



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - UEPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UFAM



**PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM E DE AUTOCUIDADO
PARA LEISHMANIOSE CUTÂNEA ENTRE RIBEIRINHOS, NOVA
OLINDA DO NORTE, AMAZONAS**

GISELE REIS DIAS

MANAUS – AM

2016

GISELE REIS DIAS

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM E DE AUTOUIDADO
PARA LEISHMANIOSE CUTÂNEA ENTRE RIBEIRINHOS, NOVA
OLINDA DO NORTE, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM associado a Universidade Estadual do Pará – UEPA, como requisito do título de Mestre em Enfermagem.
Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

MANAUS – AM

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

D541p Dias, Gisele Reis
Práticas de Cuidado de Enfermagem e Autocuidado para
Leishmaniose Cutânea entre Ribeirinhos, Nova Olinda do Norte,
Amazonas / Gisele Reis Dias. 2016
100 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Leishmaniose. 2. Ribeirinhos. 3. Cuidado. 4. Autocuidado. 5.
Enfermagem. I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

**PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM E DE AUTOCUIDADO
PARA LEISHMANIOSE CUTÂNEA ENTRE RIBEIRINHOS, NOVA
OLINDA DO NORTE, AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM associado a Universidade Estadual do Pará – UEPA, como requisito do título de Mestre em Enfermagem.
Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia.

Momous, em 25 de Novembro de 2016

BANCA EXAMINADORA



Dr. David Lopes Neto



Dra. Raquel Faria da Silva Lima



Dra. Leila Cristina Ferreira da Silva

DEDICATÓRIA

À Deus minha fonte de vida, sabedoria e fé.

Aos meus Pais Manoel de Figueiredo Dias e Gimol Reis Dias, meus melhores amigos, aqueles que me amam verdadeiramente e que estão comigo sob qualquer circunstância.

Pois assim diz o senhor: Honra teu pai e tua mãe, a fim de que tenhas vida longa na terra que o Senhor, o teu Deus, te dá. Êxodo: 20:12

Às minhas irmãs Gilce e Gilza, por todo amor e atenção que me ofertam.

Como é bom e agradável quando os irmãos convivem em união. Salmos 133:1

Ao meu esposo Daniel Maranhão, por abdicar dos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Assim, eles já não são dois, mas sim uma só carne. "Portanto o que Deus uniu ninguém separe". Mateus 19:6

Aos Ribeirinhos que enriqueceram o estudo com suas contribuições.

E não vos esqueçais da beneficência e comunicação, porque com tais sacrifícios Deus se agrada. Hebreus :13:16

AGRADECIMENTO

Minha gratidão a Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida, seja nas tribulações, desafios, esperanças, alegrias ou sonhos, pois aquele que crê nunca estará só.

À minha Família por ser minha fonte de inspiração, apoio, amor e respeito com o próximo. A vocês ofereço todos os méritos que eu possa almejar nesta vida.

As amigas Gilce Reis, Gilza Reis, Airiane Monteiro, Andriele Campos, Adima Nogueira, Lilian Rafaele, Lussandra Buzaglo, Judete Ferreira, Romilda Reis, Mirian Brasil, por me incentivarem durante esta trajetória.

Ao Sr. Manoel Dias e Airiane Monteiro por estarem ao meu lado em todas as idas e vindas a zona rural, sou eternamente grata.

Às colegas de mestrado que compartilharam comigo suas alegrias, angústias e conhecimento. Sinto-me feliz por ter sido presenteada com novas amizades: Katiuscia Azevedo, Eveline Menezes, Graciana Lopes, Ellen Rocha e Gisele Rocha.

Aos Senhores: Amadeu da Silva Olímpio, Anderson Paiva Lavareda, Pedro Costa, Waldson Leão, Marconde Rodrigues Pereira, Alexandre Matos, Claudomiro Guimarães Pereira por me conduzirem pelas Comunidades Rurais do Município, estes por vários momentos foram meu caminhar.

Ao amigo Miguel Pedro e Rafael Caçote por sua disponibilidade na manutenção técnica dos sistemas operacionais do meu ultrabook.

Ao Designer Pio Henrique da Frota, Camila Akimi e Anny Beatriz por compartilharem seu talento na elaboração e produção das imagens que deslumbram esta dissertação. Tais imagens tiveram como fonte de inspiração os registros fotográficos simbólicos do contexto ribeirinho rural articulado às histórias contadas em prosa pelos ribeirinhos no momento das entrevistas e a vivência de enfermagem da pesquisadora.

Aos alunos Ronaldo Barros, Andreza Cunha e Valérie Kischener pelas vezes que dividiram sua companhia comigo, enquanto construía o estudo.

Ao Exm^o. Prefeito Joseias Lopes da Silva e sua Esposa Edith Soares por me permitirem atuar no Município em que nasci razão que me despertou o interesse pelo estudo.

À Ex Secretária Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte - AM Andréia Ferreira, por todo incentivo, apoio e por compreender a relevância e contribuição do estudo para o município.

À Apoiadora técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Paloma Lemos que gentilmente me forneceu todos os subsídios necessários para a coleta de dados.

À todos os Docentes do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem da UFAM & UEPA.

Às Professoras que deram suas contribuições na qualificação de Mestrado: Professora Noeli Toledo e Mirian Rocha, obrigada.

À Doutorada em enfermagem Leila Cristina Ferreira da Silva, por mesmo distante ter me incentivado a ingressar no campo da pesquisa e pelo privilégio de tê-la como membro avaliador da banca de defesa do mestrado.

À Coordenação do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem representada no início do curso pela Professora Greice Backer, hoje pelo Professor David Lopes Neto e Professora Arinete Verás.

As Professoras e colegas da Escola de Enfermagem de Manaus: Carolina Scarpel Sineide Souza, Ilse Sodrê, Semirames Cartolino, Rizioléia Marina, Arinete Veras, Bárbara Castro e Camila Bezerra por serem compreensivas e respeitosas diante das necessidades do seu próximo. O meu mandamento é este: Amem-se uns aos outros como eu vos amei (João 15:12).

À Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) por me proporcionar a realização deste valioso ganho profissional.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Há os que lutam para aprender e reter conhecimentos, e os que aprendem e não medem esforços para ensinar.

Não se trata apenas de amar o que faz, mas ter o sagrado dom de amor ao próximo. Hoje e todos os dias é tempo de aprender, homenagear e agradecer a quem ensina (Cássio Magalhães).

Meus agradecimentos especiais ao meu orientador, Professor David Lopes Neto, por me conduzir com maestria, paciência e humildade, que Deus o abençoe em cada segundo de sua vida.

Posso até trocar minhas folhas, mas jamais arrancarei minhas raízes, a essência vale mais que a embalagem. Posso ir a vários caminhos, mas jamais me esquecerei de onde dei o primeiro passo, lá começa minha história. Posso ter várias escolhas, mas irei priorizar a vontade de Deus, pois é perfeita e agradável. Na vida aprendemos a viver e com Deus a crescer.

Yla Fernandes

RESUMO

DIAS, G.R. **Práticas de cuidado de enfermagem e de autocuidado para leishmaniose cutânea entre ribeirinhos de área rural de Nova Olinda do Norte no Amazonas**. 2016. 88fls. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em associação com a Universidade do Estado do Para (UEPA), 2016.

Compreender o autocuidado no processo saúde-doença é pensar as significações inerentes ao cuidar de si da promoção da saúde à prevenção de doenças, é identificar as diferentes relações de reconhecimento e representações do cuidar individualizado. Sob este olhar o estudo teve como objetivo - Analisar as práticas de cuidado de enfermagem e autocuidado para a leishmaniose cutânea entre ribeirinhos de Nova Olinda do Norte – AM, segundo os princípios da Teoria do Autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. O local de estudo foi o Município de Nova Olinda do Norte – AM situado a 126 km² da capital Manaus. Os participantes da pesquisa foram 11 (onze) ribeirinhos diagnosticados com Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte - AM e no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2012-2014. A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista semiestruturada, as quais foram realizadas face-a-face entre a pesquisadora e o ribeirinho selecionado para a pesquisa. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. Para o quesito Resultados e discussão emergiram duas categorias: 1. Práticas de Autocuidado de Ribeirinhos, apresentada pelas subcategorias: Olhar ribeirinho sobre a leishmaniose cutânea; Saberes e Práticas de cuidado e autocuidado do ser ribeirinho; Desvios de saúde no cotidiano do ribeirinho com leishmaniose cutânea. 2. Práticas de cuidado de enfermagem, analisado pelas subcategorias: Relações entre o cuidado ético-profissional e o déficit de autocuidado; Cuidados de enfermagem na LC e os sistemas de autocuidado. No que tange as conclusões do estudo: Os dados revelaram que a principal prática de autocuidado deste grupo está ancorada na utilização de recursos naturais para o tratamento da doença, o que nos remete a visível influência dos aspectos culturais, socioeconômicos, geográficos e de inacessibilidade ao serviço de saúde no cotidiano desta população. Quanto aos desvios de saúde e déficits de autocuidado os dados revelaram que a distância rural e os fatores financeiros são os principais fatores que colaboram para o diagnóstico tardio em ribeirinhos, seguidos da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a terapia medicamentosa. As iatrogênias também surgiram em nossos resultados como pontos negativos para a cura precoce da LC, bem como sentimentos de melancolia como: solidão e isolamento, pois interferem no autocuidado do ser ribeirinho. No que diz respeito às práticas de cuidado de enfermagem percebeu-se pouca participação dos profissionais nos cuidados dispensados a este grupo. Contudo acredita-se que esta demanda deva-se ao despreparo profissional para o manejo clínico e tratamento da doença e conseqüentemente as fragilidades existentes nos serviços de atenção primária.

Descritores: Leishmaniose. Ribeirinhos. Autocuidado. Enfermagem.

ABSTRAT

DIAS, G. R. **Practices nursing care and self-care for cutaneous leishmaniasis among riverside rural area of Nova Olinda do Norte Amazonas**. 2016. 88fls. Thesis (MS). Federal University of Amazonas (UFAM) in association with the State University of Para (UEPA), 2016.

Understand the self-care in health-disease process is to think of the inherent meanings to take care of themselves health promotion disease prevention is to identify the different relationships of recognition and representation of individualized care. In this look at the study aimed to understand To analyze nursing care and self - care practices for cutaneous leishmaniasis among of Nova Olinda do Norte - AM, according to the principles of Orem 's Self - Care Theory.. This is a qualitative descriptive study based on the theory of Dorothea Orem Self Care. The study site was the North Nova Olinda Municipality - AM situated 126 square kilometers of Manaus capital. The participants were eleven (11) bordering diagnosed with Cutaneous Leishmaniasis (ACL), according to the Municipal North Nova Olinda Health - AM and System Information for Notifiable Diseases (SINAN) in the period 2012-2014 . The technique used to obtain the data was the semi-structured interviews, which were carried out face-to-face between the researcher and the riverine selected for the research. Data were analyzed using content analysis in Bardin perspective. For the Results and Discussion Question two categories emerged: 1. Practice Self-Care Bordering presented by subcategories: Look riverine on cutaneous leishmaniasis; Knowledge and care practices and self-care be riverine; health deviations in riverine everyday with cutaneous leishmaniasis. 2. Practices nursing care, analyzed by subcategories: Relations between the ethical and professional care and the deficit of self-care; Nursing care in the LC and self-care systems. Regarding the conclusion of the study: The data showed us that the main practice of self-care in this group is anchored in the use of natural resources for the treatment of disease, which leads us to visible influence of cultural, socio-economic, geographic and inaccessibility to health care in daily life of this population. As for health deviations and self-care deficits data showed that rural distance and financial factors are the main factors that contribute to late diagnosis in riverine, followed by the difficulty of access to health services and drug therapy. Iatrogenies also emerged in our results as negative points for the early healing of LC, as well as feelings of melancholy as loneliness and isolation, they interfere in self-care is riverine. With regard to nursing care practices realized there was little participation of professionals in the care provided to this group. However it is believed that this demand should be professional unpreparedness for the clinical management and treatment of disease and consequently the existing weaknesses in primary care services.

Keywords: Leishmaniasis. Riverine. Self Care. Nursing.

RESUMEM

DIAS, G. R. **Prácticas de cuidado y autocuidado para la leishmaniasis cutánea entre zonas rurales ribereño Nova Olinda do Norte Amazonas**. 2016. 88 fls. Tesis (MS). Universidad Federal de Amazonas (UFAM) en asociación con la Universidad del Estado de Pará (UEPA), de 2016.

Comprender el autocuidado en proceso salud-enfermedad es pensar en los significados inherentes a cuidar de sí mismos prevención de enfermedades promoción de la salud consiste en identificar las diferentes relaciones de reconocimiento y representación de la atención individualizada. En este aspecto en el estudio tuvo como objetivo - Analizar las prácticas de enfermería y de cuidado personal de atención para la leishmaniasis cutánea entre reberenos Nova Olinda do Norte - AM, de acuerdo con los principios de la Teoría de Autocuidado de Orem.. Se trata de un estudio descriptivo cualitativo basado en la teoría de Dorothea Orem Auto Care. El sitio de estudio fue el Municipio del Norte Nova Olinda - estoy situado 126 kilómetros cuadrados de capital de Manaus. Los participantes fueron once (11) que limiten con un diagnóstico de Leishmaniasis Cutánea (ACL), de acuerdo con el Municipal Norte Nova Olinda Salud - AM y la información del sistema de enfermedades de declaración obligatoria (SINAN) en el periodo 2012-2014. La técnica utilizada para obtener los datos eran las entrevistas semiestructuradas, que se llevaron a cabo cara a cara entre el investigador y el fluvial seleccionado para la investigación. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido de Bardin perspectiva. Para los Resultados y Discusión Pregunta emergieron dos categorías: 1. Practicar cuidado de sí mismo que bordean presentados por subcategorías: Mira fluviales en la leishmaniasis cutánea; Conocimientos y prácticas de cuidado y autocuidado ser fluviales; desviaciones de salud en todos los días de ribera con leishmaniasis cutánea. 2. Prácticas de atención de enfermería, se analizan mediante subcategorías: Las relaciones entre el cuidado ético y profesional y el déficit de autocuidado; Cuidados de enfermería en los sistemas LC y de autocuidado. En cuanto a las conclusión del estudio: Los datos nos muestran que la práctica principal de autocuidado en este grupo está anclado en el uso de los recursos naturales para el tratamiento de la enfermedad, lo que nos lleva a una visible influencia de factores culturales, socio-económicos, geográficos y el inaccesibilidad a la asistencia sanitaria en la vida cotidiana de esta población. En cuanto a las desviaciones de salud y déficit de autocuidado datos mostraron que la distancia rural y los factores financieros son los principales factores que contribuyen a un diagnóstico tardío en las riberas, seguido por la dificultad de acceso a los servicios de salud y el tratamiento farmacológico. Iatrogenias también surgió en nuestros resultados como puntos negativos para la cicatrización temprana del LC, así como sentimientos de melancolía como soledad y aislamiento, que interfieren en el autocuidado es fluviales. Con respecto a las prácticas de atención de enfermería cuenta de que había poca participación de los profesionales de la atención prestada a este grupo. Sin embargo, se cree que esta demanda debe ser la falta de preparación profesional para el manejo clínico y el tratamiento de la enfermedad y en consecuencia las deficiencias existentes en los servicios de atención primaria .

Palabras Clave: Leishmaniasis. Ribereno. Auto Cuidado. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Ciclo biológico da leishmaniose.....	31
Figura 02 – Formas cutâneas de Leishmaniose Tegumentar Americana	31
Figura 03 – Teoria Geral de Enfermagem e teorias inter-relacionadas.....	34
Figura 04 – Sistemas de Autocuidado de Orem.....	35
Figura 05 – Localização do Município de Nova Olinda do Norte no Estado do Amazonas.....	38
Figura 06 – Fases da coleta de dados.....	42
Figura 07 – Atividade diária dos ribeirinhos	51
Figura 08 – Regiões onde se manifestaram as lesões corporais da LC.....	53
Figura 09 – Entrevistado com LC recidiva	53
Figura 10 – ESFR do Município de Nova Olinda do Norte – AM.....	66
Figura 11 – Visita Domiciliar do ACS em áreas ribeirinhas.....	67
Figura 12 – Relação enfermeiro portador de LC.....	72
Figura 13 – Cuidado de Enfermagem na ESFR para portadores de LC.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Estabelecimentos de Saúde.....	40
Quadro 02 – Categorias e Subcategorias do estudo.....	49
Quadro 03 – Regiões corporais acometidas pela LC.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos traços fluviais do município de Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.....	39
Tabela 02 – Distribuição dos casos de LTA segundo a faixa etária, Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.....	47
Tabela 03 – Distribuição dos casos de LTA por via de acesso fluvial à comunidade de residência, Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.....	48
Tabela 04 – Distribuição dos casos de LTA por ano de notificação do SINAM, Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EV – Endovenosa
ELISA – *Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay*
ESB – Estratégia de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESFR – Estratégia de Saúde da Família Rural
FVS – Fundação de Vigilância em Saúde
HIV – *Human Immunodeficiency Virus*
IM – Intramuscular
LC – Leishmaniose Cutânea
LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
LVA – Leishmaniose Visceral Americana
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
PACS – Programa do Agente Comunitário de Saúde
PCR – Reação em Cadeia Polimerase
PSF – Programa Saúde da Família
PSFR- Programa Saúde da Família Rural
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UH – Unidade Hospitalar
VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 Introdução.....	18
2 Objetivos.....	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos.....	24
3 Fundamentação Teórica.....	24
3.1 O ser ribeirinho.....	24
3.2 SUS e os Sistemas de Cuidado.....	26
3.3 Leishmaniose cutânea: Aspecto Histórico e Clínico.....	28
3.4 Cuidado, Autocuidado e Enfermagem.....	32
4 Material e Métodos	38
4.1 Tipo de Estudo.....	38
4.2 Local de Estudo.....	38
4.3 Participantes da Pesquisa.....	40
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	41
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	41
4.4 Instrumentos para a coleta de dados.....	42
4.5 Organização e análise dos dados.....	42
4.6 Aspectos éticos.....	44
4.7 Riscos e benefícios da pesquisa.....	44
4.7.1 Riscos.....	44
4.7.2 Benefícios	44
5 Resultados e Discussão	47
5.1 Categoria I: Práticas de Autocuidado de Ribeirinhos.....	49
5.1.1 O olhar Ribeirinho sobre a Leishmaniose Cutânea.....	49
5.1.2 Saberes e Prática de Autocuidado do Ser Ribeirinho.....	56
5.1.3 Desvios de Saúde no cotidiano do Ser ribeirinho com Leishmaniose Cutânea.....	63
5.2 Categoria II: Práticas de Enfermagem.....	70
5.2.1 Relações entre o Cuidado Ético-Profissional e o Déficit de Autocuidado.....	70
5.2.2 Cuidados de Enfermagem na LC e os Sistemas de Enfermagem.....	73

Conclusão.....	79
Referências	81
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados.....	89
Apêndice C – Solicitação de Autorização para realização do estudo.....	91
Anexo A – Termo de Anuência.....	92
Anexo B - Ficha de Notificação da LTA no SINAN.....	93
Anexo C – Proposta de Fluxograma de Assistência ao paciente com LTA.....	95
ANEXO D - Proposta de Fluxograma de Assistência ao paciente com LTA e LVA.....	96
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP.....	97

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

Compreender o autocuidado no processo saúde-doença é pensar as significações inerentes ao cuidar de si, da promoção da saúde à prevenção de doenças, é identificar as diferentes relações de reconhecimento e representações do cuidar individualizado, partindo da interpretação de que as concepções do cuidar envolvem a disposição e o interesse em assistir ou dedicar-se a algo, alguém ou a si próprio. Nesse sentido, o autocuidado possibilita à pessoa reintegrar e reestabelecer suas condições de saúde, retrabalhando a desarmonia, os desvios de saúde e a desintegração dos elementos constitutivos da sua qualidade de vida (SILVA et al., 2009).

