

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO**

ODILA MARIA WALDRICH

**EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO PRÁTICAS ARTICULADAS DE CUIDADO DO
CORPO: O DESAFIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**

Lages

2011

ODILA MARIA WALDRICH

**EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO PRÁTICAS ARTICULADAS DE CUIDADO DO
CORPO: O DESAFIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Educação da
Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Dr^a Marina Patrício de Arruda

Lages

2011

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO**

ODILA MARIA WALDRICH

**EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO PRÁTICAS ARTICULADAS DE CUIDADO DO
CORPO: O DESAFIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada para apreciação á comissão examinadora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação. Universidade do Planalto Catarinense-Uniplac. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação. Linha de Pesquisa II: Processos socioculturais e sustentabilidade.
Orientadora: Dr^a Marina Patrício de Arruda.

Banca Examinadora

Profa.Dr^a Sonia Maria Martins de Melo (UDESC- membro externo)
.....

Prof. Dr. Geraldo Augusto Locks (PPGE/UNIPLAC- membro interno)
.....

Profa.Dra.Maria de Lourdes Pinto de Almeida(PPGE/UNIPLAC- suplente)
.....

Orientadora:

Profa.Dra. Marina Patrício de Arruda (PPGE/UNIPLAC)
.....

Lages

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador, pela oportunidade de evolução.

Aos meus pais, pela minha formação moral e pelo incentivo frente aos obstáculos que o dia-a-dia me oferece.

Ao meu marido Nilson, aos meus filhos Larissa, Leandro e Priscilla, e à meu genro Raimondi, pela paciência e compreensão nesse período tão importante e desafiador.

A minha orientadora Professora Doutora Marina Patrício Arruda e ao Professor Doutor Geraldo Augusto Locks por terem sido os grandes norteadores dessa dissertação, pois, sem os seus conhecimentos, colaborações e atenção, certamente não obteria o mesmo êxito...

Aos meus amigos, deixo a minha gratidão pelos conselhos cedidos e por transporem comigo todos os obstáculos encontrados.

Aos colegas profissionais da Secretaria da Saúde e ao Secretário Juliano Polese Branco fica a minha estima e o meu respeito, pela compreensão e pela paciência a mim cedida no decorrer deste trabalho.

Por fim, agradeço aos sujeitos desta pesquisa, e a todos que de alguma forma contribuíram com mais este conhecimento em minha carreira profissional.

Muito Obrigada!

Odila Maria Waldrich

A nosso entender, é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitarizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. E mais – como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam.

(Joaquim A. C. Melo, 1987)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	19
REVER A TEORIA PARA SITUAR A PESQUISA	19
1.1 Educação e Saúde: repensando o lugar do corpo	19
1.2 Vigilância Epidemiológica no Brasil e a Hepatite tipo C no contexto do SUS.....	27
1.3 Marcas corporais e o desafio do profissional da enfermagem na articulação de práticas de cuidado	34
CAPÍTULO II	48
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA	48
2.1 Contexto da pesquisa.....	48
2.2 Abordagem Metodológica	50
2.3 Instrumentos de pesquisa.....	51
2.4 Sujeitos participantes da pesquisa	52
2.5 Procedimentos Éticos e Operacionalização do Estudo.....	52
2.6 Riscos, benefícios e critérios para suspender a pesquisa.....	54
2.7 Análises dos dados	55
CAPÍTULO III	56
ANALISAR OS DADOS E DESCOBRIR PISTAS PARA ARTICULAR PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE	56
3.1 Perfis dos entrevistados	56
3.2 Entendimentos sobre a doença Hepatite C; estabelecendo relações.....	59
3.3 Sobre as marcas corporais	66
3.4 Sobre as ações educativas da enfermagem	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	90
APÊNDICES	94

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CAV	Centro de Ciências Agro-Veterinárias
CEV	Campanha da Erradicação da Varíola
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FACEC	Faculdade de Ciências Econômicas e Contábeis
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência Adquirida
HBV	Vírus da Hepatite tipo B
HCV	Vírus da Hepatite tipo C
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNHV	Programa Nacional de Hepatites Virais
PPGE	Programa de Pós-Graduação em Educação
SENAC	Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UNICID	Universidade da Cidade de São Paulo
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
UNIVESC	Centro Universitário Catarinense

RESUMO

Produzir conhecimento acerca das doenças e seus fatores de risco desafia pesquisadores, professores e profissionais comprometidos não só com a prevenção e promoção de saúde, mas também com a construção de um conhecimento complexo. Tal conhecimento é capaz de unir práticas de educação e saúde para o cuidado do corpo. Frente a este desafio está o profissional da enfermagem. A observação sobre o expressivo aumento do número de homens e mulheres infectadas com Hepatite tipo C, na cidade de Lages SC, e o desconhecimento sobre as formas de contágio, indicou-nos a necessidade de ampliar a discussão sobre a relação entre marcas corporais, avanço dos casos de hepatite tipo C e a efetividade da educação em saúde desenvolvida pelos profissionais de enfermagem. Na tentativa de ampliar a construção deste conhecimento e de possibilitar novas discussões sobre o tema, esta pesquisa objetivou verificar o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C acerca da relação entre as marcas corporais (*tatuagens, piercings e cirurgias plásticas*) e a manifestação desta doença. Seguindo o caminho da pesquisa qualitativa, buscou-se através de entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo, evidenciar as múltiplas dimensões do entendimento dos portadores acerca do contágio desta doença. Esta pesquisa concluiu que, embora não se tenha dados científicos anteriores que possam ser comparados, existe uma relação significativa, ao se considerar os indivíduos tatuados, visto que não houve indicadores relevantes que relacionassem outra fonte de contágio. Desta forma, esta pesquisa permitiu-nos destacar a possibilidade de existir relação entre o contágio da doença hepatite tipo C com o uso de tatuagem. Assim sendo, este seria um indicador em potencial a justificar novas e contínuas pesquisas sobre o tema. Nesta reflexão, concluiu-se que educação e saúde são práticas sociais cuja articulação é fundamental à mudança do comportamento individual e/ou de grupos específicos em prol do bem estar de todos.

Palavras – chaves: marcas corporais, hepatite tipo C, educação e saúde, cuidado do corpo, profissional da enfermagem.

RESUMEN

Producen conocimiento acerca de las enfermedades y sus investigadores de desafíos de factores de riesgo, profesores y profesionales comprometidos no sólo con la prevención y la promoción de la salud, sino también con la construcción de un complejo de los conocimientos. Tal conocimiento es capaz de unir a la educación y las prácticas de salud para el cuidado del cuerpo. Adelante a este desafío, profesionales de enfermería a la nota sobre el dramático aumento en el número de hombres y mujeres infectadas con la Hepatitis tipo C, en la ciudad de Lages, SC y la ignorancia sobre las formas de contagio, indicaron la necesidad de ampliar el debate sobre la relación entre marcas corporales, adelanto de hepatitis tipo c y la eficacia de la educación de salud desarrollada por profesionales de la enfermería. En un intento de expandir la construcción de este conocimiento y permitir nuevas conversaciones sobre el tema, esta investigación buscó comprobar la comprensión de las personas con Hepatitis tipo c sobre la relación entre las marcas corporales (tatuajes, piercings y cirugías de plástico) y la manifestación de esta enfermedad. Siguiendo el camino de la investigación cualitativa, buscó a través de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido, destacando las múltiples dimensiones de los titulares de comprensión sobre el contagio de esta enfermedad. Esta investigación concluyó que, aunque tiene datos científicos no anteriores que se pueden comparar, existe un significativo, cuando se considera a los individuos tatuados, ya que no había ningún indicadores pertinentes no pagado otra fuente de contagio. Por lo tanto, esta investigación nos ha permitido poner de relieve la posibilidad existe relación entre la infección enfermedad hepatitis tipo c con el uso de tatuaje. Así es, esto sería un indicador potencial para justificar nueva y en curso de investigación sobre el tema. Esta reflexión, la educación y la salud son las prácticas sociales, cuyo giro es fundamental para el cambio de comportamiento individual o de grupos específicos para el bienestar de todos.

Palabras clave: marcas corporales: tipo de hepatitis C, educación y salud, atención de cuerpo, profesional de enfermería.

ABSTRACT

Produce knowledge about diseases and their risk factors challenges researchers, teachers and professionals who are committed not only with prevention and health promotion, but also with the construction of a complex knowledge. Such knowledge is able to unite education and health practices to the care of the body. Forward to this challenge, professional nursing to note about the dramatic increase in the number of men and women infected with Hepatitis type C, in the city of Lages, SC, and ignorance about ways of contagion, indicated the need to broaden the discussion about the relationship between bodily marks, advancement of hepatitis type C and the effectiveness of health education developed by nursing professionals. In an attempt to expand the construction of this knowledge and to enable new conversations on the topic, this research sought to verify the understanding of people with Hepatitis type C on the relationship between the bodily marks (tattoos, piercings and plastic surgeries) and the manifestation of this disease. Following the path of qualitative research, sought through semi-structured interviews and content analysis, highlighting the multiple dimensions of understanding holders about the contagion of this disease. This research concluded that, although has not previous scientific data that can be compared, there is a significant, when considering individuals tattooed, since there was no relevant indicators unpaid another source of contagion. Thus, this research has allowed us to highlight the possibility there is relationship between infection disease hepatitis type C with the use of tattoo. Thus being, this would be a potential indicator to justify new and ongoing research on the topic. This reflection, education and health are social practices whose pivot is fundamental to the change of individual behaviour and/or specific groups for the well-being of all.

Key words: bodily brands – hepatitis type C, education and health, body care, professional nursing.

INTRODUÇÃO

No introdutório desta pesquisa torna-se relevante incluir minha trajetória de vida profissional possibilitando ao leitor situar-se neste contexto. Profissional da saúde há 30 anos, inicio minha formação como técnica de enfermagem na primeira turma que se forma no município de Lages, no ano de 1977. Após ter desenvolvido os estágios curriculares e ter tido bom desempenho, fui contratada como técnica de enfermagem pela Direção do Hospital Infantil Seara do Bem deste município, passando a realizar minhas funções no cargo de “chefia” de setores, onde permaneci pelo período de 10 anos.

Na ocasião, a falta de enfermeiros era comum em todo território nacional, por conseguinte, os técnicos de enfermagem que mais se destacassem com liderança e comprometimento, responderiam pela “chefia” de setores e consequentemente pela qualificação de seus subordinados. Assim começou meu maior e apaixonante envolvimento com a educação, fui uma das primeiras “educadoras” vinculadas ao Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), a qualificar os profissionais que até então não eram reconhecidos como categoria profissional, *os chamados Atendentes de Enfermagem*, (categoria esta que, deixou de existir no quadro de profissões da enfermagem). Após desenvolver estas funções meu gosto pela educação cresceu levando-me a ingressar no curso de Ciências Sociais da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), pelo qual me licenciarei tornando-me legalmente uma educadora.

Iniciei minhas funções como Técnica de Enfermagem, concursada pela Prefeitura e lotada na Secretaria da Saúde do município de Lages há 16 anos, através dos quais venho atuando com veemência na prevenção e promoção da saúde, neste contexto, venho percebendo com clareza a importância em discutir a qualidade de vida das pessoas, com ênfase na educação e saúde.

No ano de 2000, ao terminar o curso de Ciências Sociais, ingressei no curso de enfermagem, profissão que sempre exerci, mas agora buscando a graduação. Como acadêmica participei de todos os processos que a Universidade me proporcionou: a presidência do Centro Acadêmico de enfermagem, e por três vezes Presidente do Diretório Acadêmico da Universidade, com participação efetiva em todos os Conselhos da Instituição.

Em 2004 cursei Especialização em Saúde da Família pela UNIPLAC. E em 2005 cursei Especialização em Ativadores de Processos de Mudanças no Ensino Superior da Saúde, em São Paulo na Universidade da Cidade de São Paulo (UNICID), curso fornecido pela Fiocruz, o qual me qualificou nas Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem que, hoje fundamentam as atuais discussões na área da saúde. Atualmente estou Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, o que me possibilita conhecer o contexto da educação/saúde com destaque na ética e cientificidade.

O interesse em estudar o entendimento que portadores de Hepatite tipo C têm sobre a relação entre marcas corporais como *tatuagens, piercings, cirurgias plásticas* e o possível risco de contágio pelo vírus da Hepatite tipo C, coincidiu com o interesse em ingressar no Curso de Mestrado em Educação da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, e do exercício da prática profissional, da vivência como enfermeira e educadora integrante da equipe de vigilância em saúde do município de Lages SC. Atuando no contexto da vigilância epidemiológica, venho da inquietude com as marcas corporais inscritas nos corpos daqueles que se lhes apresentam no ambulatório de epidemiologia em busca de apoio e orientação para as inúmeras dúvidas em relação às marcas e algumas doenças que ora se apresentam.

Se as marcas corporais, por um lado, envaidecem seus usuários, dando-lhes ares de imponência e poder, destacando-os dos demais integrantes das tribos e grupos a que pertencem, por outro, tornam-os frágeis diante de possíveis riscos e complicações que poderão advir de práticas como o uso de *piercings, tatuagens* ou *cirurgias plásticas*.

Nesta perspectiva, produzir conhecimento acerca das doenças e seus fatores de risco desafia pesquisadores, professores, profissionais comprometidos não só com a prevenção e promoção da saúde, mas também com a construção de um conhecimento complexo capaz de unir práticas de educação e saúde para o cuidado do corpo.

A partir da concepção de Edgar Morin (2000), a educação deverá seguir uma nova proposta epistemológica para superar o paradigma cartesiano e buscar educar para a complexidade da condição humana. O ser humano é em sua complexidade um ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural. Por assim dizer, infelizmente, os seres humanos, em suas relações educativas promoveram a fragmentação do conhecimento, desintegrando o processo educativo e a própria visão do ser humano integral. Considerar a complexidade humana é também considerar a complexidade do próprio processo social que inclui a educação e a saúde como prática social também capaz de estimular novas atitudes e construção de novos valores culturais. Para tanto, Morin (2002), propõe a “religação destes saberes”: “o ensino pode tentar, eficientemente, promover a convergência das ciências

naturais, das ciências humanas, da cultura da humanidade e da Filosofia para a condição humana.”

Se durante muito tempo, a educação formal privilegiou a racionalidade em detrimento da afetividade, novas tendências em educação e saúde buscam repensar dualismos e pontos de vista que, numa perspectiva reducionista, tendem a se excluir como razão e emoção, mente e corpo (ARRUDA & ARRUDA, 2010).

Neste sentido, as ações dos profissionais da saúde e educação não se limitam ao ato técnico, mas se expandem por ações educativas rumo à práticas sociais humanizadas decorrentes de um processo lento de conscientização e sensibilização profissional.

Considerando que o estudo da complexidade humana será uma das vocações da educação do século XXI, esta dissertação dá início à discussão sobre a questão da “re-ligação dos saberes” dentro do Programa de Educação da Universidade do Planalto Catarinense como espaço que qualifica os sujeitos da Educação Superior do sul do Brasil.

A enfermagem como profissão tem no cuidado sua principal atividade devendo assegurar qualidade no atendimento a todos os usuários que procuram o sistema de saúde. Para tanto, a educação em saúde torna-se o “carro chefe” do enfermeiro que realiza a gestão do serviço e assume estas atividades com intuito de transformar e orientar as práticas de cuidado da comunidade adstrita.

O conceito de saúde na atualidade passa a ser compreendido pela grande parte das pessoas, como um estado dinâmico de bem estar associado à promoção de saúde, e não simplesmente como ausência de doença. Assim, proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações capazes de ampliar a qualidade da vida "vívida", ou seja, com maior capacidade de autonomia e com padrão de bem estar associado a valores socialmente definidos.

Nessa perspectiva, a intervenção em saúde diz respeito não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas também aos aspectos subjetivos, relativos às representações sociais de saúde e doença. Neste sentido, ganham força as práticas dos profissionais da enfermagem (com ênfase no enfermeiro), e a responsabilidade de cada um no encaminhamento de uma proposta de educação em saúde como estratégia de mudança.

Promover saúde representa uma tática promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam as populações e seus entornos. Desta forma, só uma concepção ampla do processo saúde doença de seus determinantes e condicionantes, permite-nos articular saberes técnicos e populares na mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (TEIXEIRA, 2003).

É por meio do cuidado, conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, que o enfermeiro além da prestação da assistência, poderá promover também a autonomia dos pacientes por meio da educação em saúde.

Há anos a enfermagem vem revisando seu conhecimento e sua prática à luz de novas teorias e modelos de intervenção. Neste contexto, o enfermeiro se destaca como um ser social, que mantém, na perspectiva do indivíduo, suas crenças, valores, normas e conhecimentos.

Para Boff (1999), o cuidado se opõe ao descuido e ao descaso, pois cuidar é mais que um ato, é uma atitude. O cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado é característica própria às profissões da enfermagem, é uma atitude que vai além da simples execução de técnicas ou administração de medicamentos. É se colocar no lugar do outro e perceber suas necessidades, tanto fisiológicas como emocionais, dar ao outro conforto e segurança, e pela reflexão de Wanda Horta, o enfermeiro é, sobretudo:

(...) um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: “o Ser Enfermeiro é gente que cuida de gente. (1979, p. 35).

Portanto, o enfermeiro como “ser cuidador” compromete-se com a profissão e compartilha, com cada “ser” que esteja sob seus cuidados, as experiências vivenciadas em cada momento e situação.

É neste contexto profissional que, a observação sobre o expressivo aumento do número de homens e mulheres infectadas com Hepatite tipo C, na cidade de Lages SC, e o desconhecimento pela maioria destas pessoas sobre as formas de contágio, indica-nos a necessidade de ampliar a discussão sobre a relação entre as marcas corporais, o avanço dos casos de hepatite tipo C e a efetividade no que tange a educação em saúde relacionada aos profissionais da enfermagem. Junte-se a esta preocupação a escassa bibliografia sobre o tema e as várias experiências vividas pela pesquisadora como enfermeira responsável pela vigilância epidemiológica do referido município.

Este estudo considera como marcas corporais aquelas adquiridas pelo uso de *piercings*, *tatuagens* e *cirurgias plásticas*, que chamam a atenção nos usuários infectados com

Hepatite tipo C e que não são mencionadas nos formulários de entrevistas do Ministério da Saúde (MS) utilizados pelo serviço de saúde local.

Goldenberg (2002), destaca o uso do corpo como expressão de identidades. Este processo pode levar o indivíduo a se submeter a *cirurgias plásticas, sessões de musculação, tatuagens, piercings*, e outras práticas correspondentes à busca de um significado próprio para cada corpo. Goldenberg (2002 p.24), afirma que a partir do final do século XX e início do XXI, presenciou-se uma crescente idolatria do corpo, com ênfase cada vez maior na exibição pública do que antes era escondido e, aparentemente, mais controlado; o que antes era vergonhoso passou a ser respeitado, verdadeiro motivo de orgulho para as pessoas.

O corpo “bem feito”, “sarado”, “trabalhado”, representa o triunfo sobre a natureza, e é nesta busca que pode estar o risco de infecção. Portanto, os profissionais da saúde alertam para os problemas que podem ocorrer por conta de procedimentos invasivos realizados em locais não adequados, por pessoas que não tenham a devida qualificação ou pelo uso de material sem qualidade.

Para tanto, sugere-se prudência e busca de referências do profissional, do estabelecimento, das condições de higiene, materiais utilizados, alvarás e licença para funcionamento de serviços que coloquem em risco a saúde das pessoas. Os profissionais da saúde ressaltam, que embora exista uma maior consciência dos profissionais do ramo e dos clientes em relação à proteção individual, em cuidados com esterilização e descarte dos materiais contaminados, esses, ainda não são considerados, o que pode resultar em complicações graves decorrentes de *tatuagens*, colocações de *piercings*, *cirurgias plásticas* ou procedimentos do gênero. Destacam também as doenças infecciosas como AIDS, hepatite viral tipo B e C que podem ser decorrentes da busca destas marcas corporais.

Nesta perspectiva, a ocorrência de casos novos de doença ou agravamento (transmissível ou não), passível de prevenção pelos serviços de saúde, indica que a população está sob risco, necessitando de um controle adequado de seus fatores determinantes, evitando falhas na assistência à saúde e/ou das medidas de proteção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Ao citar serviços de saúde, faz-se referência ao termo genérico dado ao local destinado à promoção, proteção ou recuperação da saúde, em regime de internação ou não. Os serviços de saúde são classificados em dois grandes grupos, conforme a que se dirijam: a prestação de assistência direta à saúde das pessoas (em hospitais, centros de saúde, consultórios etc.) ou as ações sobre o meio ambiente, a fim de controlar os fatores que exercem efeitos prejudiciais à saúde (PEREIRA, 2005).

Dentro desta perspectiva, o estudo ora proposto também permite a reflexão sobre o modo em que os serviços de saúde e os profissionais da enfermagem como educadores podem intervir de forma à prevenir doenças, promover saúde e garantir qualidade de vida ao usuário.

Como refere Costa (2005, p.19), o aumento do interesse pelo corpo nos levou a viver mais tempo e, por vezes, em condições anômalas (que se desvia do normal), se comparadas à normalidade anatomofisiológicas canônica, ou seja, da *anatomia e fisiologia humana padronizadas*. Em virtude disso, envelhecer ou viver sob normas biológicas distintas das da média estatística não significa mais “sobreviver,” significa viver de outra maneira, com pretensões á felicidade pessoal e ao convívio social que não encontravam acolhimento na cultura do passado.

Costa (2005), destaca também a aparência ideal com imagens corporais ideais, difundidas pela *vulgata científica* da mídia ou pelos mentores do *marketing* e da publicidade, que têm como premissa a absolescência programada do corpo. O sujeito, qualquer que tenha sido a sua experiência corporal, deve estar pronto a querer possuir o corpo da moda.

Ao problematizar estas questões nos colocamos frente ao desafio de mudar esta forma de pensar “o corpo” como apenas simples instrumento de expressão de identidade e de distinção social em nosso cotidiano. Mas, como reformar nosso pensamento (Morin, 1997), para não mais considerar o corpo só como um conjunto de órgãos ou um simples objeto de programas de promoção de saúde?

Já se sabe que o uso destas marcas corporais como *tatuagem, piercing e cirurgias plásticas* são procedimentos capazes de alterar a estrutura corporal podendo se transformar em campo para infecções ou desenvolvimento de doenças. Como educar as pessoas levando-as a cuidar de seus corpos de forma reflexiva e responsável?

Estes questionamentos motivaram a pesquisadora nesta investigação científica frente ao expressivo aumento do número de homens e mulheres brasileiros residentes no município de Lages infectados com Hepatite tipo C. Em 2008, o Serviço de Vigilância Epidemiológica divulgou vinte e seis novos casos da doença notificados no Sistema Nacional de Notificações (SINAN), (DATASUS, 2009), apenas no referido ano, e cujas causas não puderam ser claramente identificadas. Portanto, vem da prática profissional a preocupação acerca de questões que se entrelaçam; hepatite tipo C, marcas corporais, comprometimento profissional, educação e saúde. Em meio a esta problemática busca-se a construção de um pensamento científico capaz de esclarecê-la.

De acordo com a Lei Orgânica do município de Lages, os profissionais da saúde deverão garantir direito aos cidadãos á informações e esclarecimentos de interesse da saúde

individual e coletiva, assim como um atendimento integral do ser humano, cuja unidade complexa é biopsicossocial abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

Nesta direção, o problema desta pesquisa constituiu-se em verificar *qual* o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C da cidade de Lages – SC sobre a relação entre marcas corporais (*tatuagens, piercings e cirurgias plásticas*), as manifestação desta doença e as práticas articuladas de educação e saúde?

