

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

TIAGO ROSA PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
PACIENTES PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAL
EDUCATIVO AUDIOVISUAL SOBRE AS DOENÇAS
INFECCIOSAS GRANULOMATOSAS DAS VIAS
AÉREO-DIGESTIVAS SUPERIORES**

Rio de Janeiro

2015

DISSERTAÇÃO MPCDI – INI

T.R. PEREIRA 2015

**CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
PACIENTES PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAL
EDUCATIVO AUDIOVISUAL SOBRE AS DOENÇAS
INFECCIOSAS GRANULOMATOSAS DAS VIAS
AÉREO-DIGESTIVAS SUPERIORES**

TIAGO ROSA PEREIRA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação de Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ), para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadoras: Prof^ª. Dra. Cláudia Maria Valete Rosalino
Prof^ª. Dra. Dinair Leal da Hora

Rio de Janeiro

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

P436 Pereira, Tiago Rosa

Contribuição dos profissionais de saúde e pacientes para a elaboração de material educativo audiovisual sobre as doenças infecciosas granulomatosas das vias aéreo-digestivas superiores / Tiago Rosa Pereira. – Rio de Janeiro, 2015.

xiii, 51 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2015.

Bibliografia: f. 37-45

1. Educação em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Doenças infecciosas. 4. Vídeo em saúde. I. Título

CDD 616.90407

TIAGO ROSA PEREIRA

**CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES
PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL
SOBRE AS DOENÇAS INFECCIOSAS GRANULOMATOSAS DAS VIAS
AÉREO-DIGESTIVAS SUPERIORES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação de Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para obtenção do grau de Mestre em Ciências

Orientadoras: Prof^ª. Dra. Cláudia Maria Valete Rosalino

Prof^ª. Dra. Dianir Leal da Hora

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Claudia Teresa Vieira de Souza (Presidente e Revisora)

INI/FIOCRUZ

Prof^ª. Dra. Ana Cristina da Costa Martins

INI/FIOCRUZ

Prof^ª. Dra. Carla Luzia França Araújo

EEAN/UFRJ

Dra. Mariana Reuter Palmeiro (Suplente)

INI/FIOCRUZ

Aos meus pais pela dedicação, amor e carinho.
A Deus pela sabedoria e o dom da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e sabedoria para conseguir realizar este sonho. Sem sua vontade nada disto seria possível.

Aos meus pais por todo amor, oração, preocupação e dedicação. Sei o quanto abdicaram de muitas coisas para poder me proporcionar o melhor, em especial o estudo, e se eu não tivesse todo esse carinho, não conseguiria chegar até esta etapa tão sonhada.

Aos meus irmãos Douglas, Uelington e Rafael por acreditarem sempre no meu potencial. Vocês são as minhas maiores referências.

Aos meus amigos pelo apoio nos momentos de estresse e cansaço. Obrigado pela torcida e pelos abraços confortantes nas horas que mais precisei.

A toda equipe dos ambulatórios do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), em particular aos ambulatórios de otorrinolaringologia e fonoaudiologia, que a todo o momento dividiam seus conhecimentos que foram enriquecedores para o meu crescimento profissional.

À secretária Priscilla, por sempre me ajudar nas inscrições de disciplinas, auxílio viagem, pedido de declarações e validação de créditos. Muito obrigado pela paciência e pelo carinho. E as secretárias Michele e Rosana por estarem sempre disponíveis a ajudar. Sem vocês não teria conseguido concluir etapas deste trabalho.

A todos os colegas de turma do curso de mestrado, em especial os alunos do edital Pró-Ensino, por compartilharem comigo alegrias, tristezas, angústias e conhecimentos. Vocês tornaram esta caminhada mais leve e divertida. Obrigado por tudo!

As minhas orientadoras, Dra. Cláudia Valete e Dra. Dinair Leal da Hora, pela parceria e dedicação neste projeto. Todos os momentos compartilhados foram especiais, pois pude adquirir não só conhecimentos científicos, mas também aprendizados como: respeito, comprometimento e amor ao trabalho. Obrigado pelo acolhimento e por acreditarem na minha capacidade. Sempre serei grato a vocês.

A realização desta pesquisa só foi possível devido ao apoio do INI, em especial a Pós-Graduação de Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pelo espaço cedido.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung).

Pereira, T R. **Contribuição dos Profissionais de Saúde e Pacientes para a Elaboração de Material Educativo Audiovisual sobre as Doenças Infecciosas Granulomatosas das Vias Aéreo-Digestivas Superiores**. Rio de Janeiro, 2015. 64f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

RESUMO

Introdução: As doenças infecciosas granulomatosas (DIG) podem acometer as vias aéreo-digestivas superiores (VADS), causando lesões de aspecto granulomatoso e/ou ulcerado e, por vezes, com erosão parcial ou total das estruturas anatômicas atingidas. No Brasil, as DIG das VADS de maior incidência são a leishmaniose, a tuberculose e a paracoccidioidomicose. A falta de conhecimento da população sobre as DIG das VADS mostra a necessidade de implementar programas que possam ajudar na promoção da saúde dos indivíduos. **Objetivo:** Identificar os principais conteúdos das DIG das VADS que devem ser contemplados em um material educativo audiovisual para a população. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas e com 15 pacientes com DIG das VADS deste mesmo Instituto. Utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para a análise das entrevistas. Foram gerados 4 DSCs para o grupo de profissionais e 3 para o grupo de pacientes: forma e os conteúdos necessários para um vídeo educativo; a importância desta ferramenta na promoção da saúde; principais dúvidas dos pacientes em relação as DIG das VADS; importância da equipe multiprofissional no tratamento e reabilitação dessas doenças. **Resultados:** Participaram da pesquisa 15 profissionais da equipe multiprofissional, composta por 10 pessoas do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com idade entre 24 a 67 anos, sendo a maioria doutores e mestres em fase de doutoramento e com experiência no atendimento das três doenças estudadas no presente estudo; e 15 pacientes com DIG das VADS composta por 2 pessoas do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade entre 17 a 81 anos, a maioria com ensino fundamental incompleto, sendo 6 com diagnóstico de leishmaniose, 4 de tuberculose e 5 de paracoccidioidomicose. Através do DSC dos profissionais foi observado a valorização do vídeo educativo para promoção da saúde por ser um material esclarecedor, que contempla todo segmento social, e possibilita levar informação a um número elevado de pessoas. No DSC dos pacientes foi observado que estes dão grande importância ao vídeo por considerarem que ele permite tirar dúvidas sobre suas doenças. Em ambos os DSCs o conteúdo de um vídeo deve contemplar os seguintes assuntos: transmissão, sinais e sintomas, tratamento, prevenção e centros de referência e a apresentação do mesmo deve ser curta, com vocabulário simples e bem ilustrativo (uso de imagens e legendas). **Considerações finais:** A ferramenta audiovisual é um recurso que pode favorecer a população a entender melhor o processo de saúde-doença e a procurar mais precocemente os caminhos para o diagnóstico e tratamento. Este estudo percebeu a importância de desenvolver iniciativas no campo da educação e prevenção sobre as DIG das VADS, que enfatize os conteúdos voltados para retirada das principais dúvidas dos pacientes, através de um material bem elaborado e que abrace a toda população alvo, como por exemplo, um vídeo.