O termo autocuidado foi inserido no campo da enfermagem por Dorothea Elisabeth Orem, em 1958, a qual possuía a formação em enfermagem desde 1930 e exerceu a profissão como enfermeira, educadora, bem como gestora no setor administrativo e de consultoria (SILVA; MURAI, 2012).

A concepção de autocuidado diz respeito a toda ação de satisfação, dedicação e compromisso pessoal atrelado à capacidade de identificar e executar comportamentos e atitudes em benefício próprio. É por meio do autocuidado que as pessoas exercem funções reguladoras do seu bem-estar e preservação da sua saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Meneguessi et al., (2012) enfatiza a importância da Teoria de Orem, citando seu uso em vários estudos nacionais e internacionais, uma vez que a teoria tem enfoque nos elementos provedores do autocuidado, representados tanto pelo indivíduo quanto pela família. Deste modo, a amplitude e aplicabilidade da teoria de Orem, além de facilitar os aspectos do cuidar, favorecem a qualidade de vida das pessoas diante dos agravos e impactos das doenças de caráter infeccioso, como é o caso das leishmanioses (SILVA; MURAI, 2012).

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma forma clínica de leishmaniose, afecção dermatológica e zootica, não contagiosa, provocada por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania*. Sua frequência é notória em populações de baixo poder aquisitivo e por isto está classificada entre as principais doenças negligenciadas (SOUSA; MARCHI; MELO, 2013; NASCIMENTO et al., 2011).

A magnitude da leishmaniose ocorre em todo o território brasileiro, especialmente, pela alta gravidade que pode provocar no ser humano, como: deformidades, complicações e, inclusive óbito. No campo da Epidemiologia, a afecção é considerada uma das seis mais importantes e recorrentes doenças infecciosas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (VIANA et al., 2012). As áreas geográficas de prevalência de LTA se concentram em regiões tropicais e subtropicais, como a África, Ásia, Europa e América, regiões que, constantemente, passam por mudanças climáticas e ambientais (FRANÇA et al., 2009; NAIFF JUNIOR et al., 2009).

Na América Latina, o Brasil desponta como o país com maior número de casos de LTA por apresentar heterogeneidade de hospedeiros, vetores e reservatórios, oriundos de fatores como: devastação de áreas florestais para exploração de minérios (garimpagem), expansão dos serviços agrícolas e processo de urbanização, o que provoca um duplo perfil epidemiológico da doença e uma complexidade em monitorar os meios de transmissão da doença (NASCIMENTO et al. 2011).

Moura (2013), classifica os perfis epidemiológicos da leishmaniose em três grupos: a) Silvestre: quando a transmissão da doença ocorre em ambientes com áreas de vegetação primária, onde o território apresenta características e biodiversidade biológicas naturais. b) Ocupacional e lazer: quando a transmissão da leishmaniose é resultante da exploração desordenada da floresta provocadas pelo homem. C) Rural e periurbana: quando a transmissão da doença é decorrente da adaptação do vetor ao peridomicílio.

No Estado do Amazonas, a frequência da LTA é observada, notadamente, nos municípios com projeções para assentamentos e com histórico de territorialização, uma vez que os agentes de transmissão da enfermidade ocorrem por meio da ação dos flebotomíneos e de animais silvestres, no momento em que o homem invade seu *habitat* (AMAZONAS, 2010).

Reverendo os fatores de risco para infecção da LTA, consideramos primordial abordar a doença em ribeirinhos, haja vista que são pessoas que vivem de recursos naturais resultantes da agricultura, agropecuária, artesanato e que, constantemente, adentram em áreas não povoadas pelo homem (AMAZONAS, 2010).

O interesse pela pesquisa surgiu durante a atuação da pesquisadora em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Município de Nova Olinda do Norte - AM, a qual, ao longo de sua prática profissional como enfermeira, teve a oportunidade de cuidar de diversos casos de leishmaniose cutânea e vivenciar a dificuldade de tratamento da

doença, seja pela deficiência dos profissionais de enfermagem no processo de cuidar, quanto pelo déficit de orientação para o autocuidado da pessoa com LTA.

Outra razão que motivou a realização do estudo foi a não permanência diária dos profissionais de enfermagem nas zonas rurais ribeirinhas, bem como o pouco conhecimento destes na conduta terapêutica frente aos casos de LTA.

Refletindo sobre este cenário, cabe destacar que grande parte das pessoas com LTA são tratadas medicamentosamente na sede do município, situação desfavorável para as pessoas residentes em área ribeirinha, considerando que o ribeirinho vivencia particularidades de acesso ao serviço de saúde e, por conseguinte, de restrição de serviços e de orientações de educação em saúde referentes à doença, motivos estes que suscitaram as seguintes perguntas de pesquisa:

1 – Quais as práticas de autocuidado de ribeirinhos acometidos por leishmaniose cutânea?

2 – Quais os desvios de saúde e de déficit de autocuidado de ribeirinhos acometidos por leishmaniose cutânea?

3 - Como os profissionais de enfermagem cuidam de pessoas com leishmaniose cutânea que residiam em área rural ribeirinha?

Deste modo, o estudo foi baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, escolhida por ser uma teoria que tem por princípio a capacidade inata das pessoas de seus direitos e responsabilidades de cuidar de si, o que norteará a compreensão dos aspectos que envolvem o autocuidado de ribeirinhos com leishmaniose cutânea.

A inserção do autocuidado para pessoas com doenças infecciosas e não contagiosas, residentes em áreas ribeirinhas, agirá como uma ação de dimensão sociocultural complementar ao doente, considerando que não há estudos no Amazonas que relacionam o cuidar de enfermagem com foco no autocuidado à leishmaniose cutânea.

Desta forma, abordar o cuidado de enfermagem e o autocuidado neste estudo se torna relevante para a pessoa e comunidades, pois tende a contribuir com a redução do número de doentes sequelados e do abandono terapêutico, bem como com orientações educativas que estimulem as pessoas na disseminação da promoção da saúde e prevenção da doença LTA.

O estudo tem como pretensões colaborar com a produção do conhecimento por meio de resultados sobre a importância da interação de ribeirinhos portadores da

LTA com profissionais de saúde, e em especial de enfermagem, na construção de modelos assistenciais interdisciplinares e holísticos, com ênfase no autocuidado, permitindo a inovação de práticas de cuidar (profissional) e autocuidar (pessoa) de forma que elas se integrem e se complementem por meio de um contrato terapêutico de múltiplos saberes.

Por fim, o empenho em compreender as práticas de autocuidado por ribeirinhos portadores da LTA enriquecerá o elenco de publicações científicas qualitativas acerca dos principais aspectos que envolvem a temática: enfermagem, autocuidado e leishmaniose cutânea.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar as práticas de cuidado de enfermagem e autocuidado para a leishmaniose cutânea entre ribeirinhos de Nova Olinda do Norte – AM, segundo os princípios da Teoria do Autocuidado de Orem.

2.2 ESPECÍFICOS

- Desvelar as práticas de autocuidado de pessoas residentes em área rural ribeirinha portadoras de leishmaniose cutânea.

- Categorizar os desvios de saúde e os déficits de autocuidado de pessoas diagnosticadas com leishmaniose cutânea, residentes em área rural ribeirinha.

- Interpretar as práticas de cuidado de enfermagem a pessoas acometidas por leishmaniose cutânea, residentes em área rural ribeirinha.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O SER RIBEIRINHO

O estado do Amazonas é caracterizado pelos seus rios, devido sua grandeza hidrográfica e geográfica, que servem de estradas e espaços para múltiplas experiências entre o ribeirinho os fatos espaciais, temporais e culturais que se manifestam e se reproduzem conforme o fenômeno da natureza (CRUZ, 2011).

O ecossistema da região amazônica é apresentado por terras inundáveis, várzeas, furos e igarapés, assim como pela terra firme representada pela floresta (baixa, alta e densa), cerrado e campos naturais (SILVA et al., 2010).

Para Monteiro (2014), o território amazonense é marcado por dois espaços culturais, o urbano e o rural. O urbano é representado pela relação dos homens com a evolução tecnológica, industrial e social, já o rural é expresso pela relação homem-natureza, com sua cultura e ribeirinhos.

O termo ribeirinho designa toda e qualquer pessoa que habita as margens dos rios, lagos e igarapé e que mantêm permanente relação com o ambiente (solo, água, floresta e animais existentes na região) (SANTANA, 2011).

O ser ribeirinho é fruto do processo de miscigenação marcado pelo período de colonização pombalina e de extração da borracha, momento no qual houve fortes migrações para a região amazônica, especialmente do estado do Nordeste que tem seu universo marcado pela seca. Deste modo, o caboclo amazonense, oriundo de migração ou não, traz consigo culturas e crenças indígenas, aspecto este se mantém até os dias atuais, especialmente, quanto à moradia e alimentação (MONTEIRO, 2014).

Nas descrições de Silva et al. (2013, p. 342), a vida dos ribeirinhos diferencia-se do caboclo de terra firme:

[...] os ribeirinhos vivem em sua maioria à beira dos rios, igarapés, igapós e lagos que compõem o vasto e complexo estuário amazônico. O dia a dia dos “Povos das Águas” está condicionado ao ciclo da natureza, pois o fenômeno da enchente e da vazante regula em grande parte o seu cotidiano, de tal modo que o mundo do trabalho e das relações obedece ao ciclo sazonal. A convivência nesse ecossistema define grande parte do modo de vida dessa população.

Sob um olhar socioambiental e cultural, o dia-a-dia do ribeirinho é construído às margens dos rios, independente da elevação ou recuo das águas, com permanente concentração de sua moradia nesse ambiente. No período das cheias, o ribeirinho ausenta-se de suas casas somente quando há invasão da água, no contrário, ele permanece em seu *habitat* e participa de todo o fenômeno imposto pela natureza (CARDOSO, 2014).

Nesse processo natural de enchente e vazante, observa-se, então, que o ribeirinho apresenta um modo de vida interligado com a natureza, abrigando-se entre a floresta e os rios, vivendo da agricultura e do extrativismo vegetal e animal, ao mesmo tempo em que se isola de outras populações e crescimento social (MONTEIRO, 2014).

Refletindo sobre esse contexto rural-ribeirinho, Monteiro (p.16) descreve que:

O modo de vida desses grupos está condicionado ao ciclo da natureza, pois o fenômeno da enchente e da vazante regula em grande parte o cotidiano ribeirinho, de tal modo que o mundo do trabalho obedece ao ciclo sazonal no desenvolver de suas atividades de extrativismo vegetal, agricultura, pesca e caça. Na época da enchente dos rios, por exemplo, a cultura da roça, o cultivo da agricultura para subsistência, bem como a pesca e a caça, ficam em grande parte comprometida [...] A forma de trabalho e a economia do ribeirinho são essencialmente extrativista e agrícola centrado na produção familiar de subsistência, não há uma preocupação efetiva com a produção de quantidades que excedam o necessário, mas eventualmente, o excedente da produção é comercializado, principalmente no período da seca. A vida cotidiana dos ribeirinhos é basicamente determinada pelas cheias e vazantes dos rios, pelo sol e pela chuva.

Para Silva et.al., (2013, p.03) “Tradicionalmente, as comunidades ribeirinhas são compostas de vários agrupamentos familiares, em casas de madeiras, adaptadas ao sistema de cheias e vazantes dos rios, dispersas ao longo de um percurso fluvial.” Por isso, devido as mudanças naturais que ocorrem no Amazonas, as populações ribeirinhas tendem a se isolar das sociedades urbanas, o que interfere nas melhorias de vida, e, principalmente, nos fatores econômicos, educacionais e de saúde.

Santana (2011), destaca que embora a região amazônica seja rica em produtos naturais, as populações ribeirinhas clamam por olhares políticos e econômicos que promovam melhores condições de vida e de saúde.

No que tange as condições de saúde dos ribeirinhos, vale destacar que é evidente as desigualdades nos recursos e nas práticas de saúde decorrentes do déficit

de profissionais e de serviços de saúde em todos os níveis de assistência em áreas ribeirinhas (SILVA et al., 2013).

3.2 O SUS E OS SISTEMAS DE CUIDADO

Conforme Mendes (2010), os sistemas de saúde correspondem a reivindicações sociais da população a partir das necessidades identificadas. No cenário brasileiro estas reivindicações baseiam-se nos aspectos demográficos e epidemiológicos advindos do sistema de saúde.

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos maiores movimentos sociais de nosso país, o qual fortaleceu a política e a responsabilidade do Estado com a população brasileira (SOUZA; COSTA, 2010).

Mundialmente, o SUS é considerado um dos maiores projetos de saúde já elaborados, sua ideia principal concentra-se na garantia assistencial de saúde de forma igualitária, integral e gratuita a todos os indivíduos, sem distinção de cor, raça ou condições financeiras. Por conseguinte, a instituição do SUS é um processo que não iniciou em 1988, mas ao longo dos anos, é uma política pública em permanente construção desde o período militar, o que significa que sua conclusão até hoje galga os resultados esperados (CORDEIRO; SANTOS; CARNEIRO NETO, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultante da reforma sanitária no Brasil, é a formalização da saúde como direito humano para a população brasileira. O SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços no país (SILVA; BRITO DA SILVA; LOPES; FERREIRA DA SILVA, 2010, p.1-2)

Com o estabelecimento do SUS, os serviços de saúde passaram a oferecer facilidades de acessos à população, uma vez que sua criação dispõe de princípios como: Universalidade, Integralidade e Equidade (MONTEIRO, 2014).

Deste modo, é válido ressaltar que as bases do SUS consistem em ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde (Lei n.8080/90), contudo devido às características e peculiaridades do território brasileiro, o SUS não consegue efetivar 100% de suas ações. Os principais fatores que colaboram para esta realidade

indicam as questões sociais, econômicas e políticas, as quais colaboram para as inúmeras desigualdades (SOUZA; COSTA, 2010).

Refletindo sobre o exposto Chaves et al., (2009) afirmam que nem todas as comunidades às margens dos rios amazônicos possuem serviços (estabelecimentos assistenciais de saúde) e recursos humanos de saúde (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), tanto que, na maioria dos casos, a assistência de saúde é ofertada por municípios vizinhos e de acordo com a localidade, por equipes multidisciplinares de saúde em regime temporário de atendimento programado.

Perante este aspecto, Lopes et al., (2013, p. 1153) mencionam que:

O ser humano [...] na tentativa de eliminar os males físicos ou psicológicos. As diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto sociocultural, que caracteriza cada momento histórico vivido. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade social podem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença. Nesse sentido, refletir sobre o sistema de atenção em saúde como um sistema cultural, ajuda a compreender os múltiplos caminhos percorridos pela população para o alcance da cura ou do alívio de seus problemas de saúde.

Nos relatos de Piriz et al., (2013) e Lopes et al., (20013) os sistemas de cuidado à saúde se apresentam como:

Sistema Profissional: O sistema profissional caracteriza-se pelo englobamento de todas as profissões, os quais se baseiam no modelo biomédico e que possuem práticas de cura legalmente reconhecida.

Sistema *Folk*: Este sistema é identificado pela manipulação de plantas medicinais, exercícios e xamanismo, bem como por profissionais que exercem a atividade de cura, porém, não possuem reconhecimento legal.

Sistema Popular: Neste sistema, as pessoas adotam senso comum entre as práticas religiosas e de suporte emocional. Este sistema é marcado por personagens dos círculos familiares e de amizades.

O sistema de cuidado familiar, composto por conhecimento leigo, referente aos saberes e práticas cotidianas que estão relacionadas ao fenômeno

saúde-doença e, ainda, neste contexto são adotados os primeiros cuidados com a saúde e a doença. Destaca-se, também nesse sistema familiar, que diferentes indivíduos e grupos sociais constroem concepções de tratamento e cura. Esses assimilam, avaliam, julgam os conhecimentos e práticas provenientes dos outros sistemas. A doença e as recuperações com a saúde são universais, presentes em todas as sociedades. No entanto, cada grupo organiza-se coletivamente, por meios materiais, pensamentos e elementos culturais, para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências ou episódios de doença, sejam eles individuais ou coletivos (LOPES et al., 2013).

Nesse contexto multissistêmico, os sistemas agem como uma complementação para o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca estabelecer diretrizes que aproximem os saberes populares ao saber biomédico, bem como compreender as concepções e atitudes de grupos diversos acerca do processo saúde/doença e, a partir disto, formular e articular políticas voltadas à realidade diária do homem (PIRIZ et al., 2013).

3.3 LEISHMANIOSE CUTÂNEA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CLÍNICOS

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é doença polimorfa da pele e/ou mucosas. As lesões decorrentes da LTA, podem ser de origem ulceradas, nodulares, únicas ou múltiplas, causada por protozoários do gênero *leishmania*. Várias são as denominações sugeridas para a LTA, contudo as mais populares são de úlcera de Bauru, nariz de tapir, botão do Oriente (VIANA et al., 2012).

Historicamente, a leishmaniose cutânea surgiu em indivíduos, em meados de 1909, conforme descrições da Sociedade Brasileira de Infectologia. A cidade de sua primeira identificação no Brasil foi São Paulo, sendo diagnosticada entre trabalhadores de uma rodovia (SILVA et al., 2014).

A confirmação no Brasil de formas leishmânicas em úlceras cutâneas e nas obucofaríngeas ocorreram no ano de 1909 por Lindenberg, ao encontrar o parasito em indivíduos que trabalhavam em áreas de desmatamentos na construção de rodovias no interior de São Paulo (Vale e Furtado 2005). A forma mucosa da doença foi diagnosticada por Splendore em 1911 (Apud Ministério da Saúde 2010). Mesmo sendo registrada a ocorrência da doença no país há mais de 100 anos, os dados estimados de incidência da LTA no Brasil não são fidedignos (NOBRES, 2013 p.298)

O primeiro caso de LTA registrado no Amazonas foi identificado no município de Benjamin Constant, em um paciente soro positivo para leishmaniose mucocutânea (NAIFF JÚNIOR et al., 2009).

A leishmaniose é uma doença endêmica em mais de 98 países do mundo, com uma estimativa de 350.000.000 de pessoas em risco de infecção. A doença é prevalente em áreas dos trópicos, subtropicais e sul da Europa, onde mais de 21 espécies de parasitas *Leishmania* e mais de 30 vetores mantêm transmissão (WHO, 2014).

Nas regiões das Américas, são reconhecidas 11 espécies dermatópicas de *Leishmania* causadoras de doença humana e oito espécies descritas, somente em animais. No entanto, no Brasil já foram identificadas sete espécies, sendo seis do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania*. As três principais espécies são: *L. (V.) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis* e *L. (L.) amazonensis* e, mais recentemente, as espécies *L. (V.) lainsoni*, *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) lindenberg* e *L. (V.) shawi* foram identificadas em estados das regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2007).

Clinicamente a LTA apresenta-se sob duas formas: Cutânea e mucosa. A forma cutânea, considerada do tipo benigna, disseminada e a de maior frequência, pois tem características e evoluções para a cura natural. Já a forma mucosa é a lesão decorrente das manifestações cutâneas, as quais possuem grande potencial para sequelas e deformidades no tecido (CECICHEL, 2009). Sousa; Marchi; Melo (2013) relatam que o período de incubação da leishmaniose compreende de 07 a 30 dias, já a forma cutânea chega a aparecer até 02 anos após a infecção.