No intuito de responder a este problema de pesquisa alguns objetivos foram traçados; o objetivo geral buscou analisar o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C acerca da relação entre marcas corporais (*tatuagens, piercings e cirurgias plásticas*), a manifestação desta doença e a efetividade das práticas articuladas de educação e saúde. E os objetivos específicos buscaram investigar a relação entre Hepatite tipo C com as marcas corporais dos portadores desta doença do município de Lages – SC; conhecer o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C sobre as possibilidades de contaminação; identificar as práticas de cuidado destes portadores em relação às marcas corporais adquiridas; identificar o período de aquisição das marcas corporais e a possível relação com o aparecimento dos sintomas de hepatite tipo C; mapear as ações voltadas ao cuidado do corpo orientadas pelos enfermeiros segundo o portador; conhecer o entendimento que os portadores de hepatite tipo C têm sobre o próprio corpo e possibilitar uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro junto aos portadores de Hepatite tipo C como agente de educação e Saúde.

Esta pesquisa está dividida em três capítulos, sendo o primeiro reservado à revisão teórica sobre a relevância do tema de pesquisa, o segundo capítulo diz respeito às estratégias metodológicas utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, e o terceiro capítulo centrado na análise dos dados da pesquisa e resultados finais, à estes capítulos se seguem as considerações finais do trabalho, referencial bibliográfico, anexos e apêndices.

Esta dissertação se coloca à disposição da comunidade científica e do Ensino Superior, em especial do Programa de Pós Graduação em Educação (PPGE), como contribuição à construção de novas possibilidades investigativas que queiram aventurar-se no desafio de articular saberes e práticas de cuidado e na construção de novas orientações para a prevenção à Hepatite tipo C. Para tanto, buscamos recuperar as dimensões Educação e Saúde, no sentido utilizado por Melo (1976), como práticas sociais que precisam se articular para dar conta da complexidade da vida humana.

CAPÍTULO I

REVER A TEORIA PARA SITUAR A PESQUISA

1.1 Educação e Saúde: repensando o lugar do corpo

Neste capítulo trataremos da constituição histórica do corpo, a relação deste com as marcas corporais, os diversos significados dessa relação, em que pesem suas consequências, a vulnerabilidade em que as pessoas se colocam frente à possível infecção pelo Vírus da Hepatite tipo C e a articulação das práticas de cuidado, desafiado pelo profissional da enfermagem no cotidiano do serviço.

Desta forma, vale o chamamento de (Bakhtin,1987), ao referir que a palavra corpo é frequentemente usada no contexto da vida moderna e aparentemente todos compreendem seu significado. Como substância material e finita do humano o corpo parece não requerer dos seres humanos processos mais sofisticados de reflexão, e a reconstrução no pensamento da realidade vivenciada pelas pessoas com, e em seus corpos, parece extremamente fácil, o que faz com que essa temática seja banalizada no contexto das relações sociais (1987, p.17). A evidência do corpo em nossos dias ao contrário de suscitar perguntas no sentido de compreender o significado da corporalidade na formação do indivíduo, tem contraditoriamente servido a sua banalização, a partir da noção que se tem, de que a dimensão corporal é algo pouco complexo e pouco importante no contexto da vida social.

Como tema privilegiado pela modernidade, o corpo transformou-se em objeto de estudo da ciência e foi tomado como objeto suscetível ao conhecimento e à intervenção humana. As mudanças dos padrões corporais, as maneiras de tratar o corpo e o cuidado com a aparência ao longo do tempo, é resultado das transformações dos conceitos de beleza, construídas pelas experiências históricas e sociais dos indivíduos.

Em seu livro “Corpos no Espelho”, Melo (2001), refere-se à visão cilíndrica exercida sobre o ser humano, entre o corpo e a alma; o visível e o invisível, o mortal e o divino, o que parece e o que perdura, o que perde sua identidade e aquele que a conserva, o liberado e o

reprimido, a negação e a afirmação. Desse modo, a relação do homem com seu próprio corpo e com o do outro é perpassada por esse dualismo irracional e assustador, que serviu, e serve ainda, para reprimir e regular muitos comportamentos e culturas.

Somente a partir da segunda metade do século XIX, começa o corpo a ser considerado algo mais do que um instrumento da razão ou da vontade dos homens, como resultado dos avanços paradigmáticos da Filosofia e da Ciência, expressando a construção histórica das relações sociais entre os homens e a natureza, na constituição de seus modos de vida (MELO 2001).

No âmbito das ciências sociais, a discussão sobre o corpo não é nova. Já em 1935, no texto "As Técnicas Corporais". Mauss (1974), buscava mostrar como os corpos não são apenas biológicos, mas construídos socialmente. Além disto, ao utilizar o termo *técnicas corporais*, o autor não estava apenas se referindo a determinadas técnicas e as suas relações com objetivos utilitários, mas também chamando a atenção para os elementos simbólicos que estão presentes em atos simples, como o caminhar. Isto pode ser identificado em outros aspectos relativos ao corpo, como, por exemplo, a postura e as formas de vestir, o uso de *tatuagens*, *piercings*, entre outro; através dos quais as sociedades e os grupos sociais também se distinguem uns dos outros, constituindo a sua própria identidade.

Mauss, entende as técnicas corporais como sendo ato tradicional e eficaz (e vejam que, nisto, não difere do ato mágico, religioso, simbólico). É preciso que seja tradicional e eficaz. É nisso que o humano se distingue, sobretudo dos animais, pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral. (1974, p.217). O referido autor reflete na idéia de tradicional e eficaz: tradicional porque as técnicas são aprendidas e transmitidas pela educação, eficaz porque responde a um efeito prático. Como lembra o próprio Mauss, “cometi durante muitos anos, o erro fundamental de só considerar que há técnica quando há instrumentos.” A verdade é que sendo o corpo o primeiro e o mais natural instrumento do homem, então, o corpo é, antes de qualquer coisa, técnica. Técnica cuja eficácia (desempenho e performance) é garantida pela tradição atualizada a cada nova geração e cada ação simbólica.

Mauss (1974), diz que as ciências humanas deveriam olhar o modo pelo qual toda sociedade impõe ao individuo um uso rigoroso de seu corpo. É por meio da educação, das necessidades e das atividades corporais que a estrutura social impõe sua marca sobre os indivíduos. Neste sentido, o corpo é necessariamente uma construção simbólica e cultural, para ele toda sociedade se utiliza de formas para marcar o corpo de seus membros. Percebe-se

que a sociedade fabrica de acordo com épocas e lugares, estereótipos e modelos de comportamento que os indivíduos inscrevem em seus corpos.

Para Merleau-Ponty (1971), o corpo é forma de expressão, pleno de intencionalidade e poder de significação. Cada movimento, cada gesto produzido é também pleno de sentidos, portanto, “o sentido dos gestos não é dado, mas compreendido, quer dizer, retomado por um ato do espectador”. Assim, o intérprete, em um dado espetáculo, transmite algum sentido através de seus movimentos e o espectador, ora na função de receptor, o entende de determinada forma, segundo seu repertório cultural de informações. Desse modo, “o gesto está diante de mim como uma pergunta, ele me indica alguns pontos sensíveis do mundo, ele me convida a encontrá-lo lá. A comunicação se completa quando minha conduta encontra neste caminho seu próprio caminho. Há confirmação do outro por mim e de mim pelo outro.” (1971, p.195).

Na visão do filósofo, natureza e cultura, assim como sujeito e objeto, não podem ser dicotomizados. Esse ponto de vista que se relaciona com o do sociólogo Marcel Mauss se reflete em sua visão sobre o corpo. Assim, o corpo não pode ser entendido simplesmente como organismo. Ele também é cultura, transcendendo o aspecto físico. “O uso que um homem fará de seu corpo é transcendente com respeito a este corpo como ser simplesmente biológico” Merleau-Ponty, (1971, p.199). Se o corpo não é puramente biológico, os comportamentos dele derivados, também não podem ser. Comportamentos são ao mesmo tempo, biológicos e culturais, da mesma forma os são os movimentos e os gestos e as marcas que cada indivíduo inscreve em seu corpo.

Pensar o próprio corpo e atualizar estas concepções simultaneamente à necessidade de ser aceito em grupos específicos faz com que se estabeleçam relações bastante particulares com o corpo. Numa sociedade que admitidamente supervaloriza a estética, há eminente necessidade de “se fazer identificar”, o indivíduo tende a imprimir no corpo "*marcas*" que poderão legitimar sua pertença a determinados e específicos grupos; estes agrupamentos remetem à existência de representações corporais que são compartilhadas por grupos que se mostram cultural e socialmente diferentes.

Atualmente tornou-se comum falar de “cultura do corpo”, em alusão à preocupação moderna com a forma física e com a idade. Afinal, como refere Costa, (2005 p, 203), toda cultura é necessariamente “do corpo”. A designação imprecisa chama a atenção para o fato de o corpo ter-se tornado um referente privilegiado para a construção das identidades pessoais. Referir o sentimento de identidade ao corpo significa definir o que somos e devemos ser, a partir de nossos atributos físicos, ou seja, atualmente, tornou-se admissível acreditar que atos

psicológicos têm origem e causas físicas, e que aspirações morais devem ter como modelo desempenhos corpóreos ideais. Em outros termos, estamos nos habituando a entender e a explicar a natureza da vida psíquica e das condutas éticas pelo conhecimento da materialidade corporal.

Os indivíduos, além de serem levados a ver o mundo com as lentes do espetáculo, são incentivados a se tornar um de seus participantes pela imitação do estilo de vida dos personagens da moda. A imitação, contudo, não pode ir longe. A maioria nem pode ostentar as riquezas, o poder político, os dotes artísticos ou a formação intelectual dos famosos, nem tampouco fazer parte da rede de influências que os mantém na mídia. Resta então, se contentar em imitar o que eles têm de acessível a qualquer um, a aparência corporal. Daí nasce à obsessão pelo “corpo espetacular.” Quase todos desconhecendo, desrespeitando ou violentando as suas particularidades físicas, travam uma guerra encarniçada contra o próprio corpo para torná-lo signo imaginário de um modo de vida ao qual jamais terão acesso.

É evidente que as preocupações com a saúde e, atualmente, com a aparência constroem um contexto de cuidados e atenção ao corpo. Desta forma, ele é alimentado e higienizado tendo em vista a manutenção de sua boa forma. A idéia aqui subjacente é do corpo restrito ao seu aspecto biológico cuja metáfora mais comum é a sua comparação com as máquinas, em sentido bastante próximo ao que já havia se manifestado em Descartes, estando sujeito ao esquadrinhamento de suas possibilidades, à modificação de suas formas, à ampliação de seus limites históricos (SILVA, 2001).

Neste sentido, o corpo é também objeto de um culto de base narcisista, a “corpolatria”, que no contexto da vida cotidiana provoca também uma explosão que pode ser percebida na exuberância das técnicas ligadas ao vestuário, à dança, ao teatro, aos esportes, ao mundo do trabalho, às práticas alternativas de saúde, alimentação e higiene, entre outras. A corpolatria tem ensejado a produção de uma imensa diversidade de aparatos e produtos com capacidade de modificar e até transformar seus usuários como: máquinas, produtos e técnicas ligados aos cuidados e à manutenção de uma aparência padronizada a partir dos ditames de certos setores produtivos, como é o caso da indústria da moda (SILVA, 2001).

Procura-se, assim, imprimir ao corpo características inusitadas, rótulos, marcas que o ligam muito mais a um sistema mercadológico do que a um pertencimento cultural. Aliás, a pertença, muitas vezes ressaltada nos traços físicos e nas formas corporais como a cor da pele, cabelos e olhos, peso, altura, entre outros, mas também em toda uma rede de gestos, posturas, ritmos, quando não é condizente com certos ditames ideologicamente constituídos é,

crescentemente negada e em seu lugar outros sinais de pertencimento, mais adequados a estes ditames, são comprados e anexados ao corpo, retratando essa nova identidade.

Do ponto de vista da atualidade o corpo afinal, é apresentado como a principal via para a obtenção do prazer individual e para a aprovação social, o que o traduz como cerne da identidade do indivíduo e o transforma igualmente, em fonte de desassossegos e preocupações. É aqui que se percebe um paradoxo nas intenções e no movimento da luta de forças e interesses: se de um lado, a exposição do corpo se intensifica e parece central, de outro, a corporalidade é desvalorizada e pouco se reflete sobre sua importância. Mesmo evidenciando o corpo, os indivíduos constroem sua auto-imagem com base na capacidade de racionalizar atribuindo à substância material um papel secundário em um processo de constituição de indivíduos cindidos em corpo e mente exterior e interior (FOUCAULT, 1977).

Nesse contexto, as idéias de juventude, beleza e felicidade possuindo atualmente uma profunda ligação com o corpo, trazem a necessidade intensa e urgente de elaborar e efetivar cuidados a ele dirigidos e de educá-lo, adequando-o a padrões éticos e estéticos coerentes com o modelo social vigente.

Tais contradições e paradoxos também revelam, de um ponto de vista crítico, que a sociedade ocidental moderna reflete muito pouco sobre o conteúdo do que se pensa sobre o corpo e sobre as motivações que impulsionam as práticas e discursos referentes a ele. O corpo é visto como uma evidência que acompanha todos os seres humanos, do nascimento à morte sendo que o seu valor, geralmente, é permeado pelo olhar racional. Marcada por um tipo de racionalidade que sempre busca a utilidade de coisas, objetos e pessoas, a sociedade ocidental parece pensar a corporalidade somente para saber qual é o seu valor utilitário.

Mas afinal, como Silva (2001), nos chama a atenção, há o intrigante fato de que em uma sociedade cujos membros percebem-se como seres eminentemente racionais ainda persista interesse tão intenso pelas questões relativas ao corpo. A banalização do corpo ocorre em nossa realidade como um fenômeno social e político de amplo significado e que tem especial importância para o campo educativo. Como implicação direta dessa compreensão surge a necessidade de desvendarmos o processo civilizatório que designou a corporalidade um aparente papel secundário na configuração dos indivíduos e da sociedade no período conhecido como Modernidade, definindo de forma mais precisa, o papel da escolarização na produção do corpo educado.

Conforme Elias (1994), a problemática da relação indivíduo/sociedade, na sociedade moderna, esbarra constantemente em questões colocadas pelas teorias do conhecimento sendo que é no interior dessas dimensões que podemos vislumbrar o papel que historicamente vem

sendo construído para a corporalidade. Afinal, como se dá a construção do conhecimento? É preciso considerar que a construção da autoimagem e/ou autoconsciência típica da modernidade está relacionada ao processo de uma crescente individualização na qual o indivíduo percebe-se como indivíduo cujo mundo interior é reprimido pelo mundo externo, esse quase sempre identificado com a sociedade.

A estratégia do conhecimento, entretanto, apresenta-se apenas como uma das várias faces que compõem a formação do ser humano. Ocorre que o processo de individualização é visto, contraditoriamente, também como um processo civilizatório que anuncia, a partir da idéia de progresso, a ampliação das possibilidades de vida dos seres humanos, perspectiva essa a ser alcançada pelos avanços científicos e tecnológicos. Elias (1994, p.63), afirma que a autoimagem e/ou autoconsciência é a resultante dos modos e das condições de vida na sociedade onde cada indivíduo está inserido, e não está dependente apenas das capacidades de cada um, como também está condicionada ao estado de conhecimento daquela sociedade, não sendo, portanto, algo natural e universalmente válido.

A autoimagem e/ou autoconsciência é um conceito relacionado aos modos como vemos e/ou compreendemos a nós mesmos, às maneiras através das quais nos definimos no interior da sociedade e na relação conosco mesmo, com a natureza e com os outros. Ela não está dada a priori, nem mesmo é eterna e perene, ao contrário, altera-se às vezes radicalmente conforme mudam as condições da vida social ao longo do processo civilizatório.

Nesta perspectiva, a autoimagem que possuímos é de seres capazes de compreender, julgar e decidir exclusivamente por seu pensamento e observação individual, o que expõe um papel secundário à dimensão corporal e as relações sociais na definição desse tipo de consciência. Paradoxalmente, o investimento científico, político, econômico no corpo não é (ou foi) suficiente para elevá-lo ao primeiro plano da consciência do ser humano.

Em sua obra “Discurso do Método”, Descartes (2002), relata que a razão é transformada no critério decisivo sobre a variação infinita da realidade e dos nossos juízos sobre ela. Ao dizer que somente não posso duvidar de que penso, Descartes disse algo mais, que sentimos o mundo “com o corpo”, mas a mente é que produz o conhecimento sobre o mundo. A separação entre mente e corpo proposta pelo filósofo já implicava a idéia de que somos um complexo mecanismo. O poder conferido à razão implicava na formulação da idéia de verdade e erro, de ciência e senso comum e estava associada à idéia de política como expressão da ação racional dos seres humanos.

Apesar de tamanho interesse pela corporalidade, nossa autoimagem parece radicar-se nas possibilidades de conhecimento intelectual. É como se fosse unicamente à razão que nos

qualifica enquanto indivíduos e que unicamente a possibilidade de obter e usar racionalmente o conhecimento é que nos habilita à vivência social. A imagem do homem como ser, por excelência racional, surge e desenvolve-se como sintoma e fator de transformações profundas que se deram a partir da transição da Idade Média para a Modernidade. Ocorreram, então, profundas transformações na estrutura social, na formação e posicionamento dos indivíduos no interior dessa estrutura e nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens e com a natureza. A emergência desta autoimagem relaciona-se, portanto, a mudanças específicas, ainda que amplas que afetaram todas as relações de vida e poder nas sociedades urbanas ocidentais (ELIAS, 1994).

Inserida na vida das comunidades, a arte popular constituía a dimensão de uma concepção estética da vida prática que cumpria um papel fundamental na forma como as pessoas se viam, percebiam e se relacionavam entre si e também com a natureza.

Nessa concepção o corpo e a vida corporal adquirem simultaneamente um caráter cósmico e universal; não se trata do corpo e da fisiologia num sentido restrito e determinado que têm em nossa época. As manifestações da vida material e corporal não são atribuídas a um ser biológico isolado ou a um indivíduo “econômico” particular e egoísta, mas a uma espécie de corpo popular, coletivo genérico [...] A abundância e a universalidade determinam, por sua vez, o caráter alegre e festivo (não cotidiano) das imagens referentes à vida material e corporal. (BAKTHIN, 1987, p.17).

Nosso corpo é um centro de informações para nós mesmos, e assim como ele comunica informações específicas dos indivíduos (crenças, valores, personalidades...), ele nos permite uma auto avaliação constante e um auto conhecimento dinâmico e contínuo. Todas as expressões e os movimentos corporais são carregados de significados específicos dentro do contexto, do tempo e do espaço em que acontecem. Assim como, também toda a expressão facial e postura corporal atende a um modelo cultural onde se dá o movimento do corpo (HALL, 1986).

Partindo dessa premissa, Costa (2005, p.204), sugere que o culto ao corpo vem sendo condicionado por vários fatores, entre os quais dois são especialmente importantes: o remapeamento cognitivo do corpo físico e a invasão da cultura pela moral do espetáculo. O primeiro fenômeno fornece as justificativas racionais para a redescritção do que somos; o segundo, as normas morais do que devemos ser.

Portanto, nosso corpo traz marcas sociais, históricas, culturais, de gênero, de pertencimentos sociais que podem ser lidas em cada particularidade do corpo, porque não incluir nesse invólucro a questão dos afetos e desafetos, dos nossos temores, da dor e do medo

que nos paralisa ou nos impulsiona, do riso e do choro, da amargura e da morte, questões significativas que atravessam nosso corpo, que nos sacodem que nos revelam e que nos escondem. Neste sentido não se trata de incluir o corpo na educação, o corpo já está incluído na educação. Pensar o lugar do corpo na educação significa evidenciar o desafio de nos percebermos como seres corporais considerados à luz da integralidade. Partindo dessa premissa, careceríamos então unir Educação e Saúde como práticas articuladas de cuidado de seres corporais no contexto da enfermagem.

Neste sentido, Morin (1998), amplia nosso pensamento no sentido de refletir a complexidade destas práticas sociais e nos desafia a reformar o pensamento. Para ele, o recurso para tal está em “*discutir sem dividir: a palavra complexus* retira daí seu primeiro sentido, ou seja, “o que é tecido junto. Pensar a complexidade é respeitar a tessitura comum, o complexo que ela forma para além de suas partes” (MORIN, 1998, p. 5). Entretanto, “Não podemos produzir por decreto a reforma necessária, porque ela está inscrita no próprio curso da história (op cit p. 8).” Sendo assim, esta reforma também passa pela mudança na educação e pela ruptura com o paradigma de simplificação, círculo vicioso do qual precisamos nos libertar um dia, sob pena de ficarmos em estado de permanente reprodução pensando a saúde em separado da educação. Como bem nos lembra o autor em questão, o homem sempre procurou explicar os fenômenos sociais a partir de pressupostos lógicos de raciocínio.

Porém, o problema da ciência moderna está em buscar a explicação de tais fenômenos de forma reducionista e a partir de uma objetividade científica. Se aceitarmos o fato de que toda nossa visão de mundo foi respaldada por valores e referenciais mecanicistas, poderemos compreender como é grande o enraizamento deste paradigma e como pode nos parecer difícil articular práticas que até então produziram e cuidaram em separado. O processo de conhecer destacado por Morin (2000, p. 51), inclui juntar o que está separado reconfigurando uma realidade nova e fascinante na qual não há só reprodução, há também a produção do novo e novas possibilidades para a nossa vida.

Decorrente da busca de objetivação para as ações profissionais, prejuízos se firmaram tanto na educação como na saúde. O professor tornou-se um mero “transmissor de conhecimentos”, o profissional da saúde um técnico e, a prescrição se espalhou como o paradigma das práticas sociais. Entretanto, é preciso lembrar que existe uma ordem reprodutora, mas existe também o movimento transformador (Morin, 1984) daí a possibilidade que temos de reformar nosso pensamento para a saúde e educação.

1.2. Vigilância Epidemiológica no Brasil e a Hepatite tipo C no contexto do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) e seu novo modelo assistencial foram um acontecimento histórico e valioso no que se refere a melhorar a qualidade de vida das pessoas em relação à saúde. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Traduziu-se, assim, em exemplo da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e na prática de cidadania e justiça social.

O SUS foi criado com o firme propósito de reverter às desigualdades de saúde da população brasileira, e se baseia em seis princípios norteadores: universalidade, integralidade, racionalização, equidade, descentralização e controle social. O SUS é um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da união, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais (CARVALHO, 1997).

Todo cidadão brasileiro tem direito à saúde, e o seu acesso deve ser universal e igualitário. Direito este assegurado pela Constituição Federal e garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas públicas de saúde direcionadas a criação de ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na busca de mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. As bases do sistema atual, o SUS, foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde (BRASIL, 2006):

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (Brasil, 2006).

Para compreender a organização atual das práticas de saúde no SUS, é necessário remeter-se não somente a questões epistemológicas, mas também históricas e políticas, pois sua evolução é marcada, inclusive, pela fragmentação de seus objetos e produtos e pela dicotomia entre preventivo e curativo e entre individual e coletivo, dificultando, assim, a construção de uma abordagem de saúde na perspectiva da integralidade. (BRASIL, 2006)

Na década de 80 antes da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do SUS, a cisão, do ponto de vista político e organizacional, estava bem estabelecida: de um lado, sob a responsabilidade do extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), estavam as ações de assistência à saúde individual; do outro sob o comando do Ministério da Saúde, encontravam-se as ações de natureza coletiva, vinculadas, essencialmente, à vigilância, a prevenção e ao controle das doenças transmissíveis. Após a criação do SUS, o planejamento e a execução de um e outro conjunto de ações passaram a ter um comando único em cada nível de governo, favorecendo a formulação de políticas de saúde mais efetivas. Além disso, esse processo tomou como princípios e diretrizes a universalização do acesso, a descentralização e a integralidade das ações e o controle social. Não obstante os avanços obtidos, principalmente na organização dos serviços assistenciais, a dicotomia e a fragmentação das ações persistiram por longo tempo, mesmo sob um único comando.