Palavras-chave: 1. Educação em Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Doenças Infecciosas. 4. Vídeo em Saúde.

Pereira, T R. **Contribution of Health Professionals and Patients for Development of Audiovisual Educational Material on Granulomatous Infectious Diseases of Upper Aerodigestive Tract**. Rio de Janeiro, 2015. 64p. Master [Science dissertation in Clinic Research in Infectious Diseases] – National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas.

ABSTRACT

Introduction: The granulomatous infectious diseases (GID) can affect the upper aerodigestive tract (UADT), causing lesions with granulomatous and/or ulcerated aspect and sometimes with partial or total erosion of the affected anatomical structures. In Brazil, the GID of the UADT with higher incidence are leishmaniasis, tuberculosis and paracoccidioidomycosis. The lack of knowledge by population about the GID of UADT shows the need to implement programs that can help promote the health of individuals. **Objective:** To identify the main contents of GID of the UADT to be met in an audiovisual educational material for population. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 15 professionals from the National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas and 15 patients with GID of the UADT from this same Institute. The Speech of Collective Subject (SCS) was used for the analysis of interviews. 4 SCS were generated for the group of professionals and 3 others for the group of patients: form and content necessary for an educational video; the importance of this tool in health promotion; main concerns of patients regarding the GID of UADT; importance of the multidisciplinary team in the treatment and rehabilitation of these diseases. **Results:** As participants, there were 15 professionals of the multidisciplinary team, consisting of 10 females and 5 males, aged 24-67 years, in majority doctors and teachers in doctoral stage and experienced in the care of the three studied diseases in the present study; and 15 patients with GID of the UADT consisting of 2 females and 13 males, aged 17-81 years, most of them with incomplete primary education, 6 diagnosed with leishmaniasis, 4 with tuberculosis and 5 with paracoccidioidomycosis. Through the SCS from the group of professionals, it was observed the valuation of the educational video for health promotion, since it is considered to be a clarifying material, contemplating all social segment, and allows delivering information to a large number of people. Additionally through the SCS from patients group, it was observed they give great importance to the video as they consider that allows clearing up the questions concerning their diseases. In both SCS, the content of a video should address the following subjects: transmission, signs and symptoms, treatment, prevention and referral centers; its own presentation should be short, with simple vocabulary and quite illustrative (using images and captions). **Final Thoughts:** The audiovisual tool is a resource that can foster a better understanding of the health and illness process by people as well as to earlier seek ways to diagnosis and treatment. This study noticed the importance of developing initiatives in the field of education and prevention on the GID of UADT, which emphasizes contents designed for removing the main concerns from patients, through a well elaborated material that embraces the entire target population, such as a video can do.

Key-words: 1. Health Education. 2. Health Promotion. 3. Infectious Diseases. 4. Health Video.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1-** Fêmea de flebotomíneo ingurgitada (Foto ampliada). 2
- Figura 2-** Leishmaniose Mucosa: (A) Lesão em cavidade nasal; (B) Lesão em laringe; (C) Lesão em orofaringe e úvula. 3
- Figura 3-** Tuberculose Laríngea. Irregularidade em bordas livres de pregas vocais. 6
- Figura 4-** Lesão de Paracoccidioidomicose laríngea com aspecto vegetante em banda ventricular direita, face laríngea da epiglote. Destruição da epiglote. (A) Pregas vocais em adução e (B) Pregas Vocais em abdução. 8

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Caracterização de 15 profissionais entrevistados atuantes no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas granulomatosas quanto à idade, sexo, profissão, doença de atuação e formação acadêmica máxima - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015	22
Quadro 2-	Caracterização de 15 pacientes entrevistados com doenças infecciosas granulomatosas segundo idade, sexo, doença, tempo de diagnóstico e escolaridade - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015	23
Quadro 3-	Quadro esquemático do discurso do sujeito coletivo de 15 profissionais atuantes no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas granulomatosas - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015	24
Quadro 4-	Quadro esquemático do discurso do sujeito coletivo de 15 pacientes com doenças infecciosas granulomatosas - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM	Antimoniato de Meglumina
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIG	Doenças Infecciosas Granulomatosas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
E	Etambutol
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
H	Isoniazida
IDRM	Intradermorreação de Montenegro
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Kg	Quilogramas
LC	Leishmaniose Cutânea
LM	Leishmaniose Mucosa
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCM	Paracoccidioidomicose
PCR	Reação em Cadeia de Polimerase
R	Rifampicina
Sb ⁺⁵	Antimonial pentavalente
SUS	Sistema Único de Saúde

TB	Tuberculose
TBL	Tuberculose Laríngea
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VADS	Vias Aéreo-Digestivas Superiores
Z	Pirazinamida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	2
2.1. AS DOENÇAS INFECCIOSAS GRANULOMATOSAS	2
2.1.1. Leishmaniose tegumentar americana	2
2.1.2. Tuberculose	5
2.1.3. Paracoccidiodomicose	7
2.2. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO MATERIAL AUDIOVISUAL COMO RECURSO DE ENSINO DE CIÊNCIA.....	9
3. JUSTIFICATIVA	14
4. OBJETIVOS	16
4.1. OBJETIVO GERAL	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5. METODOLOGIA	17
5.1. DESENHO DA PESQUISA	17
5.2. CASUÍSTICA	17
5.3. MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS	18
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
8. REFERÊNCIAS	37

APÊNDICES

APÊNDICE A- Roteiro Preliminar de Entrevista Semiestruturada para Profissionais.....	47
APÊNDICE B- Roteiro Preliminar de Entrevista Semiestruturada para Pacientes.....	48
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
APÊNDICE D- Termo de Compromisso e Responsabilidade.....	51

1. INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas granulomatosas (DIG) podem acometer as vias aéreo-digestivas superiores (VADS) causando lesões de aspecto granulomatoso e/ou ulcerado com erosão parcial ou total das estruturas anatômicas atingidas. Estas doenças são frequentes em algumas regiões do Brasil, sendo a leishmaniose tegumentar americana (LTA), a tuberculose (TB) e a paracoccidioidomicose (PCM), as DIG das VADS mais ocorrentes no país (Silva et al., 2008).

