamente, a característica e a frequência de uso. Quanto à interrupção do tratamento, 74% responderam que nunca o interrompeu. Aqueles que a referiram, alegaram como motivos: o mal-estar ao ingerir o medicamento; a necessidade de viagem; e apenas um respondeu que não confiava no tratamento. Em relação à noção da transmissão da doença, 54% responderam que a doença é transmitida por via respiratória, 22% achavam que a doença não era transmissível e 24% responderam que não sabiam se a doença era ou não transmissível de uma pessoa para outra. Quanto a complicações ou agravamentos que a doença pode causar, 62% responderam positivamente, enquanto 18% achavam que a doença não apresentava complicações e 18% desconheciam as possíveis complicações/ agravamento da doença.

Quanto à atuação da enfermagem, 92% dos entrevistados se referiram à validade da consulta de enfermagem. Os cuidados lembrados como recomendados durante a consulta foram: orientações sobre o uso correto das medicações, importância do seguimento ao tratamento, repouso, controle dos contatos, cuidado com a pele e prevenção de acidentes.

Vale lembrar alguns depoimentos de clientes que não se sentiram satisfeitos com o atendimento, referindo o longo tempo de espera, escassez de profissionais em relação à demanda, o uso inadequado da linguagem e o pouco tempo destinado ao atendimento.

Outro fator considerado importante no seguimento ao cuidado foi o apoio da família⁴. Entre os entrevistados, 90% responderam que contam com o apoio da família e 10% responderam que não tiveram condições de compartilhar com sua família sobre a doença.

A questão do abandono ao tratamento é considerado grave, pela possibilidade de criar resistência bacteriana e manutenção do foco de infecção na comunidade. Durante o período, foram detectados 6 casos como faltosos⁵, correspondendo a 6,5% dos submetidos ao tratamento de poliquimioterapia. A solicitação de comparecimento na Unidade restringiu-se ao convite efetuado através do correio e do telefone, devido à grande distância entre o serviço e a moradia dos usuários e, ainda, ao precário sistema de comunicação do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos na avaliação e as observações feitas durante a experiência foi possível verificar a importância do relacionamento do profissional com a clientela. Neste tipo de atendimento, o processo dialógico, priorizado durante a consulta de enfermagem, permitiu à(o) profissional a oportunidade de identificar potencialidades e dificuldades do cliente e, juntos, discutirem a melhor forma de viabilizar a promoção do auto-cuidado. Este processo dialógico pode ser desenvolvido utilizando-se outras técnicas educativas, como citado por Noronha (1986).

O conhecimento necessário para que o portador tome a decisão de promover seu auto-cuidado – sobre a doença, tratamento e prevenção de incapacidades – foi acessível à maioria dos entrevistados.

Outro fator importante é considerar a prática de enfermagem como uma parte integrante e interdependente de um conjunto de práticas de saúde. Só é possível o alcance pleno dos obje-

³ Esquema de poliquimioterapia-PQT: 6 meses de duração para as formas indeterminada e tuberculóide e 24 meses para as formas dimorfa e virchowiana.

⁴ A família comparece ao controle de contatos e, na oportunidade, recebe as orientações necessárias para melhor ajudar o paciente no auto-cuidado.

⁵ Considera-se como faltoso o paciente que ultrapassa o período de 15 dias de falta, a contar do dia aprazado; Aos pacientes que apresentarem 3 faltas consecutivas para os palcibacilares (forma indeterminada e tuberculóide) e 4 faltas consecutivas para os multibacilares (forma dimorfa e virchowiana) é indicado o reinício do tratamento (BRASIL, 1994).

tivos propostos, através de uma ação conjunta de caráter multiprofissional e intersetorial, que integre os profissionais que atuam no âmbito institucional e em outros setores da sociedade. Essa forma de atuação integrada deve ser incentivada e vivenciada pelos estudantes, através de práticas nos serviços e na comunidade, favorecendo a formação de profissionais não apenas competentes tecnicamente, mas também indivíduos críticos e reflexivos em relação ao problema de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M. J. S. **A consulta de enfermagem no contexto da prática de enfermagem.** In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - Comissão Permanente de Serviço, Organização da Assistência de Enfermagem. DOC I, Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase.** 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- CHOMPRÉ, R. R. Auto-cuidado: necessidade ou responsabilidade? **Revista Baiana de Enfermagem,** Salvador, v.7, n. 1/2, p.153-161, abr./out. 1994.
- GEORGE, J. B.; STANTON, M. **Teorias de enfermagem.** Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.
- MAIA, A. R. C. R. **Competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado à saúde.** 1991. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem – considerações prévias para o auto-cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.39, n.1, p.34-43, jan./mar. 1986.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989.
- WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 13, n.2, p.29-35, jul. 1992.

4. Acha o tratamento importante? Sim () Não () Por quê? _____
5. Como é seu tratamento? Certo () Errado ()
 Duração _____
 Dosagem _____
 Cuidados _____
6. Já interrompeu o tratamento? Sim () Não () Por quê? _____
7. Você tem sentido melhora dos sinais e sintomas apresentados? Sim () Não ()
8. A doença pode causar algum problema/ complicações? Sim () Não ()
9. Sabe se esses problemas podem ser evitados? Sim () Não ()
10. De que maneira pode evitar essas complicações?

11. Quem o orientou sobre a prevenção de incapacidades?
 médico () enfermeira () fisioterapeuta () assistente social () auxiliar de enfermagem ()
 Outros _____

5. PERCEPÇÃO DO PACIENTE E DE SUA FAMÍLIA SOBRE A DOENÇA

1. Como se sentiu ao saber que estava com esta doença?

2. Sua vida modificou ao tomar conhecimento de sua doença? Sim () Não ()
 Em caso positivo, que modificações trouxe?

3. Quem falou a você inicialmente sobre sua doença?
 médico () enfermeira () fisioterapeuta () assistente social () auxiliar de enfermagem ()
 Outros () _____
4. Sua família sabe qual a sua doença? Sim () Não ()
 Em caso afirmativo, quem comunicou?
 você () amigo () profissional de saúde () outros () _____
5. Que membro da sua família tem conhecimento de sua doença? Todos () alguns ()
6. Qual foi a reação inicial da sua família? _____
7. Atualmente qual é a reação de sua família? _____

8. Outras pessoas que convivem com você têm conhecimento sobre sua doença? Sim () Não ()

 Em caso negativo, por quê?

9. Em caso positivo, observou alguma modificação no relacionamento? Sim () Não ()
 Qual? _____

6. PERCEPÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

1. Que orientações recebe durante a consulta de enfermagem?

2. Sente que é bem atendido no serviço? Sim () Não ()
 Em caso negativo, por quê?

Data: _____ Assinatura do entrevistador: _____