Em meados da década de 1970 (Brasil, 2006), surgiram os primeiros documentos legais instituindo e regulamentando um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Durante a campanha de erradicação da varíola houve não só a afirmação da vigilância epidemiológica como uma ferramenta essencial na saúde pública, como também à formação de recursos humanos na área. Esses críticos em epidemiologia, uma vez erradicada a varíola, vieram a ocupar as mais diferentes funções nos serviços de saúde, tanto federal como estaduais, levando consigo não só o conhecimento técnico em vigilância epidemiológica como a convicção clara da sua importância. Talvez devido à existência do primeiro momento seja que o segundo ocorreu. Quando do estabelecimento das bases para a criação do SUS, a epidemiologia foi reiterada como base técnica indispensável para o planejamento das ações do futuro sistema de saúde.

Parece existir o consenso de que são dois os marcos históricos da vigilância epidemiológica no Brasil, o primeiro tendo sido a campanha de erradicação da varíola, no final da década de 1960 e início da década de 1970 e o segundo a criação do SUS, no final da década de 1980. Na primeira metade da década de 60 consolidou-se internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus

propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica foi, então, definida como:

... O conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2002).

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em alguns programas de controle de doenças transmissíveis coordenados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), de 1966 a 1973. A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização, de forma que, em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse desse sistema passaram a ser divulgadas regularmente pelo Ministério da Saúde, através de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal. Tal processo propiciou o fortalecimento de bases técnicas que serviram, mais tarde, para a implementação de programas nacionais de grande sucesso na área de imunizações, notadamente na erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem na região das Américas.

Em se tratando de Legislação, convém citar a promulgação da Lei 8.080, que instituiu em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), e que teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. O texto legal manteve o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), oficializando o conceito de vigilância epidemiológico como sendo:

... Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 2002).

Embora essa definição não modifique a essência da concepção até então adotada pelo SNVE, ela faz parte de um contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, que prevê a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde e a consequente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas que tanto dificultava,

e ainda dificulta as ações de vigilância. Além disso, um dos pilares do novo sistema de saúde passou a ser a descentralização de funções, sob comando único em cada esfera de governo, federal, estadual e municipal o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

Assim, a vigilância epidemiológica foi estabelecendo-se como a área de conhecimento cujo domínio era imprescindível para o planejamento e implementação das ações de saúde, deu-se um movimento de capacitação ampla dos recursos humanos empregados ou a serem empregados nos diferentes níveis do SUS. Em 1998 foi procedida, pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), ampla revisão do assunto, que resultou na explicitação de conceitos técnicos sobre o processo de notificação, bem como dos critérios utilizados para a seleção de doenças e agravos notificáveis. Essa orientação servirá de base para a atualização da relação de doenças de notificação compulsória em âmbito nacional. (BRASIL, 1990)

A epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas, segundo definem Almeida e Rouquayrol (2003). É a ciência básica para a saúde coletiva, principal ciência de informação de saúde. Estuda a saúde, mas na prática principalmente pela ausência de saúde sob as formas de doenças e agravos, estes últimos definidos pelo diagnóstico clínico. Seu objeto são as relações de ocorrência de saúde-doença em massa (em sociedades, coletividades, comunidades, classes sociais, grupos específicos, etc.). As relações são referidas e analisadas mediante o conceito de risco, fornecendo elementos importantes para se decidir que medidas de prevenção e controle estão mais indicadas para o problema em questão e também avaliar se as estratégias adotadas causaram impactos, diminuindo e controlando a ocorrência de doenças em estudo.

Em 2003, as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças foram retiradas da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) e colocadas na recém criada Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), órgão da administração direta do Ministério da Saúde. Esta medida administrativa segue uma tendência mundial de reunir todas as ações de vigilância numa só entidade. Até então, a vigilância e os programas de controle das hepatites virais, AIDS, tuberculose e da hanseníase não estavam agrupados, ficando separados em áreas distintas do Ministério da Saúde. Com a criação da SVS, todas essas atividades foram reunidas numa só entidade administrativa, incluídas a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e a vigilância ambiental, duas vertentes até então virtualmente ignoradas.

Durante décadas a vigilância epidemiológica se baseou em doenças específicas, infecciosas ou não. Com a complexidade das sociedades contemporâneas, a globalização da economia, os avanços da biologia molecular e a questão das doenças emergentes, o conceito de vigilância por doença específica se tornou insuficiente para fazer frente às demandas e necessidades da saúde pública. Houve uma mudança de paradigma, passando-se a propor a vigilância multidoenças e a vigilância por síndromes. Essa mudança de paradigma não é mero modismo, e não exclui a vigilância clássica, por doença. A vigilância por síndromes incorpora a percepção de que as diferentes doenças infecciosas apresentam quadros muitas vezes semelhantes e variáveis, no tempo e no espaço. Não só a vigilância por síndromes pressupõe uma maior variabilidade de quadros clínicos, mas também incorpora os conceitos de resposta rápida e necessidade de investigação laboratorial ampla, inclusiva.

O propósito da vigilância epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pelas decisões e execuções de ações de controle de doenças e agravos. Para subsidiar esta atividade, deve tornar disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças ou agravos, bem como dos seus fatores condicionantes, em uma área geográfica ou população determinada. A vigilância epidemiológica constitui-se, ainda, em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Hoje, a Vigilância Epidemiológica tornou-se a ferramenta metodológica mais importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Tem como objetivo fundamental e primordial proteger a saúde das pessoas. É consensual no discurso de todas as entidades de saúde pública, desde as de âmbito internacional até as de abrangência local que não existem ações de prevenção e controle de doenças com base científica que não estejam estruturadas sobre os sistemas de vigilância, especificamente a vigilância epidemiológica.

Após a implantação do SUS, a situação da saúde no Brasil vem passando por inúmeras mudanças, conseguindo assim ao longo destes anos acumular alguns avanços. Neste contexto de mudanças tem ocorrido também modificação no perfil demográfico brasileiro graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização, queda da fecundidade e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 1990).

Paralelo a estes acontecimentos, a população passou a ter acesso a vários serviços, como: Imunobiológicos (vacinas), antibióticos, programas de saúde, saneamento básico e exames complementares que contribuíram para adoção de medidas de prevenção e cura de muitas doenças até então fatais, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida das pessoas e um crescente aumento da longevidade da população.

Assim, mediante a necessidade de estabelecer mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais, diversas estratégias e mudanças se deparam, e o enfoque na educação em saúde se apresenta como ferramenta essencial na mudança de paradigmas que até então permaneciam estabelecidos.

Compondo os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, inclui-se, como serviço epidemiológico do município de Lages, a vigilância das hepatites virais, morbidade que ora torna-se estudo desse trabalho, destacado pela hepatite tipo C.

Em 2002, com a criação do Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV), a Vigilância Epidemiológica deste agravo passou a ser uma das vertentes de atuação deste Programa. As hepatites virais são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático e apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas, entretanto, divergem quanto às formas de transmissão e consequências clínicas advindas da infecção (BRASIL, 2006).

A palavra hepatite é formada de dois elementos: hepat(o) + ite, o primeiro referente ao grego para fígado e o segundo, sufixo usual das inflamações. Existem muitos tipos de hepatite, que por sua vez podem ter causas muito diversas. Todas provocam a inflamação do fígado. Esta inflamação do fígado tem caráter infeccioso quando se trata da consequência de uma contaminação por vírus. A hepatite virótica é decorrente de várias doenças contagiosas causadas por vírus que atacam o fígado. O tipo de hepatite, neste caso, depende do tipo de vírus pelo qual o portador foi infectado.

Os tipos mais importantes de hepatites viróticas são a hepatite A, hepatite B, hepatite C e a hepatite D. Formas recentemente descobertas de hepatites viróticas incluem ainda as hepatites E, F e G. Outros vírus também causam hepatite, entre os mais conhecidos temos o do dengue, da malária e uma infinidade de outros. Formas não virótica de hepatite podem ser causados por agentes tóxicos (drogas ou substâncias químicas), medicamentos, álcool, ou processos auto-imunes (VARALDO, 2003).

Hepatite tóxica é uma deterioração das células, causada por substâncias químicas, como álcool, drogas e combinações de produtos industriais. Abuso de álcool é uma causa comum de dano tóxico. Exposições a substâncias químicas ou tóxicas não podem causar hepatite virótica, como hepatite A, B ou C. Só a exposição ao próprio vírus pode causar infecções por essas formas de hepatite. Hepatite auto-imune é uma inflamação progressiva do fígado associada a uma anormalidade do sistema imunológico, que se torna incapaz de

controlar respostas contra suas próprias substâncias, causando destruição do tecido hepático e mau-funcionamento. A hepatite tóxica e a hepatite auto-imune não são contagiosas.

Quando o vírus da hepatite tipo C entra na circulação sanguínea, começa o ataque ao fígado, onde irá reproduzir-se. O organismo reage atacando as células infectadas, o que causa a inflamação do fígado. Porém, quando alguém se contamina com a hepatite tipo C, como é natural, produzindo o organismo anticorpos para tentar destruir os vírus, o que acontece de particular é que esses anticorpos, com frequência, deixam de identificar o invasor responsável pela hepatite tipo C. Assim, a infecção permanece no organismo. A maioria das pessoas infectadas não sabe que tem o vírus. Isto porque, para a maioria dos portadores, não haverá nenhum sintoma, e para outros, os sintomas podem levar até duas décadas para se manifestarem.

Algumas pessoas podem ter hepatite tipo C durante mais de 20 anos antes de descobri-la. Mas são portadores do vírus e devem evitar qualquer possibilidade de transmiti-lo aos outros. O modo como a hepatite tipo C afeta as pessoas é diferente para cada indivíduo. Alguns não são afetados fisicamente, porém outros podem desenvolver uma série de limitações no seu estado físico. Nas hepatites A, o fígado normalmente volta a ficar sadio, deixando anticorpos ao antígeno de superfície, o que evidencia que a infecção aconteceu, mas que o corpo a derrotou. Nas hepatites B, 90% dos infectados se curam de forma espontânea. (VARALDO, 2003).

A transmissão do vírus da hepatite C ocorre principalmente através de sangue contaminado. Durante muito tempo a transfusão de sangue foi responsável pela contaminação de muitos indivíduos, antes de se iniciar o rastreio do vírus da hepatite tipo C, que começou a realizar-se de forma sistematizada no ano de 1992, com sucessivos aparecimentos de infecções hepáticas agudas e crônicas sub diagnosticadas, de difícil e demorado tratamento.

Outro meio fortemente contagioso do vírus é a toxicodpendência, devido à partilha indevida de material habitualmente usado no consumo intravenoso de drogas, os usuários que “snifam” drogas através do mesmo tubo (de uso coletivo), podem contrair esta forma de hepatite tipo C se houver contato com possíveis lesões localizadas nas mucosas nasais, “daí a importância em se trabalhar a redução de danos aos usuários de drogas,” evitando com isso contrair várias doenças, entre elas o vírus de hepatite tipo C, tema discutido nesta dissertação.

De um modo geral, todo o material partilhado não devidamente esterilizado, pode ser um veículo de transmissão do vírus, incluindo material médico/odontológico. A hepatite tipo C não se dissemina pela saliva nem através dos alimentos. A via sexual é um meio possível, porém, raro. A transmissão vertical, isto é, de mãe para filho, é pequena durante a gravidez e

acontece provavelmente no parto. Este risco está aumentado se a mãe estiver infectada pelo vírus HIV. Não há evidências que o aleitamento materno seja um modo de contaminação do vírus. Vale ressaltar que a hepatite tipo C é uma doença habitualmente silenciosa, ou seja, não apresenta sintomas nem sinais específicos que leve o doente ou o médico a suspeitar de uma infecção provocada pelo HCV, na maioria dos casos o conhecimento da infecção é obtido após a realização casual de análises de rotina que revelam alterações das enzimas em nível do fígado. Algumas vezes ocorrem sintomas sugestivos de uma infecção gripal, como cansaço, dores articulares, musculares cefaléia e febre, e passam de forma despercebida sem deixar qualquer sinal da passagem do vírus pelo organismo, entretanto, nesta fase aguda da doença podem ser detectados anticorpos da doença, sugerindo tratamento imediato do cliente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

É nesse contexto que o serviço investe na promoção da saúde, como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com diversas áreas do setor sanitário, sejam governamentais ou não, compondo redes de compromissos e co-responsabilidades quanto à qualidade de vida da população e que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. As campanhas de sensibilização a respeito da gravidade da doença hepatite tipo C, estar atento sobre as diversas formas de contágio e de como preveni-la, enfatizando a necessidade de se juntar educação e saúde, como “práticas sociais” que desenvolvidas em nosso cotidiano poderão prevenir e promover o bem estar das pessoas.

1.3 Marcas corporais e o desafio do profissional da enfermagem na articulação de práticas de cuidado

O destaque dado ao corpo humano nas últimas décadas, principalmente no universo da moda e da publicidade, é objeto de pesquisa e de constante reflexão. Os padrões de beleza vão além da vestimenta, interferem na construção e na transformação do corpo social. De certa forma, os veículos de comunicação têm um papel importante, associando textos e imagens de corpos magros a pessoas bem sucedidas. A mulher tem buscado cada vez mais retardar o envelhecimento com cirurgias plásticas, tratamentos ortomoleculares e estéticos de beleza, além de preocupar-se também em transformar seu corpo com implantes de silicones, rinoplastias e reforçá-lo com exercícios físicos em academias esportivas e centros de musculação.

Segundo Sant'Anna (1995), diferentemente da primeira metade do século XX, quando a “Natureza” era escrita em maiúsculo e considerava-se perigoso intervir no corpo em nome de objetivos pessoais e dos caprichos da moda, hoje, a liberdade para agir sobre o próprio corpo não pára de ser lembrada e estimulada, por meio da prática regular de exercícios físicos, dos regimes alimentares, das cirurgias estéticas, dos tratamentos dermatológicos e dos cosméticos, que prometem verdadeiros milagres. Acredita-se ser possível alcançar a perfeição. O indivíduo passa a sentir-se culpado por seu fracasso corporal, é considerado preguiçoso por não manter-se dentro dos padrões esculturais de perfeição corporal do século XXI e conseqüentemente passa a não cuidar dos aspectos da saúde como deveria ser, ficando por vezes expostos e vulneráveis a possíveis contaminações por determinadas doenças como retrata esta pesquisa em relação à hepatite tipo C.

Com tantas obrigações e opções para o embelezamento do corpo, hoje “só é feio” quem quer. Só envelhece quem não se cuida. Só é gordo quem é preguiçoso. “Não existem indivíduos gordos e feios, apenas indivíduos preguiçosos, poderia ser o slogan deste mercado do corpo” (GOLDENBERG, 2002).

A espetacularização do discurso midiático na sociedade atual faz com que o corpo e o produto/ empresa se aproximem cada vez mais, sugerindo que o corpo é o nosso maior bem de consumo. O corpo passou a ser um valor cultural que integra o indivíduo a um grupo, e ao mesmo tempo o destaca dos demais. Ter um corpo “perfeito, bem delineado, em boa forma” consagra o homem e representa a vitória sobre a natureza, o domínio além do seu corpo, o controle do seu próprio destino. A gordura, a flacidez, o sedentarismo simbolizam a indisciplina, o descaso. As pessoas são culpadas pelo “fracasso” do próprio corpo. O corpo precisa ser vigiado e punido (FOUCAULT, 1987).

Tendo-o como tema privilegiado, muitas culturas percebem o corpo como o próprio objeto de arte, pois é a partir da percepção dele que se vive quotidianamente a verdadeira experiência estética. Entre as linguagens artísticas que historicamente exploram uma confluência expressiva de meios e métodos nas artes visuais, há aquelas em que o corpo do artista é a própria obra e que conseqüentemente estabelecem o início da chamada arte contemporânea.

Percebemos que a performance proporciona aos artistas que a utilizam como meio expressivo, não mais uma relação artista/obra, ou melhor, sujeito/objeto, mas uma ação promíscua onde o próprio artista é a obra e que as fronteiras entre o sujeito e o objeto são dialógicas, concorrentes e complementares (Morin, 1997). Na verdade, a performance como meio de expressão artística, questiona simultaneamente a natureza do corpo físico como uma

proposta artística que se legitima na cultura. Ao retomar práticas rituais (escarificações, pantomima, inscrições no corpo) que estão na própria origem da Arte, da Magia e da Religião de inúmeras culturas (Lévi-Strauss, 2003), a performance e suas ações por vezes violentas, questionam as fronteiras entre a natureza e a cultura, pensam o Homem simultaneamente como um corpo biológico e um meio artístico expressivo de comportamentos.

Os estudos culturais nos informam que o corpo é uma matéria física moldada pelos padrões socioculturais que variam através dos tempos pela tradição (MAUSS, 1974).

Na contemporaneidade, a noção do corpo máquina pós biológico passa a discutir o simbolismo do Corpo e sua influência sobre áreas como a Genética, a Medicina, a Robótica, por exemplo, que questionam a ação do tempo imposta ao Corpo fadado a morrer. Assim, a tecnociência tem investido no Corpo que resiste a morte, híbridos de próteses tecnológicas e consciência social (HARAWAY, 1994).

Mas o conceito de belo e desejável é uma construção social. Nas sociedades primitivas, as marcas corporais em geral eram indicadores de classes sociais, vinculado à religiosidade ou como rito de passagem de um estado a outro de vida. Há descrições que indicam que os primeiros Cristãos tatuavam uma cruz em suas faces ou ombros. Mas ao longo do tempo as marcas corporais passaram a ser vistas como um sinal de paganismo. Em 787 d.C. em um Concílio das Igrejas realizado em Calcutá, todas as formas de tatuagem foram proibidas. No entender da Igreja, as marcas corporais são consideradas como atos de violência realizados contra o corpo natural. Portanto significam, também, uma injúria à Criação. (KEMP, 2005).

Nas últimas décadas outros procedimentos se tornaram cada vez mais populares, entre eles os *piercings* em suas várias formas, e as *tatuagens*. Enquanto que estas práticas eram comumente associadas ao sadomasoquismo e à perversão e comportamento transgressivo, tem havido uma mudança gradual na forma de considerá-las. Várias pesquisas mostram que entre os adolescentes, as maiores motivações para realização de *piercings* ou *tatuagem* são: a procura de uma forma de se exprimir personalizada, fazer uma prova de coragem e seguir uma moda, além disto, são citados a pressão dos pares e o desejo de pertencer a um grupo.

Há ainda permeando a noção de uma dicotomia entre corpo natural/corpo artificial uma fantasia de criação de um super-homem, paradoxalmente através de uma desumanização, seja pela aproximação com a ‘natureza animal’ ou pela hibridização com a máquina. É a metáfora trazida de forma utópica pela pensadora feminista Haraway (1994), em seu “Manifesto para Ciborgues”, de seres que pela apropriação de características tecnológicas

poderiam ultrapassar os limites de gênero e do Édipo, prescindindo de uma origem e da necessidade de criação de diferenças. Todo este debate se apóia, é claro, na crença sobre a existência de um corpo natural, como se fosse possível um corpo humano não marcado pela cultura e pela linguagem. Não somos apenas corpo, mas corpo construído.

Os frequentes processos de alteração corporal vistos recentemente na sociedade ocidental, mostram como identidade, corpo e consumo passam a ser influenciados um pelo outro, de maneira a interferir nas decisões dos indivíduos. Trata-se de um novo fenômeno cultural, ao qual, não apenas as modificações corporais, *tatuagens e piercings*, fazem parte, mas também aquelas que recebem maior consentimento da sociedade, como as *cirurgias estéticas*.

A estética corporal vem ganhando popularidade, já que as novas tecnologias permitem a afirmação de que os procedimentos para aumento da beleza não são apenas meramente cosméticos, mas na verdade transformam o corpo em um novo e permanente objeto artístico. Estas, por sinal, exemplificam claramente, como os valores burgueses influenciaram as outras classes, o que, neste caso, ajudou a fazer do corpo mais um bem de consumo, dessa maneira, conseguiu-se legitimar as modificações físicas, tornando-as aceitáveis, e estabelecendo aos indivíduos o poder de construção de suas identidades corporais. Hoje, o corpo, além de carregar os anseios do indivíduo em roupas e demais adornos, carrega, em si mesmo, esses desejos e questionamentos. Não se tornou apenas um objeto de mercado, mas também uma mídia.

Os desejos embutidos nas mudanças corporais são tão variáveis como o ser humano. Nesse recente mercado, as demandas surgem também na forma de apropriação cultural. As modificações corporais invasivas (as que mudam irreversivelmente o corpo) relacionadas à *estética* agregam em si o valor da contemporaneidade, da sociedade regida por padrões visuais. Já as *tatuagens e os piercings* seriam empréstimos de outras sociedades, sobretudo as tribais, mesmo sendo vistos hoje, na cultura moderna, como algo que agrega outra espécie de valores, que não os ritualísticos, como Kemp (2005), explica:

Essa apropriação cultural se deveu exatamente porque entre nós era um símbolo de exclusão, e os grupos que de alguma forma queriam se posicionar contrários aos valores vigentes em nossa sociedade adotaram as tatuagens como expressão de discordância e de auto-afirmação. Grupos subculturais e minorias imediatamente aderiram ao uso sistemático das tatuagens como símbolo de sua condição. [...] De uma espécie de contracultura, as tatuagens foram sendo trazidas ao sistema dentro de um percurso que transformou totalmente seu sentido inicial de protesto para outro que é identidade, segmentação e estilo (2005, p. 41).

Como a tatuagem começou a ser incorporada culturalmente, abriu-se espaço para que outras formas de modificação corporal começassem a ser aceitas. Por trás dessa nova maneira de ver e permitir que o corpo faça parte do todo que é o ser, formado, ainda, pela consciência e pelas emoções, haveria uma crescente organização social de excluídos articulando suas idéias com base na multiplicidade. Entretanto, é preciso lembrar que essa multiplicidade aparece no sentido de “múltiplos tipos” de indivíduos e pensamentos. São diversas minorias que se unem, contudo, cada uma delas busca seu caráter particular de inclusão. Kemp (2005) explica a individualidade na cultura atual:

A noção de individualização, comum a todas as culturas – universal -, transformou-se na cultura ocidental primeiro em figura jurídica, religiosa, psicológica e moral. Com o desenvolvimento da filosofia ocidental, a pessoa passa a ser substância racional e indivisível, logo, indivíduo. E finalmente com o desenvolvimento da economia capitalista, a individualização se transforma em uma ideologia, o individualismo (2005 p. 66).

O que, em outras culturas, só tem propósito se corresponder a uma relação entre corpo, indivíduo, natureza e comunidade, na sociedade atual relaciona-se a vontades pessoais e de livre arbítrio.

Neste novo contexto, o que antes representava uma tradição, marcando a aproximação entre o indivíduo e o grupo, agora, contraditoriamente, é um meio pelo qual ele rompe com a própria história. Há, assim, a reapropriação cultural, que associa ao processo, novos e legítimos sentidos e possibilidades, capazes de expressar a identidade dos tempos atuais. De acordo com Kemp (2005), o corpo seria um produto social, mas não um suporte para inscrição de valores. Seria, sim, uma condição para a existência da vida cultural. Sob essa concepção, surgiria outra maneira de pensar o corpo: não a respeito dele, mas a partir dele.

Portanto, o corpo seria uma extensão das relações sociais, aquela que enfatiza identidades e diferenças. Nesse pensamento, o capitalismo aparece como transformador do processo de construção corporal em mercadoria. Sob essa nova ótica, o que anteriormente era chamado de ritual, na sociedade capitalista toma o sentido de espetáculo. Ao relacionar tudo em bens, a sociedade de consumo transforma diferentes aspectos sociais em capital: a cultura torna-se capital cultural; a arte, capital artístico; a política, capital político. E, assim, o corpo passa a ser visto como capital físico. O caminho percorrido pelo corpo dentro da sociedade é o

mesmo da vida social dos humanos. Entretanto, como a sociedade tornou-se menos conservadora, o corpo passou a contribuir de maneira mais ativa nas relações sociais. Deixou de ser material de suporte do ser, para ser material de exteriorização do ser.