Em média nos últimos cinco anos são registrados no Brasil cerca de 21.000 casos/ano de LTA, com coeficiente de incidência de 11,3 casos/100.000 habitantes. O maior coeficiente encontra-se na região Norte (54,4 casos/100.000 habitantes), seguida das regiões Centro-Oeste (22,9 casos/10.000 habitantes) e Nordeste (14,2 casos/100.000 habitantes) (Brasil, 2014a).

A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos de TB e 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (Brasil, 2014b).

Em relação à PCM acredita-se que a incidência anual em zonas rurais endêmicas varie de 3-4 novos casos/1.000.000 habitantes até 1-3 novos casos/100.000 habitantes (Shikanai-Yasuda et al., 2006).

Pela maioria dos indivíduos com DIG viverem em um meio social pobre e conseqüentemente com estado nutricional deficitário, com aglomeração domiciliar e presença de doenças concomitantes, a disseminação desses tipos de doenças é favorecida. (Fornazieri et al., 2008).

Na revisão de literatura serão abordados as DIGs e os programas de promoção da saúde com ênfase no material audiovisual como recurso de ensino de ciência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. AS DOENÇAS INFECCIOSAS GRANULOMATOSAS

2.1.1. Leishmaniose tegumentar americana

A LTA é uma das afecções dermatológicas que merece atenção no Brasil, devido à sua magnitude pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, com envolvimento psicológico e com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. A LTA ocorre em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, entretanto na média do país, predominam os maiores de 10 anos (90%) e o sexo masculino (74%). (Brasil, 2010a).

A LTA pode ser caracterizada por uma doença focal, em que as características de instalação e manutenção de seu ciclo de transmissão são específicas a um determinado local de ocorrência (Gouveia, 2008). É causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e transmitida através da picada do flebotomíneo fêmea infectado (figura 1) que, dependendo da localização geográfica, são popularmente conhecidos como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros (Brasil, 2010a; Brasil, 2010b).



Figura 1. Fêmea de flebotomíneo ingurgitada (Foto ampliada). Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2010a, p. 22)

A LTA é uma doença infecciosa, não contagiosa que acomete pele e mucosas. Ela se manifesta sob duas formas clínicas nos seres humanos: leishmaniose cutânea (LC) e leishmaniose mucosa (LM), também conhecida como mucocutânea (Brasil, 2010a).

A LC tem por característica pápulas, que evoluem para úlceras com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, que podem ser únicas ou múltiplas, porém indolores. Também pode manifestar-se como placas verrucosas, nodulares, papulosas, localizadas ou difusas (Brasil, 2010b). A LM é habitualmente secundária à lesão cutânea. Acredita-se que a propagação da lesão mucosa ocorra por via linfática ou hematogênica. As evidências sugerem que 90% dos pacientes com LC que evoluem para LM apresentam lesões mucosas dentro de 10 anos, sendo que destes pacientes 50% apresentam evolução nos primeiros dois anos após a cicatrização das lesões cutâneas. Seu acometimento é mais frequente no sexo masculino e em faixas etárias usualmente mais altas do que a LC, provavelmente devido ao seu caráter de complicação secundária (Brasil, 2010a). As mucosas frequentemente afetadas são a nasal, em seguida, de oral, faríngea e laríngea (figura 2) (Lessa et al., 2007) e, conseqüentemente, os sintomas geralmente relatados pelos pacientes são obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse (Brasil, 2010a).

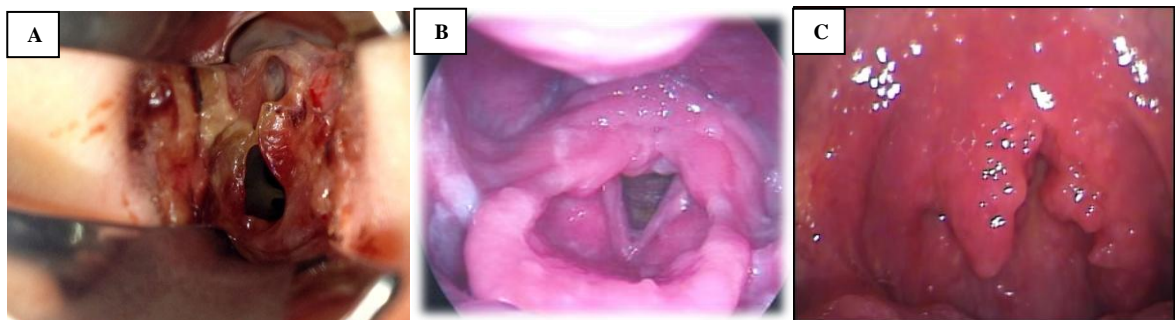


Figura 2. Leishmaniose Mucosa (A) Lesão em cavidade nasal; (B) Lesão em laringe; (C) Lesão em orofaringe e úvula. Fonte: Laboratório de Pesquisa Clínica e Vigilância em Leishmanioses- INI-FIOCRUZ, 2015

A boca geralmente tem lesões em associação com o acometimento nasal, mas é possível encontrar uma ou mais lesões apenas na mucosa oral, frequentemente no lábio e palato, embora já tenham sido identificadas lesões na úvula, gengiva, tonsilas e língua com sintomatologia dolorosa, disfagia e odinofagia (Aliaga et al., 2003; Lessa et al., 2007). Além disso, a presença de lesão oral tem sido associada a piores resultados terapêuticos, devido ao seu maior tempo de cicatrização, maior frequência de recidiva e menor frequência de conclusão de tratamento e cura, em relação às outras lesões mucosas (Costa et al., 2014).

Apesar da orelha habitualmente não ser afetada na LM, também pode-se encontrar alterações da orelha média decorrentes do comprometimento da mucosa nasal, ocasionando otite média serosa e disacusia (Braga et al., 2012). Acredita-se que as lesões mucosas, quando

não tratadas, sejam progressivas, embora existam poucos relatos de possíveis curas espontâneas destas lesões (Marsden et al., 1986; Paredes e Barrios, 2011).

Em razão da agressão tecidual ocasionada por esta doença pode-se ocorrer comprometimento total de nariz, como também lesões de lábio superior, palato e faringe, dificultando o processo de deglutição, respiração e fonação. (Lessa et al., 2007). A ocorrência de perturbações de qualidade vocal em pacientes com LM é frequente, mesmo nos casos de ausência de lesões laríngeas. Esta alteração ocorre provavelmente pelo comprometimento nas estruturas de ressonância (cavidades nasal, oral, faríngea e laríngea) ou por mecanismos de compensação causados pela presença de lesões nas vias aéreo-digestivas superiores (Ruas et al., 2014).