O agente etiológico da TLA é um protozoário, do reino protista, sub-reino protozoa, filo Sarcocystophora, sub-filo Mastigophora, classe Zoomastigophorea, ordem Kinetoplastida, família Trypanosomatidae e gênero *Leishmania*. Parasito intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear, com duas formas principais: uma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo vetor, e outra aflagelada ou amastigota, observada nos tecidos dos hospedeiros vertebrados (BRASIL, 2007).

Os vetores que ocasionam a LTA são denominados flebotomíneos, pertencentes à Ordem Díptera, Família *Psychodidae*, Subfamília *Phlebotominae*, Gênero *Lutzomyia*, e que recebem várias denominações como: Mosquito palha, escangalho, asa branca, birigui, bererê, muruntinga, asa dura, orelha de veado,

tatuquira e cangalha (BRASIL, 2010). Nos relatos de Pereira (2009), o inseto vetor, apresenta cor castanho claro e as vezes palha, olhos grandes, mede em torno de 1,5 a 3,0 mm, em situações de repouso quando suas asas estão abertas e levantadas é de fácil identificação (PEREIRA, 2009).

Os vetores da leishmaniose nas Américas são os do gênero *Lutzomy sp*, conhecido popularmente como mosquito palha, o qual se apresenta em mais de 350 espécies. Na região Amazônica, existem pelo menos, 200 espécies, facilmente encontrados entre solo e fauna, como por exemplo: cavernas, rochas, folhas, raízes e tocas de animais, os quais denominamos de criadouros (FRANÇA et al., 2009).

Em relação aos reservatórios, citam-se a preguiça, roedores, marsupiais, tamanduá e outros, tidos como reservatórios silvestres. Já entre os reservatórios domésticos, destacamos os canídeos, felídeos e equídeos. Dessa forma, a relação reservatório e parasito, eventualmente, ocorre conforme a inserção das espécies com o meio ambiente (BRASIL, 2010).

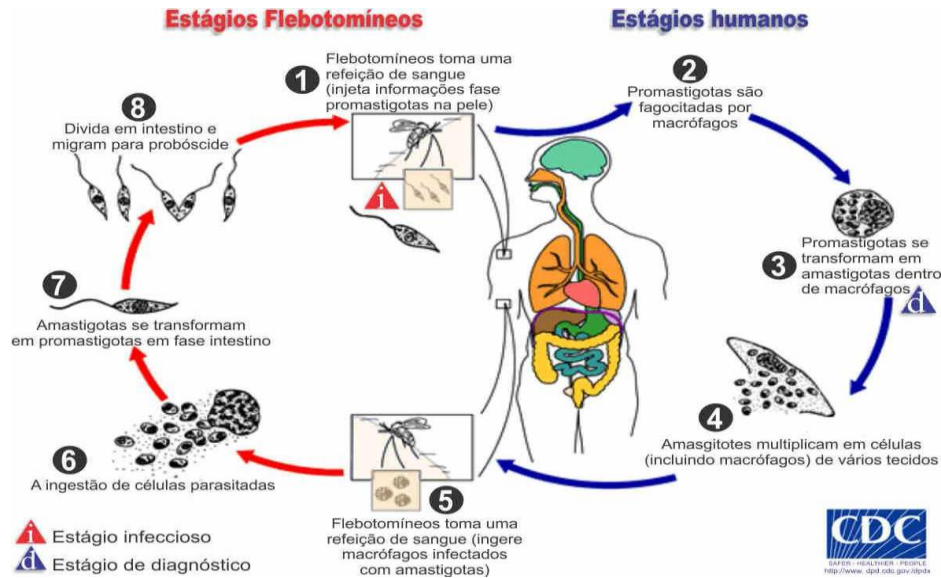
Quanto ao hospedeiro, considera-se o homem como hospedeiro ocidental, embora ele desenvolva a afecção, não possui vínculos para a manutenção dos parasitas. Sua relação com a doença ocorre por conta de diversos fatores, como: falta de saneamento básico, baixas condições econômicas, criação de animais no domicílio e construção de residência próxima a florestas ou áreas localizadas em zonas rurais (SOUSA; MARCHI; MELO, 2013).

Os meios de transmissão da doença iniciam com a picada da espécie *Lutzomya*, infectado no hospedeiro que pode ser o homem ou o animal. Portanto consideram-se áreas endêmicas para manifestação da doença regiões onde existe predisponência do flebotomíneos (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al. 2010).

O ciclo biológico da leishmaniose no homem e nos hospedeiros, como o cachorro, que constituem os reservatórios silvestres ou domésticos das leishmanias, há multiplicação dos macrófagos localizados na pele ou em mucosas por divisão binária, determinando a morte da célula hospedeira. No ciclo do vetor, o flebótomo pica um indivíduo infectado ou um hospedeiro reservatório aspira macrófagos parasitados ou amastigotas livres no sangue ou mesmo em tecidos. As amastigotas, ao atingirem o intestino médio do inseto, se transformam em promastigotas. Estas formas flagelas, após rápida multiplicação, se convertem nos promastigotas infectantes e migratórios. Do intestino anterior são regurgitadas ou introduzidas na

pele do próximo hospedeiro quando o inseto toma uma nova refeição de sangue (Figura 01) (BRASIL, 2007).

Figura. 01: Ciclo biológico da leishmaniose



Fonte: CDC

Quanto as manifestações clínicas (Figura 2), para Sousa; Marchi; Melo (2013, p.13-14):

[...] LTA cutânea apresenta-se por uma pápula eritematosa, podendo ser única ou múltipla, normalmente localizada em região exposta do tegumento, que evolui para úlcera com bordas elevadas, apresenta contornos regulares e um fundo com granulações grosseiras, podendo ser recobertas ou não por exsudato sero-purulento. A forma da LTA cutaneomucosa caracteriza-se por lesões mucosas agressivas que atingem as regiões nasofaríngeas e resulta de extensão direta ou de metástase hematogênica de lesão cutânea primária, tendo como principal agente etiológico a *L.(Viannia) braziliensis*.

Figura 2. Formas cutâneas de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA





Fonte: Brasil, 2007.

Para identificação da leishmaniose cutânea, utilizam-se como diagnóstico o meio clínico e laboratorial, baseados nos critérios de vigilância epidemiológica. Corresponde ao diagnóstico laboratorial a biópsia da lesão, a intradermorreação à leishmanina (reação de Montenegro), o exame histopatológico da lesão tegumentar, as técnicas imunohistoquímicas, PCR (21/31), a imunofluorescência indireta ou ELISA (*Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay*), bem como os testes por meio de moléculas (NAIFF JUNIOR, et. al., 2009).

Ressalta-se que os métodos de diagnóstico da leishmaniose cutânea consistem não apenas em confirmar a doença, mas em buscar subsídios para identificar a espécie e elaborar estratégias de combater a doença. A terapia indicada para o tratamento da leishmaniose (p.273) é o “Antimoniato de N-metil-glucamina, apresentação: 1ml = 81mg Sb+5, 10 a 20mg/Sb+5/kg/dia, recomendando 15mg/Sb+5/kg/dia, IV lento ou IM, por 20 dias consecutivos”, exceto para grávidas e pacientes com HIV (BRASIL, 2010).

3.5 CUIDADO, AUTOCUIDADO E A ENFERMAGEM

O cuidar individual ou coletivo, em todos os níveis e organizações de saúde, envolvem uma diversidade de profissionais, contudo, os enfermeiros são os profissionais que realizam cuidados diretos e indiretos à manutenção a vida, desde a promoção, prevenção e recuperação à saúde (CASTANHARO; WOLFF, 2014).

Bezerra et al, (2012, p. 62) fortalecem este pensamento sobre a relação cuidado e autocuidado, descrevendo que a “Enfermagem é regida por elementos que compreendem uma ampla estrutura teórica e técnica que a qualificam como ciência do cuidar baseada em ações que promovam saúde holisticamente ao cliente, à família e à comunidade.”

O conceito de autocuidado, na Enfermagem, foi sistematizado por Dorothea Orem, conforme seu significado:

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado. A capacidade de autocuidado não é em si mesma um meio para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas antes uma potencialidade para a atividade de autocuidado como parte integrante do ser humano (QUEIRÓS et al., 2014, p.159).

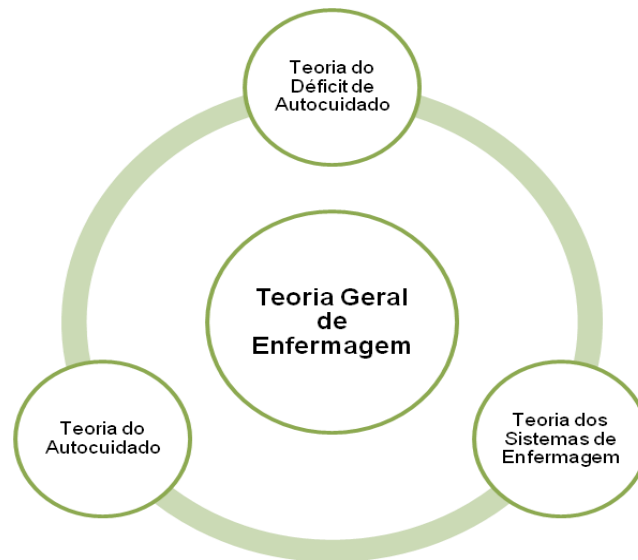
Perante esta assertiva, Piriz et al., (2015) reforça o significado de autocuidado mencionando que esta ação se refere à capacidade que uma pessoa tem de tornar-se protagonista de suas funções básicas diárias, as quais envolvem: condições de saúde e doença, idade, sexo, nível escolar, convívio familiar, experiências de vida e orientações socioculturais.

Para Queirós; Vidinha; Almeida Filho (2014), as teorias de enfermagem têm estado presentes no meio científico, uma vez que estas colaboram para o ascender da profissão. Nas definições de Vitor; Lopes; Araújo (2010), as teorias científicas são instrumentos sistematizados que servem para explicar, refletir ou representar um acontecimento. Nesse sentido, as teorias são meios de convergir e interpretar hipóteses e percepções.

A teoria do autocuidado se atrela às atividades de compreensão entre as limitações e condições das pessoas em desempenharem atividades básicas e diárias “embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar” (QUEIROS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014 p.159).

Nesta perspectiva, cabe descrever que a Teoria do Autocuidado compõe a Teoria Geral de Enfermagem, composta por duas outras teorias inter-relacionadas (Figura 3).

Figura 3. Teoria Geral de Enfermagem e teorias inter-relacionadas



Fonte: Adaptado de Bezerra et al (2012).

Incorporados a teoria geral de Orem, essas três teorias, são preconizados seis conceitos centrais: autocuidado; ação do auto cuidado; déficit de autocuidado; demanda terapêutica de autocuidado; serviço de enfermagem e sistema de enfermagem (CASTANHARO; WOLFF, 2012). São requisitos de Autocuidado, conforme Orem (2001):

Requisito Universal: São requisitos presentes em todas as fases da vida humana, o qual ajustasse conforme a idade, nível de desenvolvimento, habitat e aos demais aspectos envolvidos aos ciclos vitais, como os fatores condicionantes. A base deste requisito consiste em manter a integralidade e funcionalidade do organismo humano.

Requisito Desenvolvimental: Está atrelado ao crescimento e desenvolvimento humano, bem como aos processos resultantes das diferentes fases da vida. Este requisito elucida as práticas que possibilitam prevenir condições desfavoráveis ao desenvolvimento saudável em algum momento da vida.

Requisito de Desvio de Saúde: Está associado aos distúrbios genéticos e constitucionais e seus efeitos, por conseguinte, as medidas de diagnóstico, tratamento e redução dos efeitos da doença, assim como nas incapacidades e defeitos provocados por lesões.

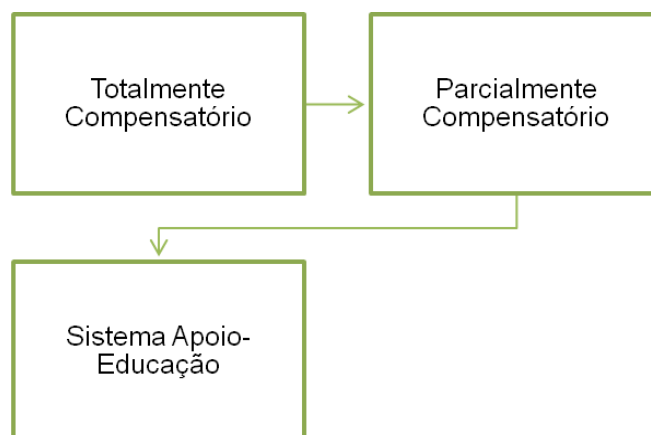
Andrade (2012), afirma que a Teoria do *Déficit* de Autocuidado objetiva ajudar indivíduos a cuidarem de si e de seus dependentes, quando apresentam de risco de saúde. Nessa vertente a enfermagem por ser considerada a essência do cuidado também surge quando o indivíduo não demonstra habilidade ou interesse em promover esse cuidado.

A ideia central da Teoria do Déficit de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde, pelo que estas limitações deixam-nas completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprias ou dos seus dependentes. Esta noção constitui a essência da teoria geral do déficit de autocuidado, uma vez que determina a necessidade da intervenção de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. O déficit de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (QUEIROS et al., 2015, p.160).

A Teoria de *Déficit* de Autocuidado identifica cinco métodos de ajuda: "Agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; e ensinar ao outro" (SILVA; MURAI. 2012, p. 59).

O sistema de enfermagem é caracterizado como um plano de intervenção, elaborado pelo profissional para estimular a habilidade do autocuidado entre pacientes (BARROSO et al., 2012). Para contribuir com as necessidades e deficiências de uma pessoa à prática do autocuidado, Orem descreveu os seguintes sistemas (Figura 4) (SILVA; MURAI, 2012):

Figura 4. Sistemas de Autocuidado de Orem



Fonte: Adaptado de Bezerra et al (2012)

- Sistema Totalmente Compensatório: Caracterizado pela ação de cuidados do enfermeiro ao indivíduo que não apresenta condições de desenvolver nenhum tipo de autocuidado.

- Sistema Parcialmente Compensatório: É a somatória de cuidados aplicados pelo enfermeiro e pelo cliente, para a melhoria a melhoria da qualidade de vida e efetividade do autocuidado do indivíduo.

- Sistema de Enfermagem Apoio-Educação: consiste nas ações de estímulo do enfermeiro ao indivíduo que apresenta possibilidades de aprender e executar o autocuidado.

MATERIAL E MÉTODOS



4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

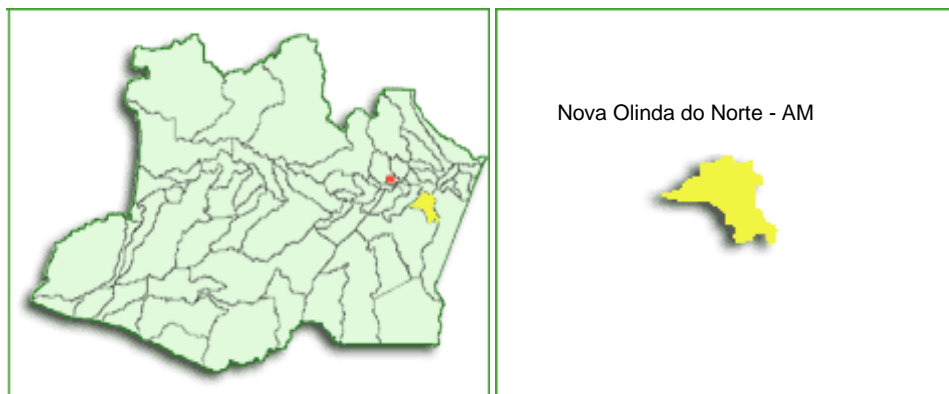
Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2001). A pesquisa qualitativa segundo Creswell (2010, p. 43) é “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. Por meio da pesquisa qualitativa é possível analisar textos, imagens e expor achados pessoais de uma realidade.

Fortalecendo esta ideia Marconi; Lakatos (2010) descrevem que a abordagem qualitativa baseia-se na interpretação e busca de significados profundos e complexos do contexto humano.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Nova Olinda do Norte - AM (Figura 5), situado a 126 km² da capital Manaus. O município possui uma área de 5.608,548 km² e área urbana 2,10 km², faz limites com os municípios de Borba, Autazes, Maués e Itacoatiara e apresenta uma estimativa de 34.498 habitantes (AMAZONAS, 2012).

Figura 5. Localização do Município de Nova Olinda do Norte no Estado do Amazonas



Fonte: Adaptado de Amazonas, 2012.

Atualmente, o Município de Nova Olinda do Norte – AM conta com um total de 86 (oitenta e seis) comunidades ribeirinhas, distribuídas conforme os traços fluviais abaixo:

Tabela 01: Distribuição dos traços fluviais do Município Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.

Rio de acesso	Quantidade de Comunidades
Rio Abacaxi	06
Rio Arari	03
Rio Curupira	26
Rio Madeira	12
Rio Paracuni	03
Rio Urariá	32
Paraná do Canumã	04
Total	86

Fonte: Semsua Nova Olinda, 2015.

As Comunidades Ribeirinhas são interligadas ao meio urbano pelas seguintes vias terrestre de acesso:

- Estrada do Curupira a 23 km.
- Estrada do Fontenele a 09 Km.
- Estrada do Urucaçanga a 3 Km.
- Assentamento Paquequer a 20 km.

O Município de Nova Olinda do Norte – AM possui suas atividades econômicas divididas por três setores (AMAZONAS, 2012):

Primário: Caracteriza-se pela agricultura, pecuária, pesca, avicultura, extrativismo vegetal e mineral.

Secundário: Marcado por indústrias de olarias, serrarias e de móveis.

Terciário: Configurado pelos comércios e estabelecimentos presentes no município.

No que diz respeito, ao quantitativo de estabelecimento de saúde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016) o Município de Nova Olinda do Norte – AM apresenta os seguintes tipos de Unidades (Quadro: 1):

Quadro 1: Estabelecimentos de Saúde

Quant	Tipo de Estabelecimento	Zona de Localização
01	Unidade Hospitalar (UH)	Urbana
01	Fundação de Vigilância em Saúde (FVS)	Urbana
01	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Urbana
06	Programa de Saúde da Família	Urbana
08	Estratégia de Saúde Bucal (ESB)	Urbana (05) e Rural (03)
01	Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)	Rural
05	Programa de Saúde da Família Rural (PSFR)	Rural
02	Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)	Urbano (1) e Rural (01)

Fonte: CNES, 2016.

Sob esse olhar, o interesse pelo estudo no Município de Nova Olinda do Norte – AM e com as populações ribeirinhas emergiu-se pela viabilidade de acesso e naturalização da pesquisadora com campo de pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para a amostra inicial do estudo utilizamos um total de 10 (dez) pessoas diagnosticadas com Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte - AM e do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (ANEXO B) no período de 2012-2014, contudo durante a realização da décima entrevista identificou-se um caso de Leishmaniose Cutânea já relacionada nas Fichas de Notificação do SINAN do triênio estudado, a qual foi incluída na amostra, totalizando 11 participantes.

Optou-se pelo triênio 2012-2014 por considerar os registros presentes na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte - AM, disponíveis para a identificação dos sujeitos e seus respectivos endereços de residência.

4.3.1 Critérios de Inclusão:

- Ter residência fixa nas comunidades selecionadas para o estudo há, antes do diagnóstico da doença;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter diagnóstico de leishmaniose cutânea, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte e SINAN;
- Possuir condições físicas e psicológicas para participar do estudo.

4.3.2 Critérios de Exclusão:

- Estar ausente do domicílio no momento da visita domiciliar para a coleta de dados;
- Ter mudado de residência.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumento

O estudo foi realizado por meio da técnica de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas face-a-face entre a pesquisadora e o comunitário selecionado para a pesquisa.