Na reflexão de Costa (2005, p. 198), o corpo se tornou a vitrine compulsória de nossos vícios e virtudes, permanentemente devassada pelo olhar do outro. Hoje somos o que aparentamos ser, pois a identidade pessoal e o semblante corporal tendem a ser uma só e mesma coisa. Quanto mais a personalidade somática se impõe como norma do ideal do eu, mais revelamos a nossa alma ao outro, sem chances da defesa pela ocultação.

Todavia em relação às práticas e costumes, mesmo que sejam as universais, precisam ser contextualizados. Não se pode desconsiderar dois elementos de grande relevância social entre nós: o domínio que a ciência, particularmente a medicina e os laboratórios têm no nosso cotidiano mais banal e o lugar que damos ao olhar do outro. Podemos também ir mais longe, lembrando as práticas de intervenção no corpo realizadas pela medicina, que molda nossa “biologia” a um funcionamento farmacológico. Isso sem levar em conta os atos cirúrgicos, que nos parecem tão “naturais”, mesmo quando ligados à estética. Inegavelmente, as plásticas transformam até mesmo nossa expectativa de vida.

Esta discussão no que se refere à expansão que o campo da estética vem adquirindo na atualidade, sem que haja na formação desses profissionais, informações adequadas sobre saúde pública e cuidados essenciais em saúde, como também uma adequada rede de fiscalização para o exercício das profissões vinculadas a cultura corporal e estética, faz com que o profissional da enfermagem seja desafiado a orientar/educar as pessoas para a importância do cuidado de si mesmo e do corpo.

A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Desde seu começo o SESP reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Foi o SESP quem começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde. Esse exemplo de expandir essas ações para além dos limites dos órgãos de saúde logo foi seguido pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), e pelo Departamento Nacional da Criança (MELO, 1976).

Como a educação é um processo representado por toda e qualquer influência sofrida pelo indivíduo, capaz de modificar-lhe o comportamento, distinguem-se dois tipos de educação pelos quais essas influências são exercidas e sentidas pelo educando, a

heteroeducação e a *auto-educação*. No primeiro tipo é quando as influências incidem sobre o indivíduo independentemente de sua vontade. É aquele em que não há a participação deliberada e intencional do próprio sujeito da educação, embora ele seja levado inconscientemente a participar do processo. Na auto-educação, ao contrário, existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas. (MELO, 1976).

Conforme preconização do SUS no que diz respeito à promoção da saúde do indivíduo e coletividade, o tema "atividade educativa" vem ao encontro de práticas realizadas pela equipe de enfermagem e é entendida como uma estratégia utilizada no intuito de sensibilizar o usuário sobre sua capacidade de decisão nas questões que envolvem seu bem estar físico e emocional. Faz-se necessário a enfermagem realizar estas práticas educativas, a fim de que as pessoas busquem melhorar sua qualidade de vida através do empoderamento que exerce sobre suas ações vinculadas a realidade de seu cotidiano.

Quando se fala em educação em saúde na maioria das vezes, pensa-se em cuidados pessoais que objetivam evitar doenças, parecendo que a saúde em si se revela em um problema individual podendo ser resolvido apenas pela educação das pessoas. Atenta-se que nessa vertente a educação em saúde seria vista como uma maneira de se obter mudança de algumas características individuais como a falta de higiene, alimentação copiosa, saudável, enfim, a não obediência aos cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção em saúde. Segundo Lima (1996), outra idéia vinculada é que a educação em saúde seja apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde aos quais cabe levar a informação correta para que estes indivíduos alterem seus estilos de vida para serem mais saudáveis, revela a autora. De qualquer forma, ao longo do tempo, a educação em saúde trouxe em sua prática uma maior influência das ações médicas, focalizada apenas na parte doente se esquecendo da idéia que o indivíduo é um todo, precisando ser atendida e mudada para uma perspectiva, para uma área temática, integrando a ciência social e as ciências da saúde envolvendo profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

Entretanto, a educação em saúde não está centrada apenas em conhecimentos desenvolvidos na escola ou na academia, mas também na concomitância do conhecimento prévio, advindo do senso comum de cada indivíduo ou coletividade, portanto, no contexto da saúde a enfermagem possibilita realizar tal articulação onde o intuito é estimular a participação comunitária, inserindo o usuário em decisões de saúde e conseqüentemente responsabilizá-los a exercer o controle social, quesito indispensável à democracia.

Seguindo nesta lógica acrescenta-se aqui a referência de Lopes (2001), quando cita o enfermeiro como ser educador, que ao sistematizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, tornando-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas saudáveis.

Embora os seres humanos que dirigem o SUS proponham à organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados, de forma antagônica, a intervenção terapêutica decorrente do modelo biomédico segue mantendo uma atuação fragmentada, impessoal. É neste sentido que as ações do enfermeiro se expandem por novas responsabilidades e ações que possam mais do que devolver a saúde aos indivíduos, educá-los a mantê-la com grande responsabilidade social (TEIXEIRA, 2003).

Nesta problematização, vale o chamamento de Nóbrega (2001), sobre a superação da instrumentalidade e à compreensão da corporeidade como princípio epistemológico capaz de ressignificar compreensão e alterar metas sociais e educativas. Nosso corpo traz marcas sociais e históricas, portanto questões culturais, de gênero, de pertencimentos sociais, etc. Assim, como nos diz a autora acima referida, pensar o lugar do corpo na educação é assumir o desafio de nos percebermos como seres corporais, sendo ao mesmo tempo biopsicossocial.

A convergência dos campos da Educação e da Saúde vem se caracterizando pela utilização de discursos e de práticas fortemente calcados na idéia de “transmissão” de um “saber especializado” para uma população “leiga”, cujo “saber prévio” não é considerado. Deste modo, o caráter prescritivo informativo tem sido predominante na organização educacional de programas que cruzam ambas as áreas. O objetivo visado é sempre a mudança do comportamento individual e/ou de grupos específicos em prol do bem estar de todos, com ênfase no biológico, científico (CANDEIAS, 1997).

O que se sabe é que a educação tornou-se nos dias de hoje, discussão geral na enfermagem, visto que não se concebe a idéia de promover saúde sem pensar em educar. Na enfermagem, o processo de desenvolvimento e aprimoramento torna-se constante à medida que contribui para a práxis da enfermagem, pois provoca debates e propostas acerca dessa realidade, na medida em que emergem possíveis caminhos a serem percorridos para construir e aprimorar o conhecimento com e para a coletividade (WALDRICH, 2004).

Portanto a educação está em todos os lugares, no ensino de todos os saberes e o conhecimento está a cada vez mais disponível. O que se busca, então, é verdadeiramente estimular à vontade de aprender, o interesse, a curiosidade. E é nessa estrada que caminham os educadores, aqueles que são capazes de fazer a ponte entre o desejo de ensinar e a

conquista do aprender. E ainda hoje, o termo Educação em Saúde é tratado sob dois aspectos, ou ainda, como termos isolados, e não como uma relação entre si. Usualmente define-se a educação mais associada à escola, à aprendizagem e, saúde relacionada ao cuidado de si, do corpo da mente e das doenças. Entretanto, a prática de educação em saúde não é uma proposta recente e sim data desde o século XVII na Europa quando eram elaborados pequenos panfletos onde era difundido o cuidado “higiênico” para gestantes, crianças e medidas gerais de controle de epidemias (LIMA, 1996).

Só no início da década de 70, século XX surgem os primeiros modelos teóricos de enfermagem, em que se distinguem e se separam ontologicamente cuidados médicos e cuidados de enfermagem. O paciente é encarado como um ser biopsicossocial e a atuação da enfermagem passa a ter como base, as suas necessidades humanas básicas, de acordo com as atividades de vida diárias, Nesta fase a prática da enfermagem não se reduz ao cumprimento das prescrições médicas, mas também ao planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber de enfermagem e na utilização de múltiplos saberes, na participação ativa na sua produção, no desenvolvimento pessoal e profissional.

O cuidado na perspectiva de humanização dos atendimentos em saúde e de promoção do bem estar vem, a cada dia, ocupando maiores espaços e conquistando maior relevância e reconhecimento social, percebendo-se com clareza que o enfermeiro pode desempenhar importantes funções dentro desse contexto.

Conforme menciona Silva (2004):

A educação em saúde ligada tanto ao discurso desenvolvimentista, quanto ao revolucionário, é considerado um instrumento de transformação social. Entretanto, ao analisar as definições de educação e de transformação social que acompanham tais discursos, podemos perceber que elas diferem segundo as concepções de mundo e de homem que norteiam suas propostas, desde a formulação das políticas assistenciais até a prática profissional cotidiana.

A enfermagem como área do conhecimento abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Nos diferentes cenários onde exerce a sua prática profissional, seja hospitais, unidades de saúde, ambulatórios, escolas, creches, empresas e domicílios, o horizonte da enfermagem não se restringe somente a sujeitos em situação de doença. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde.

Conforme a literatura, a educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, e o profissional dessa área é o principal mediador para que isso ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades. Em relação às estratégias de cuidado, cabe destacar que a enfermagem, como arte, possibilita ao enfermeiro exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas ações para uma coletividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser (CALDAS, 2001).

Nesse contexto, o enfermeiro é um dos profissionais da enfermagem que tem a educação em saúde como processo particular de trabalho. É uma das condições imprescindíveis para que o processo educativo flua, é o respeito à autonomia do seu educando, seja ele individual ou coletivo. Reflexões como estas têm nos encaminhado, então, para a necessidade de trabalhar com a noção de que educação envolve o conjunto dos processos pelos quais indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar, algumas delas explicitamente direcionadas para isso, enquanto que em outras esses processos educativos não são tão explícitos e nem mesmo intencionais.

Se direcionarmos esse modo de conceber a educação e a cultura para pensar as formas pelas quais se definem as relações com o corpo, os cuidados que se dispõem a ele, os limites que se estabelecem entre normal e anormal e entre saúde e doença, por exemplo, temos de entender tais saberes e práticas como integrantes do processo de construção desses corpos e desses sujeitos, ou seja, mesmo que não estejamos, aqui, negando o fato de que, corpos humanos e as manifestações dos sujeitos humanos acerca de seus corpos envolvem uma materialidade biológica que se expressa por uma anatomia e uma fisiologia próprias, estamos enfatizando que o corpo e o processo saúde doença em que ele é inscrito é, ao mesmo tempo, uma construção linguística e cultural. Nessa direção, corpo, saúde e doença só adquirem determinados sentidos no contexto da cultura e da linguagem em que são compreendidos e experienciados (HALL, 1997). Cultura, neste sentido, é tomada como o anexo de códigos e de sistemas de significação linguística, por meio dos quais se atribuem sentidos às coisas, sentidos esses que são passíveis de serem compartilhados por um determinado grupo. Ela não é universal, nem está dada de antemão, mas é ativamente produzida e modificada, ou seja, poderíamos pensá-la como o conjunto dos processos pelos quais se produz certo consenso acerca do mundo em que se vive.

Sendo assim, é o partilhamento deste consenso que permite aos diferentes indivíduos se reconhecerem como membros de determinados grupos e não de outros, o que implica, também, entender a cultura como um processo arbitrário, uma vez que cada grupo pode viver de forma diferente ou atribuir um significado diferente a um mesmo fenômeno ou objeto (TEIXEIRA,2005).

O homem enquanto sujeito da própria história, seja ele criança, jovem ou adulto, precisa ter uma condição humana respeitada. Respeitar tal condição significa reconhecer e valorizar a autonomia daquele que busca conhecimentos nos bancos escolares. Significa conduzir-se eticamente. Referenciando Freire (1998), “Saber que, ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria construção,” cita ainda que educação é um processo complexo no qual “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. (FREIRE, 1981).

Esta máxima remete a enfermagem a construir junto com sua comunidade os saberes de interesses coletivos, ambos aprendem, ambos ensinam e o resultado final ocorre com o entendimento que cada indivíduo obteve e as consequências destes no seu cotidiano. Ao falar em educação, fala-se em articular conhecimento, atitudes, práticas pessoais, as quais possam ser aplicadas e compartilhadas com a sociedade, favorecendo o desenvolvimento da autonomia do cidadão enquanto atende aos objetivos sociais.

Por entender a importância do enfermeiro na educação em saúde é que se defende uma prática educativa mais participativa, tentando incluir o indivíduo no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, absorvendo a sua vivência e potencializando o seu crescimento integral com base na participação. Desta forma, é preciso citar a pedagogia da problematização de Paulo Freire (1981), como instrumento norteador de uma prática pedagógica efetiva.

[...] a prática educativa norteada pela pedagogia da problematização é mais adequada à prática educativa em saúde. Além de promover a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que este exerça um trabalho criativo. Estas características e consequências convergem para uma sociedade mais democrática em prol do desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e coletividade estando em concordância com os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde (Pereira, 2003).

Entretanto, as atividades de educação em saúde têm papel importante a ser desempenhado no que diz respeito à mudança de paradigma, visto, que quando se fala sobre o assunto vale lembrar que as pessoas pensam em cuidados pessoais que evitam doenças, dando

a idéia que a saúde é um problema só individual, educação em saúde vai mais além, busca obter mudanças comportamentais nos indivíduos e é baseado nisso que as ações educativas em saúde constituem um dos instrumentos utilizados pela enfermagem, onde a maior preocupação é efetivar as ações voltadas para o controle da doença com enfoque no fenômeno coletivo.

Um dos objetivos da educação em saúde é o de desenvolver a personalidade integral do indivíduo, sua capacidade de pensar e raciocinar, assim como seus valores e hábitos de responsabilidade e cooperação.

Sendo assim, a educação em saúde pode ser uma ferramenta de atuação em saúde por possibilitar a troca entre conhecimento técnico e popular. Para Lakatos (1998), o senso comum ou conhecimento popular é o saber que preenche nossa vida diária e que se possui sem o haver procurado ou estado, sem a aplicação de um método e sem se haver refletido sobre algo. E é mediante essa comunicação, na qual ocorre a socialização do conhecimento técnico e o reconhecimento do popular, que o indivíduo ou a coletividade tem a possibilidade de ajudar a si mesmo mediante a identificação dos seus problemas e/ou se tornarem multiplicadores desse saber: essa autonomia permite o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das doenças que possam vir a se instalar.

O profissional da enfermagem deve compreender, que o usuário do sistema é detentor de conhecimento, seja ele empírico ou de senso comum, portanto é primordial respeitá-lo para que ocorra um verdadeiro diálogo e efetivo entendimento do cuidado como ferramenta imprescindível na prevenção de doenças e no contexto de como elas ocorrem.

Dessa forma, o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (CHOR, 1999).

Entretanto, no seu cotidiano, o profissional da enfermagem se depara com a constância de paradigmas de educação em saúde que reforçam práticas reducionistas, requerendo questionamentos para o alcance de ações integradas e participativas. Uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas, ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidas na melhoria da qualidade de vida e na promoção à saúde.

É relevante a constatação de Camilo (1999), ao referir que os profissionais de saúde despertaram interesse crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde, para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver diário. Esta atitude incorpora o princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar.

É importante que o elemento integralidade faça parte da consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas. Vale ressaltar que quanto mais conscientizados nos tornamos, mais capacitados estamos para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumimos, permitindo desvelar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação, solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos.

É relevante destacar a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, elege estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos em uma determinada comunidade é propiciar aos mesmos capacidade de discernimento no que tange a considerar-se como “ser saudável.” Chor (1999), relata que o exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar.

Segundo Bordenave (1990), todos os processos educativos, assim como as técnicas educativas que são instrumentos de ensino-aprendizagem, se baseiam em uma determinada concepção de “como conseguir que as pessoas aprendam e modifiquem sua prática, para se ter melhor saúde”. Estas concepções, por sua vez, fundamentam-se em um determinado modelo ou enfoque do que seja educar/ensinar, o que mais é valorizado? O conteúdo, o conhecimento

adquirido, o resultado esperado, ou a capacidade da pessoa ou do grupo para tomar decisões e agir no contexto de sua realidade?

Entretanto, alguns “enfermeiros educadores” imaginam que é seu dever comunicar o máximo do que sabem e caem na armadilha do repasse de conhecimento neste estudo tão problematizada. Como nos ensina Paulo Freire, o educador precisa ser um comunicador dialogal e não um transmissor unilateral de informações. Ser um bom educador significa desenvolver “empatia”, colocar-se no lugar do outro e, com ele, problematizar o viver, a saúde e a doença para que, ao mesmo tempo em que aprende novos conteúdos, desenvolva ao máximo sua habilidade de pensar, decidir e agir.

Partindo dessa premissa é incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja na sua versão individual, seja coletiva. Para exercer esta prática como também a dominância das ações clínicas, individuais e burocráticas exigidas dentro das Unidades de Saúde, de modo articulado aos princípios do SUS, o Enfermeiro necessita de constante reavaliação do seu método científico de trabalho, com vistas ao aprimoramento de sua prática no dia-a-dia, equipe comprometida e articulada com a comunidade adstrita, que problematizem e solucionem juntas as fragilidades do cotidiano a que são submetidas.

Por fim, educação e saúde são interfaces, práticas sociais que devem andar integradas e permeadas pelo processo autônomo das descobertas e inquietações frente ao modo de viver em sociedade, exercendo sua cidadania ao mesmo tempo em que contribui para o fortalecimento de políticas públicas que sejam capazes de modificar o modo de vida de uma população.

Pensar a relação educação e saúde origina-se, em parte, do direito do cidadão a uma atenção à saúde compreensiva, também reflete o surgimento de um público informado que questiona mais significativamente sobre saúde e sobre os serviços de atenção à saúde que recebem. E os enfermeiros como professores/educadores são desafiados não só a fornecer educação específica para o paciente e família, como também a focar as necessidades educacionais da sociedade. Faz-se grande a demanda dos usuários em obter informações compreensivas sobre seus problemas de saúde ao longo de sua vida, este é um processo que envolve interação entre educadores e educandos e, não uma simples transmissão de conhecimentos, como refere Freire (1999). Educação e saúde são práticas de cuidado, ambas contribuem para a construção da autonomia do sujeito e desafiam o profissional da enfermagem.

CAPÍTULO II

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA

2.1 Contexto da pesquisa

No capítulo II descrevemos as estratégias metodológicas desta pesquisa focada no contexto de sua realização, iniciando por relatar o local de realização do referido estudo; a forma de abordagem juntamente com o instrumento de pesquisa, sinalizando com veemência os sujeitos da pesquisa e análise dos dados.

A cidade de Lages SC, é um município de aproximadamente 156.737.000 mil habitantes, (dados do IBGE, 2010); com 245 anos de História. Em seu contraste, aloja uma quantidade expressiva de moradores na periferia, categorizando 73 bairros, sendo a grande maioria ainda sem saneamento básico, muito embora esse serviço já vem sendo executado pela Prefeitura do município em parcerias com o Estado e a Nação.

O município é considerado centro regional de educação, desde o ano de 1959 com a implantação da faculdade de Ciências Econômicas e Contábeis (FACEC), hoje UNIPLAC, recebendo alunos de vários estados brasileiros. Dentre as Instituições de Ensino Superior, destacam-se: a Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) caracterizada como Universidade Comunitária; oferece 21 cursos de especializações *Lato Sensu*, e 02 cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, em Educação, e Saúde Coletiva mestrado acadêmico, e ainda um grande número de cursos em diversas áreas do conhecimento, tendo os cursos da área da saúde como “carro-chefe” da universidade, recentemente foram incorporados os cursos de Fisioterapia e Engenharia Civil.

Lages abriga o campus III da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), o Centro de Ciências Agro-Veterinárias (CAV), de ensino público e gratuito, e que possui excelência reconhecida nos cursos de graduação em Medicina Veterinária, Agronomia, Engenharia Florestal e Engenharia Ambiental. Em se tratando de pós-graduação *stricto Sensu* oferece cursos de mestrado em Ciência Animal, Manejo de Solos e Ciências Agrárias; oferece, ainda, doutorado na área de Manejo de Solos e Ciências Agrárias área de concentração Produção Vegetal.

O Centro Universitário Catarinense (UNIVESC) é uma faculdade que reúne vários cursos de graduação. Recebe alunos de várias cidades circunvizinhas, contribuindo para a profissionalização das pessoas e melhoria da qualidade de vida da região.

Na área da saúde o município possui três Hospitais de grande e médio porte conveniados com o Sistema Único de Saúde, sendo um deles com 102 anos de existência, fundado pelas Irmãs da Divina Providência; com referência em traumatologia. Vinte e cinco Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em vários bairros do município, sendo que na rede particular existem clínicas que realizam procedimentos diversificados de estéticas corporal incluindo neste contexto os locais onde se aplicam *piercings e tatuagens*.

Peixer (2002) ao contar a história deste município descreve uma cidade que se estruturou através dos interesses econômicos dos fazendeiros, detentores da terra, do gado e do poder político e financeiro durante um longo tempo. As relações de poder estabelecidas entre os fazendeiros foram marcadas pela relação patriarcal e clientelista com os grupos populares. A fundação de uma vila nessa região foi à estratégia de ocupação e povoação, promovida pela Capitania de São Paulo. Assim, a futura povoação deveria localizar-se num ponto estratégico servindo como ponto de defesa do território tendo em vista a possível expansão do território espanhol (Tratado de Tordesilhas). Assim,

(...) começava a crescer o mercado consumidor na Região Sudeste e Nordeste, havendo grande necessidade de gado de corte e de muas (mula, utilizada em larga escala como meio de transporte) e uma povoação nessa região serviria como ponto de apoio a esse mercado, já que se localizava entre o Rio Grande do Sul – centro produtor – e São Paulo – centro de comercialização e consumo. (PEIXER, 2002, p. 40- 41).

Hoje de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), Lages está entre as dez cidades com os maiores Produtos Internos Brutos (PIB) de Santa Catarina. Lages tem sua economia baseada em mais de 60% nos serviços e pouco mais de 36% na indústria, mesmo assim, manteve o crescimento e melhorou seu posicionamento no ranking.

Vale ressaltar que Lages é a maior cidade em área do estado catarinense que se destaca não apenas como cidade pólo da região serrana, mas também como importante sede nacional para eventos da área de estética, possuindo diversas academias e centros de tratamento corporal.

2.2 Abordagem Metodológica

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que conforme relata Pope (2005);

(...) é frequentemente definida por referência á pesquisa quantitativa, seus métodos são vistos como a antítese dos quantitativos ou estatísticos. Embora seja verdade que a pesquisa qualitativa geralmente lida com falas ou palavras em vez de com números, isto não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais.

Os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos, ou seja, querem saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos. “A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera” (TURATO, 2003, p.262).

A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão, frente ao tratamento, frente às condições de trabalho (TURATO, 2003).

A pesquisa social, ao se apoiar em dados sobre o mundo social, desvenda a necessidade de novas abordagens metodológicas para o entendimento e compreensão do seu fenômeno de estudo, ou seja, a busca pelo entendimento e interpretação dos significados atribuídos pelos sujeitos na compreensão da realidade. Nessa perspectiva, o fenômeno social é entendido em um contexto historicamente determinado e realizado pelos sujeitos envolvidos no processo (Minayo, 2006). Acreditando que não há investigação de realidade social sem integração do pesquisador com seu objeto de pesquisa, apontamos para a não neutralidade sobre a produção dos dados obtidos no processo investigativo social. A coleta de dados, nesta perspectiva, não pode ser classificada apenas como um momento de acumulação ou recolhimento de informações. Conforme discutido por Minayo (2006), no processo de investigação, o olhar do pesquisador funciona como mediador entre a análise e a produção da informação, assim sendo, deverá haver um investimento do pesquisador sobre seu próprio

modo de olhar, sobre as condições sociais onde os discursos foram produzidos e a natureza da relação intersubjetiva constituída na interação pesquisador/pesquisado.