O diagnóstico da LTA é efetuado com base em evidências clínicas e epidemiológicas, devendo a sua investigação diagnóstica conter os exames parasitológicos, imunológicos e moleculares. A demonstração do parasito é feita por meio de: exame parasitológico direto em esfregaço de raspado da borda da lesão, ou no *imprint* feito com o fragmento da biópsia; exame histopatológico ou isolamento em cultura (Brasil, 2010b). Os exames imunológicos utilizados podem-se citar: o teste intradérmico-Intradermorreação de Montenegro (IDRM), geralmente com resposta forte positiva; e os testes sorológicos que visam detectar anticorpos anti-*Leishmania* circulantes no sangue periférico dos pacientes. Por fim os exames moleculares, sendo o método de Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) amplamente utilizado para fins de pesquisa (Brasil, 2010a) e que permite identificar o DNA do parasito (Gontijo e Carvalho, 2003). A utilização de exames otorrinolaringológicos para a investigação das mucosas, como a videolaringoscopia e a videoendoscopia nasal, permite observar os detalhes das possíveis lesões de LTA (Meirelles, 2010), possibilitando ainda mais a precisão diagnóstica.

Para o tratamento das leishmanioses os fármacos de primeira escolha são os antimoniais pentavalentes (Sb^{+5}). O antimoniato de meglumina (AM) é utilizado nos pacientes de LC com dosagem de 10-20mg Sb^{+5} /Kg/dia durante 20 dias e na LM com doses de 20mg Sb^{+5} /Kg/dia por 30 dias. Deve-se respeitar em ambos os casos o limite máximo de 03 ampolas diárias. Não havendo cicatrização completa após 12 semanas, o esquema terapêutico deve ser repetido apenas uma vez (Brasil, 2010a; Brasil, 2011a). Este medicamento pode causar vários efeitos adversos como: artralgia, mialgia, anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, pancreatite, prurido, febre, fraqueza, cefaleia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, edema etc. Vale ressaltar que as queixas são geralmente discretas ou moderadas,

sendo raramente necessária a suspensão do tratamento. Entretanto, a dose de 20mg Sb⁵⁺/kg/dia pode atingir seu limiar de toxicidade, ocasionando alterações cardíacas, renais ou pancreáticas, o que obriga a suspensão do tratamento (Brasil, 2010a).

Um esquema alternativo com baixas doses de AM com 5 mg Sb⁵⁺/ Kg/dia por 30 dias, com limite máximo de 120 dias, vem sendo utilizado nos ambulatórios do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-Fiocruz) e tem mostrado tanta eficácia quanto o preconizado pelo Ministério da Saúde, no entanto com menos efeitos adversos nos pacientes com LM (Terceiro, 2014). Havendo insucesso terapêutico com o AM, é recomendado como segunda opção o uso de anfotericina B e as pentamidinas (Brasil, 2010a; Brasil, 2010b; Brasil, 2011a).

O critério de cura é clínico sendo indicado o acompanhamento regular por 12 meses. Na LC é definida pelas epitelização das lesões ulceradas, regressão total da infiltração e eritema, até três meses após a conclusão do esquema terapêutico. Já na LM pela regressão de todos os sinais e comprovado pelo exame otorrinolaringológico, até seis meses após o fim do tratamento (Brasil, 2010a).

2.1.2. Tuberculose

A TB é considerada uma das mais antigas doenças infecciosas, sendo causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Embora seja prevenível e com tratamento medicamentoso de alta eficácia e baixo custo, constitui ainda um importante problema de saúde pública mundial, em especial nos países em desenvolvimento (Paixão e Gontijo, 2007; Brasil, 2011b). A utilização inadequada de tecnologias para o diagnóstico, tratamento e prevenção, a dificuldade ao acesso em serviços de qualidade, a multirresistência da bactéria e o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), resultaram em um novo aumento da incidência dessa doença (Lonnroth et al., 2010).

A TB é transmitida predominantemente por via aérea com acometimento prioritário dos pulmões, mas podendo atingir qualquer outro órgão e sistema do corpo (Brasil, 2011b).

A TB apresenta manifestações em cabeça e pescoço em quase 10% dos casos extrapulmonares da doença (Jorge et al., 2013). A frequência de manifestações em orelha média e externa, tonsilas, linfonodos cervicais, faringe, cavidade oral e glândulas salivares são relativamente baixas, em comparação a laringe, órgão mais afetado nesta região, sendo a tuberculose laríngea (TBL) a mais frequente doença granulomatosa da laringe (Morales et al.,

2006). A TBL é usualmente secundária e ou concomitante à TB pulmonar, porém estudos já apontam para uma prevalência de até 20% de TBL isolada (Porrás et al., 2002). Os locais mais comuns de acometimento são: pregas vocais (50% a 70%) (figura 3); pregas vestibulares (40% a 50%); epiglote, pregas ariepiglóticas, região interaritenóidea etc (10% a 15%) (Garcia et al., 2004).

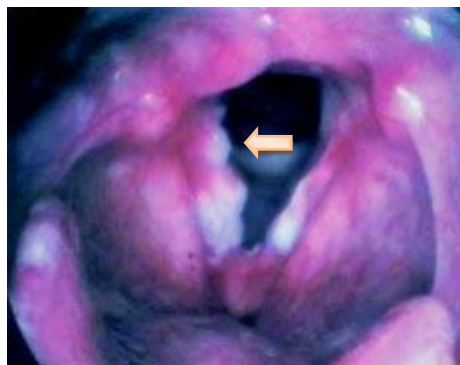


Figura 3. Tuberculose Laríngea. Irregularidade em bordas livres de pregas vocais. Fonte: Garcia RID et al. (2004, p. 257)

Em relação aos sintomas, a disfonia é a manifestação mais frequente nas TBL (Ruas e Souza, 2005), seguida da odinofagia, disfagia, odinofonia, tosse e hemoptise. Pode ocorrer dispneia devido a edema ou granulomas com obstrução da luz da laringe (Porrás et al., 2002; Ozudogru et al., 2005; Smulders et al., 2009). A disfonia permanece presente em 84,2% dos pacientes após o tratamento medicamentoso de TBL e pode ser reabilitada com fonoterapia (Ruas et al., 2010).

Nas invasões de nasofaringe são encontrados linfadenopatia cervical, seguido pela obstrução nasal, ronco, otite, rinorréia serosa, perda de audição, zumbido e otalgia (Martinez, 1996).