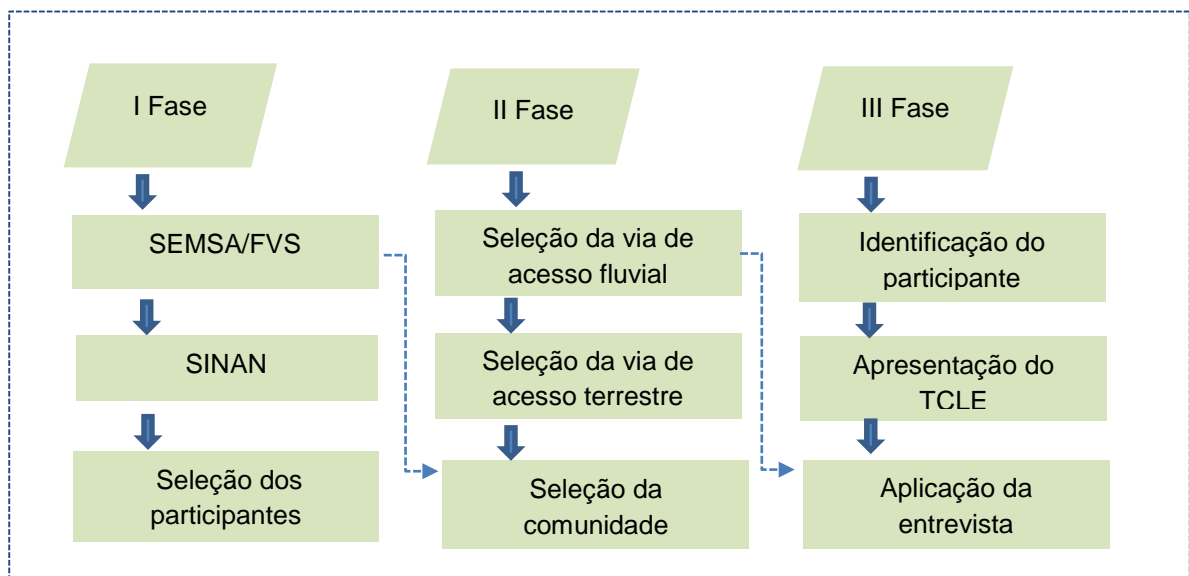
As entrevistas tiveram duração média de uma (01) hora, sendo conduzida por meio de um instrumento do tipo roteiro de entrevista (Apêndice B) com um item relacionando à caracterização clínica, espacial e sociodemográfica dos participantes e outro com três perguntas abertas relacionadas ao cuidado de enfermagem e autocuidado de ribeirinhos com leishmaniose cutânea conduzidas por sub-perguntas que foram gravadas com um aparelho gravador digital e transcritas na íntegra para um editor de texto. A coleta de dados deu-se nos meses de janeiro a abril de 2016.

4.4. 2 Procedimento

Por se tratar de um quantitativo expressivo de comunidades no Município de Nova Olinda do Norte -AM, a realização da coleta de dados foi indicada através da Ficha de Notificação da LTA, registrada na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde e no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do período de 2012 a 2014, o qual guiou a pesquisadora até as residências dos usuários selecionados, uma vez que os casos de leishmaniose cutânea não se concentravam em uma única área ou comunidade.

Deste modo, o procedimento para a coleta de dados foi realizado conforme o fluxo metodológico, abaixo (Figura: 06):

Figura.06: Fases da coleta de dados



Fonte: Autoria Própria

Os dados acessados pelo SINAM e obtidos pelo roteiro de entrevista foram catalogados e posteriormente submetidos a um banco de dados para categorização clínica, espacial e sociodemográfica do participante.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização e análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2011) que consiste em buscar o significado ou

sentido de um documento ou dados qualitativos através de um conjunto de técnicas. Para o estudo, optou-se pela técnica de análise temática.

Foram aplicadas as fases do método análise de conteúdo, em três polos cronológicos (BARDIN, 2011):

- *Pré-análise*: Etapa de construção de indicadores que facilitarão a interpretação. Foi a fase realizada de leituras para sistematização das ideias traçadas no decorrer do referencial teórico. A fase de pré-análise seguiu os seguintes passos: Leitura flutuante: Momento em que a pesquisadora estabelecerá contato com as fontes a serem analisadas; escolha dos documentos: demarcação do *corpus* (entrevistas) que serão submetido à análise; formulação das hipóteses e objetivos: fundamentada a partir da leitura das fontes e; elaboração de indicadores: fase de compreensão do significado do material coletado.

- *Exploração do material*: Etapa de definição de categorias (sistemas de codificação) e da identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Assim, nesta fase, foram realizadas as codificações, classificações, agregações em formato de categorias temáticas que simbolizarão os textos das entrevistas (*corpus*) e desenvolvidos os recortes baseados em regras textuais que permitirão identificar as representações e atributos dos dados. As unidades de registro foram tomadas por parágrafos de cada entrevista, assim os parágrafos foram organizados conforme os respectivos relatos. Os recortes das entrevistas foram apresentados por palavras, frases e parágrafos e intermediados pela inferência para identificar o significado das falas dos entrevistados e as mensagens sobrepostas durante a compreensão das fontes.

- *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação*: Nessa fase houve a condensação e o destaque das informações para análise interpretativa e inferencial, com disposição das categorias e subcategorias temáticas em quadro-síntese.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Amazonas, de acordo com os preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o CAAE: 51297815.8.0000.5020.

Para aceitação dos participantes no estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, no qual, o participante permitiu ou não a execução da entrevista. Os dados coletados estão sob posse dos pesquisadores e mantidos em sigilo e confidencialidade, arquivados de forma virtual e impressa.

Deste modo, para cada participante do estudo, foi indicado um pseudônimo de nome de pássaro da Amazônia buscando preservar sua identidade. Assim, reafirmamos que os dados coletados foram utilizados somente para a proposta da pesquisa.

No que diz respeito à instituição vinculada à proposta de pesquisa, foi solicitado do gestor municipal da Secretaria de Saúde do município de Nova Olinda do Norte – AM, um termo de anuência com a finalidade executarmos a coleta dos dados.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

4.7.1 Riscos

O estudo não apresentou riscos de constrangimento, nervosismo e emoções para o entrevistado, mesmo sendo previsto, caso ocorresse o entrevistador interromperia a entrevista a cada ocorrência e solicitaria apoio à equipe de saúde mais próxima.

4.7.2 Benefícios

O estudo possibilitou enriquecer o conhecimento científico no que diz respeito a ações realizadas por ribeirinhos diante do diagnóstico da leishmaniose cutânea, bem como identificar suas condutas voltadas ao autocuidado diante da enfermidade,

subsidiando assim novas estratégias de cuidados para residentes às margens dos rios do Município de Nova Olinda do Norte - AM.

Para os enfermeiros que atuam em áreas rurais, o estudo subsidia na sistematização da assistência de enfermagem, contribuindo com informações desde a consulta de enfermagem até o planejamento de assistência de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para se obter o total da amostra estipulada para o estudo, inicialmente foram acessados as fichas de Notificação da Leishmaniose Tegumentar Americana sob a forma cutânea entre ribeirinhos registrada na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do período de 2012 a 2014. Deste total 11 (onze) foram o número de participantes inseridos neste estudo.

A razão de exclusão dos demais portadores de leishmaniose para o estudo obedeceu os critérios de inclusão e especialmente os registros de nome e endereços incompatíveis identificados no decorrer da coleta de dados.

Entre os participantes do estudo todos eram do sexo masculino, apresentavam faixa etária entre 20 a 60 anos de idade (Tabela: 02)

Tabela 02: Distribuição dos casos de LTA segundo a faixa etária, Nova Olinda do Norte – AM, 2012 a 2014.

Faixa Etária	N
20 - 29	05
30 - 39	03
40 - 49	01
50 ou +	02
Total	11

Fonte: Resultado da Pesquisa

Quanto ao estado civil, 06 referiam condição de solteiro, 01 casado e 04 em união estável. Em relação ao local de residência dos participantes a tabela 02, apresenta a distribuição por via de acesso.

Tabela 03: Distribuição dos casos de LTA por via de acesso fluvial à Comunidade de Residência, Nova Olinda do Norte – AM 2012 a 2014.

Localização da Comunidade	n
Rio Abacaxi	04
Rio Curupira	04
Rio Madeira	01
Rio Urariá	02
Total	11

Fonte: Resultado da Pesquisa

Sobre o tempo de moradia na comunidade ribeirinha, 02 participantes relataram residir no local há mais de 10 (dez) anos, 07 há mais de 20 anos e 02 há mais de 30 anos.

Quanto ao ano de notificação da leishmaniose cutânea nos participantes a distribuição dos casos apresentou-se conforme tabela 03:

Tabela:04 - Distribuição dos casos de LTA por ano de Notificação do SINAN, Nova Olinda do Norte – AM, 2012 à 2014.

Ano de notificação	n
2012	05
2013	01
2014	05
Total	11

Fonte: Resultado da Pesquisa

A reflexão dos resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas, na busca da compreensão das práticas de cuidado de enfermagem e autocuidado dos ribeirinhos portadores de LTA estudadas, a partir do conhecimento apoiado nos

princípios da teoria de Orem, permitiu construir as seguintes categorias e subcategorias de análise temática.

O quadro 02, apresenta as categorias e subcategorias construídas pelas reflexões:

Quadro. 02: Categorias e subcategorias do estudo

Categorias	Subcategorias
Práticas de Autocuidado de Ribeirinhos	O olhar ribeirinho sobre a leishmaniose cutânea.
	Saberes e práticas de cuidado e autocuidado do ser ribeirinho.
	Desvios de saúde no cotidiano do ribeirinho com leishmaniose cutânea.
Práticas de Cuidado de Enfermagem	O olhar ribeirinho sobre a leishmaniose cutânea.
	Saberes e práticas de cuidado e autocuidado do ser ribeirinho.

Fonte: Resultados do estudo

Deste modo, para compreender o processo de autocuidado de ribeirinhos à luz da teoria de Orem, privilegamos iniciar os resultados desvelando as Práticas de Autocuidado de Ribeirinho com leishmaniose cutânea a partir do conhecimento dos participantes quanto ao local, agente causador, sinais, sintomas e características da doença.

5.1 Categoria I: Práticas de Autocuidado de Ribeirinho

5.1.1 Subcategoria I: O olhar Ribeirinho sobre a Leishmaniose Cutânea

Considerada uma doença negligenciada, a leishmaniose compromete principalmente, populações com baixas condições financeiras e em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, é válido mencionar que outros fatores associados aos riscos de infecção da doença estão relacionados às condições geográficas, ecológicas e a baixa cobertura dos serviços de saúde nos territórios (NEGRÃO; FERREIRA, 2014).

Nessa perspectiva, consideramos abordar a LTA em ribeirinhos, por considerá-los como populações que possuem um modo de vida singular e de profunda relação com a natureza. Silva; Muniz (2009) descrevem que o risco de desenvolvimento da doença no ser humano é conseqüente, a sua permanente ou eventual presença na mata, bem como moradia nas extremidades ou áreas dentro de floresta, o que acarreta, acidentalmente, ao homem o ciclo silvestre de manutenção da doença.

Nesse sentido, é válido mencionar que as expressões dos ribeirinhos quanto ao local de contágio da leishmaniose cutânea apresentaram-se em concordância com os autores supracitados:

“Eu peguei a doença na própria comunidade, quando eu estava caçando.” (Cardeal, 20 anos).

“Eu estava no mato [...]” (Papagaio, 23 anos).

“Eu tinha ido caçar com um colega [...]” (Araponga, 39 anos).

“Agente caça de dia, de noite, talvez por uma dessas na roça [...]” (Canidé, 59 anos).

A partir das falas foi possível compreender que o acesso do homem amazônico e particularmente do ribeirinho é frequente nos territórios florestais, por considerar que suas fontes de renda e sobrevivência dependem do meio ambiente, uma vez que as atividades diárias deste grupo direcionam-se às práticas de caça, pesca e plantio, o que remete seu contato com a natureza e com a exposição do ciclo silvestre da leishmaniose.

Considerando o cenário e o cotidiano ribeirinho rural amazônico, reproduzimos a realidade dessa população por meio de ilustrações que retratam o modo de vida, hábitos, costumes e a relação deste grupo populacional com a natureza e, conseqüentemente, com os vetores (*flebotomíneos*) causadores da doença leishmaniose cutânea (Figura:07).

A arte em pintura se consolidou pelo desenhar de traços simplificados e das formas rústicas de representação social dos ribeirinhos. A beleza e o retratar da doença e sua relação com o ambiente, exteriorizado a principal atividade sobrevivência como a caça.

Figura.07: Atividade diária dos ribeirinhos



Fonte: Andrade (2016)

Em relação ao agente transmissor da leishmaniose, alguns participantes demonstraram ter conhecimento do agente, conforme as afirmações de Alecrim et al., (2014) a leishmaniose é transmitida por vetores (*flebotomíneos*) que popularmente recebem várias denominações, entre as mais conhecidas estão: Meruin, birigui, tatuquira e mosquito palha. No território da região Norte do Rio Amazonas o tipo mais frequente é o *Lutzomyia umbratilis*, devido às mudanças climáticas.

Com respostas baseadas no conhecimento empírico e no linguajar popular das falas dos ribeirinhos aproximaram-se das definições acima:

“[...] um carapanã me picou na mão [...].” (Papagaio, 23 anos).

“[...] um mosquitinho que fica de asa aberta, a gente chama de tatuquira, foi aquilo que fiquei cismado [...].” (Gavião, 26 anos).

“[...] nós fomos pescar lá, ai pra lá que ela me ferrou a carapanã [...].” (Uirapuru, 47 anos).

Em contrapartida, notou-se que outros participantes desconheciam o agente transmissor da doença, segundo as falas:

“[...] foi um bicho que me ferrou, uma formiguinha [...].” (Cardeal, 20 anos).

“[...] fui picado por uma formiga amarela [...].” (Sabiá, 28 anos).

“[...] eu senti que a formiga tinha me ferrado.” (Mutum, 31 anos).

Quanto as lesões provocadas pela leishmaniose cutânea, Brasil (2007) relata que são lesões indolores e que acometem regiões onde ocorre exposição frequente da pele. Ponderando esta afirmação relacionamos as regiões corporais em que a LC se manifestou nos participantes (Quadro 03):

Quadro 03: Regiões corporais acometidas pela LC nos participantes

Nº	Pseudônimo	Região Corporal
01	Canidé	Dorso da mão
02	Tucano	Região anterior ao tórax
03	Jaçanã	Tórax
04	Gavião	Braço
05	Uirapuru	Braço
06	Mutum	Pé
07	Papagaio	Dorso da Mão
08	Arara	Joelho e parte anterior da coxa
09	Araponga	Joelho e coxa
10	Cardeal	Pernas D e E
11	Sabiá	Braço

Fonte: Resultados o estudo

Murback et al., (2011) cita em seu estudo que as regiões corporais mais acometidas pelas lesões provocadas pela leishmaniose cutânea os membros inferiores, seguido de face e membros superiores. O qual não se distancia das regiões indicadas pelos ribeirinhos do Município de Nova Olinda do Norte – AM, pois a regiões de maior ocorrência da doença, foram os braços, mãos, pernas e joelhos que

provavelmente são as áreas mais expostas nas atividades diárias desta população (Figura:08).

Figura 08: Regiões corporais onde se manifestaram as lesões da LC



Fonte: Resultados do Estudo

Entre os 11 participantes do estudo observou-se que 10 apresentavam a lesão totalmente cicatrizada, e 1, estava com a lesão em processo de cicatrização há mais ou menos seis meses, pois havia contraído novamente a infecção e coincidentemente nas mesmas regiões corporais anteriores (Figura:09). Estes fatos nos evidenciam que os serviços de saúde ainda constituem fragilidades para enfrentar a magnitude da doença.

Figura 09: Entrevistado com LC recidiva



Fonte: Resultados da Pesquisa

Para Cechinel (2009) a reincidência da LC apresenta um baixo número de casos, porém quando identificada as lesões, estas tornam-se incuráveis, pois surgem as ulcerações com presença de focos satélites, devido aos agentes amastigotas na cicatriz. Entre os fatores relacionados com a recidiva citam-se o abandono do tratamento e a falha terapêutica o que raramente acontece. Nos casos em que ocorre as falhas nas terapias, os parasitos tornam-se resistentes, seja pela baixa dosagem medicamentosa ou pela sensibilidade da espécie ao tratamento.

Quanto a abordagem sobre os primeiros sinais e sintomas percebidos pelo ribeirinho na LC as falas dos participantes foram predominantes ao relatarem que a doença iniciou com prurido e eritema:

“[...] ela começou a coçar e achei que era uma ferida assim normal e comecei a arranhar [...] Onde teve a ferida ficou avermelhado [...]” (Canidé, 20 anos).

“[...] começou a coçar [...] logo criou uma bolhazinha, depois que ela espocou começou a crescer [...]” (Jaçanã, 22 anos).

“[...] Começou a dar aquela coceira [...]” (Papagaio, 23 anos).

“[...] senti uma bolhazinha [...] coçava, coçava.” (Araponga, 39 anos).

“[...] ficou vermelho primeiro, depois foi ferindo.” (Urirapuru, 47 anos).

Embora as lesões provocadas pela leishmaniose cutânea (LC) apresentem-se indolores, a sensação de dor local pode ser um sintoma associado às lesões devido aos riscos de infecção bacteriana, bem como a produção de exsudato seropurulento (BRASIL, 2007).

Os participantes do estudo expressaram-se claramente referindo dor no local lesionado, conforme falas:

“ [...] não conseguia mais andar direito porque doía.” (Arara, 33 anos).

Nessa perspectiva, observamos as divergências entre as produções científicas do Ministério da Saúde com os relatos, contudo devemos considerar que embora a lesão provocada pela LTA, seja indolor, as referências do sintoma podem estar

associadas às terapias adotadas e a desproteção da área corpórea onde houve afecção e manifestação da doença.

A evolução da leishmaniose cutânea é caracterizada como uma alteração dermatológica de grande significância para a sociedade científica, não apenas por sua frequência, mas pelo difícil acesso terapêuticos, o que viabiliza casos crônicos, sequelas e mutilações corporais. A lesão provocada pela LC inicia-se com mudanças na coloração e textura dermatológica local, dando origem a discretas pápulas que se transformam em úlceras indolores de apresentação única ou múltiplas. No desenvolvimento das úlceras, as lesões formam bordas elevadas e granuladas, podendo manifestar-se como placas verrugosas, nodulares, localizadas ou difusas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2015).

Os resultados mostraram que os participantes do estudo reconheciam de maneira empírica, as características da lesão provocada pela leishmaniose cutânea, como indica a fala dos entrevistados:

“[...] ela era profunda, era como se fosse pra dentro.” (Jaçanã, 22 anos).

“[...] a ferida era profunda com secreção, tipo água, não era secreção amarela, não tinha casca, era úmida tipo sangramento [...].” (Papagaio, 23 anos).

“[...] a ferida foi crescendo rápido e adormecendo [...] ficava querendo inflamar no meio [...] ficava meio avermelhada, tinha secreção igual de ferida comum, ela também tinha bordas.” (Araponga, 39 anos).

“[...] profunda, tinha secreção, chegando muitas vezes a sangrar [...].” (Sabiá, 28 anos).

“[...] a ferida [...] cresceu pra dentro assim, tem umas que crescem na superfície, a minha atingiu o osso, o osso não o nervo do braço.” (Gavião, 26 anos).

“[...] ela era assim uma ferida gorda [...] tinha secreção [...].” (Mutum, 31 anos).