Um importante fator que caracteriza a pesquisa qualitativa é a sua natureza indutiva, ou seja, os conceitos, entendimentos e idéias são desenvolvidos a partir de padrões encontrados nos próprios dados, através de uma abordagem exploratória interpretativa (Gil 1999).

2.3 Instrumentos de pesquisa

Neste estudo, foram utilizadas principalmente entrevistas semi estruturadas para a coleta dos dados, razão pela qual seguem algumas considerações sobre esse procedimento. A escolha do tipo de entrevista demandou coerência com o objeto de estudo.

A entrevista semi-estruturada foi a opção adotada para o estudo pois parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. É útil esclarecer que essas perguntas foram fundamentais para alimentar a ação do investigador, mas também, de toda a informação que ele foi recolhendo sobre o fenômeno que interessa (MINAYO, 1994).

Em geral, as entrevistas abordam seis tipos de questões: a) comportamento ou experiências; b) opinião ou crença; c) conhecimento; d) sentimento; e) experiência sensorial; f) detalhes demográficos ou de formação. O objetivo da entrevista é sempre identificar os sentidos e concepções do entrevistado, evitando-se impor qualquer suposição do pesquisador ao entrevistado. Conforme alertam Pope e Mays (2005 p.23), “a pesquisa precisa permanecer aberta à possibilidade de que os conceitos e as variáveis que emergem podem ser muito diferentes daquelas que podem ter sido previstos no início”.

É importante observar que a entrevista é um processo dinâmico e ativo, cujo interesse na produção de sentidos deve ser retro alimentado, tanto pelo entrevistador, como pelo entrevistado. Pope e Mays (2005), ainda criticam a visão conservadora tradicional onde o entrevistado (passivo) é visto como um recipiente de respostas a serviço de um inquiridor (pesquisador ativo). Para a realização das entrevistas alguns critérios precisam ser levados em consideração como: adequação da linguagem ao nível de escolaridade dos entrevistados; sensibilidade e interatividade, flexibilidade de acomodação de tempo e horário, adequação ao ritmo de fala e escrita dos entrevistados, incentivo ao entrevistado a prosseguir com sua fala,

através de gestos ou sílabas, mostrando atenção e interesse ao que é comunicado; certificação de que se entendeu o significado das respostas dos entrevistados, em vez de se supor; iniciar com as questões mais simples para depois passar as mais sensíveis ou complexas.

2.4 Sujeitos participantes da pesquisa

Esta amostragem foi obtida por acessibilidade ou por conveniência. Gil (1999), salienta que esse tipo de amostragem é muito aplicado em estudos exploratórios ou qualitativos, dos quais não se requer elevado nível de precisão. Nesse tipo de amostragem, o pesquisador seleciona os participantes aos quais tem acesso. No caso especial desta pesquisa os portadores de hepatite tipo C usuários dos serviços ambulatoriais da vigilância epidemiológica do município de Lages SC que apresentavam marcas corporais.

Participaram desta pesquisa, homens e mulheres em diferentes faixas etárias e profissões, residentes no Município de Lages e participantes do Programa de Hepatites virais sendo portadores de marcas corporais (*tatuagem, piercings, ou derivadas de cirurgias plásticas*), cujos procedimentos possibilitam alterar a estrutura corporal transformando-a em campo para infecções ou desenvolvimento de doenças.

2.5 Procedimentos Éticos e Operacionalização do Estudo

A realização deste estudo condicionou-se à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, tendo em vista a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes de submeter o projeto ao CEP, fez-se necessário encaminhar à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Lages, uma carta de apresentação (anexo 1) e autorização institucional juntamente com o projeto de pesquisa, esclarecendo objetivos e método de pesquisa que foi utilizado, somente após a autorização devidamente assinada pelo responsável pela SMS.

A discussão sobre a ética aplicada à saúde passou a ter como interlocutores frequentes filósofos, teólogos, advogados, sociólogos e, especialmente, os cidadãos em geral, tanto como usuários do sistema de saúde quanto como sujeitos ou objetos de pesquisas científicas. Essa nova visão, fruto da ampliação dos movimentos sociais em defesa dos

direitos individuais e coletivos, surgiu como uma resposta ao grande desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas ao campo da saúde e à maior difusão do conhecimento científico pelos meios de comunicação (BRASIL, 2002).

Para a obtenção do consentimento voluntário foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o modelo proposto pelo Comitê de Ética da Uniplac (Anexo 2). Por questões éticas o sigilo e anonimato dos sujeitos, serão salvaguardados, estabelecido como codinomes, garantindo assim a proteção e confidencialidade.

A regulamentação brasileira exige que o esclarecimento do sujeito da pesquisa seja realizado através de um documento escrito pelo pesquisador (o termo de consentimento livre e esclarecido) e que todas as dúvidas sobre o projeto da pesquisa sejam sanadas. Este termo é assinado pelo sujeito da pesquisa, que fica de posse de uma das duas vias (BRASIL, 2000).

Consentimento livre e esclarecido refere-se a:

(...) anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. (BRASIL, 2002).

Consentimento, anuência e autorização, conforme consta na resolução do Conselho Nacional de Saúde implicam um processo de tomada de decisão por parte do participante da pesquisa, em que estão implícitos dois momentos: o do entendimento e o do julgamento de valor. O momento do entendimento é aquele em que as informações passadas são suficientes para que o sujeito compreenda o todo da pesquisa e suas partes.

De posse dessa compreensão, ele pode julgar, segundo seus próprios valores morais, se é bom ou não participar da pesquisa. Esse julgamento leva em consideração em primeiro lugar a relevância da pesquisa, que põe o sujeito na condição de cidadão e a ciência sob o crivo da sociedade, que deve ser a beneficiada em última análise. Mas é preciso pensar também nas consequências para si e para os outros, o que envolve uma disposição individual inteiramente única. Se para uma pessoa pode ser importante manter-se viva não importa em que condições, o que justificaria se submeter a uma cirurgia experimental qualquer com graves riscos sobre a qualidade de vida, para o seu vizinho portador da mesma patologia pode ser melhor morrer mais rápido do que levar uma vida com baixa qualidade. A primeira pessoa

vai participar da experiência e seu vizinho não. É claro que o sujeito só pode julgar se tiver compreendido muito bem do que trata a pesquisa.

Neste aspecto, a responsabilidade do pesquisador exacerba na medida em que expõe ao pesquisado os objetivos, a justificativa e a relevância da pesquisa para que o sujeito possa entender o que se quer, por que está sendo proposta, para que e para quem. Há quem diga que, “se as pessoas não são cientistas, não têm capacidade de julgar ou sequer de entender.” Certamente é um equívoco, o que distingue um cientista de uma pessoa comum é antes de tudo sua capacidade de formular novas questões, propor metodologia adequada para tratá-la e produzir conhecimento novo. Como refere Zajdsznajder (1993), a ciência é uma invenção humana para conhecer e intervir sobre o mundo. E é só uma das possibilidades de conhecer.

2.6 Riscos, benefícios e critérios para suspender a pesquisa.

A análise crítica de riscos e benefícios baliza o protocolo de pesquisa entre os princípios morais da beneficência, da não-maleficência e da justiça. Praticamente, neste item está se dando transparência a todas as informações necessárias para que possamos apreciar o protocolo do ponto de vista dos princípios morais de forma articulada (BRASIL, 2002).

De acordo com a resolução 196/96, em toda pesquisa envolvendo seres humanos, há riscos. Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando: oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos; e o risco se justifique pela importância do benefício esperado; o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

Na presente pesquisa, os riscos foram mínimos, ou seja, apenas gerou certo desconforto nos entrevistados por exigir algum tempo para responder o instrumento de coletas de dados. O benefício tornou-se superior aos riscos por fornecer dados importantes para novas discussões acerca do tema e pela possibilidade da pesquisadora estar levando informações sobre saúde aos pesquisados.

A referida pesquisa poderia ter sido suspensa caso os participantes se recusassem a dar continuidade à mesma, entretanto isso não ocorreu, pois, os portadores de Hepatite tipo C, já faziam parte do programa de hepatites virais como pacientes no ambulatório de

epidemiologia do município de Lages, fato que facilitou a interlocução e imprimiu agilidade à fase da coleta de dados.

2.7 Análise dos dados

O presente estudo se desenvolveu por meio da técnica de análise de conteúdo. Este tipo de análise surgiu no início do século XX nos Estados Unidos voltada ao material jornalístico, e estendeu-se para várias áreas. Portanto, esta técnica existe há mais de meio século em diversos setores das ciências humanas. E aos poucos, este tipo de análise foi interessando pesquisadores da linguística, da etnologia, da história, da psiquiatria, da psicanálise, educação e outros.

Neste estudo, a análise de conteúdo considerou as orientações de Bardin (1977). Segundo a autora, seria melhor falar de análises de conteúdo, por se tratar de um método muito empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Desta forma, não existe o pronto a vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base que poderão ser seguidas e acrescentadas. Sendo assim, observamos que existem diferentes modos de se conduzir a análise de conteúdo.

Duas abordagens básicas de análise de conteúdo podem ser encaminhadas, de acordo com Moraes (1999): as categorias podem ser definidas “a priori” a partir da teoria, uma abordagem “*dedutiva-verificatória*” Ou pela abordagem *indutiva* a partir de indicadores.

A abordagem dedutiva parte de uma teoria, enquanto a indutiva visa chegar à teoria. Portanto, as observações de Moraes (1999), foram fundamentais para determinar nossa opção pela **abordagem “dedutiva”**, pois desde o início deste estudo já partíamos de uma teoria e ao elaborar nossa revisão bibliográfica acabamos por definir nossas categorias de pesquisa.

Para o tratamento dos dados, pelas orientações de Bardin (1977), investimos na construção de quadros de categorização (apêndice 1), nos quais estão dispostos; o conceito da categoria de estudo e as dimensões teóricas devidamente retiradas do conceito. Os indicadores metodológicos surgiram através de reflexões e questionamentos sobre os dados que emergiram da prática de modo a responder ao problema organizado para esta pesquisa. Tal desdobramento facilitou a análise dos dados à luz da teoria mostrando, principalmente, o esforço da pesquisadora em articular teoria e prática.

CAPÍTULO III

ANALISAR DADOS E DESCOBRIR PISTAS PARA ARTICULAR PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Neste capítulo centralizaremos as discussões nas análises dos dados compilados, e o propósito da pesquisa em articular educação e saúde no contexto da enfermagem.

“O homem movido pelo espírito científico deseja saber, mas para, imediatamente, melhor questionar” (Bachelard, 1984, p. 21). Por esta orientação demos início ao processo de análise dos dados coletados para esta dissertação observando os objetivos propostos e o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C sobre a relação entre marcas corporais e o contágio desta doença. O público alvo deste estudo constituiu-se de indivíduos homens e mulheres em diferentes faixas etárias, e cadastrados no Programa de Hepatites Virais no município de Lages, vigilância epidemiológica, portadores de marcas corporais como: *tatuagens, piercings e cirurgias plásticas reparadoras*, e se dispuseram a colaborar. Desta forma, esta pesquisa envolveu um grupo de vinte e seis pessoas, portadores de Hepatite tipo C e notificados no SINAN (sistema nacional de agravos de notificação).

Como instrumento de coleta de dados para facilitar a análise da pesquisa, utilizou-se de um roteiro de entrevista semi-estruturada (o qual encontra-se no apêndice 2), no qual o pesquisador pôde obter informes contidos na fala dos sujeitos da pesquisa que vivenciaram determinada realidade a qual já foi contextualizada neste estudo.

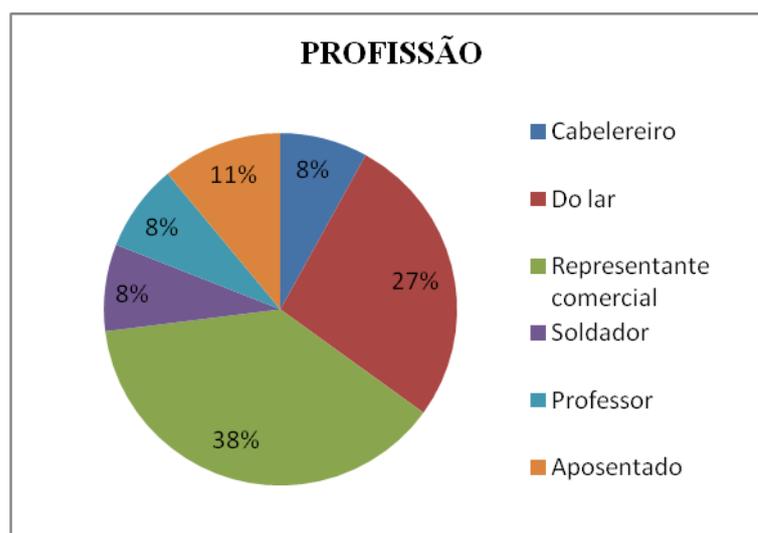
Como mencionado foram respeitados e esclarecido todas as informações referentes ao cenário de pesquisa as quais se encontram explícitas no termo de consentimento livre esclarecido (TCLE anexo 2), sendo esta pesquisa protocolada sob o nº 058 de 2010 junto ao CEP da UNIPLAC.

3.1 Perfil dos entrevistados

Nos gráficos que se seguem, demonstramos as características dos entrevistados quanto à profissão, idade, escolaridade e sexo. Embora já sinalizado na metodologia, convém destacar que, para preservar o anonimato dos entrevistados, sugerimos que cada um se atribuísse um codinome, ambos optaram por nomes relacionados à **super heróis das histórias**

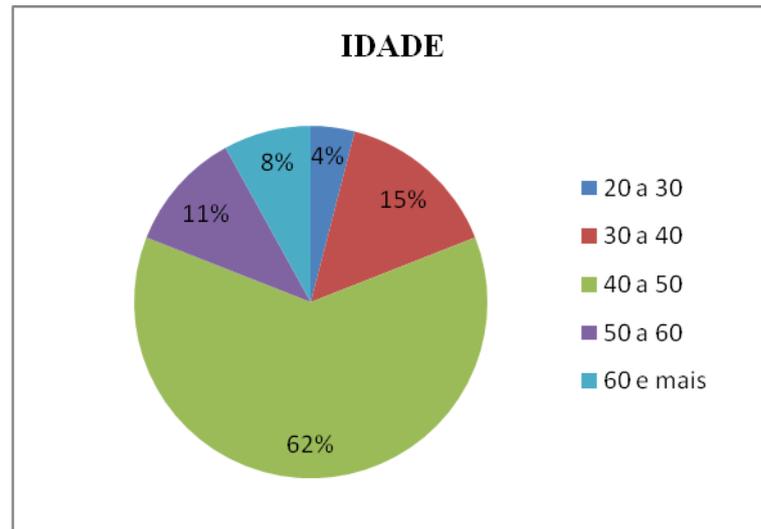
em quadrinhos, por se acharem heróis no enfrentamento dos desafios assumidos na convivência com esta doença que tanto os fragiliza.

Os primeiros dados levantados junto aos entrevistados mostram que, dentre as várias profissões dos portadores de Hepatite tipo C, os **Representantes Comerciais** obtiveram o maior índice de infecção, seguidos pelos **profissionais do Lar e Aposentados**. Muito embora este quesito seja pontual, visto que, por ser uma enfermidade “**silenciosa**”, ou seja, em alguns casos os sinais e sintomas tendem a se manifestar tardiamente, dificulta o diagnóstico e conseqüentemente acentua a gravidade da doença em detrimento da demora em iniciar o tratamento. Neste sentido, a profissão não se faz relevante, pois talvez na ocasião da infecção pelo vírus a pessoa pudesse estar desenvolvendo outra atividade profissional que, não a do momento atual.



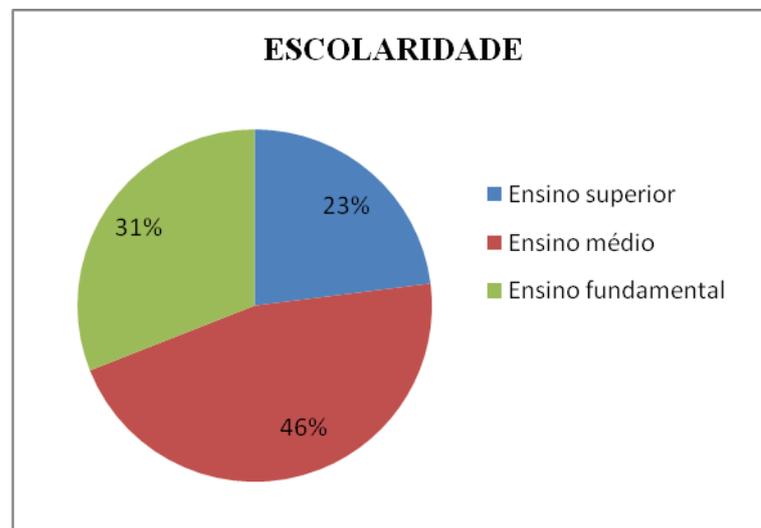
Fonte: dados da pesquisa

Em relação aos **Representantes Comerciais**, profissionais com maior número de infectados, não se sabe ao certo porque este índice apresenta-se tão elevado. Pressupõe-se que o contexto de frequentes viagens, bem como a vida atribulada dos mesmos, pode indicar a possibilidade de diagnóstico tardio da doença. Conforme a literatura, a maioria das pessoas infectadas não sabe que são portadores do vírus. Isto porque, para a maioria deles, não haverá nenhum sinal nem sintoma, e para outros, os sintomas podem levar até duas décadas à aparecerem. Algumas pessoas podem ter hepatite tipo C durante mais de 20 anos antes de descobri-la. Mas são portadores do vírus e devem evitar qualquer possibilidade de transmiti-lo aos outros (VARALDO, 2003).



Fonte: dados da pesquisa

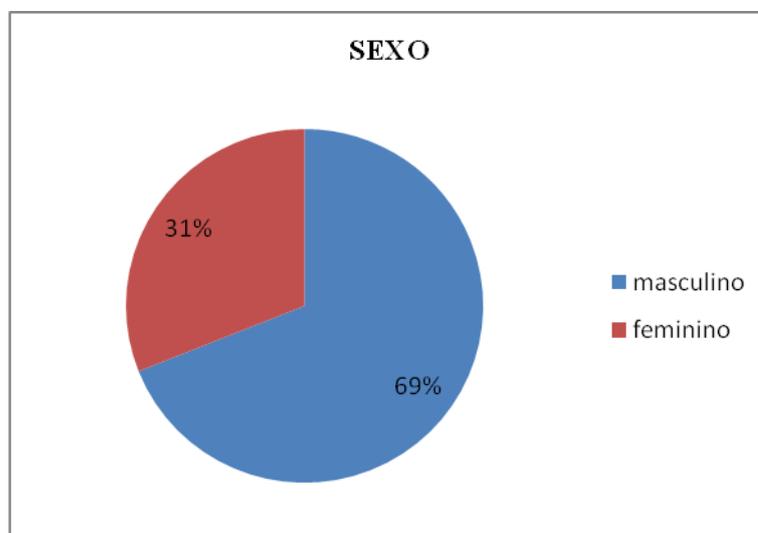
No que se refere à idade dos portadores de Hepatite tipo C predominou a faixa etária entre 40 e 50 anos, profissionais em fase economicamente produtiva, de cotidiano atribulado com provável diagnóstico tardio da doença, portanto, podem ter se infectado na idade de 20 a 30 anos, confirmando as estatísticas de diagnóstico.



Fonte: dados da pesquisa

Em se tratando de escolaridade dos portadores de Hepatite tipo C, no ambulatório do município de Lages, o ensino médio destacou-se com o maior percentual, seguido do ensino fundamental. Movimento que parece ser paradoxal tendo em vista o entendimento da sociedade de que “quanto mais se estuda melhor se sabe” a respeito das doenças e de suas

consequências na vida dos indivíduos.



Fonte: dados da pesquisa

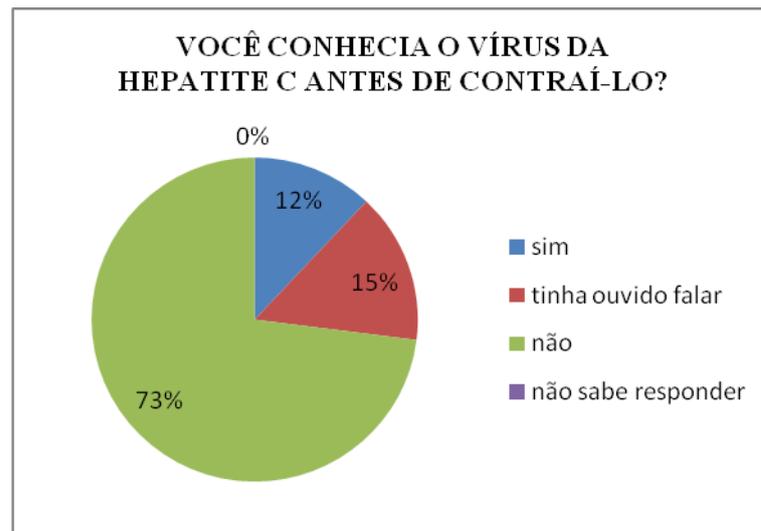
Dentre os entrevistados que procuraram atendimento no ambulatório, os homens formaram o grupo de maior infecção pelo Vírus da Hepatite tipo C. Num universo de vinte e seis entrevistados, 69% dos infectados são homens, portanto, este indicador demonstra que o cuidado não é uma prática masculina frequente, não se pode afirmar, mas alguns estudos já observaram que, a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (Pinheiro *et all*, 2002). Esta questão é percebida no cotidiano da enfermagem, nossa clientela masculina que frequenta o serviço é menor, o que pode nos levar a generalizações equivocadas sobre o gráfico acima.

Entretanto, convém destacar que somos chamados a trabalhar educação e saúde nas empresas onde o maior numero de trabalhadores é masculino.

Neste sentido, o Ministério da Saúde lançou recentemente o programa Saúde do Homem onde o Município de Lages foi o pioneiro no Estado de Santa Catarina a implantar este programa e atuar efetivamente nas ações de promoção á saúde e prevenção de doenças. Assim, espera-se que o referido Programa seja uma das estratégias de cuidado para o enfrentamento do suposto descuido com a saúde do homem.

3.2 Entendimentos sobre a doença hepatite tipo c; estabelecendo relações

Neste item consideramos os diferentes entendimentos acerca da doença Hepatite tipo C e observamos o desconhecimento da maioria dos entrevistados em relação ao vírus e suas consequências no organismo. Torna-se importante ressaltar que, dentre os que tinham ouvido falar e os que conheciam de fato o vírus, estão apenas indivíduos com escolaridade de nível superior.



Fonte: dados da pesquisa

Tal resposta nos leva a refletir sobre a aparente ineficácia das informações lançadas com o apoio do Ministério da Saúde pelos meios de comunicação em geral: a imprensa falada, escrita, televisada e virtual. Como nos mostra o gráfico, 73% dos entrevistados nada sabiam sobre o “vírus da Hepatite tipo C” antes de contrair-lo. Desta forma, é necessário discutir e repensar formas de intervenção voltadas à sensibilização dos indivíduos em relação aos cuidados efetivos com a saúde. Entretanto, é preciso ressaltar a importância do tempo de participação do paciente em programas de saúde. Quando ele chega a um determinado programa e a enfermagem o acolhe, seu entendimento sobre a doença é ínfimo. Com o tempo, conforme seu comprometimento e assiduidade, o entendimento sobre saúde/doença torna-se mais apurado, conforme também se constatou nesta pesquisa.

Na sequência das respostas, entre os vinte e seis entrevistados, obtivemos quinze respostas com a referência de que o que conhecem dessa doença é que ela é uma “doença silenciosa que ataca o fígado e não tem cura.”