As técnicas laboratoriais para o diagnóstico da TB incluem os exames histopatológicos com coloração de Ziehl-Neelsen para bacilos álcool-acidorresistentes e a identificação do *M. tuberculosis* através de cultura ou PCR. Também são utilizados os diagnósticos clínico-epidemiológico, radiológico (permite identificar pessoas portadoras de imagens sugestivas de TB ou de outras doenças) e de prova tuberculínica (inoculação intradérmica de um derivado protéico do *M. tuberculosis* que mede a resposta imune celular a estes antígenos) (Brasil 2011b; Jorge et al., 2013).

O tratamento da TB é feito em regime ambulatorial no serviço de saúde mais próximo à residência do doente. No Brasil, os medicamentos usados nos esquemas padronizados são a

rifampicina (R), a isoniazida (H), a pirazinamida (Z) e o etambutol (E). Para os adultos e adolescentes (> 10 anos de idade) é recomendado na primeira fase do tratamento o uso de Rifampicina (150 mg), Isoniazida (75 mg), Pirazinamida (400mg) e Etambutol (275 mg) durante dois meses, seguidos de Rifampicina (150 mg) e Isoniazida (75 mg) durante quatro meses, mantendo dessa forma o regime de curta duração de 6 meses de tratamento. Já para crianças (< 10 anos de idade) recomenda-se a utilização de 3 fármacos na 1ª fase (RHZ) e 2 fármacos (RH) na 2ª fase (variando a dosagem de acordo com o peso do doente). Apenas nos casos de tuberculose meningoencefálica a duração do tratamento consiste em doses fixas combinadas por 9 meses. Para os adultos e adolescentes recomenda-se 2 meses de RHZE seguidos de 7 meses de RH e para as crianças (< 10 anos de idade) 2 meses de RHZ e 7 meses de RH (em todas as faixa etárias as dosagens variam conforme o peso do paciente) (Brasil, 2010b).

As reações adversas mais frequentes do tratamento da TB são: mudança da coloração da urina (100%), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%). No entanto, podem ocorrer reações adversas mais graves que normalmente causam a suspensão medicamentosa (Brasil, 2011b).

O tratamento da TB tem duração mínima de seis meses e nesse período o vínculo entre profissional de saúde e usuário é fundamental para que haja adesão do paciente. Informação sobre a doença, duração do tratamento, a importância da regularidade no uso dos medicamentos, as graves consequências advindas da interrupção ou do abandono são fundamentais para o sucesso terapêutico (Brasil, 2011b; Brasil, 2014b).

A cura do paciente com TB é assegurada desde que este seja sensível aos medicamentos antituberculose, obedeça aos princípios básicos da terapia medicamentosa (associação medicamentosa adequada, doses corretas e uso por tempo suficiente) e haja adequada operacionalização do tratamento (Brasil, 2014b).

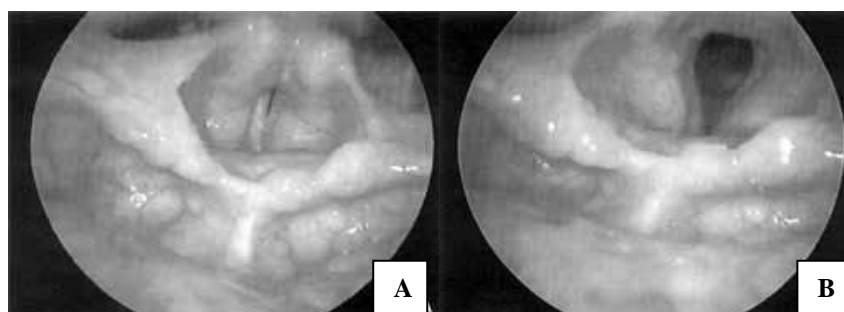
2.1.3. Paracoccidioidomicose

A PCM é a infecção fúngica sistêmica de maior prevalência na América Latina, também conhecida como doença de Lutz ou blastomicose sul-americana, sendo causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis* (*P. brasiliensis*) (Capone et al., 2010; Marques 2012).

A PCM representa um importante problema de saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante e por provocar mortes prematuras (Wanke e Aidê, 2009). A incidência da doença é maior entre os homens (10-15 homens para 1 mulher) e na faixa etária de 30-50 anos, sobretudo nos indivíduos que vivem em zonas rurais e que trabalham na lavoura, em contato prolongado com o solo (Brummer, Castaneda e Restrepo, 1993; Paniago et al., 2003).

O *Paracoccidioides brasiliensis* vive em solos férteis, úmidos, com abundante vegetação. O homem se contamina ao inalar pequenos fragmentos de hifas ou conídios, durante suas atividades diárias no trabalho com a terra. Dependendo da quantidade de conídios inalados, do tempo de exposição e das condições imunológicas do indivíduo haverá ou não a instalação da doença (Wanke e Aidê, 2009 e Capone et al., 2010).

A PCM tem como sítio primário mais frequente o pulmão, tendo lesões da mucosa oral, faringe e laringe resultantes da disseminação hematogênica do foco primário pulmonar (Bisinelli et al., 2001). As lesões mucosas ocorrem mais comumente em lábios, gengiva, língua, mucosa jugal, palato, úvula, pilares amigdalianos, soalho da boca, nariz e laringe (Bastos et al., 2001). Comumente pacientes referem sintomas de salivação abundante, sensação dolorosa à deglutição, rouquidão, falta de ar (Palheta-Neto et al., 2003) e comprometimentos do estado geral tais como: anemia, fraqueza, emagrecimento, cefaleia, inapetência e febre (Souza et al., 2002). Quando há comprometimento laríngeo (figura 4), este acomete principalmente as pregas vocais, sendo a disфонia a queixa principal, ocasionando diversos graus de disфонia ou mesmo a afonia (Bastos et al. 2001; Bisinelli et al., 2001). A disfagia e odinofagia têm sido associadas a uma redução da ingestão alimentar e consequente emagrecimento, provocando déficit nutricional e aumento no tempo de cura das lesões (Braga, 2014). Sequelas funcionais são frequentes nos pacientes com PCM mesmo com a finalização do tratamento clínico, levando prejuízo na qualidade de vida destes e tornando evidente a necessidade de um atendimento multidisciplinar desta doença (Pereira, 2012).



Figuras 4. Lesão de paracoccidioidomicose laríngeo com aspecto vegetante em banda ventricular direita, face laríngeo da epiglote. Destruição da epiglote. (A) pregas vocais em adução e (B) pregas vocais em abdução. Fonte: Bastos AGD et al. (2001, p.87)

O diagnóstico inicial de PCM é realizado por meio de anamnese direcionada para as diferentes formas clínicas, radiografia de tórax, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, provas de função hepática, avaliação renal e metabólica. No entanto, o diagnóstico considerado padrão ouro é o achado do fungo em espécimes clínicos ou de biópsia tecidual (Shikanai-Yasuda et al., 2006; Wanke e Aidê, 2009).