Considerando o contexto de transmissibilidade da LTA e suas características clínicas, considerou-se identificar os saberes e práticas de autocuidado do ser ribeirinho, ponderando os cuidados que ele utilizou quando a lesão apareceu, fez-se

uso de algum remédio caseiro, ou tratamento medicamentoso, qual o serviço de saúde que ele buscou quando percebeu que estava com a lesão, o tempo gasto de acesso ao serviço, bem como os cuidados adotados após a cura da lesão e as medidas para prevenir a doença.

5.1.2 Saberes e Práticas de Autocuidado do ser Ribeirinho

A construção do conhecimento é enriquecida por vários saberes, entre estes saberes mencionamos o saber ribeirinho, pois é considerado um conhecimento de origem humilde e que se constitui através das experiências diárias as margens dos rios, lagos, igarapés, cheias, vazantes, bem como de dois pontos representativos, um marcado pelo conhecimento familiar, repassado de geração a geração, e o outro vinculado a relação do homem com a natureza (SOUZA, 2013).

Para Mendonça et. al., (2007) o conhecimento ribeirinho é reconhecido como saber tradicional ou popular, aquele que foi transmitido por falas, gestos corporais, símbolos, práticas, mitos e que representa o entendimento regional ligado à cultura e ao manejo de recursos naturais.

Alonso (2011) ressalta que as comunidades tradicionais conservam os ensinamentos adquiridos por seus antecedentes, assim, além das populações ribeirinhas outros grupos estão inseridos nesse contexto como: Indígenas, quilombolas, sitiante, caiçaras, pescadores artesanais, extrativistas e roceiros. No que tange aos saberes relativos ao uso dos recursos naturais para o controle e tratamento das enfermidades, Souza (2013) cita o uso frequente de plantas naturais, óleos e vegetais.

Partindo das contextualizações do saber, buscamos relacionar as práticas de autocuidado de ribeirinhos com leishmaniose cutânea no cenário do Município de Nova Olinda do Norte – AM, por considerar o autocuidado Segundo Orem (2001) como uma ação pessoal ou orientada desenvolvida por um indivíduo para manter seu equilíbrio físico, psicológico, social e subsequentemente suas condições de saúde. Deste modo, compreende-se que o autocuidado é um dos elementos essenciais do cuidar, pois tem como propósito a empregabilidade de preservar, assistir, conservar ou tratar algo.

Trazendo para a realidade das práticas de autocuidado de pessoas residentes em áreas rurais ribeirinhas que contraíram a leishmaniose cutânea, foi possível observar a prática e utilização de remédios caseiros como autocuidado conforme relatos:

“Eu usei remédio caseiro, foi parece a casca do jabuti ralado.”
(Cardeal, 22 anos).

“[...] Usava remédio assim como casca travosa em cima, passava casca de jabuti ralado, queimava e torrava, depois passava em cima [...].” (Papagaio, 23 anos).

“ [...] Tomei remédio assim de plantazinha, folha cheirosa.”
(Araponga, 39 anos).

“Limpava várias vezes com água de casca travosa, também usei casca de limão e pimenta malagueta amassada [...].” (Sabiá, 28 anos).

“[...] ralava casca de taperebá e colocava em cima, [...] colocava copaíba, também me ensinaram a colocar casco de jabuti queimado, fui pegar e botei.” (Gavião, 26 anos).

“ [...] usei remédio caseiro, era erva de passarinho, botava o pó e casca de jabuti ralado.” (Canidé, 59 anos).

“[...] passava bem em cima, era a andiroba, só.” (Uirapuru, 47 anos).

“[...] esses negócios de sucuriju, [...] e copaíba esquentada com sebo.” (Mutum, 31 anos).

“[...] casca travosa pra lavar assim e talco botava.” (Tucano, 59 anos).

A utilização dos recursos naturais são atividades milenares conforme Alonso (2011), seu uso ultrapassa gerações e sociedades, sendo que na contemporaneidade sua adoção ainda se mostra evidente em diversas civilizações, principalmente pelo manuseamento das plantas para tratamento e alívio de doenças.

Araújo et al., (2014), menciona em seu estudo que a cura feita por plantas medicinais tem maior efetividade em populações de baixa renda e países em desenvolvimento, sendo evidenciado em torno de 88%, haja vista que entre estas

populações, ocorre a inacessibilidade de medicamentos industriais e que muitas vezes a única forma terapêutica para doenças são as plantas medicinais.

Buscando conhecer o efeito do uso de plantas e animais em doenças que comprometem o tecido dermatológico, trazemos evidências científicas como o uso da gordura de sucuriçu. Silva (2008), descreve que a gordura da sucuriçu é indicada para problemas respiratórios, circulatórios, musculoesqueléticos como: Distensões musculares, rompimentos de estruturas ósseas, bem como no tratamento da leishmaniose cutânea, pois suas reações são antibióticas.

Outra espécie investigada com evidência científica, foi o uso de substâncias provenientes dos quelônios, por considerar os relatos dos entrevistados quanto ao uso da casca do jabuti ralado nas lesões provocadas pela LC. No estudo de Silva (2008) sobre animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro – AM, os quelônios da águas tartaruga, irapuça, cabeçudo, iaça e mata-mata) e da terra (Jabuti, perema e upé) também estão inclusos entre as terapias medicinais. Todos de forma individual possuem sua indicação e efeitos por exemplo: A carapaça do jabuti é um tratamento influente para picada de serpentes, por sua vez a gordura da tartaruga tem efeito relevante como protetor solar e hidratante dermatológico (SILVA, 2008).

Todavia, não existem associações do uso da casca do jabuti para a leishmaniose cutânea, podemos então considerar que sua utilização possui fins científicos para o tratamento e cura de condições que comprometem a pele.

Sobre as espécies vegetais em processos de cicatrização do tecido cutâneo, o estudo de Montes et al., (2009), cita as espécies popularmente conhecidas como: camomila, calêndula, banana de macaco, aroreira, graviola, arnica, dedinho de moça, transagem, pinhão roxo, babaçu, maracujá, babosa, flor de sangue, erva macaé, rosa branca, confrei e bálsamo alemão.

Outra substância, citada pelos ribeirinhos portadores de LC foi o óleo de copaíba. O óleo de copaíba, conforme o estudo de Pereira (2009), tem larga utilização entre as pessoas, pois apresenta efeito anti-inflamatório. Na leishmaniose, segundo um ensaio laboratorial feito por ele em diferentes espécies de copaíba, constatou-se que a substância é capaz de inibir o desenvolvimento da doenças, mas do tipo amazonenses, pois combate as formas amastigotas e promastigotas.

Através dessa abordagem, foi possível perceber que entre os entrevistados a primeira atividade de autocuidado era baseada por terapêuticas naturais, sendo que

apenas dois dos participantes mencionaram não ter feito uso de nenhum tratamento a não ser o indicado para a doença. Portanto, acredita-se que a frequência do uso de terapias medicinais seja, realizado pela acessibilidade e custo benefício do ribeirinho.

A respeito dos resultados da utilização dos remédios caseiros pelos ribeirinhos para a LC, os relatos demonstraram os seguintes depoimentos:

“[...] meu Deus, ai que ficou pior, fiquei desesperado [...].”
(Gavião, 26 anos).

“Na verdade tudo o que eu passava não melhorava, só piorava.”
(Papagaio, 23 anos).

“O que eu usei não resolveu, apenas medicação própria [...].”
(Canidé, 59 anos).

“[...] não sarava, só aumentava [...].” (Urirapuru, 47 anos).

“Fiz uns curativos que me ensinaram com folha do mato e ai nada [...].” (Mutum, 31 anos).

“Pessoas que já tiveram me ensinavam que era bom, mas pra mim não deu certo pra mim [...].” (Canidé, 59 anos).

Em um destes casos é válido ressaltar que devido ao excesso de uso de recursos naturais na lesão e o prolongado tempo para procura pelo serviço de saúde, não foi possível confirmar laboratorialmente a LC, inclusive nos estabelecimentos de referência do Estado.

Levando em consideração que o autocuidado à luz da Teoria de Orem relaciona a participação da família nos cuidados do indivíduo, e tornou-se relevante trazer para esta discussão que as práticas realizadas com recursos naturais utilizadas no tratamento da LC eram geradas pelo próprio círculo familiar, conforme expressões a baixo:

“[...] usei a critério da minha família, me ensinavam remédios, falavam que era bom, eles não sabiam que era leishmaniose [...].” (Papagaio, 23 anos).

“[...] quando lavava com casca travosa tinha a ajuda da minha mãe [...].” (Sabiá, 28 anos).

“[...] *meu tio gosta de cuidar, colocou remédio, não funcionou [...].*” (Gavião, 26 anos).

“[...] *minha irmã dizia rapaz bota tal remédio.*” (Mutum, 31 anos).

“[...] *mamãe mandava eu fazer, só a mamãe mesmo.*” (Tucano, 59 anos).

No processo de autocuidado segundo Orem (2001), os familiares são elementos fundamentais para o cuidado, pois eles auxiliam na realização das atividades do cuidar e contribuem para a redução dos níveis emocionais e abandonos terapêuticos.

Indo para outras práticas de autocuidado desenvolvidas pelos participantes do estudo além do saber cultural, mencionamos a automedicação, uma atividade apontada como segunda escolha do cuidar da LC por ribeirinhos:

“[...] *usei pomada comprada na farmácia [...] tomava o anti-inflamatório, a ampicilina, a terramicina, tomava, mas não resolveu, tomava por conta própria.*” (Papagaio, 23 anos)

“*Passei umas pomadas em cima... e Tomei aquela bicha Tetraciclina (Tomei umas três vezes e só) [...] (Uma caixinha daquela) e passei em cima também.*” (Araponga, 39 anos)

“[.] *tomei bezetacil, benzatina de 1.200.*” (Gavião, 26 anos)

Por meio dos relatos, percebeu-se que tanto a adoção das terapias complementares quanto da automedicação ocorria após os primeiros sintomas da doença, quando os participantes desconheciam a infecção pela LC. A adoção dessas alternativas segundo as descrições dos próprios ribeirinhos também não geravam nenhum efeito positivo na lesão.

Retornando para as reflexões do autocuidado, Orem (2001) descreve que são requisitos essenciais para o autocuidado o requisito Universal, de desenvolvimento e de alterações de saúde, os quais iremos mencionar no decorrer das categorias deste estudo.

Em si tratando dos requisitos universais, listamos oito apontamentos internos e externos de autocuidado no ser humano, que visa manter e promover condições favoráveis de saúde como: água, ar, eliminações, repouso, atividade, socialização,

solidão/isolamento, prevenção de risco e promoção das atividades diárias do homem (OREM, 2001).

Diante desta abordagem, buscamos identificar a partir dos relatos dos entrevistados os cuidados de saúde dispensados por eles na LC a partir dos requisitos do Autocuidado proposto por Orem.

Entre estes requisitos, relacionamos três itens que se mostraram relevantes entre os resultados do estudo. O primeiro deles foi o requisito de socialização, seguido da solidão/isolamento e por último a prevenção de risco.

As referências de socialização durante as entrevistas surgiram em dois depoimentos, contudo considerou-se relevante destacar que o aparecimento da doença remete algumas barreiras para a socialização do indivíduo, pois dependendo do local onde se apresentará a lesão o indivíduo necessitará de repouso e apresentará limitações para realizar suas atividades diárias, o que se remeteu aos participantes um déficit de socialização.

Corroborando com este pensamento, os participantes mencionaram que:

“[...] eu não queria sair de casa, pois me sentia triste.” (Araponga, 39 anos).

“[...] chegou um dia que já não tinha mais condições, eu ficava com vergonha que meu amigo saia pra trabalhar e eu ficava em casa.” (Gavião, 26 anos).

Nota-se que o aparecimento da lesão também pode ocasionar aos ribeirinhos interferências quanto a um dos requisitos do autocuidado como a solidão/isolamento, os quais podemos observar claramente pelas falas a seguir:

“Eu me sentia que nem um animal, pois precisei me separar da família, não queria sair de casa, pois me sentia triste.” (Araponga, 39 anos).

“Me sentia isolado, somos isolados, não temos um acs nosso aqui, no caso de uma doença não temos a quem comunicar.” (Gavião, 26 anos).

A evidência de solidão/isolamento desfavorece vários aspectos do autocuidado de pessoas acometidas pela LC, pois eles influenciam negativamente na recuperação

e cura do doente, além de causar conflitos sociais que comprometem o cotidiano diário do próprio indivíduo.

Outro aspecto relevante entre os desvios de saúde foram os depoimentos de melancolia provocados pela LC, como citam os participantes:

“[...] Eu me sentia meio com vergonha, as pessoas me olhavam diferente, fiquei com medo de não sarar.” (Cardeal, 20 anos).

“Me sentia um pouco triste, muito triste porque não sabia o que era, as pessoas me olhavam quando eu vinha em Nova Olinda porque viam um pano amarrado na mão, as pessoas que me conheciam perguntava o que era aquilo? Na escola também perguntavam, ficava falando umas coisas e me deixavam triste, envergonhado, era o que eu sentia.” (Papagaio, 23 anos).

“[...] tive um pouco de medo por conta da ferida” (Jacanã, 22 anos).

A partir destas falas, conseguimos identificar o efeito devastador da doença, uma vez que, segundo Negrão (2013) e Amazonas (2010) os quadros clínicos provocados pela LC podem se tornar desfigurantes despertando ao infectado sentimentos diversos, os quais refletem diretamente em seu contexto psicológico, social, financeiro e certamente interferir no processo de autocuidado.

Compreendemos que as expressões de melancolia são sentimentos que causam reações de isolamento/solidão, já evidenciados anteriormente, os quais podem acarretar prejuízos à qualidade de vida e as condições de saúde do ser ribeirinho com LC.

No que diz respeito à prevenção de risco para a LC os depoimentos revelaram as seguintes ações de autocuidado:

“ Eu me prevenia, quando saia por ai vestia roupa.” (Jacanã, 22 anos).

“Às vezes as pessoas vão pra mata de camiseta, bermuda, um calção, e ai o bicho pica e causa a doença e ai eu procurei evitar a não andar mais assim, com o medo me picar e ficar de novo com essa doença.” (Papagaio, 23 anos).

“Eu me previno com mosquiteiro, fiquei com pânico, assustado, nosso mosquiteiro é grande, temos até de reserva pra visita [...] caço agora todo engandolado, de capuz de cordinha tenho medo de contrair a doença.” (Gavião, 26 anos).

“Agora eu já uso camisa de manga comprida, repelente.” (Uirapuru, 47 anos).

“Assim uso manga comprida, botas, quando a gente anda no meio do mato se forra.” (Mutum, 31 anos).

Aproximando a realidade do ribeirinho com as medidas preventivas indicadas por Brasil (2007), podemos considerar que algumas atividades realizadas por este público correspondem às ações de prevenção da doença como: Uso de repelentes, proteção corporal através de vestimentas e uso de mosquiteiros.

Partindo desta compreensão e baseando-se nos requisitos do autocuidado de Orem, consideramos iniciar nossa segunda categoria abordando as alterações de saúde, para categorizar os desvios de saúde de pessoas diagnosticadas com leishmaniose cutânea, residentes em área rural ribeirinha.

5.1.3 Desvios de Saúde no cotidiano do Ribeirinho com Leishmaniose cutânea

Haja vista o requisito denominado desvios de saúde será enfatizado nesta categoria, pois segundo Orem (2001) é um requisito que não compõem apenas os fatos patológicos no homem, mas toda a funcionalidade integral de seu organismo.

Meneguessi et al., (2012) por sua vez, relata que os requisitos de autocuidado por desvio de saúde, são recorrentes principalmente no percurso de alguma enfermidade, pois durante a doença são exigidas ações de autocuidado que visem regular e manter o equilíbrio estrutural e fisiológico do ser humano. Os requisitos de desvio de saúde se fazem presentes nas desordens patológicas, pois dentro dessa contextualização surgem as limitações, incapacidades, a submissão aos diagnósticos e tratamentos médicos, bem como a visível necessidade do cuidado para pessoas doentes ou lesionadas.

Consideramos abordar as limitações e dificuldades vivenciadas por ribeirinhos com leishmaniose cutânea, durante o processo patológico da doença. Entre os mais citados pela realidade dos ribeirinhos, mencionamos os elementos socioeconômicos

e geográficos, pois surgiram como as principais barreiras para o autocuidado e para acesso aos estabelecimentos de saúde, segundo falas:

“A distância dificultou meu tratamento.”(Cardeal, 20 anos).

“[...] minha irmã me chamou pra fazer o tratamento, tudo por conta dela, se não tivesse chamado eu não teria ido.” (Papagaio, 23 anos).

“[...] eu fiquei em casa uma semana assim mais ou menos, procurando recurso.” (Arara, 33 anos).

“ Tive dificuldade de chegar ao hospital.” (Sabiá, 28 anos).

“Tive que ficar na cidade, sem condições de me manter [...] minha família me ajudava na parte financeira.” (Gavião, 26 anos).

As dificuldades expostas pelos depoimentos retratam que a busca por recursos para cuidar de si na realidade ribeirinha interfere na funcionalidade integral do organismo humano. Nessa concepção, visamos identificar o tempo de procura dos participantes para tratamento e cura da leishmaniose cutânea, o qual nos resultou as seguintes expressões:

“ [...] passei de três há quatro meses pra procurar o hospital.” (Araponga, 39 anos).

“Não me lembro o tempo, me lembro que fui quando a lesão já estava grande.” (Cardeal).

“ [...] procurei depois de seis meses, e fiquei um ano com a ferida.” (Papagaio, 23 anos.) (Papagaio, 23 anos).

“[...] uns quinze dias.” (Arara, 33 anos).

“[...] procurei o tratamento já estava com uns três meses.” (Canidé, 59 anos).

“Acho que levou uns 15 há 20 dias.” (Mutum, 31 anos).

“Quase um mês.” (Uirapuru, 47 anos).

Permeando as interfaces do desvio de saúde, Negrão (2013) diz em seu estudo aborda que a LTA dependendo do tempo de permanência da lesão ela pode se tornar crônica, latente e inclusive desenvolver metástases, as quais são marcadas pela desconfiguração no tecido dermatológico do infectado.

Queirós; Vidinha; Almeida Filho (2014) descrevem que uma das características dos desvios de saúde está o tempo ou a prolongação das doenças, pois sua presença remete à necessidade de cuidados efetivos a quem se encontram no processo de doença.

Considerou-se relevante identificar entre os participantes com leishmaniose cutânea residentes em área ribeirinha se houve algum tipo de dificuldade ou limitação para adquirir a medicação indicada para o tratamento da lesão, o que emergiu das falas dos ribeirinhos comprovando nossos achados:

“Tive dificuldade em conseguir o remédio para tratar.” (Cardeal, 20 anos).

“A primeira dificuldade do remédio né, que agente teve a coleta ai viemos e não liberaram o remédio.” (Arara, 33 anos).

“O remédio? Esperei uns 15 dias.” (Gavião, 26 anos)

Refletindo sobre as dificuldades em adquirir a terapia indicada para a LC, Monteiro (2014) atrela esta condição à garantia de atenção integral proposta pelo SUS, o qual envolve as terminologias acesso e acessibilidade, pois se relacionam diretamente com a inacessibilidade de muitas pessoas aos serviços de saúde. Em distinção a acessibilidade o significado de acesso nos remete a um conjunto de dimensões que relacionam a adequação dos serviços e cuidados de saúde aos usuários. Já acessibilidade diz respeito à interação geográfica e espacial da oferta de serviços de saúde a comunidade, considerando vários aspectos como: Condições de transporte, duração do percurso, distância, situações socioeconômicas e outros.