Nossa entrevistada, a personagem *Shirra* respondeu que sabe apenas que não se contrai pelo beijo, relata ser homossexual e não acredita ter se infectado pela tatuagem. *Clark*

Kent afirmou saber tudo acerca da doença: “*eu me sinto mais forte que a própria doença, mas ela é perigosa para quem não se cuida.*” Outros três entrevistados também afirmaram estar cientes de “tudo” sobre a doença, e estes entrevistados integram um grupo com terceiro grau de instrução.

Por estes e outros relatos, percebeu-se que muitos, ao se infectarem, procuram informações em diversos setores e segmentos para melhorar a compreensão sobre a doença, o que mostra responsabilidade com a sua saúde. Entretanto, se por um lado observa-se esta importante busca por esclarecimentos, por outro também se observou que é comum a procura por paliativos, automedicação e orientações advindas do senso comum. Fato que não nos causa estranhamento, pois no Brasil, a automedicação e a busca por receitas caseira é uma prática cultural. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), automedicação envolve “a seleção e o uso de medicamentos por pessoas para tratar doenças autodiagnosticadas ou sintomas e deve ser entendida como um dos elementos do autocuidado” (WHO, 1998, p. 2).

A OMS, por sua vez, destaca que o autocuidado está relacionado com o que as pessoas fazem por si próprias para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com as doenças. No entanto, a maioria das pessoas desconhece os efeitos colaterais provocados pelos medicamentos. Lopes (2001), ressalta que a automedicação é realizada com incerteza quanto aos seus resultados. Galduróz et al (2005) destacam a necessidade de se encarar o problema do consumo de drogas e medicamentos de maneira global, envolvendo todos os segmentos da sociedade, pois é um problema de responsabilidade de todos. Estes autores vêm à necessidade cada vez maior de capacitar profissionais para orientar essa questão com os usuários. Isto reforça pensar na importância do “enfermeiro como educador”.

Estratégias de cuidado podem ser traçadas com criatividade pelo enfermeiro capaz de distinguir que existem duas maneiras básicas de focar a educação e saúde: uma que remete a “velha” Saúde Pública, onde as práticas educativas vinculam-se à prevenção de doenças. E outra, chamada de a “nova” educação em saúde, que visa à superação do modelo biomédico, voltada á objetivos que visem uma vida saudável (OLIVEIRA, 2005). A educação em saúde surge como possibilidade para a implantação de programas de atenção à saúde como no caso dos portadores de hepatite tipo C.

Continuando a análise dos dados de pesquisa, daremos enfoque a pergunta: Como você se contaminou? Dentre os vinte e seis entrevistados doze pessoas relataram não ter a menor idéia de como foram infectados. Mesmo a literatura nos mostrando que a via sexual é a mais difícil de contrair a doença, os relatos traduzem a relação sexual como uma possível fonte de contágio, visto que as falas não foram relacionadas a alguma marca corporal como

tatuagens, piercings e cirurgias, mas sendo importante lembrar que todos os entrevistados são portadores de alguma marca corporal.

Reverendo a literatura ela nos revela que a infecção pelo vírus da Hepatite tipo C ocorre principalmente por meio de sangue contaminado. Durante muito tempo a transfusão de sangue foi a responsável pela infecção de muitos indivíduos, antes de se iniciar o rastreio do vírus da hepatite tipo C, que começou a realizar-se de forma sistematizada no ano de 1992, com os sucessivos aparecimentos de infecções hepáticas agudas e crônicas sub diagnosticadas e de difícil tratamento. Outro meio fortemente contagioso do vírus é a toxicod dependência, devido à partilha indevida de material habitualmente usado no consumo intravenoso de drogas, bem como nos usuários que “snifam” drogas através do mesmo tubo (de uso coletivo) que podem contrair esta forma de hepatite tipo C se houver contacto com possíveis lesões localizadas nas mucosas nasais.

Lembramos que, como já registramos anteriormente, de um modo geral, todo o material partilhado não devidamente esterilizado, pode ser um veículo de transmissão do vírus, incluindo material médico/odontológico. O HCV não se dissemina pela saliva nem através dos alimentos. A via sexual é um meio possível, porém, raro. A transmissão vertical, isto é, de mãe para filho, é pequena durante a gravidez e acontece provavelmente no parto. Este risco está aumentado se a mãe estiver infectada pelo vírus HIV. Não há evidências que o aleitamento materno seja um modo de contaminação do vírus. Vale lembrar que a hepatite tipo C é uma doença habitualmente silenciosa, ou seja, não apresenta sintomas nem sinais específicos que leve o doente ou o médico a suspeitar de uma infecção provocada pelo HCV, na maioria dos casos o conhecimento da infecção é obtido após a realização casual de análises de rotina que revelam alterações das enzimas em nível do fígado. Algumas vezes ocorrem sintomas sugestivos de uma infecção gripal, cansaço, dores articulares, musculares, cefaléia e febre, estas passam de forma despercebida sem deixar qualquer sinal da passagem do vírus pelo organismo, entretanto, nesta fase aguda da doença podem ser detectados anticorpos da doença, sugerindo tratamento imediato do cliente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Já as participantes deste estudo, *Mulher Maravilha 01 e Mulher Maravilha 02*, destacaram ter adquirido a doença através de tratamento dentário, pois não admitiram a hipótese de terem sido infectadas através de tatuagens (marca esta que muito as envaidece).

Porém, outras doze pessoas responderam que acreditam ter se infectado através de tatuagens, por terem realizado o procedimento em locais impróprios e sem condições higiênicas exigidas para tal, e ou/pelo uso de drogas injetáveis em algum momento de suas

vidas, afirmativas que vão ao encontro do que diz a literatura quanto ao fato da Hepatite tipo C ser facilmente transmitida pela via sanguínea.

A percepção que os seres humanos têm das coisas e de si mesmos se torna fundamental para o cuidado. É o sujeito que percebe sua existência neste mundo com ou sem doença. Segundo Merleau-Ponty (1971 p.161), é através do corpo que temos a possibilidade de existir. Assim, quando a grande maioria de nossos entrevistados manifesta suas percepções acerca de como podem ter adquirido a hepatite tipo C, os profissionais ganham novas possibilidades de discussão e de orientações sobre saúde.

De acordo com filósofo acima referido, convém reconhecer que o conhecimento emerge do corpo a partir das experiências vividas. Possibilitar a reflexão daqueles que integraram esta pesquisa acerca de seu próprio “corpo”, inclusive com as marcas corporais, é também garantir discussões mais amplas que articulem ética e estética. O corpo não é um instrumento para programas de promoção de saúde, mas ponto de reflexão e conhecimento.

Ao serem arguídos sobre: Há quanto tempo está infectado?, dezenove pessoas responderam que já estão infectados há mais de dez anos, dezesseis pessoas responderam que estão infectados há cinco anos, dentre estes, nove pacientes fazem uso de interferon (medicação indicada para o tratamento da Hepatite tipo C). Aqui vale destacar que o modo como a hepatite tipo C afeta as pessoas é diferente para cada indivíduo. Alguns não são afetados fisicamente; porém outros podem desenvolver uma série de limitações no seu estado físico.

Nas hepatites tipo A, o fígado normalmente volta a ficar sadio, deixando anticorpos ao antígeno de superfície, o que evidencia que a infecção aconteceu, mas que o corpo a derrotou. Nas hepatites tipo B, 90% dos infectados se curam de forma espontânea, e ainda existem vacinas para preveni-las, mas a maioria das pessoas infectadas não sabe que tem o vírus; isto porque, para a maioria dos portadores, não haverá nenhum sintoma, e para outros, os sintomas podem levar até duas décadas para aparecerem. Já algumas pessoas podem ter hepatite tipo C durante mais de 20 anos antes de descobri-la. Mas são portadores do vírus e devem evitar qualquer possibilidade de transmiti-lo aos outros (VARALDO, 2003).

A pergunta seguinte referia-se ao profissional da saúde: Quais as principais orientações recebidas dos profissionais da saúde para o trato dessa doença? (elencar por prioridade). Os vinte e seis entrevistados elencaram como primeira orientação considerando a ordem de prioridade, o não uso de drogas (licitas e ilícitas). Em seguida, deram destaque à orientação sobre o uso de uma alimentação saudável, como frutas, verduras e legumes e por último, o critério de tomar as medicações corretamente. Com estas respostas ficou claro a

importância que, tanto os pacientes como os profissionais envolvidos no programa têm com as possíveis consequências que poderão advir caso estes critérios não sejam assimilados e praticados a contento.

Convém enfatizar a importância do primeiro contato com o profissional da enfermagem para o fortalecimento do vínculo com o paciente e familiar: as orientações fornecidas à clientela são altamente assimiladas, possibilitando melhor adesão ao tratamento e minimizando os sinais e sintomas característicos da doença.

Segundo Campos (1994), o vínculo com o usuário dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto os profissionais quanto os clientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Estes são alguns dos desafios que podem levar a enfermagem na perspectiva de construir junto com sua comunidade os saberes de interesses coletivos, onde ambos aprendem, ambos ensinam e o resultado final mostra um entendimento partilhado.

Finalizando as perguntas do bloco I: Quais as dificuldades encontradas no controle da doença? Observamos que algumas particularidades devem ser destacadas como no caso do nosso personagem *Clark Kent* que destacou **a burocracia em receber a medicação** como sendo a primeira dificuldade. Esta burocracia se justifica pelo fato de ser o tratamento medicamentoso da Hepatite tipo C extremamente oneroso e fornecido gratuitamente pelo PNHV (Programa Nacional de Hepatites Virais) via Ministério da Saúde. Esses trâmites burocráticos são importantes para a distribuição justa dos medicamentos, mas não podem retardar o recebimento da medicação, considerando que os encaminhamentos de exames também contribuem para esta demora. Nosso super herói *He-Man* se queixou que a medicação é muito forte e deixa o homem “fraco” sexualmente, isso acaba prejudicando ainda mais o relacionamento do casal ou nos namoros que, por ventura, surgirem.

Chico Bento considerou como sendo a maior dificuldade os efeitos colaterais que as medicações acabam proporcionando ao organismo, “*por vezes penso em desistir só não faço isso porque vocês são gente boa*”. Nossos personagens *Mônica, Zorro, Transforms, Super-Homem, Mulher Maravilha e Homem Aranha*, referiram ser o preconceito em relação à doença “*ainda é o que mais deixa a gente desanimado, pois não podemos dividir com todos os amigos este problema tão difícil de resolver sozinho.*”

Zorro ainda acrescentou como dificuldade, o fato de não poder tomar uma cervejinha de vez em quando; “*estou acostumado a me reunir com os amigos, e agora o que vou dizer a eles porque que não estou bebendo?*” Para Magali:

O fato de ser coinfetado com HIV torna o tratamento e a recuperação muito mais difícil, não é só o preconceito é também por demorar muito a se recuperar e ter que vir direto ao medico, pois são dois que tratam a gente e também porque a gente sabe que logo vai partir deste mundo.

Esta entrevistada relatou que está passando por um momento de dificuldade junto a sua família, e pelo fato de seus pares não saberem qual é seu problema da saúde, esta paciente vem sendo acompanhada por um profissional psicólogo, tendo em vista seu desequilíbrio emocional, e conforme ela mesma afirma; “*parece que está escrito na minha testa que tenho AIDS*”.

Norbert (1994, p.63), ajuda-nos nesta compreensão ao destacar que a autoimagem e/ou autoconsciência é a resultante dos modos e das condições de vida na sociedade onde cada indivíduo está inserido e não está dependente apenas das capacidades de cada um como também está condicionada ao estado de conhecimento daquela sociedade, não sendo, portanto, algo natural e universalmente válido. A autoimagem e/ou autoconsciência é um conceito relacionado aos modos como vemos e/ou compreendemos a nós mesmos, às maneiras através das quais nos definimos no interior da sociedade e na relação conosco mesmo, com a natureza e com os outros.

O corpo é apresentado hoje como a principal via para a obtenção do prazer individual e para a aprovação social, o que o traduz como cerne da identidade do indivíduo e o transforma igualmente, em fonte de desassossegos e preocupações. É aqui que se percebe um paradoxo nas intenções e no movimento da luta de forças e interesses: se de um lado, a exposição do corpo se intensifica e parece central, de outro, a corporalidade é desvalorizada e pouco se reflete sobre sua importância. Mesmo evidenciando o corpo, os indivíduos constroem sua auto-imagem com base na capacidade de racionalizar, atribuindo à substância material um papel secundário em um processo de constituição de indivíduos cindidos em corpo e mente exterior e interior (FOUCAULT, 1977).

Apenas três entrevistados relataram não apresentar nenhuma dificuldade no controle da doença. Estes usuários, de forma peculiar, procuraram atendimento médico logo após terem sido diagnosticados como portadores de Hepatite tipo C e efetuaram tratamento antes

do início dos primeiros sinais e sintomas. Desta forma, convém destacar a relevância dos serviços de saúde se articularem cada vez mais à processos preventivos das doenças e na recuperação da saúde.

3.3 Sobre as marcas corporais

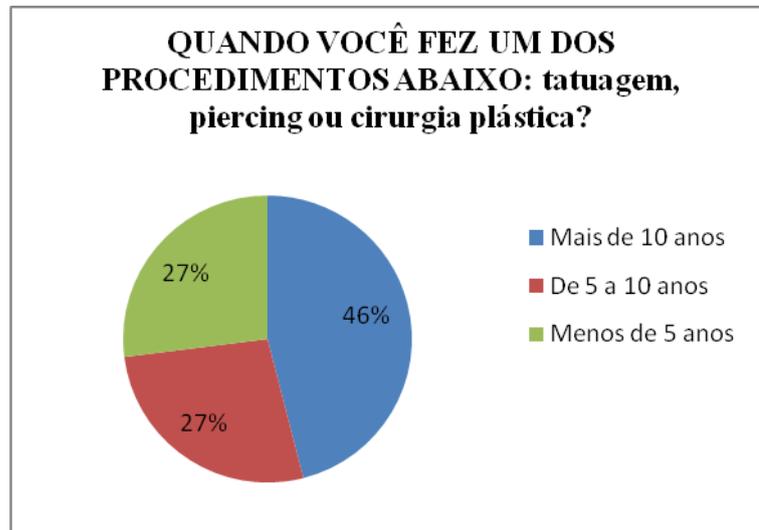
Nas sociedades primitivas, as marcas corporais em geral eram indicadores de classes sociais, vinculado à religiosidade ou como rito de passagem de um estado a outro de vida. Há descrições que indicam que os primeiros Cristãos tatuavam uma cruz em suas faces ou ombros. Mas ao longo do tempo as marcas corporais passaram a ser vistas como um sinal de paganismo. Em 787 d.C. em um Concílio das Igrejas realizado em Calcutá, todas as formas de tatuagem foram proibidas. No entender da Igreja, as marcas corporais são consideradas como atos de violência realizados contra o corpo natural. Portanto significam, também, uma injúria à Criação (KEMP, 2005).

São curiosas as maneiras como nos representamos, em diferentes lugares e relações, aparentemente, a casa, ou mesmo a vestimenta, traça nosso território. No entanto, não somente nesses elementos fora de nosso corpo esses recursos são usados. A pele e muitas vezes o interior do corpo serve como campo de expressão. Pode parecer surpreendente, mas isso sempre aconteceu, nas diferentes sociedades e em todos os tempos. De certa forma as marcas corporais expressam nossa ruptura com a natureza, nossa separação de um determinismo exclusivamente biológico. Elas traçam cicatrizes, que permanecem mais ou menos invisíveis, marcando nosso destino de seres errantes, eternamente desconfortáveis em nosso corpo, não pertencentes nem bem à natureza, nem bem à cultura (COSTA 2000).

Nas últimas décadas outros procedimentos se tornaram cada vez mais populares, entre eles os *piercings* em suas várias formas, e as *tatuagens*. Enquanto que estas práticas eram comumente associadas ao sadomasoquismo e à perversão e comportamento transgressivo, tem havido uma mudança gradual na forma de considerá-las. Várias pesquisas mostram que entre os adolescentes, as maiores motivações para realização de *piercings* ou *tatuagem* são: a procura de uma forma de se exprimir personalizada, fazer uma prova de coragem e seguir uma moda, além disto, são citados a pressão dos pares e o desejo de pertencer a um grupo. (KEMP, 2005).

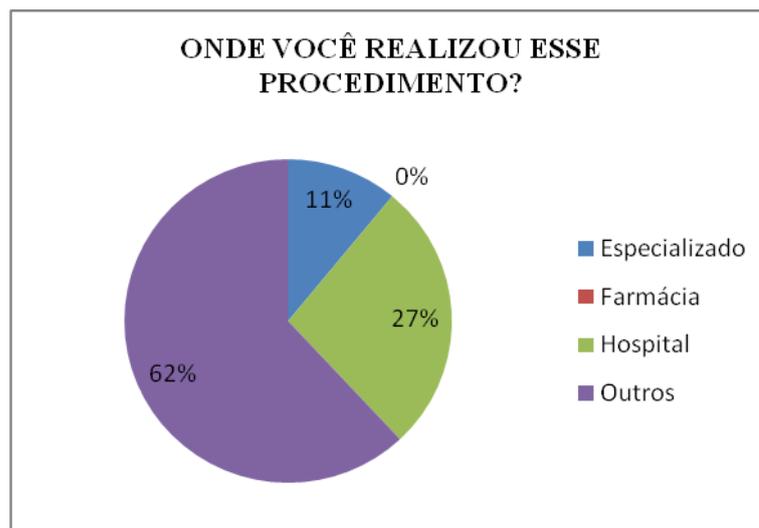
A experiencialidade das práticas corporais possibilita uma transformação no comportamento dos indivíduos em relação ao seu corpo, apontando para a percepção das

mesmas, como veículo facilitador de autoconhecimento, de obtenção de saúde, de diminuição de tensões, de obtenção de equilíbrio, da percepção da própria individualidade. Uma retomada do compromisso com a vida (CAVALCANTI, 2006).



Fonte: dados da pesquisa

Na análise das respostas à primeira pergunta do bloco II: Quando você fez um dos procedimentos abaixo? Os depoimentos obtidos vieram ao encontro do referencial teórico utilizado na pesquisa que evidencia a hepatite tipo C como sendo uma doença caracterizada como silenciosa, tendo como consequência o diagnóstico tardio. O gráfico mostra o que a literatura confirma que 46% dos entrevistados portadores de hepatite tipo C e que trazem alguma marca corporal, realizaram o procedimento há mais de dez anos. Como os testes mais apurados para detecção da doença surgiram na década de 1990, estes indivíduos “podem” ter contraído o vírus da hepatite tipo C neste período anunciado.



Fonte: dados da pesquisa

Nos depoimentos à resposta do gráfico acima convém destacar que 62% dos entrevistados confirmaram que a realização do procedimento se deu em “outros” locais. Isto indica que a preocupação que o indivíduo tem com a saúde ainda é algo distante do que pretende os serviços de saúde, parece que a máxima de que “isso não vai acontecer comigo” continua sendo relevante, pois apenas depois de infectados os portadores de hepatite tipo C refletem sobre as condições dos locais que procuraram para realizar alguma marca corporal. Sabe-se ainda que num primeiro momento de constatação da doença, há certa negação quanto ao fato de ter contraído a doença e também quanto à forma. Num segundo momento, quando surgem os primeiros sinais e sintomas, é comum ocorrer uma desestabilização emocional do indivíduo.

Neste sentido, torna-se relevante que o profissional da enfermagem para além dos conhecimentos acerca dos cuidados para com a doença, saiba acolher e orientar o paciente a respeito da doença que contraiu. Educação e saúde são práticas sociais que podem favorecer a compreensão do cuidado em sua integralidade. Para tanto, vale o chamado de Arruda & Arruda (2010, p. 770), sobre o novo desafio dos profissionais da saúde:

(...) mediador de emoções constitui-se num dos grandes desafios rumo às práticas de saúde humanizadas decorrente de um processo lento de conscientização e sensibilização profissional. As ações dos profissionais da saúde não se limitam ao ato técnico, mas se expandem por ações educativas que possam devolver a saúde aos indivíduos, tendo, assim, um sentido mais amplo, com grande responsabilidade social. Por isso, a mediação de emoções destaca-se como uma nova tendência para a educação.

Na pergunta “o que significa corpo para você?”, buscamos esclarecer a maneira pela qual os entrevistados vêem seus próprios corpos. Chamou-nos a atenção *Mulher Maravilha* quando relatou que “*o corpo tem que estar bonito para ser mostrado*”. Para ela o uso de tatuagens é uma forma de exibir-se para o outro.

Preparamos constantemente nosso corpo para a interação social, para nossa forma de atuação no cenário de nossa cultura. Mesmo as pessoas que não “cuidam” da saúde e do corpo são personagens dessa atuação, pois o corpo do personagem “abandonado” é um dos elementos da construção da legitimidade do corpo submetido. O conjunto que compõe nosso personagem, incluindo as modificações culturais, faz parte dessa atuação. Modificamos para os outros. O verdadeiro “eu” só tem sentido se for reconhecido pelos outros. (KEMP, 2005, pg. 43).

No relato do personagem *Cebolinha*, “*o corpo é um meio de sobrevivência, é uma “máquina” que precisa ser cuidada*”; importante frisar que este personagem faz uso do corpo como atributo de beleza visando alavancar poder econômico/financeiro. Mendes e Nóbrega (2004, p.125) colaboram com esta atribuição de significado destacando que:

O corpo humano, ao ser comparado com uma máquina hidráulica, recebe uma educação que o considera apenas em seu aspecto mecânico, sem vontade própria, sem desejos e sem o reconhecimento da intencionalidade do movimento humano, o qual é explicado através da mera reação a estímulos externos, sem qualquer relação com a subjetividade. O pensamento de Descartes, fundado no exercício do controle e no domínio da natureza, influencia a educação através da racionalização das práticas corporais. Ao ter como princípios a utilidade e a eficiência, busca-se a padronização dos corpos [...].

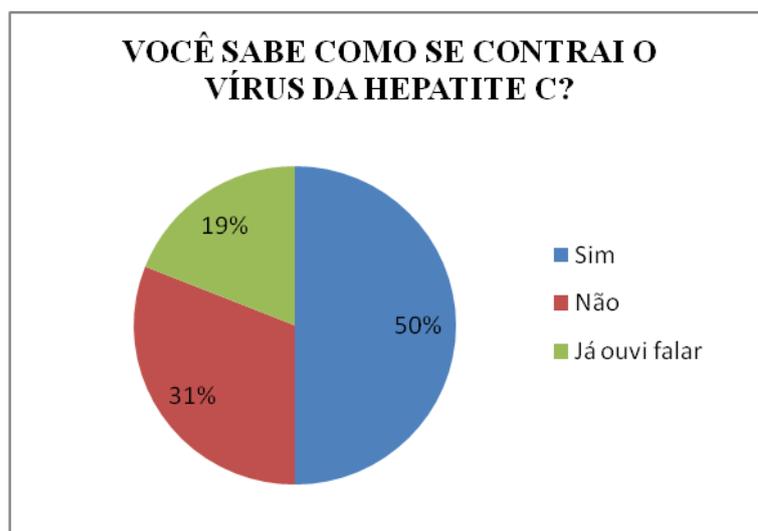
Mas o corpo precisa ser pensado dentro de um contexto histórico e cultural. Assim, é preciso lembrar que em nenhum outro momento da história houve tamanha produção e difusão de imagens do corpo humano como hoje. É evidente que as técnicas de manipulação e cuidados com o corpo, segundo foi mostrado por Marcelo Mauss, não são exclusividade da sociedade contemporânea. Visto desta maneira o corpo é apenas instrumento, conforme destaca *Cebolinha*. Esta cisão entre corpo e mente reduz nosso pensamento e fecha nossas possibilidades de considerar a integralidade em saúde.