Para o tratamento da PCM sugere-se como opção terapêutica o itraconazol para as formas leves e moderadas da doença, porém pela não disponibilização do medicamento nas redes públicas, a combinação de sulfametoxazol-trimetoprim é a alternativa mais utilizada na terapêutica ambulatorial desses pacientes. Para as formas graves, os pacientes de PCM devem receber anfotericina B ou associação sulfametoxazol/trimetoprim por via intravenosa (Shikanai-Yasuda et al., 2006).

Os medicamentos utilizados no tratamento do PCM ocasionam diversos efeitos colaterais, tais como: distúrbios digestivos, teratogênico, retenção azotada, febre, calafrios, flebite, reações alérgicas, bradicardia, nefrotoxicidade, hipocalcemia, anemia entre outros (Neto, Pais e Alves, 1998; Wanke e Aidê 2009).

A PCM é uma doença curável, no entanto o sucesso terapêutico depende do antifúngico utilizado, do grau de disseminação das lesões e da capacidade imunológica do paciente (Palmeiro, Cherubini e Yurgel, 2005).

2.2. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE UTILIZANDO MATERIAL AUDIOVISUAL COMO RECURSO DE ENSINO DE CIÊNCIA

A promoção de saúde é uma estratégia defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo essencial ao estabelecimento de políticas públicas que facilitem o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas que procuram melhorar a qualidade de vida e de saúde. Essa ação acredita na necessidade de atividades de educação em saúde (Sicoli e Nascimento, 2003), através da qual constrói-se o conhecimento que possibilita o exercício pleno da cidadania (Schall, 2000).

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas que facilitem as ações voluntárias à saúde. Os significados dos termos a seguir são: **Combinação-** múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas; **Delineada-** diferencia educação de saúde de outros processos que contenham experiências acidentais de

aprendizagem que se mostra como atividade sistematicamente planejada; **Facilitar**- predispor, possibilitar, reforçar e ajudar; **Ação**- são medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para atingir um efeito intencional sobre a própria saúde; e por fim, a **Voluntariedade**- sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações recomendadas e desenvolvidas (Candeias, 1997).

Segundo Pereira e Ramos (2006) o trabalhador não é um recurso e a educação não se reduz ao método. O trabalho em saúde é definido como uma mediação na produção da existência humana, seja para quem o realiza, seja para quem o recebe. A formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para os trabalhadores de saúde, deve ser orientada pela e para a emancipação humana coletiva.

Para Freire (1995, p.75-76), a educação “implica a consciência de mim no mundo, com ele e com os outros, que implica também a nossa capacidade de perceber o mundo, de compreendê-lo”.

Levar informação sobre saúde às comunidades mais carentes e ao público leigo, através de instrumentos tecnológicos, torna o tema mais fascinante. Estas informações deixam os conteúdos mais onipresentes e universais através da TV, computador, telão, telinha. As imagens chegam, sem discriminações, tanto aos letrados ou não letrados. As informações nele contidas são polivalentes, ensinam, discutem, divulgam informações, influenciam, dão voz e vez às pessoas, e salvam vidas. Trabalhar com informação em saúde é trabalhar para a promoção da inclusão social (Moraes, 2008).

Segundo Bruno:

“O sujeito contemporâneo é constantemente informado sobre as causas possíveis das doenças que pode contrair, sobre os alimentos que podem evitar enfermidades futuras, sobre exercícios e hábitos que garantem um corpo belo e saudável [...] Os homens se percebem capacitados de programarem suas vidas com o fim de evitarem virtuais possibilidades de adoecer” (Bruno, 1994, p. 69-82).

Divulgar ciência faz, inegavelmente, parte do rol de estratégias para a formação de um povo crítico e discernente, com opiniões próprias, exercendo ativamente a cidadania (Cabello, Rocque e Sousa, 2010).

A ciência pode procurar outros percursos para recompor a organização cognitiva, aliar seus conteúdos à sua dimensão cultural e aproximar educadores e educandos. Para isso, é

fundamental um novo tipo de combinação de saberes, através de uma reintegração das disciplinas (Oliveira, Rodriguez e Meirelles, 2012).

De acordo com Vieira:

“Quando as pessoas adquirem algum conhecimento científico podem compreender melhor as decisões, o que é fundamental numa sociedade democrática. Caso contrário, poderão se tornar vítimas de demagogos e especialistas” (Vieira, 1999, p. 48).

Para Freire (1979, p.28), “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação”, por entender que “ninguém educa ninguém” e que a educação é um processo contínuo. A “Educação não é um processo de adaptação do homem à sociedade”. O homem só se identifica na sua própria ação, objetivando o tempo, fazendo-se sujeito-história. Deste modo, as relações do homem são reflexivas, consequentes, transcendentais e temporais, fazendo-o ser ele mesmo. A educação precisa, no entanto, dar oportunidade para que os indivíduos sejam eles mesmos. E assim, sujeitando-se a respeitar o outro na sua diversidade e incompletude.

Collins e Benedict (2006) avaliaram a eficácia de um programa educativo de promoção da saúde para idosos e observaram melhoras significativas na qualidade de vida e na saúde dos idosos após o programa. Desta forma, o idoso receberia maiores conhecimentos sobre a sua velhice que o ajudariam a diminuir os fatores negativos percebidos nessa fase da vida.

A educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, o qual oferece experiências que fazem o ser humano capaz de atuar na sociedade (Paschoal, Mantovani e Méier, 2007). Logo, a educação continuada é fundamental para atualizar os conhecimentos, aperfeiçoar as habilidades e integrar as equipes interdisciplinares de saúde (Duran e Cocco, 2003).

Experiências através de jogos ou atividades lúdicas vêm sendo utilizado tanto no trabalho com crianças (Mello, 2005), como adultos, pacientes em processo de tratamento e de reabilitação da saúde (Torres, Hortale e Schall, 2003). Estas experiências confirmam e reforçam o potencial deste tipo de atividade para as oportunidades de trocas e compartilhamento de problemas e soluções, para o estímulo à vida social e ao processo construtivo do educando, de maneira horizontal, interativa e dialógica (Freire, 2000), perspectiva que se mostra bastante efetiva em termos educativos, além de servir como estratégias à educação e à promoção da saúde.