Portanto, a assistência aos portadores de leishmaniose devem ser direcionados as Unidade Básicas de Saúde, a equipe multiprofissional atuante no estabelecimento deve realizar busca ativa de novos casos, identificar áreas com risco de transmissão, principalmente regiões longínquas em conjunto com a vigilância epidemiológica (BRASIL, 2007).

O Município de Nova Olinda do Norte – AM possui em seu território rural sete Estratégias de Saúde da Família Rural (ESFR) o que corresponde a 100% de cobertura dos serviços de atenção primária em saúde quando unificado com as demais unidades da zona urbana. A figura: 10 retrata que o território do município de Nova Olinda do Norte – AM, apresenta em seu no território rural, 07 UBSFR com estrutura física para funcionamento em área e apenas 01 ESFR sem infraestrutura própria para assistência diária.

Figura 10: ESFR do Município de Nova Olinda do Norte - AM



Fonte: Andrade (2016)

Deste modo, sentiu-se pertinente conhecer através das entrevistas qual o primeiro serviço de saúde procurado pelos participantes infectado pela LC.

“ [...] O primeiro serviço que eu procurei foi o hospital [...].” (Jaçanã, 22 anos).

“Eu procurei o hospital, de lá me encaminharam pro posto de saúde” (Araponga, 39 anos).

“ Procurei o hospital de nova Olinda [...].” (Gavião, 26 anos).

“Eu procurei o laboratório do hospital.” (Arara, 33 anos).

“Fui atendido no hospital.” (Sabiá, 28 anos).

“Eu fui lá no hospital.” (Mutum, 31 anos).

“Fui com a Dra que trabalha lá hospital.” (Tucano, 59 anos).

“[...] Eu procurei o posto [...] Da UBS me encaminharam pro hospital”(Cardeal, 20 anos).

“[...] fui no posto de saúde [...].” (Papagaio, 23 anos).

“Foi o posto aqui de casa e o enfermeiro me encaminhou para o hospital.” (Canidé, 59 anos).

“Eu fui num posto.” (Uirapuru, 47 anos).

Embora se tenha notado um relevante predomínio das Unidades Hospitalares como porta de entrada para pacientes com suspeita leishmaniose cutânea, Amazonas (2010) deixa claro em sua proposta de fluxograma de assistência ao paciente com LTA (Anexo C) e em seus relatos que o acompanhamento dos casos deve ser realizado como linha de frente pelos estabelecimentos de atenção primária em saúde (APS) em conjunto com a vigilância epidemiológica, pois ambos possuem estrutura laboratorial que ofertam a realização do exame diagnóstico, além de possuir suporte para o diagnóstico precoce da doença promovido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Comunitários de Endemias (ACE) (Figura: 11).

Figura 11: Visita Domiciliar do ACS em áreas ribeirinhas



Fonte: Andrade (2016)

No decorrer das entrevistas também surgiu um aspecto relacionado aos desvios de saúde a terapêutica medicamentosa, por considerar que as condutas médicas são uma exigência para diagnosticar e corrigir uma condição de doença.

Os relatos dos entrevistados revelaram vários tratamentos medicamentosos paralelos a LC e por prescrição de profissionais de saúde, como citam os depoimentos:

“A medica passou pra mim cefalexina, ela mandou eu tomar durante 10 dias. Ela também passou umas pílula bem pequena assim que era pra lavar dentro, não lembro o nome, ela botava uma pilulazinha daquela dentro do copo com agua que aquilo ficava azul.” (Uirapuru, 49 anos).

“O médico passou pra mim uma pomada pra mim passar em cima, só.” (Tucano, 59 anos).

“No hospital me deram uma pomadinha que é bom pra ferida, pra queimadura.” (Mutum, 31 anos).

Comparando as prescrições acima com as orientações do Ministério da Saúde (MS) e vigilâncias em saúde para a doença, percebeu-se o distanciamento entre o tratamento ideal para a leishmaniose cutânea e a presença de iatrogênia nestes relatos. Este fato sugere que os profissionais de saúde estejam pouco atentos ao manejo clínico das pessoas acometidas pela LC e cometendo infrações éticas profissionais de imprudência e negligência.

Ainda sobre o tratamento da LC em ribeirinhos, ponderou-se relacionar os desvios de saúde apresentados pelas imperícias provocadas por profissionais de saúde a partir das expressões dos participantes, a seguir:

“O agente comunitário de saúde (ACS) foi ele que me aplicou o remédio que não foi suficiente para combater a doença.” (Papagaio, 23 anos).

“Quem fez as medicações em mim foi meu irmão que também é agente de saúde.” (Arara, 33 anos).

“Foi o agente de saúde ele aplica injeção na veia.” (Mutum, 31anos).

Lima; Oliveira (2007) cita que a partir de 2002 iniciou-se a descentralização do atendimento de pessoas acometidas pela leishmaniose tegumentar americana para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme as diretrizes do SUS. Essa descentralização objetivou melhorar o acesso da população aos estabelecimentos de saúde, promover o diagnóstico precoce, facilitar e efetivar o acompanhamento das pessoas com diagnóstico de LTA pelas ESF, reduzir o número de abandonos terapêuticos, identificar o fatores de risco e estabelecer medidas educativas.

As unidades básicas do território rural do Município de Nova Olinda do Norte – AM, além de possuir estrutura básica para funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas comunidades ribeirinhas, também apresenta o quadro suficiente profissionais de saúde como: técnicos de enfermagem e saúde bucal, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde (ACS) e inclusive médicos, não exige do ribeirinho a necessidade de deslocamento para zona urbana, ou manejo de terceiros no tratamento da LC.

No que diz respeito aos riscos de sequelas ou deformidades nos participantes apenas um entrevistado fez referência em seu relato:

“Um certo tempo, eu sinto uma dor, eu quero ir para avaliar de novo e fazer um reforço, eu percebo que meu braço ficou meio fino, pode observar esse lado pro outro, eu sinto dificuldade, tive uma lesão e até hoje sinto dificuldade.” (Gavião, 26 anos).

Podemos evidenciar que a existência de sequelas, limitações e dificuldade pode ser reais, uma vez que as características da lesão e a historicidade da doença levam ao comprometimento tecidual do corpo humano.

Após, reconhecermos a concepção dos ribeirinhos sobre a leishmaniose cutânea, suas práticas, saberes, desvios de saúde, iniciamos nossas interpretações sobre os cuidados de enfermagem dispensados aos participantes do estudo apresentados pela categoria: Práticas de cuidado de enfermagem e suas subcategorias:

1. Relações entre o Cuidado Ético–Profissional e o Déficit de Autocuidado
2. Cuidado de Enfermagem na LC e os sistemas de autocuidado.

5.2 Categoria II: Práticas de Cuidado de Enfermagem

5.2.1 Relações entre o Cuidado Ético-Profissional e o Déficit de Autocuidado

A prática diária dos profissionais de saúde é compreendida como uma prática coletiva, pois é uma atividade que depende da integração de outros profissionais de saúde. Dentro dessa abordagem podemos considerar que o caráter coletivo do trabalho em saúde depende de várias dimensões, entre as quais citamos dimensão técnica, representada pelos procedimentos e instrumentos indicados para a prestação do cuidado. Outra dimensão aparente neste contexto é a dimensão ética, que não se resume apenas nas relações interpessoais entre profissionais, mas nas relações humanas, a qual se estende desde o respeito com o outro a preocupação com os campos de atuação (MONTENEGRO, 2014).

Para Leal; Rauber (2012) a palavra ética origina-se do grego *ethos* que diz respeito aos modos de vida e ao caráter do ser humano, as primeiras utilizações do termo emergiram dos filósofos no século IV a.C., os quais associaram o significado da palavra a necessidade de instituir a sociedade honestidade, fidelidade e harmonia.

No contexto da enfermagem a ética surge de forma relevante principalmente nas reflexões práticas, pois visa corrigir situações antiéticas geradas no cenário de atuação profissional (MONTENEGRO, 2014).

O exercício profissional da enfermagem é regulamentado pela Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.7 e que a profissão dispõe de um código de ética, o qual enfatiza os direitos e deveres da classe, beneficiando tanto os profissionais quanto sociedade por eles assistida. Assim, o código de ética pressupõe a necessidade da assistência de enfermagem as pessoas, sem prejuízos ou danos, bem como postura ética do profissional (LEAL; RAUBER, 2012).

Silva et al., (2015) enfatizam em seu estudo que a enfermagem é uma profissão atrelada ao cuidado, do qual fazem parte desta categoria o enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e a parteira. Nessa percepção é essencial para o exercício da enfermagem a realização das competências éticas e legais visando assegurar a pessoa assistida e expandir o cuidado livre de danos e infrações.

As relações entre o cuidado ético-profissional foi considerado a partir do déficit de autocuidado, uma vez que o déficit de autocuidado relaciona-se entre a demanda terapêutica de autocuidado e próprias ações realizadas pelo homem para cuidar de si.

O déficit de autocuidado nos permite reconhecer as previsões ou estabelecimentos do autocuidado através das demandas (SILVA et. al., 2009).

Relacionando o cuidado ético-profissional do enfermeiro e o déficit de autocuidado com as expressões dos ribeirinhos acometidos por leishmaniose cutânea, obtivemos as seguintes falas sobre a assistência do profissional no tratamento da doença:

“Um enfermeiro passou a cefalexina 500mg, 60 comprimidos de 6/6hs.” (Canidé, 59 anos).

“A enfermeira me deu um tudo de neomicina para passar na ferida a noite.” (Mutum, 31 anos).

Os déficits de autocuidado favorecem a subjetividade dos indivíduos, pois suas limitações são provocadas por esforços práticos de ações associadas à saúde, que emergem de acordo com a compreensão dos requisitos de regulação do autocuidado de si e de quem cuida (SILVA et al.,2015).

Diversos estudos apontam sobre diferentes situações da enfermagem que se caracterizam como infrações éticas e iatrogênias relacionadas, especialmente, a imprudência, imperícia e negligência, o que acarreta aos profissionais relações conflituosas para do cuidado, segundo a legislação geral e específica da categoria.

Buscamos identificar a partir da vivência dos ribeirinhos os riscos e danos éticos da enfermagem para o entrevistado. Do qual, surgiram as seguintes falas:

“Procurei primeiro me informar com o ACS como poderia fazer para fazer pra ficar bom e ele falou com a enfermeira como tava acontecendo comigo e ai trouxe o remédio e me aplicou, mas foi direto o remédio sem fazer exame e me complicou, porque não sabia qual era a ferida, foi um tratamento indireto. Não fui pra Nova Olinda, a enfermeira não viu e tomei logo o remédio que o agente trouxe o remédio e não passei por avaliação, somente em Manaus, já depois.” (Papagaio, 23 anos).

“Não, não, não, o enfermeiro só mandou o remédio.” (Araponga, 39 anos).

Leal; Rauber (2012) trazem em suas considerações que a prática de enfermagem abrange um leque de saberes, entre os quais podemos citar os técnicos e científicos oriundos do cuidar ao homem perante o processo saúde e doença.

Compreende-se que a ocorrência do cuidado fragilizado ou errôneo de enfermagem ao ribeirinho com leishmaniose cutânea, reflete danos visíveis e inegáveis, segundo os critérios terapêuticos para a leishmaniose. Contudo também deve se levar em consideração o despreparo profissional e a rotatividade no campo de atuação, conforme fala a seguir:

“A enfermeira fizeram um curativo. Ela perguntou: tu é Diabético? - Não! Tu tem alguém diabético na tua família? - minha mãe é diabética. e ela disse então de hoje pra frente o senhor evite açúcar, negócio de doçura né para o seu sangue e tal - Tá bom” (Mutum, 31 anos)

Diante das falas, notou-se escassez de relatos referentes a assistência de enfermagem por pessoas acometidas por leishmaniose cutânea residentes em área rural ribeirinha.

Deste modo, objetivando relacionar o cuidado de enfermagem no cenário rural ribeirinho, reproduzimos através da figura:12, a vivência do trabalho de enfermagem junto aos ribeirinhos. Tais imagens, foram projeções de fotografias vivenciadas e relatadas pela pesquisadora, destacando a relação do serviço com a comunidade, às visitas domiciliares e o cuidado de enfermagem ao ribeirinho rural.

Figura 12: Relação enfermeiro portador de LC



Fonte: Andrade (2016)

Domingos et al., (2015) contextualiza em seu estudo que após a identificação dos déficits de autocuidado, torna-se necessário relacioná-los aos sistemas de enfermagem, pois através deles identificaremos ações para o cuidado e autocuidado ativo.

Partindo deste pensamento iniciamos nossa próxima subcategoria intitulada cuidados de enfermagem na LC e os sistemas de cuidados, buscando conhecer quais assistências de enfermagem foram prestadas aos ribeirinhos no percurso da doença.

5.2.2 Cuidados de Enfermagem na LC e os Sistemas de Autocuidado

De acordo com Schuh; Albuquerque (2009) a natureza do cuidar relacionam a atividade como uma iniciativa de zelo, atenção e desvelo, no qual o cuidado vai além de uma simples atitude, mas ao entendimento que cuidar é um ato de responsabilidade, preocupação, ocupação e troca afetiva entre si ou para com outro.

Segundo a Resolução do COFEN N.311/07 tem-se observado que a enfermagem vem ganhando espaço no cenário da educação, pesquisa, ensino e gestão. Essa diversificação também diz respeito ao cuidado, pois a cada dia percebemos seu aprimoramento tanto em caráter coletivo quanto individual consolidando-a como uma ética social.

Os profissionais de enfermagem em sua atuação detém da ciência, arte, estética e da ética, no intuito de contribuir com a promoção, manutenção e reabilitação da saúde. Assim, o cuidado quando destinado ao ser humano, considera o fenômeno social, existencial, cultural e transitório (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Sob essa vertente, trazemos para esta abordagem os cuidados de enfermagem realizados por profissionais de conhecimento técnico, conforme citam os entrevistados:

“O técnico de enfermagem também me assistiu aplicando medicações.” (Jaçanã, 22 anos).

“ A técnica, ela que cuidava, aplicava a medicação na veia ela fez todo o tratamento, dizia que eu tinha que ficar 30 minutos caso eu não me sentissem bem podia ficar mais um pouco ela foi muito legal. ” (Gavião, 26 anos).

“[...] era técnica de enfermagem, todo dia eu ia lá, quando não ia ela vinha me aplicar. Ela que aplicou as injeções.” (Canidé 59 anos).

Vale; Pagliuca (2011) descrevem que o cuidado é imprescindível ao homem, e, é uma das bases características e marcantes da enfermagem tanto para os profissionais que assistem, quanto para as pessoas que recebem esta assistência. Os autores citados ainda trazem para seus relatos que através das ações de enfermagem é possível ajudar pessoas a obterem longevidade e saúde, pois ofertar cuidado é dispor de atenção, zelo, bom trato e solicitude.

Por conseguinte, vemos que a realização do cuidado inspira as pessoas a cuidarem de si e conseqüentemente a cuidar do outro, como observamos na enfermagem. Analisando este princípio, tornou-se pertinente conhecer os cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros a partir das expressões citadas por ribeirinhos com leishmaniose cutânea:

“O enfermeiro me ajudou com a medicação.” (Jaçanã, 22 anos).

“No abacaxi fui atendido pelo enfermeiro e ele me encaminhou para Nova Olinda. O enfermeiro lá da cidade também cuidou de mim aplicando as medicações.” (Cardeal, 20 anos).

“O Enfermeiro, ele examinou, passou um remédio, mas era pra ferida comum.” (Canidé, 59 anos).

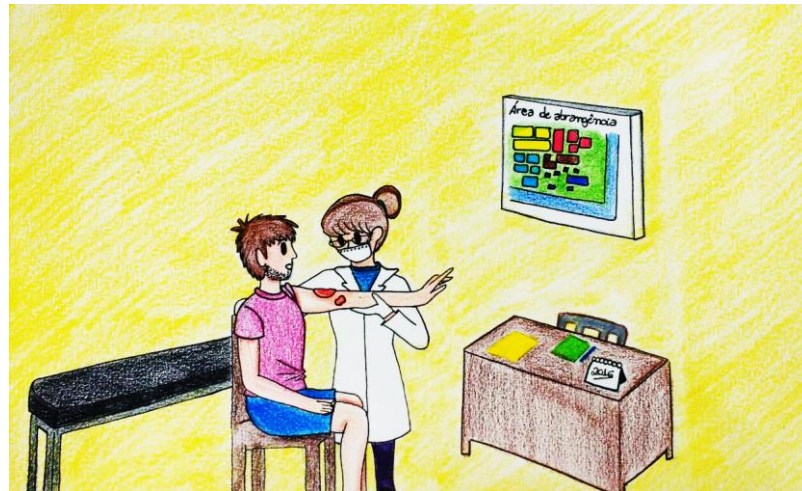
“ [...] eles faziam uma limpeza, um curativo, coisa simples mesmo.” (Uirapuru, 47 anos).

“A enfermeira ela me aplicou a injeção. Aí de lá que eu vim encaminhado pra alguém que sabia aplicar aqui. Ai cheguei aqui e tomei a injeção, ai todo dia eu tomava, todo dia tomava uma no braço, era duas injetadas só numa.” (Mutum, 31 anos).

“Aplicava o remédio.” (Tucano, 59 anos).

Sob esse olhar, as imagens do cuidado em enfermagem elucidam o trabalho do enfermeiro na estratégia de saúde da família rural, atrelado as peculiaridades e às belezas da região amazônica, bem como desafios e relação do profissional com o cotidiano ribeirinho (Figura: 13).

Figura 13 : Cuidado de Enfermagem na ESFR para portadores de LC



Fonte: Andrade (2016)

Carneiro (2014) descreve que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, através do julgamento devem identificar a capacidade das pessoas para manter suas condições de saúde. Além disso o profissional também deve reconhecer os níveis de autocuidado que cada indivíduo apresenta para cuidar de si.

Assim a enfermagem, no contexto do cuidado, exige capacitação do enfermeiro, para que ele possa dispor de assistência adequada durante sua atuação, uma vez que os propósitos da enfermagem segundo Orem (2001) consistem nas seguintes dimensões:

- Manutenção da saúde: Destina-se nos segmentos que descrevem as condições de saúde das pessoas, destacando os fatores de intervenção e de agravamento.
- Promoção da saúde: Atividades destinadas ao aprimoramento das condições de saúde das pessoas
- Prevenção da saúde: Descritas nas medidas de prevenção no âmbito primário, secundário e terciário.

Silva et al., (2015) diz que o sistema de enfermagem corresponde a relação do enfermeiro com o usuário/cliente, pois através dos sistemas podem se construir de atividades de enfermagem em benefícios do ser humano. A partir dessa afirmação, citamos que os sistemas de enfermagem são apresentados sob três sistemas:

Sistema de enfermagem totalmente compensatório: Quando o enfermeiro compensa as incapacidades e necessidades de forma integrativa, através dos cuidados terapêuticos. Este sistema direciona-se a pessoas com déficit de deambulação e movimentação.

Sistema de Enfermagem parcialmente compensatório: Ocorre a união dos cuidados de enfermagem aos cuidados dos indivíduos em assistência.

Sistema de enfermagem e de apoio educativo: É sistema no qual o indivíduo consegue realizar suas atividades funcionais e apresenta capacidade de aprendizado para manter o autocuidado terapêutico.

A partir do explicitado, reforçamos a atuação da enfermagem através do sistema de apoio a educação de pessoas acometidas por leishmaniose no cenário ribeirinho.

Deste modo, considerando a inserção da enfermagem e especificamente do enfermeiro no processo educacional consideramos destacar os seguintes depoimentos sobre a relação profissional durante o cuidado na LC:

“[...] me orientava e me dava uma folha com a medicação pra fazer o controle.” (Jaçanã, 22 anos).