Para os personagens *Zé Carioca*, *Pinóquio*, *Super homem*, *Pardal* e *Zorro*, **o corpo é “vida e saúde”**: esta atribuição de significado nos deixa mais otimistas quanto à perspectiva de “reforma de pensamento”, ou seja, ao perceber o corpo como algo que se possui da maior importância, na presença da doença nota-se sua fragilidade, e a mudança de vida com a

reestruturação da conduta faz com que novas atitudes referente ao autocuidado sejam tomadas.

Nesta análise, não podemos deixar de considerar a forte influência lançada pela circularidade de informações, na construção dos estilos de vida no mundo contemporâneo. Dentre as instituições envolvidas na elaboração do culto ao corpo, a mídia é, sem dúvida, importante agente difusor de um ideal de beleza a ser alcançado, garantindo que a temática esteja sempre presente na vida cotidiana, levando ao receptor as últimas novidades e descobertas tecno científicas, ditando e incorporando tendências.

Produz-se um tipo específico de corpo que as pessoas devem ter. Por isso convém aqui registrar que “o sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio histórico em que as palavras são produzidas” (Orlandi, 2003, p. 42). Ou seja, quem diz se insere em algum contexto específico onde produz e reproduz conhecimento.



Fonte: dados da pesquisa

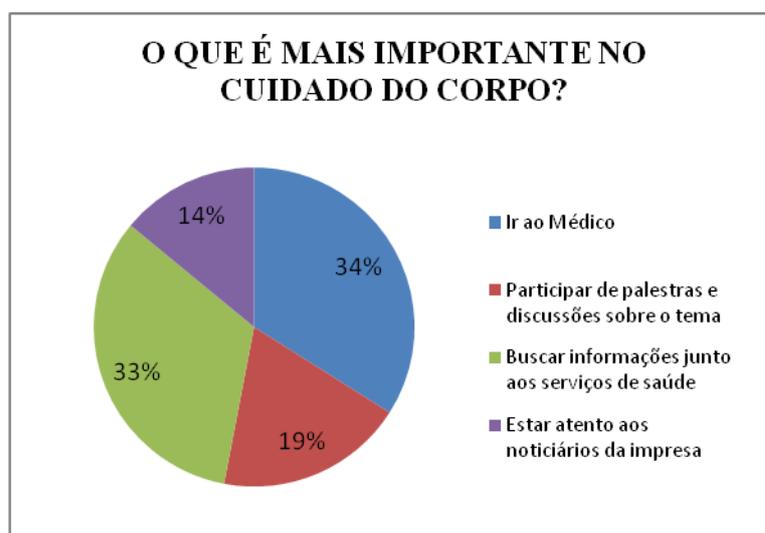
A esta questão, 50% dos entrevistados relataram saber como se contrai o vírus da hepatite tipo C, entretanto, este conhecimento só foi alcançado após o contágio com a doença onde o próprio indivíduo buscou os devidos esclarecimentos.

Ao perguntarmos sobre a “relação entre a doença e a marca corporal que ele exhibia” observamos que, dentre os vinte e seis entrevistados, treze personagens destacaram a realização de procedimentos para marcas corporais em local “duvidoso”, ou seja, sem as devidas recomendações sanitárias e realizadas por profissional não habilitado. Embora a via

sexual seja a mais difícil para o contágio da doença, cinco personagens indicaram-na como via de possível transmissão do vírus. O entendimento de que existe relação entre hepatite tipo C e as marcas corporais mostra a importância de novas pesquisas e desafiam o enfermeiro a insistir na educação e saúde como práticas articuladas de cuidado.

3.4 Sobre as ações educativas da enfermagem

Se considerarmos que é necessário que a educação permita ao homem se tornar sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade, fazer cultura e história (FREIRE, 1981), podemos então compreender a importância do questionamento que fizemos aos participantes da pesquisa sobre as ações educativas em enfermagem.



Fonte: dados da pesquisa

O que é mais importante no cuidado do corpo? Conforme demonstra o gráfico, a resposta “ir ao médico” foi a mais usada, o que caracteriza para o serviço de saúde que a conduta médica continua sendo a proposta principal de aceite da população em se tratando de cuidado com a saúde, muito embora, esse conceito esteja mudando com a implantação da Estratégia de Saúde da Família em que a equipe multidisciplinar é responsável pela educação em saúde á população adstrita.

Na mesma proporção, “a busca por informações junto aos serviços de saúde”, trouxe-nos a perspectiva de que o serviço de saúde mantém certa credibilidade em relação às informações prestadas à população. O investimento em material educativo tem sido intenso, justamente com a intenção de orientar e alertar a população sobre saúde doença seus determinantes e condicionantes.

É neste íterim que os profissionais da saúde necessitam estar continuamente estudando e se aperfeiçoando para melhor entender/atender os anseios e necessidades da população, atuar na educação em saúde com intuito de minimizar as diversas formas de contrair doenças.

Participar de palestras sobre o tema foi destacado por 33% dos entrevistados, mostrando a importância do enfermeiro nestas orientações de cuidado. A humanização das práticas da saúde inclui a construção de vínculo entre os profissionais e a população atendida, esta noção nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que temos em relação aos usuários do serviço de saúde

Assim sendo, a construção de vínculo com os pacientes tem se mostrado uma estratégia eficaz para que as informações relativas à doença e de interesse dos mesmos sejam acatadas.

No questionamento acima solicitamos que nossos entrevistados enumerassem as orientações que recebem por ordem de importância. Em que pese os conceitos de que a promoção em saúde é o “carro chefe” da educação e saúde na enfermagem e que promover saúde é fornecer as populações condições para que as mesmas melhorem e cuidem de sua saúde de forma ativa e responsável.

Parece que o paradigma “hospitalocêntrico” continua mostrando sua força, pois 34% de nossos entrevistados seguem atribuindo ao “médico” o cuidado do corpo. Entretanto, merece atenção cuidadosa o gráfico acima por registrar que 33% já consideram as “informações buscadas junto aos serviços de saúde como importantes” para o cuidado do corpo; 19% elegeram participar de palestras como uma condição na busca de informações ao cuidado do corpo; vale acrescentar de que estas palestras são oferecidas por profissionais da saúde, principalmente pela enfermagem.

Desta forma, parece que chegou o momento dos serviços reformularem a assistência, e dos enfermeiros se vincularem na reinvenção de uma prática educativa que convoque e envolva os portadores de Hepatite tipo C nas discussões e cuidados de seus próprios corpos. Nesta nova ótica, quem sabe a saúde possa ser entendida como uma possibilidade que o

indivíduo tem de “aproveitar a vida” de forma positiva, no sentido do uso de recursos pessoais e sociais capaz de dar qualidade à vida cotidiana.

Para tanto, torna-se relevante destacar a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos em uma determinada comunidade é propiciar aos mesmos capacidade de discernimento no que tange a considerar-se como “ser saudável.” Chor (1999), relata que o exercício de uma prática educativa crítica, como experiência especificamente humana, constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar.

A convergência dos campos da Educação e da Saúde vem se caracterizando pela utilização de discursos e de práticas fortemente calcados na idéia de “transmissão” de um “saber especializado” para uma população “leiga”, cujo “saber prévio” não é considerado. Deste modo, o caráter prescritivo-informativo tem sido predominante na organização educacional de programas que cruzam ambas as áreas. O objetivo visado é sempre a mudança do comportamento individual e/ou de grupos específicos em prol do bem-estar de todos, com ênfase no biológico, científico (CANDEIAS, 1997).

A saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de ‘bem-estar’ e de felicidade que, em certo momento, se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a tais representações é o de poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios. Na reflexão procura-se chamar atenção para o fato de que a doença, fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, raramente é um caso isolado, posto que processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e é expressão de dificuldades sociais em suas vidas. O problema é que as relações entre os problemas percebidos no nível individual e os de sua relação mais ampla e determinação ou condicionamento social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos:

A própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos. Há sinais que são identificados como doenças, vistos como expressão desviante de uma normalidade biológica; outros não (STOTZ, 1993).

Pereira (2003), ressalta que ações educativas podem ser entendidas pelas práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, num processo reflexivo e crítico de ambos os atores, docentes e discentes, considerando:

- Presença dos sujeitos: onde o sujeito ao ensinar aprende e ao aprender ensina;
- Objetivos mediatos e imediatos: se diz respeito da diretividade da educação onde o educador que mostra seus objetivos não pode manter-se neutro em relação à prática educativa nem em sua posição ética e política;
- Métodos, processos, técnicas de ensino, materiais didáticos: a metodologia escolhida deve se manter coerente com os objetivos traçados.

Nossos entrevistados destacaram que, dentre as orientações fornecidas pelos profissionais da enfermagem aos portadores de hepatite tipo C elencadas por prioridades, teve como quesito principal *o cuidar da saúde sob diversas formas*, como por exemplo, *não fazer uso de drogas*, sejam elas lícitas ou ilícitas, visto que o fígado já está doente e o uso de qualquer drogas seria prejudicial à saúde e retardaria a recuperação do indivíduo.

Cuidar da alimentação como fator importante para o bom funcionamento do fígado, haja vista, a vulnerabilidade que a doença propicia ao órgão afetado. Práticas de educação e saúde multiprofissional são relevantes, pois proporcionam ao paciente entendimento a partir de informações e acompanhamento sobre o estado nutricional com intuito de potencializar o tratamento.

Tomar medicação corretamente, outro quesito imprescindível na recuperação do paciente. Antes de iniciar o seu tratamento, deve conversar demoradamente com a equipe de saúde, realizar consulta médica e de enfermagem discutindo e perguntando abertamente sobre todos os benefícios que podem ser obtidos e os problemas que poderão acontecer, sejam, os prováveis efeitos colaterais, e/ou problemas específicos derivados da sua condição física, de outras doenças existentes ou ainda de natureza psíquica atual ou passada, esta condição é importante ser relatada na consulta, devido ao tratamento ser relativamente longo e com reações adversas consideráveis.

Fazer exercício físico, considerar que a atividade física desempenha um papel importante em uma variedade de problemas relacionados à saúde de modo geral. Infortúnios de natureza física, psíquica e social sempre estarão presentes, portanto, toda conceituação de saúde deve tê-las explícitas, tendo como desafio superar essas múltiplas dimensões, nem sempre as vencendo, mas procurando sempre lhes fazer face (PARKERSON, 1992).

Modernamente, as idéias de qualidade de vida e bem estar estão intimamente relacionadas ao contexto da aptidão física. Buscar uma saúde melhor é o desafio de pessoas que abandonam a vida sedentária em busca de outro universo referencial.

A qualidade de vida depende da interpretação emocional que o sujeito atribui aos fatos e eventos decorrentes da vida cotidiana, é cada vez mais reconhecida como uma avaliação fortemente dependente da subjetividade do indivíduo. No campo específico da saúde física, por exemplo, há uma grande variabilidade entre as pessoas quanto à sua capacidade de fazer face às limitações físicas e doenças, e suas expectativas em relação a sua saúde.

A relação entre atividade física e qualidade de vida se justifica pelas muitas evidências de que níveis apropriados de aptidão física, mantidos durante toda a vida por meio de exercícios regulares, exercem efeitos benéficos nas funções dos órgãos em geral, tendo como consequência o prolongamento da vida e de vida com qualidade (NIEMAN, 1999).

Há certo consenso na literatura de que os componentes da aptidão física que estão relacionados à saúde são aqueles que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pelo estilo de vida sedentário, (PARKERSON, 1992).

O uso de preservativo nas relações sexuais, foi a orientação destacada pelos entrevistados como último critério de prioridades, fato que nos causa estranhamento tendo em vista a força das campanhas vinculadas pela imprensa e intensificada nos últimos anos sobre o uso do preservativo como atividade educativa de extrema relevância nos serviços de saúde.

O advento da AIDS aumentou consideravelmente a preocupação das autoridades em saúde sobre a transmissão de outras doenças sexualmente transmissíveis. A relação do HIV com o vírus da hepatite tipo B (HBV) e o da hepatite tipo C (HCV) é bastante comum no mundo. Isso acontece porque essas hepatites e o HIV possuem formas semelhantes de contágio. O HIV é transmitido pelo sêmen, fluídos vaginais, leite materno (se a mãe estiver infectada) ou através da entrada do sangue infectado na corrente sanguínea. Com exceção do leite materno, estas também são as formas de transmissão do vírus da hepatite B. Na hepatite C, a forma mais eficaz de contágio é através do sangue contaminado, assim como o HIV. É mais difícil o HCV ser transmitido através de relações sexuais sem preservativo, mas isso pode acontecer. Essas semelhanças tornam as pessoas infectadas pelo HIV um alvo fácil das hepatites virais tipo B e C. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que 10% das pessoas infectadas pelo HIV estejam também infectadas pelo HBV. A co-infecção com o vírus da hepatite C pode chegar a 36% das pessoas com HIV.

A falta de uso de preservativo nas relações sexuais é um dado preocupante pois estudos científicos já comprovaram que a velocidade de desenvolvimento da hepatite é mais rápida em uma pessoa com HIV do que em uma pessoa que esteja apenas com o HBV. A hepatite se torna também mais grave, podendo gerar doenças como cirrose e câncer de fígado no período médio de cinco anos. em pessoas só com HBV, isso pode demorar até 20 anos”. A maioria dos remédios utilizados contra a AIDS pode sobrecarregar o fígado. “Quando este paciente já tem o fígado lesado pela hepatite B, a intolerância aos medicamentos contra a AIDS aumenta. “Este fator significa um risco muito grande para o sucesso do tratamento tanto do HIV quanto da própria hepatite” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV, e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão de HIV e de outras DSTs. A utilização da camisinha durante as relações sexuais é essencial para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS e Hepatite tipo C, além de ser um método contraceptivo eficaz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Encerrando as perguntas do bloco III a respeito de educação em saúde perguntamos se: O enfermeiro é um educador da saúde?

As respostas a esta pergunta mostram que de um modo geral as orientações do enfermeiro são educativas e esclarecedoras.

Para a entrevistada *Monica* “*Elas passam informações necessárias e importantes, só tenho a elogiar esta equipe.*” Na visão do personagem *Cebolinha* “*As enfermeiras falam de coisas que fazem bem para nosso corpo e nossa cabeça.*” A personagem *Mulher maravilha* relata “*Elas falam uma linguagem que é clara, sem aqueles termos médicos que a gente não entende muito bem.*” No entendimento do personagem *Pardal* “*Explicam tudo o que a gente pergunta sobre hepatite e também sobre as outras doenças que a gente pergunta.*”

Zé Carioca expõe “*As explicações são fáceis de entender*”. *Zorro* destaca “*Dão palestras e falam coisas pra gente melhorar.*” *Clark Kent* corrobora dizendo “*Elas são mais preocupadas com a gente que os médicos e estão mais preparadas para lidar com a gente.*” *Super-homem* acrescenta “*O enfermeiro é um agente de amparo é paciente, mas não doente, é um guerreiro, sabe lidar com a doença e com o doente.*” Assim, de um modo geral todos ressaltam a atuação dos enfermeiros como pedagógicas.

Lima (1996) resgata a historicidade do papel do enfermeiro como educador em saúde, e colabora com nossa compreensão sobre esta questão. Para este autor, os agentes de enfermagem enquanto agentes do processo de trabalho em saúde têm desempenhado um papel

importante na questão da educação e saúde. O surgimento da enfermagem moderna no Brasil, e do profissional enfermeiro está diretamente vinculado ao trabalho da enfermagem numa dimensão educativa, já que as enfermeiras foram formadas na finalidade de suprir a falta de um profissional envolvido com as atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920.

Embora os enfermeiros assumam seu papel de educador considerando às vezes este como fundamental para tornar o usuário o máximo possível independente do cuidado de enfermagem, a prática cotidiana apresenta algumas limitações justamente pelo enfoque utilizado pela enfermagem nas questões referentes à educação em saúde que privilegia os aspectos preventivos responsabilizando o indivíduo pela suas condições de saúde.

Na medida em que ocorreu a mudança social no que se refere a profissão, o enfermeiro começou a se atentar cada vez mais para a educação em saúde. Isto se deu a partir do momento em que as escolas de enfermagem passaram a ensinar baseadas na concepção pedagógica e inovadora de Paulo Freire, que tecia críticas a educação bancária. Hoje as ações educativas em saúde constituem-se em um dos instrumentos utilizados pela enfermagem, num contexto abrangente tanto no processo de trabalho individual como coletivo, cuja preocupação vai do corpo individual ao controle da doença entendida como fenômeno coletivo. No modelo individual essas ações se voltam para o desenvolvimento do indivíduo e no modelo da saúde coletiva há preocupação com a cidadania.

Essa visão de ser a educação uma prática sujeita à organização de uma dada sociedade, deve ter condições de criar um espaço de intervenção nessa realidade com o objetivo de modificá-la, de transformá-la. Como um processo de diálogo, indagação, reflexão e ação partilhada, a educação propõe tornar as pessoas capazes de pensar e de encontrar formas alternativas de resolver seus problemas, entre os quais o de saúde doença.

Para Freire (1981), o educador é aquele que cria condições para desenvolver a consciência crítica do outro, uma consciência crítica voltada para análise de problemas e que assume uma posição questionadora, fundamentada no diálogo.

Com a implantação do SUS, na enfermagem a visão de educação e saúde que resgata o indivíduo com direitos de cidadania começa a ser apontada num amplo aspecto que possibilita o indivíduo ter uma compreensão de si mesmo enquanto cidadão, enquanto membro ativo em sua participação na sociedade, com direitos a adequadas condições de saúde e vida digna no contexto de uma sociedade onde vive e interage.

Para instituir a educação em saúde como medida eficaz de intervenção no processo saúde doença e para estabelecer uma prática educativa satisfatória, é imprescindível conhecer

a realidade dos indivíduos com as quais se deseja realizar uma ação educativa bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas em um âmbito holístico. O Programa de Educação em saúde deve ser adaptado às necessidades, capacidades, interesses e conhecimentos pré-existentes de cada indivíduo, devendo, portanto, esta ação ser estruturada e sistematizada. É de suma importância esclarecer que o enfermeiro, pertencente à equipe multidisciplinar responsável por esta atividade, pode buscar assegurar uma abordagem unificada e coerente com as vivências do indivíduo/grupo. Para tanto, estes devem sentir-se respeitados e participativos nas ações de melhoria da sua qualidade de vida.

Desta forma, vale retomar que a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma em relação à saúde no dia-a-dia (GAZZINELLI, 2006).

Todo ser humano possui um conhecimento próprio, que resulta de sua vivência, e respeitar esse conhecimento é essencial para a aprendizagem. Nessa perspectiva, o processo educativo se assenta, fundamentalmente, no ouvir. Uma das formas de educar é, portanto, construir uma relação de ajuda firmada na confiança, num processo mútuo de conhecimento, dando ao paciente a oportunidade de falar. Ouvir a outra pessoa significa compartilhar de sua vida, aprender com a sua experiência. Somente na cumplicidade, no envolvimento sincero, o processo educativo acontece (GAZZINELLI, 2006).

Um dos pressupostos sobre a ciência do cuidado se ancora no fato de que este pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente, considerando ser através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que as pessoas interagem. E, na medida em que a equipe de enfermagem tem aguçada a sua própria sensibilidade, torna-se mais autêntica e assim tornando-se encoraja o auto crescimento e a auto realização dela própria e com quem interage. Uma das formas de interação pessoa a pessoa se assenta justamente no diálogo. Por sua vez, para ser autêntico, só pode ser dialógico. E ser dialógico, para o humanismo verdadeiro, não é dizer-se descomprometidamente dialógico; é vivenciar o diálogo (Freire, 1981). Assim, a educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida tanto como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de

forma saudável e o processo saúde/doença, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais.

Aqui vale sinalizar a importância da religação dos saberes e das disciplinas tão destacada por Edgar Morin:

(...) faz-se necessário substituir um pensamento que está separado por outro que está ligado..., que o conhecimento da integração das partes ao todo seja completado pelo reconhecimento do todo no interior das partes (MORIN, 2002, p.18).

Ou seja, reconhecer e constatar a urgência de estudos que religuem os saberes construídos no interior das áreas do conhecimento Educação e Saúde como forma de se apreender a complexidade da realidade, considerando que a compartimentação das áreas do conhecimento reduzem a nossa possibilidade de aprendizado sobre a condição humana. Construção de conhecimento tão complexo exigiu um pensamento capaz de articular práticas de educação e saúde para o cuidado do corpo, desafiou-nos como profissional da enfermagem e indicou-nos a necessidade de ampliar a discussão sobre nossas práticas educativas que nem sempre atingem os objetivos propostos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o entendimento dos portadores de Hepatite tipo C acerca da relação entre as marcas corporais (*tatuagens, piercings e cirurgias plásticas*) e a manifestação desta doença incluiu refletir sobre a necessária articulação entre educação e saúde para o cuidado do corpo.

Esse trabalho de investigação possibilitou lançar outros olhares para as pessoas que convivem com a doença, fazendo jus ao pensamento complexo e à religação dos saberes usados para a reflexão nesta dissertação, sinalizando a urgência em modificar a fragmentação do conhecimento, responsável pela falta de comunicação, relação e unidade nos processos de educação e saúde.

Para melhor compreender esta imbricada rede que envolve as marcas corporais, a manifestação da hepatite tipo C e a efetividade de ações articuladas de educação e saúde, foi preciso investir na construção de um olhar ampliado sobre o corpo.

No que compete especificamente à análise dos dados provenientes das falas dos portadores de hepatite tipo C, os dados permitiram discussões a respeito do entendimento sobre a doença e das implicações que daí decorre. Ao longo da análise destacou-se o desconhecimento dos pacientes a respeito da doença, suas várias formas e momento de contágio; esse resultado nos remeteu a perceber a fragilidade dos serviços da saúde em gerir situações propícias ao estabelecimento de orientações efetivas de educação em saúde no âmbito do entendimento que as pessoas têm em relação ao cuidar-se para a saúde e não após ter contraído determinada doença.

Ao longo desta dissertação nos referimos à “Educação em Saúde” como também à “Educação e Saúde”; convém, portanto, distinguir o uso e o sentido de tais expressões no contexto da enfermagem. A referência ao termo “educação em saúde” tem como paradigma o Programa instituído pelo Ministério da Saúde e que relega à enfermagem sua prática, principalmente na estratégia de saúde da família, e nesta dissertação falou-se muito sobre educação, e esta atrelada a saúde como estratégia de mudanças de estilo de vida das pessoas em se tratando de saúde/doença. Por outro lado, a expressão “Educação e Saúde” conforme

consta no título distingue e articula duas importantes áreas do conhecimento para melhor composição deste estudo.

De tal modo, imergir nas leituras no campo da educação, saúde, psicologia, sociologia e antropologia foram fundamentais para delinear o objeto do estudo e analisar os dados encontrados tendo em vista a complexidade do tema. Além disso, a imersão nos textos contribuiu enormemente para ampliar conhecimentos, o que, seguramente se reflete na forma como hoje encaro a complexidade da atuação no ensino/serviço, propondo metodologias que dêem conta de atender as necessidades das pessoas no que concerne ao entendimento que cada ser tem sobre sua condição de saúde/doença.

Destaca-se ainda, que participar da vida das pessoas que integraram esta pesquisa, como enfermeira e como pesquisadora, imprimiu grandes mudanças à minha vida, não só no cotidiano profissional como também na minha vida pessoal. Isto porque os conhecimentos que se constrói, seja por estudos bibliográficos e/ou experimentados, não se restringem às aplicações no campo acadêmico/profissional, mas integram a vida do pesquisador fazendo-o (re) pensar sua relação com os outros e com o mundo.

“Outros e novos olhares” que se formam sobre o corpo, a saúde/doença e o cuidado de enfermagem através da educação e saúde constituem-se, hoje, em um campo propício para a crítica reflexiva tão necessária para se pensar as questões que se colocam para o mundo contemporâneo, em que pesem às relações de equidade, igualdade, justiça social e cidadania, preconizadas pelo SUS como direitos do cidadão.