A informação em saúde foi instituída como instrumento de saúde pública desde o início do século XX. No Brasil, a uso de técnicas de propaganda em saúde cresceu em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que tinha a intenção de incentivar a educação sanitária. Na década seguinte, o cinema e o rádio tornaram-se ferramentas de campanhas de saúde, como também da política. Desta forma, deu-se início a utilização das imagens em movimento como meio de informações em saúde (Moraes, 2008). O crescente papel de tecnologias possibilitou a inserção da informática e modalidades afins no apoio à educação em saúde (Santos e Marques 2006; Marin e Cunha 2006).

A entrada da linguagem audiovisual na educação em saúde, mais especificamente, na elaboração de materiais didáticos e de informação, vem sendo usada há anos por várias escolas, cursos, hospitais e ambulatórios.

A linguagem audiovisual traz para o processo ensino/aprendizagem a estrutura narrativa da TV e do cinema, práticas familiares às sociedades, possibilitando o aumento de discussões no âmbito dos processos de criação e estimulam a cognição analítica e reflexiva, que ajuda na formação para o exercício crítico e consciente da cidadania (Schincariol, 2011).

O uso de materiais educativos em formato de vídeos legendados e narrados com informações sobre as doenças infecciosas, ocorrência de transmissão, sintomas e seus principais acometimentos não são comuns em hospitais e ambulatórios públicos.

Luz et al (2003) realizaram um estudo em que avaliaram os vídeos educativos sobre leishmaniose disponíveis nos serviços de saúde do Brasil e observaram que estes eram escassos, de baixa qualidade e com limitações que comprometiam a informação. A necessidade de vídeos mais adequados sobre esta doença, também foi pontuada por Pimenta, Leandro e Schall (2007), que acreditam na contribuição dos estudos interdisciplinares e no auxílio da antropologia visual e da saúde para a maior compreensão a respeito da produção audiovisual nos materiais sobre leishmaniose.

Neves, Rolla e Souza (2010), através de entrevistas com pacientes tuberculosos, fizeram um levantamento que identificou as necessidades dos mesmos obterem informações sobre sua doença, seu tratamento e o conhecimento dos problemas com a interrupção do tratamento. Neste trabalho o relato de um dos pacientes teve como sugestão para a sala de espera a elaboração de um vídeo explicativo sobre sua doença, tratamento e medicação. Este relato mostra o interesse dos pacientes em obter atividades de educação em saúde que possam ajudar no entendimento de sua doença.

Outro exemplo sobre material educativo pode ser visto no trabalho elaborado pelos pesquisadores do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/FIOCRUZ), Valle, Wanke e Coutinho (2010), sobre a PCM. Por ser uma doença pouco conhecida, estes pesquisadores elaboraram uma revista em quadrinhos, que posteriormente se tornou um vídeo, com o intuito de disseminar, sensibilizar e alertar sobre a doença, em especial aos profissionais de saúde.

Assim, o presente estudo tem por objetivo principal identificar conteúdos que devem ser contemplados em um vídeo educativo, já que materiais educacionais com sons e imagens, além de serem ferramentas didáticas atraentes e estimulantes, permitem a exposição sistemática e consistente do conteúdo, favorecendo a compreensão e memorização do que foi passado (Tosi, 1984).

Embora o uso de vídeo exija investimento em equipamentos e recursos humanos capacitados, seu custo de produção pode ser considerado baixo, se levado em conta o grande contingente populacional que esta modalidade pode atingir (Paula e Carvalho, 1997).

Nesse sentido, esta pesquisa acredita que uso da linguagem audiovisual como auxílio na educação e difusão científica, pode contribuir para as ações de eliminação, cuidado, prevenção e diminuição de incidência das doenças.

3. JUSTIFICATIVA

A restrição de conhecimento da população sobre as DIG das VADS faz com que o indivíduo acometido demore a procurar o tratamento e o diagnóstico adequado, só o fazendo quando as doenças encontram-se em estágio avançado, às vezes, já com deformidades faciais que estigmatizam o mesmo.

A comunicação necessária para prevenção de doenças e promoção da saúde depende de diversos fatores, tais como recursos verbais e não verbais. Considerando a diversidade cultural instalada nas ações comunicacionais em todos os âmbitos (Sicoli e Nascimento, 2003), a escolha da ferramenta de comunicação deve-se adaptar a realidade da população alvo, para obter êxito no processo de conscientização e orientação sobre a incorporação de hábitos preventivos e de cuidado à comunidade e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida ao mesmo.

A “Pesquisa Brasileira de Mídia” (2014) traz um retrato exato e representativo sobre os meios de comunicação utilizados, atualmente, pelos brasileiros. A TV continua sendo o meio predominante nos lares do país. Dos entrevistados, 97 % afirmaram ter o hábito de assistir televisão, independente de idade, sexo, nível educacional, localização geográfica e renda (Brasil, 2014c).

Pelo conhecimento limitado da população brasileira sobre as doenças infecciosas, o presente estudo busca levantar informações que ajudem a elaborar um material educativo que possa ensinar de modo informal à população, conteúdos que aprimore o conhecimento sobre essas doenças.

Portanto, como a TV é o meio de comunicação mais utilizado pelo povo brasileiro (Brasil, 2014c), a maneira que mais se adaptaria a realidade da população de estudo é a utilização de um vídeo educativo como ferramenta ideal para dar suporte informacional sobre as DIG das VADS. Além disto, esta ferramenta possibilita a transmissão de uma mensagem de forma mais ampla, pois além de envolver a mensagem principal, possibilita o uso de imagens, sons, legendas e diversos recursos, que permiti atingir diversos segmentos sociais (deficientes visuais e auditivos, analfabetos, população de baixa renda entre outros) (Bastos, 2010).

Neves, Rolla e Souza (2010) em seu estudo observaram que as salas de espera são excelentes locais para desenvolver atividades educativas, como também, ótimas

oportunidades de estabelecer relação com os pacientes, levando em conta que qualquer intervenção em saúde implica uma ação pedagógica.

Assim torna-se necessário que a população seja mais informada e conscientizada sobre essas doenças e suas transmissões, no que acarretaria uma diminuição na sua taxa de incidência, como também, diminuição nos comprometimentos que as mesmas acarretam, através de ações preventivas e de cuidado.

Logo, o conhecimento sobre a DIG, métodos preventivos e ocorrência de transmissão são de grande importância para a população brasileira, para que a mesma possa assumir um maior controle sobre sua saúde e tenha maiores informações sobre avaliação, diagnóstico e tratamento.

Baseados no pensamento dos autores Freire (1979) e Pereira e Ramos (2006), que mostra a importância do conhecimento científico não só ao profissional da saúde, mas também à população, este trabalho tem por intenção levar informações sobre as DIG das VADS ao público leigo, que conhece tão pouco sobre as doenças.