“[...] fui bem orientado, mandou fazer uma limpeza.” (Uirapuru, 47anos).

“Me orientava bem.” (Tucano, 59 anos).

Revedo a importância deste sistema no processo de autocuidado, citamos a enfermagem como agente essencial para o reestabelecimento da saúde e da valorização da iniciativa do autocuidar.

Carlos; Ignatte; Rosa (2015), fortalecem a participação do enfermeiro no cuidado ao portador de LC, destacando o profissional como um protagonista do cuidado e autocuidado, especialmente em atuação nas ESF, pois o serviço permite a criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e comunidade, bem como a efetivação de ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico situacional, planejamento, implementação de medidas prevenção, controle, monitoramento, encaminhamentos, busca ativa, educação em saúde e visitas domiciliares durante o diagnóstico da LC.

Sob este olhar, Carneiro (2014) enfatiza a contribuição da enfermagem a partir da utilização dos sistemas, pressupõe autonomia para o cuidado de saúde e a construção de planos assistências na enfermagem.

Consta mencionarmos aqui que poucos foram os relatos que indicavam a assistência de enfermagem na leishmaniose cutânea em ribeirinhos, as quais relacionamos as seguintes questões: Centralização da assistência a LC na vigilância municipal, rotatividade de profissionais, déficit de qualificação profissional e ausência de plano para o manejo, diagnóstico e tratamento da doença nos serviços de atenção primária.

CONCLUSÃO



CONCLUSÃO

Em vista aos resultados da análise o estudo mostrou o predomínio da Leishmaniose Cutânea entre o sexo masculino, destacando a faixa etária de 20 a 60 anos de idade. Apesar da forma de exposição da doença as atividades referenciadas entre esta população foram à caça, pesca e contato direto com a natureza.

Sobre a compreensão das práticas de autocuidado de ribeirinhos com LC, sob a forma cutânea a luz da teoria de Orem, os dados nos revelaram que a principal prática de autocuidado deste grupo se baseia na utilização de recursos naturais para o tratamento da doença, o que nos remete a visível influência dos aspectos culturais, socioeconômicos, geográficos e de falta de acesso ao serviço de saúde no cotidiano desta população.

Dentro da perspectiva das práticas e saberes das pessoas residentes em área rural ribeirinha acometidas por leishmaniose cutânea nos alegrou saber que mesmo com o conhecimento empírico e pouca informação dos profissionais de saúde muitos participantes do estudo souberam estabelecer em sua rotina medidas de prevenir a doença através de vestimentas e calçados adequados ao entrar na mata, bem como uso de mosquiteiros e repelentes.

Quanto aos desvios de saúde e déficits de autocuidado, os dados revelaram que a distância, inacessibilidade ao serviço de saúde, terapia incorreta e fatores financeiros dos ribeirinhos são os principais motivos de prolongamento da doença. As iatrogênias também surgiram em nossos resultados como pontos negativos para a cura precoce da LC, bem como surgimento da melancolia, solidão e isolamento, pois desfavorecem o autocuidado para o ser ribeirinho.

No que diz respeito às práticas de cuidado de enfermagem, tanto do enfermeiro quanto técnico de enfermagem ao ribeirinho acometido por leishmaniose, percebeu-se pouca participação do profissional nos cuidados dispensados a este grupo. Contudo acredita-se que esta demanda se deve ao despreparo profissional para o manejo clínico e tratamento da doença e conseqüentemente as fragilidades existentes nos serviços de atenção primária.

A análise dos conteúdos demonstrou compreensão conflituosa dos ribeirinhos quanto à distinção dos profissionais de enfermagem, não sabendo eles reconhecer as categorias profissionais (técnico ou superior).

No que tange a participação do enfermeiro no cuidado a pessoas residentes em área ribeirinhas com leishmaniose cutânea evidenciamos fragilidades como ausências de consulta de enfermagem e inclusive supervisão do profissional no cotidiano do agente comunitário de saúde para diagnóstico situacional de área.

Diante do exposto, recomendamos a necessidade de envolver o profissional de enfermagem em especial o enfermeiro na atenção às pessoas acometidas por leishmaniose cutânea, uma vez que, a inserção do profissional permitirá a elaboração de um plano de cuidado/autocuidado que vão desde o cuidar da lesão ao fortalecimento das ações educativas de caráter preventivo e curativo, conforme a teoria de Orem.

Como contribuição à Gestão Municipal de Saúde recomendar à descentralização do Programa de Leishmaniose do Departamento de Vigilância Epidemiológica (VE) para as Unidades Básica de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, tanto em nível rural quanto urbano, considerando que durante a realização do estudo, evidenciamos que o fluxo municipal direciona-se quase que exclusivamente para a unidade hospitalar e a vigilância epidemiológica, o que contraria as orientações previstas pelo Sistema Único de Saúde.

Nessa vertente, traz-se como sugestão para o Município a elaboração de protocolos de atribuições e competências dos profissionais de saúde do Município de Nova Olinda do Norte – AM com ênfase na categoria de enfermagem e no contexto ribeirinho, bem como a atualização dos profissionais para a notificação precoce dos casos, pois outra forte evidência do estudo foi à ausência e as inconsistências de informações no preenchimento das fichas do SINAN.

Logo, o fortalecimento das práticas de autocuidado para ribeirinhos com LTA irá colaborar para que novas estratégias do cuidado em enfermagem sejam inseridas na sistematização da assistência de enfermagem (consulta, diagnóstico, intervenções e resultados esperados) em saúde pública em áreas remotas, como as áreas rurais ribeirinhas do município de Nova Olinda e do Amazonas.

REFERÊNCIAS

Alecrim PH; Conceição JKT; Costa GA; Santos JD; Farias RS; Casseb GA; Medeiros MB; Ferreira LB; Heckmann MI. Leishmaniose Tegumentar Americana associada à exposição ocupacional de trabalhadores da indústria petrolífera na Amazônia Brasileira. *Scientia Amazonia*. 23 (3): 72-79, 2014.

Amazonas. Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas. Coordenação do Programa de Leishmaniose. Plano Estadual do Controle das Leishmaniose – Amazonas. Manaus, 2010.

Amazonas. Biblioteca Virtual do Amazonas. Municípios do estado. Nova Olinda do Norte. Dados de 2012. Disponível em: <<http://www.bv.am.gov.br/portal/conteudo/municipios/autazes.php>> Acesso em: 01 Abr.2015.

Alonso RRP. Estudo etnofarmacognóstico de plantas medicinais popularmente indicadas para tratamento de doenças tropicais em nove comunidades ribeirinhas do rio Solimões no trecho Coari-Manaus-AM. Tese [Doutorado]. Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia. Universidade Federal Do Amazonas. Programa Integrado de Pós-graduação em Biologia Tropical e Recursos Naturais. 2011. 93fls.

Andrade VR. O autocuidado de adolescente com anemia falciforme baseado na Teoria de Orem. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2012.111fls.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

Barroso, LMM; Brito, DMS; Galvão, MTG; Lopes, VOL. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida *Acta Paul Enferm*, 23(4):562-67, 2010.

BATISTA E.A., VIEIRA V.C.L., SILVA A.A. Perfil Epidemiológico dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Sarandi. *Uninga Review*. v.22 (1):pp10-13 2015.

Bezerra, MLR.; Ribeiro, PR.S.; Sousa, AA.; Costa, AIS.; Batista, TS. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. *Rev. Ciênc. Ext.*8(1):60-81, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brito da Silva, G; Vitor Brito da Silva; Lopes, RC, Ferreira da Silva, JW. O Maior Desafio do SUS: Saúde para todos. Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.6, n.9, p.1-8 2010.

Carlos MM; Ignatti C; Rosa MR. Leishmaniose tegumentar americana: incidência no Vale do Ribeira/São Paulo, Brasil. Revista Recien.5(15):3-10, 2015.

Cardoso, LCR. Tecendo redes sobre a saúde dos povos tradicionais da Amazônia: Um enfoque antropológico sobre a relação entre as práticas corporais e saúde dos ribeirinhos. Dissertação [Mestrado]. Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Macapá, 2014. 90 fls.

Carneiro e Cordeiro, TMC; Santos, CLR; Carneiro Neto, JL. Sistema Único de Saúde: Utopia ou Realidade? Unimep .22(2) 37-43: 2238-1236, 2012.

Carneiro AD. A práticas de autocuidado de pessoas com úlceras venosas: utilização da teoria de enfermagem de OREM. Dissertação. [Mestrado]. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN). Goiás, 2014, 174fls.

Castanharo, RCT; Wolff, LDG. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 22(1):175-186, 2014.

Cechinel, Michella Paula Fatores associados aos desfechos desfavoráveis do tratamento leishmaniose tegumentar: uma análise de situação na região sudeste, 2002 a 2006. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 123 fls.

Chaves MPSR.; Barroso SC; Lira, TM. Populações tradicionais: manejo dos recursos naturais na Amazônia. Revista Praia Vermelha, Rio de Janeiro, 19(2):111-122, 2009.

COFEN - Resolução COFEN nº. 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. –Disponível em < <http://www.portalcofen.gov.br>,>. Acesso em 10 Jun. 2016.

Creswell, JWW. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Cechinel MP. Fatores associados aos desfechos desfavoráveis do tratamento leishmaniose tegumentar: uma análise de situação na região sudeste.2002 a 2006. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 123 fls.

Cruz VC. Rio como espaço de referência identitária na Amazônia: Considerações sobre a identidade ribeirinha. XIV Encontro Nacional da ANPUR, p.1-20, 2011.

Domingos, CS; Moura, PC; Braga, LM; Rodrigues, NV; Correia, MDL; Carvalho, AMP. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de OREM.Reme • Rev Min Enferm. 19(2): 165-175, 2015.

França EL; Mandadori, MN; França, JL; Botelho, ACF; Ferrari, CKBF; França, ACH. Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Juína , Scientia Medica, 19(3):103-107, 2009.

Galvão, MTRLS; Janeiro, JMSV. O autocuidado em enfermagem: Autogestao, automonitorizacao e gestao sintomatica como conceitos relacionados. Rev Min Enferm. 17(1):225-230, 2013.

Leal, DF; Rauber, JJ. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. Reme. Rev. Min. Enferm.16(4):554-563, 2012.

Lima, MVN; Oliveira, RSZ; Lima, AP; Félix, MLO; Silveira. TGV; Rossi, RM; Teodoro, U. Atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana: avaliação nos serviços de saúde de municípios do noroeste do Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, 23 (12) :2938-2948, 2007.

Lopes CV; Lima, ARA; Vasconcelos, MKP; Borges, AM; Barbieri, RL; Heck, RM. Informantes *Folk*: Concepções de Saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013,22(4): 1152-9.

Marconi MA; Lakatos EM. Fundamentos de Metodologia Científica. 7 Ed. Atlas. São Paulo, 2010.

Meneguessi GM; Teixeira JPDS; Jesus CAC; Pinho DLM; Kamada I; Reis PED. Reabilitação na lesão medular: Reflexão sobre aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de OREM. Rev enferm UFPE. 6(12):3006-12, 2012.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010.

Mendonça MS; França JF; Oliveira AB; Prata RR; Ânez RBS. Etnobotânica e o saber tradicional. Comunidades ribeirinhas amazônicas modos de vida e uso dos recursos naturais. 02:(21).p. 92. 2007.

Monteiro RALS. Representações Sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, Comunidade Rural de Vila Urucurituba. Dissertação [Mestrado]. UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2014, 74fls.

Montenegro LC. A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar. Tese [Doutorado]. Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.2014.136fls.

Moura IM. Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar Americana:Uma Revisão Sistemática [Monografia]. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013, 35fls.

Mubarck NDN; Has Filho G; Nascimento RAF; Nakazato KRO; Dorval MEC. Leishmaniose tegumentar americana: estudo clínico, epidemiológico e laboratorial realizado no Hospital Universitário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. An. Bras. Dermatol. v.86 (1): 55-63, 2011

Naiff Junior RD; Pinheiro, FG; Farias Naiff, MF; Souza, IS; Castro, LM; Menezes, MP; Franco, AMR. Estudo de uma série de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Rio Preto da Eva, Revista de Patologia Tropical. 38(2):103-114, 2009.

Nascimento APC; Borges, JA; Cardoso, SMM; Wagner, IB. Aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana no município de Primavera do Leste, Saúde Coletiva.8(53):210-214, 2011.

Negrão GN; Ferreira MEMC. Considerações sobre a leishmaniose tegumentar americana e sua expansão no território brasileiro Revista Percurso - NEMO Maringá, v. 6 (1): 147- 168, 2014.

Nobre ES; Souza, LA; Rodrigues DJ. Incidência de leishmaniose tegumentar americana no norte de Mato Grosso entre 2001 e 2008. Acta Amazônia, 2013; 43(3): 297-304.

Oliveira LA; Gonçalves, DD; Oliveira, PA; Rodrigues, GV; Gerbasi, ARV. Nível de conhecimentos sobre leishmaniose tegumentar americana (LTA) em comunidade acadêmica. Centro Científico Conhecer, 2014;10(18):3953-3962.

Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2001.

Pereira AL. Estudo fitoquímico e ação leishmanicida dos Óleos resina e essencial da copaífera multijuga Hayne CONTRA Leishmania amazonensis in vitro e in vivo. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho. 2009. 67fls.

Piriz, MA; Mesquita, MK; Mendieta, MC; Heck. RM. Informantes *folk* em plantas medicinais e as práticas populares de cuidado à saúde. Rev enferm UFPE online. 7(9):5435-41, 2013.

Queirós PJP; Vidinha, TSS; Filho, AJA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. IV(3): 154-167, 2014.

Santana FA. Comunidades Ribeirinhas da Amazônia: Relato de Experiência. Revista Perspectiva Amazônia, 3(6):47-58, 2011.

Silva, AL. Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 3 (3): 343-357, 2008.

Silva IJ; Oliveira, MFV; Silva, SED; Polaro, SHI; Radunz, V; Santos, EKA; Santana, ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 43(3):697-703, 2009.

Silva SSC; Pontes, FAR; Santos, TM; Malusschu, JB; Mendes, LSS; Reis, DC; Silva, SDB. Rotinas Familiares de Ribeirinhos Amazônicos: Uma possibilidade de investigação. psicologia: teoria e pesquisa. 26 (2):341-350, 2010.

Silva VM; Murai, HC. Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional Rev. Enferm UNISA. 13(1):59-63, 2012.

Silva PLM. Características Epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana no Norte de Minas Gerais. Revista Norte Mineira de Enfermagem. 2(1):43-50, 2014.

Silva AB; Araújo CRF; Costa EP; Tavares EC. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 35(2): 233-238, 2014.

Silva PCC; Dalama, LA; Moraes, MAQ; Guedes; DC; Souza, PE; Gomes, WG; Ando, NM. Organização do Cuidado à Saúde em Populações Ribeirinhas: experiência de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível. p.1-13, 2013.

Silva ALNV; Candido MCFS; Duarte SJH; Santos RM. Infrações e ocorrências éticas cometidas pelos profissionais de enfermagem: Revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(1):201-11, jan., 2015.

Sousa GB; Marchi PGF; Melo TL. Situação da leishmaniose tegumentar americana em um município cercado por vegetações no interior de Mato Grosso. Revista Eletrônica da Univar, 10(2):14-18, 2013.

Souza, GCA; Costa, ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

Souza JCR. A geografia nas escolas das comunidades ribeirinhas de Parintins: Entre o currículo, o cotidiano e os saberes tradicionais. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Geografia Física. Universidade de São Paulo. 2013. 245fls.

Schuh CM; Albuquerque IM. A ética na formação dos profissionais da saúde: Algumas reflexões. Revista Bioética, 17 (1): 55 – 60, 2009.

Viana AG et al. Aspectos clínico-epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em Montes Claros, Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais. 22(1):48-52, 2012.

Vale EG; Pagliuca, LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: Contribuição para o ensino de graduação. Rev Bras Enferm, 64 (1): 106-113, 2011.

Vitor AF; Lopes MVO; Araújo TL. Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery. 14(3):611-616, 2010.

Waldow VR; Borges RF. Cuidar e humanizar: Relações e significados. Acta Paul Enferm. 24(3): 414-418, 2011.

WHO. Leishmaniasis: strengthening cross-border collaboration for control in Central Asian and Middle Eastern countries of the WHO European and Eastern Mediterranean Regions: Report of a bi-regional meeting Awaza, Turkmenbashi, Turkmenistan, 18–20 November 2014.

APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo da Universidade Federal do Amazonas em convênio com Universidade do Estado do Pará, cujo título é: **Práticas de Autocuidado de Ribeirinhos com leishmaniose cutânea**. O objetivo da pesquisa é **Compreender as práticas de autocuidado para leishmaniose cutânea entre ribeirinhos do Município de Nova Olinda do Norte – AM à luz da Teoria do Autocuidado de Orem**. Durante a coleta dos dados você vai responder a três perguntas e falar o que quiser em cada pergunta. Esta entrevista será gravada com um aparelho gravador para depois eu escrever tudo que você falou e analisar as suas respostas. A entrevista durará, em média, uma hora. As entrevistas serão gravadas somente com o seu consentimento. Os registros fotográficos só serão realizados se o senhor (a) consentir, assim caso autorize, estes registros serão utilizados pelo estudo resguardando sua identidade.

Quanto ao **risco** que esse estudo poderá oferecer a você, é de você ficar nervoso(a) e emocionado(a). Porém caso isso ocorra, o entrevistador pausará a entrevista e solicitará apoio à equipe de saúde mais próxima. Depois de concluída a pesquisa, os benefícios resultantes serão divulgados na comunidade ribeirinha que você mora da seguinte forma: Será entregue um exemplar da dissertação de mestrado para a liderança comunitária e agendada uma reunião com a comunidade para apresentação dos resultados da pesquisa; Será realizada uma reunião com a equipe de saúde/enfermagem para apresentar os resultados da pesquisa, e será entregue um exemplar da dissertação ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte, que poderá contribuir com a política de saúde do município.

Os resultados desse estudo serão publicados em revistas científicas, nas quais você não será identificado(a). Caso você queira desistir de participar do estudo, você terá toda liberdade para se retirar do qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Sua participação não terá nenhum custo ou contribuição em dinheiro, sendo suas informações mantidas sob sigilo e confidencialidade, ou seja, só terão acesso às informações os pesquisadores responsáveis pelo estudo.

Para qualquer outra informação você pode entrar em contato com os pesquisadores **Gisele Reis Dias**, Fone (92) 994565132, email: gisely_reis@hotmail.com, **Dr. David Lopes Neto**, Fone: (92) 98113-2221, email: davidnetto@uol.com.br, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-5130 - (92) 9171-2496.

Consentimento Pós–Informação

Eu, _____, fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

_____ / ____ / _____

Assinatura do Pesquisador Responsável



APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA**CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS**

1. Pseudônimo (Apelido): _____
2. Idade: _____ (Anos)
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Estado civil: () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () União Estável
5. Tempo de Moradia na Comunidade Ribeirinha: _____
(Anos)
6. Comunidade de residência: _____

PERGUNTAS DE PESQUISA:**1 – Fale o que você fez para cuidar de você (autocuidado) quando estava com a doença leishmaniose cutânea (LTA).**

- Onde (local) você pegou essa doença (LTA)?
- Como você pegou a doença?
- Como ficou se corpo?
- Em que parte apareceu a primeira ferida? E as outras?
- Quando apareceu a ferida no seu corpo, o que você fez logo?
- Usou alguma coisa caseira? Procurou alguém?
- Qual foi o serviço de saúde que você procurou quando percebeu que estava com essa doença?
- Quando percebeu que estava com a ferida no corpo, quanto tempo você gastou para ir procurar um serviço de saúde e porque você procurou o serviço de saúde?
- Fez tratamento com medicamento?
- O que você fez para cuidar da ferida em casa?
- Fale sobre a ferida: foi só uma ou apareceram mais feridas no seu corpo?
- Como era as feridas?
- Alguém lhe ajudou a tratar a ferida? (alguém da família, profissional de saúde) e como foi essa ajuda?