Assim, considerar o corpo como a própria expressão do sujeito foi condição necessária para compreender o que vivem, sentem, sofrem e experimentam os portadores da doença relacionada à hepatite tipo C. Entender o conhecimento que o paciente tem da própria identidade foi importante para reconhecer estes sujeitos sociais como ativos produtores de um conhecimento legítimo, oriundo de seu saber prático, funcional e que pode impulsionar o redimensionamento de políticas públicas e enfrentamento da doença.

No que se refere aos cuidados com o corpo, foi constatado que o paciente, diante da doença, faz uma reflexão sobre seu comportamento, com base na sua vivência anterior e atual com a doença, o que pode permitir mudanças de conduta, muito embora, estas mudanças devesse partir do estado de saúde das pessoas. As mulheres, por exemplo, referiram a sua vivência anterior relacionando o descuido com as coisas, pessoas, e até de seu corpo. A partir do adoecimento passaram a valorizar atitudes simples como cuidado com os alimentos e com exercícios físicos. Já, para os homens surgiu à reflexão sobre o abandono de vícios, como os da bebida de álcool, tabaco e outras drogas, sinalizando a prioridade no cuidado do corpo por

meio da “simples” mudança de alguns hábitos para que ocorra melhor recuperação do indivíduo em se tratando da doença. O paradigma de cuidar-se após descoberta da doença, nos remeteu a repensar nossas estratégias em relação à educação e saúde. Para mudar o comportamento de nossa clientela, é preciso levá-los a uma reflexão sobre o cuidado no sentido da prevenção, para a obtenção de saúde e qualidade de vida.

Descobriu-se que os homens na faixa etária de 40 a 50 anos na pesquisa são indivíduos de maior propensão à infecção pelo HCV. Sendo assim, o programa de saúde do homem e as propostas de políticas de educação em saúde se apresentam como possibilidades de transformar vivências e cotidiano de indivíduos que ainda relutam em cuidar do corpo.

Dentre os vinte e seis entrevistados doze relataram não ter a menor idéia de como foram infectados. Mesmo a literatura nos mostrando que a via sexual é a mais difícil de contrair a doença, os relatos nos dão conta de que a relação sexual continua sendo uma “possível” fonte de contágio, visto que muitos deles não estabeleceram relação da doença e alguma marca corporal que possuem: como tatuagens, piercings e cirurgias.

Dentre os vinte e seis entrevistados treze responderam que realizaram procedimentos de marcas corporais em local “duvidoso”, ou seja, sem as devidas recomendações sanitárias e com profissional não habilitado, o que nos leva a pensar nesta possibilidade de contágio.

No que se refere à relação entre as marcas corporais e o contágio da doença hepatite tipo C, a pesquisa mostrou relação entre ambas, embora não tenham dados científicos anteriores que possam ser comparados, percebeu-se que foi significativa esta construção de conhecimento para os campos da saúde e da educação. Dentre os entrevistados possuidores de alguma marca corporal, vários deles acreditam ter se contaminado através de tatuagens, visto, que não houve registros relevantes que pudessem suspeitar de outra fonte de contágio, o que torna a tatuagem como um indicador em potencial.

Para desenvolver ações práticas de educação e saúde com mais qualidade, nós profissionais da enfermagem precisamos romper com processos burocráticos de nosso cotidiano que, muitas vezes impõem limites de recursos, condições difíceis do sistema de saúde e outros impedimentos que incidem na percepção crítica e na qualidade saudável na vida de nossa clientela.

Quando nos propusemos discutir o enfermeiro como educador em saúde, o intuito foi de conferir a efetividade de nossas práticas em relação à educação e saúde e aqui pudemos observar a grande aceitação de nosso trabalho junto aos portadores de hepatite tipo C.

Com Paulo Freire aprendemos que é através do diálogo que os sujeitos vêm a realidade a ser transformada por meio de uma relação horizontal, pautado na confiança entre

os sujeitos e quando tem significados próprios, porque preserva a identidade dos sujeitos dialógicos, possibilitando um crescer com o outro.

Com Edgar Morin ficou o aprendizado de que, quanto menos um pensamento for mutilador, menos mutilará os seres humanos. Os saberes e experiências devem ser compartilhados de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras para, assim, proporcionar um saber ampliado sobre as necessidades dos usuários, respeitando e aceitando as diferenças.

Esta pesquisa permitiu-nos destacar a possibilidade de existir relação entre o contágio da doença hepatite tipo C com o uso de tatuagem. A metade de nossos entrevistados respondeu que acredita ter se infectado através de tatuagens, por terem realizado o procedimento em locais impróprios e sem condições higiênicas exigidas para tal, e ou/uso de drogas injetáveis em algum momento de suas vidas, afirmativas que vão ao encontro do que diz a literatura quanto ao fato da Hepatite tipo C ser facilmente transmitida pela via sanguínea.

A percepção que os seres humanos têm das coisas e de si mesmos se torna fundamental para o cuidado e para a implementação de novas estratégias de enfrentamento desta doença. Este seria, por assim dizer, um indicador em potencial a justificar novas e contínuas pesquisas sobre o tema. Nesta reflexão, concluiu-se que educação e saúde são práticas sociais cuja articulação é fundamental à mudança do comportamento individual e/ou de grupos específicos em prol do bem estar de todos.

Ao problematizar estas questões refletimos “o corpo” não como simples instrumento de expressão de identidade, nem como um conjunto de órgãos ou um objeto de programas de promoção de saúde, mas evidenciamos o desafio de nos percebermos como seres corporais considerados à luz da integralidade, para tanto precisamos unir Educação e Saúde como práticas de cuidado.

Esperamos que esse trabalho possa contribuir com a reflexão e religação dos saberes contidos no interior dos campos da Educação e Saúde, pois indicou-nos a necessidade de ampliar a discussão sobre nossas práticas educativas que nem sempre atingem os objetivos propostos. Apesar de toda a dedicação, a profissão enfermagem enfrenta sérias dificuldades para avançar nessa direção. Muitas vezes não conseguimos provocar a tão esperada “transformação e mudança de atitude” de nossa clientela, o que por vezes deixa o profissional desmotivado em se tratando de suas práticas cotidianas.

A intensa propagação de informações pela mídia não tem dado conta de influenciar atitudes como, por exemplo, em relação ao uso de preservativos. O reduzido número de

profissionais e a expressiva demanda por práticas educativas mais humanizadas, e, nosso próprio limite em virar este jogo deixa claro, que muito ainda temos que fazer na reinvenção de práticas profissionais educativas capazes de contribuir efetivamente na consolidação dos direitos a uma saúde integral e igualitária á todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.N, ROUQUAYROL MZ. **Fundamentos metodológicos da epidemiologia**. In: Rouquayrol MZ, editor. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro, Medsi, 1999.
- ARRUDA M.P, ARRUDA L.P. **O profissional da saúde como um mediador de emoções**, rev.eletr.enf.[internet].2010;12(4):770-4.
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12261>> Acesso em 20 fevereiro 2011.
- BACHELARD, G. **O Novo Espírito Científico**. São Paulo: Edições 70, 1984.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BAKHTIN, M. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais**. Trad. de Yara Frateschi Vieira. São Paulo: HUCITEC; Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1987.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORDENAVE, J. D, ADAIR, M.P. **Estratégia de Ensino-aprendizagem**. Petrópolis, RJ Brasil. 8ª ed, 1990.
- BRASIL. **Lei 8142/90. Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990**. Brasília; 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde: **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Princípios para a NOB/RH-SUS**. Brasília, 2002.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (1996). **Resolução 196/96. In: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa**, Normas para pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. pp. 22-46, 2000.
- CALDAS, C.P. **Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem**. *Rev Texto e Contexto Enfermagem*; 10(2): 68-93 2001.
- CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

CAMILO, M.V.R.F.- **Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital escola** - Serviço Social e Sociedade - Ano XX – Editora Cortez - SP. 1999.

CANDEIAS, N.M. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais.** Rev. Saúde Pública, 209-13, 1997.

CAVALCANTI, K. B. **Para abraçar a humanescência na pedagogia vivencial.** Trabalho apresentado no XIII Endipe, Recife, 2006.

CHOR, D. **Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea** - Cadernos de Saúde Pública - Vol. 15 - Nº 2 – Abr/Jun/99 - RJ.

CARVALHO, D.M. **Grandes Sistemas do SUS.** Rio de Janeiro; 1997.

COSTA, A. **Corpo e escrita – Relações entre memória e transmissão da experiência.** Relume Dumará, 2000.

COSTA, J. F. **O Vestígio e a Aura: Corpo e Consumismo na Moral do Espetáculo.** Rio de Janeiro, Garamond, 2005.

DESCARTES, R. **Discurso do método: as paixões da alma.** São Paulo: Nova Cultural, 2002. (Os pensadores).

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária.** Ciências da Saúde Coletiva; 10:105-9,2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 17ª edição. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1981.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** Petrópolis: Vozes, 1987.

GALDURÓZ, J. C. F., et al. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais brasileiras-2004.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal De São Paulo, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDEMBERG, M. (Org.). **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.** 1. ed. Rio de Janeiro, p. 11-12, 2002.

GAZZINELLI, M. F; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação.** Belo Horizonte: Ed UFMG, 2006.

- HALL, E.A. **A dimensão oculta**, Lisboa: Relógio d'Água, 1986.
- HALL S. **A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo**. Educação & Realidade, 22:15-46,1997.
- HARAWAY, D. **Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80**. In: BUARQUE DE HOLANDA, Heloísa (org). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**.Rio de Janeiro: Rocco, p. 243-288, 1994.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.
- KEMP, K. **Corpo modificado, corpo livre?** São Paulo: Paulus, 2005.
- LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 3 ed. Caxias do Sul: UCS; Porto Alegre, 1998.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural I**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
- LIMA, M.A.D. **Educação em saúde; algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem**. Rev Gaúcha de enfermagem, 2-87- 91, 1996.
- LOPES, N. M. **Automedicação: algumas reflexões sociológicas**. Sociologia, Problemas e práticas, n.37, p.141-165, 2001.
- MAUSS, M, **Sociologia e Antropologia, com uma introdução á obra de Claude Lévi-Strauss**; tradução de Lamberto Puccinelli. São Paulo, EPU, 1974.
- MELO, S. M. M. . **Corpos no Espelho: Paradigmas de Corporeidade e a Formação de Educadores**. **Revista Brasileira de Filosofia no Ensino Fundamental**, Florianópolis, v. 8, p. 99-108, 2001.
- MELO, C. J. A. **A Prática da Saúde e a Educação**, Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP – mimeo, Campinas, SP. 1976.
- MENDES, M. I. B. S. NÓBREGA, T. P. **Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação**. Revista Brasileira de Educação, n. 27, p. 125-137, 2004.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 2004.
- MINAYO, M.C.S. (org) et al. **Pesquisa social: pesquisa teoria, método e criatividade**, Petrópolis, RJ. Vozes 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 2ª ed. Brasília: MS; 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C.** GM, Portaria 863 de 4 de novembro de 2002.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Rio de Janeiro, Freitas Bastos S.A., 1971.

MORIN, E. **O Cinema ou o Homem Imaginário.** Lisboa: Relógio D'Água, 1997.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** Trad. Catarina Eleonora F.da Silva e Jeanne Sawaya, 8ª edição, São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2000.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI.** Trad. Flávia Nascimento. 3ª edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002).

MORIN, E. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro, Beltrand, Brasil, 1998.

MORIN, E. **Cultura de massas no século XX – O espírito do tempo.** Rio de Janeiro, Forense, 1984.

NIEMAN, D.C. **Exercício e Saúde.** São Paulo: Manole, 1999.

NÓBREGA, T.P. **Agenciamentos do corpo na sociedade contemporânea: uma abordagem estética do conhecimento da educação física.** *Motrivivência*, Santa Catarina, v. 12, n. 16, p. 53-68, mar. 2001.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

OLIVEIRA, D.L.L.C. **A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio; 13(3): 423-31.

ORLANDI, E.P. **Análise do Discurso: princípios e procedimentos.** 5 ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

PARKERSON, J.G.R. **Quality of life and functional health of primary care patients.** *Journal Clinical of Epidemiology*, 45(11): 1303-1314, 1992.

PEIXE, B. C. S. **Finanças Públicas: controladoria governamental.** 1. ed. Curitiba: Juruá, 2002.

PEREIRA, A. L. F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** *Caderno de Saúde Pública*, vol. 19. nº 5, Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática.** BR, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

PINHEIRO, R.S; VIACAVA F, T. C, B. AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de**

serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707.

POPE C, MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre, Artmed, 2005.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA, F.N. **Epidemiologia e Saúde.** BR, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003.

SANT'ANNA, D. B. de (org.). **Políticas do corpo.** São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SILVA, T.T. (org.). **Alienígenas em Sala de Aula:** uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis (RJ): Vozes, p.190-207, 2001.

SILVA, A. M., **Corpo, ciência e mercado,** Campinas: Autores Associados, 2001.

SILVA, M.O. **Plano educativo. In: Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

STOTZ, E.N. **Enfoques sobre educação e saúde.** In: Valla, V. V. e Stotz, E. N. (org). Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

TEIXEIRA, C.F, Paim, J.S & Vilasbôas, A.L SUS, **modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, 2003.

TEIXEIRA, R.R. **Humanização e atenção primária à saúde.** Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:315-27.

TURATO, ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VARALDO, C. N. **A cura da hepatite C: Manual do paciente em Tratamento.** Ed.Mauad Rio de Janeiro, 2003.

WALDRICH, O. M. **Exposição ocupacional a material biológico dos profissionais da rede básica do programa de saúde da família (PSF) do município de Lages.** Monografia do Curso Saúde da Família – Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Geneva: WHO, 1998. Disponível em <<http://www.who.org>>. Acesso em 10/01/2011.

ZAJDSZNAJDER, L. **É a ética uma ciência?** In: Conselho Federal de Medicina. Desafios Éticos. Brasília, 1993.

ANEXOS

ANEXO 1



Av. Castelo Branco, 170 – CEP 88 509 900 – Lages – SC – Caixa Postal 525 – Fone (0**49)3 251 1022 – Fax: (0**49)3251 1051
Home-page: <http://www.uniplac.net> – E-mail: uniplac@uniplac.net

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIPLAC**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, **JULIANO POLESE BRANCO**, Secretário Municipal de Saúde de Lages, autorizo a mestranda **ODILA MARIA WALDRICH** a realizar a pesquisa “**O LUGAR DO CORPO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HEPATITE TIPO C, MARCAS CORPORAIS E O DESAFIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**”. Trata-se de um Projeto de mestrado apresentado como requisito parcial para a obtenção título de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Planalto Catarinense.

O objetivo da pesquisa é Conhecer a relação entre Hepatite do tipo C e as marcas corporais dos portadores desta doença da cidade de Lages – SC. Com a realização desta pesquisa espera-se ampliar o debate sobre a importância da Educação em Saúde e gerar informações que possam contribuir com a Vigilância Epidemiológica da cidade de Lages, SC.

Como instrumento de pesquisa será utilizado uma entrevista semi-estruturada. Farão parte da pesquisa os portadores de Hepatite C usuários dos serviços ambulatoriais da vigilância epidemiológica do município de Lages SC. A aplicação dos instrumentos ocorrerá ao longo do mês de Julho de 2010.

Local: Gabinete do Secretário Municipal de Saúde de Lages.

Lages,..... de 2010.

JULIANO POLESE BRANCO
Secretário Municipal de Saúde de Lages
(Assinatura e carimbo)

ANEXO 2



**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo. Se você concorde em participar basta preencher os seus dados e assinar esta declaração. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **O LUGAR DO CORPO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HEPATITE DO TIPO C, MARCAS CORPORAIS E O DESAFIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

- 1 O estudo se refere a um estudo para a Conclusão de Curso de Mestrado apresentado como requisito parcial para a obtenção título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da Universidade do Planalto Catarinense.
- 2 A pesquisa é importante de ser realizada. Com a realização desta pesquisa espera-se ampliar o debate sobre a importância da Educação em Saúde e gerar informações que possam contribuir com a Vigilância Epidemiológica da cidade de Lages, SC.
- 3 Participarão da pesquisa os portadores de Hepatite C usuários dos serviços ambulatoriais da vigilância epidemiológica do município de Lages SC..
- 4 Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada a partir de entrevistas semi-estruturas que buscam Conhecer a relação entre Hepatite do tipo C e as marcas corporais dos portadores desta doença da cidade de Lages – SC.

- 5 Para isso os riscos da sua participação são mínimos, podendo gerar certo desconforto em dispor de algum tempo para responder entrevista.
- 6 A pesquisa é importante de ser realizada pois deve trazer como benefícios informações que possam contribuir na Educação em Saúde e contribuir com a Vigilância Epidemiológica da cidade de Lages, SC.
- 7 Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o professor responsável pela pesquisa: Dr^a Marina Patrício de Arruda no telefone 99263460 ou a mestrandia responsável pela pesquisa Odila Maria Waldrich, no telefone 99960630, ou no endereço UNIPLAC: Avenida Castelo Branco, 170 –Lages SC - Telefone para contato: (49) 3251-1022. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
- 8 As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa buscando estas informações junto a Coordenação de Pós-graduação/UNIPLAC onde os mesmos estarão disponíveis.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Marina Patrício de Arruda- Endereço para contato: UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 –Lages SC - Telefone para contato: (49) 3251-1022

APÊNDICE

APÊNDICE 1 Quadros de operacionalização das categorias de pesquisa

Categoria	Conceito	Dimensões (idéias principais).	Indicadores (dados da prática)	Fonte
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	<p>Todos os processos educativos, assim como as técnicas educativas que são instrumentos de ensino aprendizagem, se baseiam em uma determinada concepção de <u>“como conseguir que as pessoas aprendam e modifique sua prática”</u>, para se ter melhor saúde.</p> <p>Os <u>profissionais de saúde despertaram interesses crescente pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde</u>, para além do estado físico, elegendo a qualidade de vida como um construtor que engloba estados subjetivos de satisfação das pessoas em seu viver diário. Esta atitude incorpora o <u>princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar</u>.</p>	<p>Como conseguir que as pessoas aprendam e modifique sua prática</p> <p>Profissionais de saúde despertaram interesses crescentes pela ampliação do foco dos resultados terapêuticos e de cuidados em saúde,</p> <p>Princípio da integralidade como uma dimensão do cuidar</p>	<p>Mudança no estilo de vida do portador</p> <p>Busca ativa, orientações em saúde, escuta sobre a saúde.</p> <p>Manejo ao estado biopsicossocial do portador.</p>	<p>BORDENA VE (1990),</p> <p>CAMILO, (1999).</p> <p>MORIN (2000).</p> <p>FREIRE (1981)</p>

MARCAS CORPORAIS	<p><u>Modificações corporais invasivas (as que mudam irreversivelmente o corpo)</u> relacionadas à estética, agregam em si o valor da contemporaneidade, da sociedade regida por padrões visuais. Já as tatuagens e os piercings seriam empréstimos de outras sociedades, sobretudo as tribais, mesmo sendo vistos hoje, na cultura moderna, como algo que agrega outra espécie de valores, que não os ritualísticos.</p> <p>De acordo com Kemp, o corpo seria um <u>produto social</u>, mas não um suporte para inscrição de valores. Seria, sim, uma condição para a existência da vida cultural. Sob essa concepção, surgiria outra maneira de <u>pensar o corpo: não a respeito dele, mas a partir dele.</u></p>	<p>Modificações corporais invasivas (as que mudam irreversivelmente o corpo)</p> <p>Corpo seria um produto social,</p> <p>Pensar o corpo: não a respeito dele, mas a partir dele.</p>	<p>Piercings, tatuagens, cirurgias plásticas.</p> <p>Estética, moda, gosto.</p> <p>A visão de cada um sobre auto compreensão do corpo.</p>	<p>KEMP (2005),</p> <p>MAUSS (1974)</p> <p>COSTA (2005)</p>
-------------------------	--	---	--	---

<p>HEPATITE C</p>	<p>A hepatite C uma <u>doença habitualmente silenciosa</u>, ou seja, não apresenta sintomas nem sinais específicos que leve o doente ou o médico a suspeitar de uma <u>infecção provocada pelo vírus da hepatite C</u>. Na maioria dos casos o conhecimento da infecção é obtido após a realização casual de análises de rotina que revelam alterações das enzimas em nível do fígado. Algumas vezes ocorrem <u>sintomas sugestivos de uma infecção gripal – cansaço, dores articulares, musculares cefaléia e febre</u> – e passam de forma despercebida sem deixar qualquer sinal da passagem do vírus pelo organismo, entretanto, nesta fase aguda da doença podem ser detectados anticorpos de hepatite C.</p> <p>A transmissão do vírus da hepatite C ocorre principalmente através de sangue contaminado.</p>	<p>Doença habitualmente silenciosa</p> <p>Infecção provocada pelo vírus da hepatite C.</p> <p>Sintomas sugestivos de uma infecção gripal – cansaço, dores articulares, musculares cefaléia e febre</p> <p>A transmissão do vírus da hepatite C ocorre principalmente através de sangue contaminado.</p>	<p>Muitas vezes assintomática</p> <p>Exames de rotina</p> <p>Investigação epidemiológica</p> <p>Marcas indicador</p>	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1986).</p> <p>VARALDO (2003)</p>
--------------------------	---	---	--	---

APÊNDICE 2

Universidade do Planalto Catarinense

Entrevista Semi-estruturada

Nome: _____

Profissão: _____

Idade _____

Escolaridade: _____

Sexo: _____

Bloco I: Sobre a doença

1. Você conhecia o vírus da Hepatite C antes de contraí-lo?

Sim; Tinha ouvido falar; Não. Não sabe responder.

2. O que você sabe sobre a doença Hepatite C?

3 Como vc se contaminou?

4. Há quanto tempo?

5. Quais as principais orientações recebidas dos profissionais da saúde para o trato dessa doença? (elencar por prioridade)

1. _____

2. _____

3. _____

6. Quais as dificuldades encontradas no controle da doença? (elencar por prioridade)

1. _____

2. _____

3. _____

Bloco II: Sobre as marcas corporais

1. Quando vc fez um dos procedimentos abaixo?

tatuagem; piercing; cirurgia plástica; outros qual?

Data: _____

2. Onde você realizou este procedimento?

especializado; farmácia; hospital; outro

3. O que significa o “corpo” para vc?

4. Que cuidados você tem com seu corpo?

5. Você sabe como se contrai o vírus da Hepatite C?

sim; não; já ouvi falar.

6. Você acredita que existe relação entre sua doença e esta marca corporal que vc possui?
Porque?

Bloco III: Sobre as ações educativas da enfermagem

1. O que é mais importante no cuidado do corpo:

- ir ao médico; participar de palestras ou discussões sobre o tema;
 buscar informações junto aos serviços de saúde; estar atento aos noticiários da imprensa. Outros:

2. Que orientações vc vem recebendo dos profissionais de saúde/enfermeiros? Numere por ordem de importância:

1. _____
2. _____
3. _____

3. O enfermeiro é um educador da saúde?

- sim; não; mais ou menos

Justifique? _____

APÊNDICE 3

CRONOGRAMA

Cronograma das atividades

<i>Atividade</i>	Mês	Ano
Revisão de literatura	Abril/junho	2010
Fichamento de artigos	Abril/Junho	2010
Elaboração do projeto	Abril/maio	2010
Envio ao CEP	junho	2010
Banca de qualificação	junho	2010
Coleta de dados	julho	2010
Análise de dados	agosto	2010
Redação final da dissertação	Janeiro/Fevereiro	2011
Defesa final de banca	Março	2011

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

<i>Quantidade</i>	Material	Preço unitário(R\$)	Total (R\$)
4	Resma de papel A4	15,00	60,00
2	Canetas	1,00	2,00
2	Blocos (diário do campo)	2,00	4,00
Total (R\$)			R\$

As despesas referentes à esta pesquisa foram de responsabilidade da mestranda.