- Depois de sarada a ferida, o que você fez para não ter mais a ferida nem adoecer novamente?

2 – Fale sobre as dificuldades (desvios de saúde/déficits de autocuidado) que você teve para tratar (cuidar) da doença (feridas de leishmaniose cutânea).

- Quanto a ajuda das pessoas (membro da família, amigo ou outros (padre, pastor, pajé...), Uso de medicamentos (disponibilidade), consulta médica (na comunidade, na sede do município)?

- Estigma da doença (como as pessoas olhavam para você e lhe tratavam como viam que você estava com feridas no corpo)?

3 – Fale como os profissionais de enfermagem cuidaram de você quando estava com a leishmaniose cutânea.

Como o enfermeiro cuidou de você? O que ele fez para lhe ajudar no tratamento?

Como o técnico de enfermagem cuidou de você? O que ele fez para lhe ajudar no tratamento?

APÊNDICE C– Solicitação de Autorização para a realização do estudo



Mestrado Associado em Enfermagem UEPA - UFAM Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



A Ilma Sra. Andréia Rejane Rodrigues Ferreira
Secretária Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte -AM

Vimos por meio deste solicitar autorização institucional para realização do estudo **“Práticas de autocuidado de ribeirinhos com leishmaniose cutânea, Nova Olinda do Norte, Amazonas”** a ser realizada pela Mestranda Gisele Reis Dias sob orientação do Prof^o. Dr. David Lopes Neto, com o objetivo de Compreender as práticas de autocuidado para leishmaniose cutânea entre ribeirinhos do Município de Nova Olinda do Norte – AM à luz da Teoria do Autocuidado de Orem, bem como, identificar as práticas de autocuidado com leishmaniose cutânea de pessoas residentes em área ribeirinha, interpretar os desvios de saúde e os déficits de autocuidado de pessoas diagnosticadas com leishmaniose cutânea, residentes em área ribeirinha e descrever o cuidado de enfermagem à pessoa com leishmaniose cutânea, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos em área ribeirinha e nos sistemas de informação se necessário, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Aproveitamos a oportunidade para solicitar também autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações científicas.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretária, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Nova Olinda do Norte - AM, 15 de Julho de 2015.


Gisele Reis Dias
Mestranda em Enfermagem

Recibi em
01/08/15

Secretária Municipal de Saúde
Port. 273/2014-GPMNON

ANEXO A – Termo de Anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Após termos sido informados dos objetivos e propósitos da pesquisa “**Práticas de autocuidado de ribeirinhos com leishmaniose cutânea, Nova Olinda do Norte, Amazonas**” de responsabilidade da Mestranda Gisele Reis Dias sob orientação do Profº. Dr. David Lopes Neto, esta Secretaria declara autorizado à realização do estudo.

No mais nos dispomos no que for necessário para colaborar com a pesquisa.

Nova Olinda do Norte - AM, 31 de Julho de 2015.


Andréia Rejane Rodrigues Ferreira
Secretária Municipal de Saúde

Andréia Rejane Rodrigues Ferreira
Secretária Municipal de Saúde
Port. 273/2014-GPMNON

ANEXO B – Ficha de Notificação da LTA no SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA			
CASO CONFIRMADO: Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico. Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP
	28	(DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso				
Antec. Epidem.	31	Data da Investigação		32 Ocupação	
	33	Presença de Lesão		34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas	35 Co-infecção HIV
Dados Clínicos	1 - Sim 2 - Não		<input type="checkbox"/> Cutânea <input type="checkbox"/> Mucosa	1 - Sim 2 - Não	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
	36	Parasitológico Direto		37 IRM	38 Histopatologia
Dados Labor.	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado
	39	Tipo de Entrada		40 Forma Clínica	
Clas. Caso	1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 4 - Ignorado		1 - Cutânea 2 - Mucosa 3 - Ignorado		
	41	Data do Início do Tratamento		42 Droga Inicial Administrada	
	43	Peso		44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb ⁵⁺	
Tratamento	Kg		1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20		<input type="checkbox"/>
	45	Nº Total de Ampolas Prescritas		46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial	
Ampolas		1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica			
Leishmaniose Tegumentar Americana Sinan NET SVS 27/09/2005					

Conclusão	47 Criterio de Confirmação <input type="checkbox"/>		48 Classificação Epidemiológica <input type="checkbox"/>		
	1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		1 - Autóctone 2 - Importado 3 - Indeterminado		
	Local Provável de Fonte de Infecção				
	49 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		50 UF	51 País	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado				
52 Município		Código (IBGE)		53 Distrito	
				54 Bairro	
55 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>		56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>			
1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por LTA 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de diagnóstico			
57 Data do Óbito		58 Data do Encerramento			

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necrópsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			

Leishmaniose Tegumentar Americana

Sinan NET

SVS 27/09/2005

ANEXO C – Proposta de Fluxograma de Assistência ao Paciente com LTA

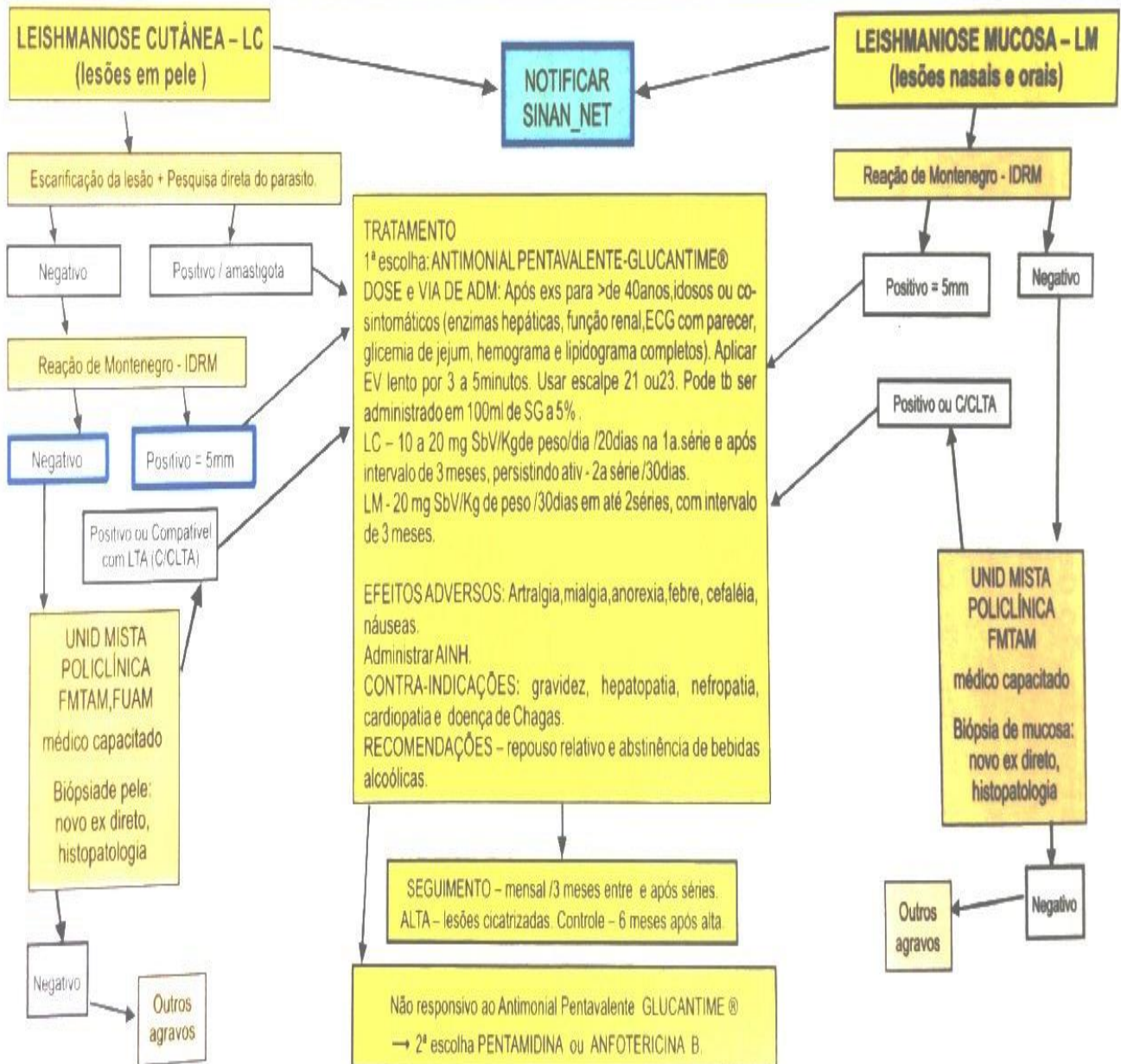


Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas



Proposta de Fluxograma de Assistência ao paciente com LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA – LTA
PSR, PACS, ESF, UBS, UNID MISTA, POLICLÍNICAS, FMTAM, FUAM

Suspeitar de LTA em pacientes com úlceras de bordos infiltrados, fundo granuloso, exsudativo ou não, em geral prurido e negando dor. Outros aspectos de lesões: ectmatóides, nodulares, verrucosas. Investigar residência e ou ida a áreas endêmicas. Na LM, avaliar LC anterior. Excluir outras dermatoses.



ANEXO D – Proposta de Fluxograma de Assistência ao Paciente com LTA e LVA



Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas



Proposta de Fluxograma de Assistência ao paciente com LEISHMANIOSE LTA e LVA UNIDADES MISTAS, POLICLÍNICAS, FMTAM, FUAM

PACIENTES COM LTA – Leishmanioses Cutânea=LC ou Leishmaniose Mucosa=LM, Leishmaniose Visceral= LV, não responsivos ao GLUCANTIME® e que deverão usar medicamentos de 2ª escolha – PENTAMIDINA OU ANFOTERICINA B. A decisão de qual das medicações é critério clínico.

PENTAMIDINA

UNID MISTAS, POLICLÍNICAS, FMTAM e FUAM – regime ambulatorial com bandeja de emergência próxima.

Após exs de: glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada, enzimas hepáticas, função renal, hemograma e lipidograma completos, EAS de urina e ECG com parecer (>de 40 anos).

Orientar alimentar-se até meia hora antes da aplicação da medicação.

DOSE e VIA DE ADM – 04mg /Kg de peso/dia, no mesmo horário, IM, no glúteo, com intervalos de 48 a 72h entre as aplicações.

LC – total de 03 aplicações por série e podem ser feitas 01 a 02 séries, com intervalo de 3 meses, entre elas.

LM – total de 10 aplicações por série e podem ser feitas 01 a 02 séries, com intervalo de 3 meses de 3 meses e elas.

LV – semelhante para a LM.

CUIDADOS LOCAIS DE HIGIENE – lavar com sabão neutro as LC e irrigar com solução fisiológica as LM.

EFEITOS ADVERSOS: dor local, abscessos estéris, náuseas, vômitos, tontura, adinamia, hipotensão, lipotímia, síncope, hipoglicemia e hiperglicemia..

CONTRA-INDICAÇÕES: Diabetes mellitus, gravidez.

RECOMENDAÇÕES: monitorar semanalmente glicemia, funções renais, hepáticas e ECG.

Após tratamento, a glicemia deverá ser avaliada mensalmente por 6 meses.

ANFOTERICINA B

UNID MISTAS e FMTAM, em regime de hospital-dia,

Após exs de: glicemia de jejum, provas funcionais hepática, renal, hemograma, lipidograma, ionograma, EAS de urina e ECG com parecer (para >de 40 anos). Administrar antihistamínico e antitérmicos, VO meia hora antes da aplicação da medicação.

DOSE e VIA DE ADM – Diluir o frasco liof. em 10ml de água destilada e daí retirar o prescrito. Iniciar com 0,5mg /Kg de peso/dia e aumentar até 1mg/Kg, sem ultrapassar a dose total de 50mg por infusão.

Ressuspender a dose prescrita em 400ml de soro glicosado a 5%, associar 100mg de Hidrocortisona e Antitérmico à infusão. Aplicar EV, 15-20 gotas por min, frasco com equipo em Y, protegidos da luz. Infundir por 4 a 6h.com intervalos de 48h entre as infusões.

LC – dose total cumulativa de 1 a 1,5g.

LM – dose total cumulativa de 2,5 a 3g.

LV – semelhante para a LM.

CUIDADOS LOCAIS DE HIGIENE – lavar as LC com sabão neutro e irrigar as LM com solução fisiológica.

EFEITOS ADVERSOS: febre, cefaléia, náuseas, anorexia, tremores, calafrios, febrilidade, cianose, hipotensão, hipomagnesemia, hipopotassaemia, alterações na função renal e no comportamento.

CONTRA-INDICAÇÕES: cardiopatas, hepatopatas e especialmente nefropatas.

RECOMENDAÇÕES: monitorar semanalmente: enzimas hepáticas, funções renais e potássio sérico.

SEGUIMENTO – mensal / 3 meses entre e após séries. ALTA – lesões cicatrizadas na LTA e melhora ou desaparecimento dos sinais e sintomas, ganho ponderal e ou negatificação parasitológica na LVA.

CONTROLE APÓS ALTA: persistência da cicatrização na LTA e ex parasitológico após punção-biopsia de medula óssea aos 3, 6 e 12 meses, na LV.

Não responsivo a PENTAMIDINA → ANFOTERICINA B

Não responsivo à ANFOTERICINA B → ANFOTERICINA B lipossomal ou esquemas alternativos - FMTAM.

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE RIBEIRINHOS COM LEISHMANIOSE CUTÂNEA

Pesquisador: David Lopes Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51297815.8.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.366.477

Apresentação do Projeto:

No Estado do Amazonas, a frequência da leishmaniose cutânea é observada, notadamente, nos municípios com projeções para assentamentos e com histórico de territorialização, uma vez que os agentes de transmissão da enfermidade ocorrem por meio da ação dos flebotomíneos e de animais silvestres, no momento em que o homem invade seu habitat. O estudo tem por objetivo compreender as práticas de cuidado de enfermagem e de autocuidado para leishmaniose cutânea entre ribeirinhos da área rural do Município de Nova Olinda do Norte – AM à luz da Teoria do Autocuidado de Orem. Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2001). O estudo será realizado no município de Nova Olinda do Norte-AM. Os sujeitos da pesquisa serão 10 comunitários acometidos por leishmaniose cutânea no período de 2012-2014. Os dados serão coletados por meio de entrevista nos meses de janeiro a março de 2016 e organizados e analisados por Análise de Conteúdo.

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM associado a Universidade Estadual do Pará - UEPA, como requisito para a qualificação do Mestrado em Enfermagem de Gisele Reis Dias.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 1.366.477

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as práticas de cuidado de enfermagem e de autocuidado para leishmaniose cutânea entre ribeirinhos da área rural do Município de Nova Olinda do Norte – AM à luz da Teoria do Autocuidado de Orem.

Objetivo Secundário:

- Identificar as práticas de autocuidado com leishmaniose cutânea de pessoas residentes em área rural ribeirinha;
- Categorizar os desvios de saúde e os déficits de autocuidado de pessoas diagnosticadas com leishmaniose cutânea, residentes em área rural ribeirinha.
- Interpretar as práticas de cuidado de enfermagem a pessoas acometidas por leishmaniose cutânea, residentes em área rural ribeirinha.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos serão mínimos, uma vez a efetivação do estudo será realizada por meio de conversação, o que no máximo despertará constrangimento, nervosismo ou emoções para o entrevistado. Porém caso isso ocorra, o entrevistador interromperá imediatamente a entrevista e solicitará apoio à equipe de saúde mais próxima.

Benefícios: O estudo possibilitará enriquecer o conhecimento científico no que diz respeito a ações realizadas por ribeirinhos diante do diagnóstico da leishmaniose cutânea, bem como identificar suas condutas voltadas ao autocuidado diante da enfermidade, subsidiando assim novas estratégias de cuidados para residentes às margens dos rios do Município de Nova Olinda do Norte - AM. Para os enfermeiros que atuam em áreas rurais, o estudo subsidiará na sistematização da assistência de enfermagem, contribuindo com informações desde a consulta de enfermagem até o planejamento de assistência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2001). O estudo será realizado no município de Nova Olinda do Norte-AM (Figura 5), situado a 126 km² da capital Manaus. Atualmente o Município de Nova Olinda do Norte – AM conta com um total de 86 (oitenta e seis) comunidades ribeirinhas, sendo 26 (vinte e seis) localizadas no Rio Curupira, 12 (doze) Rio Madeira, 04 (quatro) Paraná do Canumã, 06 (seis) Rio Abacaxi, 03 (três) Rio

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: oep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 1.366.477

Paracuni, 03 (três) Rio Arari e 32 (Trinta e duas) Rio Urariá. Por se tratar de um quantitativo expressivo de comunidades no Município a realização da coleta de dados será indicada através da Ficha de Notificação da Leishmaniose registrada na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde e no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do período de 2012 a 2014, o qual guiará a pesquisadora até as residências dos usuários selecionados, uma vez que os casos de leishmaniose cutânea não se concentram em uma única área ou comunidade. **SUJEITOS DA PESQUISA** Os sujeitos da pesquisa serão 10 (dez) pessoas diagnosticadas com Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte-AM e no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2012-2014. Optou-se pelo triênio 2012-2014 por considerar os registros presentes na base de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte-AM, disponíveis para a identificação dos sujeitos e seus respectivos endereços de residência. **INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:** O estudo será realizado por meio da técnica de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão realizadas face-a-face entre a pesquisadora e o comunitário selecionado para a pesquisa, terá duração média de uma (01) hora, sendo conduzida por meio de um instrumento do tipo roteiro de entrevista (Apêndice D) com um item de caracterização dos sujeitos e outro com três perguntas abertas, que serão gravadas com um aparelho gravador digital e transcritas na íntegra para um editor de texto. A coleta de dados dar-se-á nos meses de janeiro a março de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: Preenchida de maneira ADEQUADA. O Prof. Doutor David Lopes Neto assina como pesquisador Responsável e a Dra. Noeli Neves Toledo, Diretora da EEM assina representando a instituição proponente.
- 2) Orçamento: R\$ 7.472,00 - Próprio
- 3) Cronograma: início em 11/11/2015; coleta de dados 15/01/2016 18/03/2016; término 29/08/2016.
- 4) TCLE: Adequado.
- 5) Instrumento para coleta de dados: apresentado e adequado.
- 6) Termo de anuência do secretário de Saúde do Município de Nova Olinda do Norte

Recomendações:

Endereço: Rua Teresina, 4950		
Bairro: Adrianópolis		CEP: 69.057-070
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



Continuação do Parecer: 1.368.477

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa na área da saúde, envolvendo seres humanos, fora das áreas temáticas especiais. O protocolo está completo e atende a Resolução 466/12 do CNS. Diante do exposto somos pela APROVAÇÃO. Salvo melhor juízo é o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_624857.pdf	11/12/2015 02:29:46		Aceito
Outros	TCLE_Gisele_corrigido.pdf	11/12/2015 02:28:38	David Lopes Neto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16/11/2015 15:26:09	David Lopes Neto	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	11/11/2015 22:20:53	David Lopes Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gisele.pdf	11/11/2015 22:20:08	David Lopes Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Gisele_Reis_Final.pdf	11/11/2015 22:19:50	David Lopes Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 14 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br