A partir das temáticas mencionadas o presente estudo orientou-se pelas seguintes questões:

1. Qual a importância do material educativo para a prevenção das DIG das VADS e promoção e educação em saúde?
2. Quais são os principais conhecimentos das DIG que os pacientes relacionados querem e precisam saber?
3. Quais os principais elementos que devem constar num vídeo educativo para as DIG das VADS?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os principais conteúdos das DIG das VADS que devem ser contemplados em um material educativo audiovisual para a população.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as principais dúvidas da população leiga a respeito das DIG das VADS.
- Descrever os principais conteúdos que os profissionais de saúde identificam como necessários para informar a população leiga sobre as DIG das VADS.

5. METODOLOGIA

5.1. DESENHO DA PESQUISA

Neste estudo foi adotado o método qualitativo, cuja característica é marcada pela análise e descrição dos significados que os sujeitos participantes dão para os atos, fenômenos e fatos que estão sendo estudados, além de trabalhar com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, atitudes e valores. Este método relaciona a um espaço mais profundo dos fenômenos, dos processos e das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Poupart et al., 2008).

O método qualitativo utilizado nesta pesquisa justifica-se pela finalidade de verificar, junto aos sujeitos participantes, relatos sobre as DIG que possam ajudar a população a entender um pouco mais sobre essas doenças e com isso passarem a assumir maior controle sobre sua saúde, como também, orientá-los sobre diagnóstico e tratamento das mesmas.

Pelo fato das informações coletadas terem sido por meio de depoimentos orais dos profissionais da equipe multiprofissional e dos pacientes do INI, esta pesquisa foi realizada utilizando os procedimentos da abordagem qualitativa.

5.2. CASUÍSTICA

- População do estudo

A população-alvo deste estudo foi constituída por dois grupos, compostos cada um, por 15 participantes, selecionados aleatoriamente:

- Grupo de profissionais da equipe multiprofissional do INI, composto por otorrinolaringologistas, dermatologistas, infectologistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas e dentistas.
- Grupo de pacientes com DIG das VADS do INI, com diagnóstico de leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose.

- Local de Estudo:

- O estudo foi realizado nos ambulatórios do INI/FIOCRUZ.

- Plano de recrutamento de pacientes:

- Os pacientes foram convidados a participar do estudo durante seu retorno para consultas no INI, nos ambulatórios dos profissionais da equipe multiprofissional envolvidos no estudo.

5.3. MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS

Por compreender que método qualitativo é a mais adequada para o alcance dos objetivos definidos neste estudo, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos:

1) Pesquisa bibliográfica, em que foram aprofundados conceitos sobre: educação em saúde, DIG, promoção da saúde, materiais educativos e pesquisa qualitativa em saúde, com intuito de buscar fundamentos através de autores como: Freire (1979); Porras (2002); Minayo et al. (2002); Sícoli (2003); Silva et al. (2008); Candeias (1997); Bastos (2010); entre outros.

2) Entrevistas semiestruturadas

- Segundo Polit, Hungler e Beck (2004) a entrevista semiestruturada é aquela levemente estruturada, em que o entrevistador orienta o entrevistado através de um conjunto de questões, utilizando um guia de assuntos. Deste modo, o entrevistador e o entrevistado se tornam mais próximos, possibilitando a observação do olhar, das gesticulações no momento da fala, da forma de falar, e até mesmo do silêncio que pode ter significância para a pesquisa e para as transcrições das falas (Minayo et al., 2002).
- A elaboração da entrevista semiestruturada foi a partir de dois roteiros específicos (Apêndice A e B) para cada grupo de estudo (profissionais e pacientes), respectivamente, com perguntas relacionadas ao material educativo audiovisual e as DIG. Com este tipo de entrevista podem surgir informações de forma mais livre e as

respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. As entrevistas foram conduzidas em local apropriado e com privacidade para a realização dos depoimentos e a sua devida gravação, desde que autorizada. Foi realizado a testagem do gravador, com objetivo de evitar qualquer contratempo.

3) Tratamento dos Dados

- As gravações das entrevistas são de grande importância, pois permite ouvir, sempre que necessário, os depoimentos orais dos sujeitos participantes. Desta forma, as falas são registradas detalhadamente e na íntegra, levando em consideração as reticências, as interrupções e outras particularidades que ocorreram durante o depoimento do entrevistado (Nagatsuka, 2012). Segundo Bourdieu (2003) a entrevista gravada, permite acelerar a análise da ação da transcrição das falas e do próprio resultado. Neste estudo, todas as entrevistas realizadas foram gravadas e posteriormente as falas dos participantes transcritas na íntegra para tabulação dos dados: para cada pergunta da entrevista semiestruturada. Os depoimentos coletados serviram como dados para o resultado da pesquisa e as respostas dadas às perguntas dos roteiros elaborados serviram para identificação das expressões-chave, das ideias centrais e posteriormente para construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs).

Optamos em consolidar as informações por meio de quadros explicativos:

- Quadro de Caracterização dos sujeitos participantes (profissionais e pacientes), contendo informações como: sexo, idade, profissão, escolaridade, área de atuação, formação acadêmica/titulação, doença e tempo de diagnóstico.
- Quadro Esquemático do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos sujeitos participantes da pesquisa (profissionais e pacientes), contendo as Categorias e as Ideias Centrais, a partir do roteiro elaborado com as perguntas semiestruturadas (Apêndice A e B).

4) Plano de Análise

- A análise das entrevistas semiestruturadas desta pesquisa adotou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de uma proposta de organização e tabulação de

dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos orais. Essa técnica confere naturalidade, espontaneidade e vivacidade ao pensamento coletivo, o que contrasta fortemente com as formas clássicas de apresentação de resultados qualitativos, visando assim, consolidar os discursos individuais, extraindo-se as expressões-chave (trechos mais significativos das respostas) e ideias centrais (síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chave), de modo que expressem ao final um discurso-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo (coletivo) aparece como se fosse um discurso individual (Lefèvre & Lefèvre, 2003). Assim, foram elaborados quadros esquemáticos dos DSCs dos profissionais de saúde e pacientes, constando, as categorias temáticas e as ideias centrais, a partir do roteiro elaborado com perguntas semiestruturadas. Como qualquer método, o DSC tem os seus limites, não se adequando à análise das diferenças no interior do universo de discurso estudado, ou seja, não tem em conta as diferenças entre os depoimentos dos participantes. Logo, nesta pesquisa foram analisados os relatos atribuídos à transmissão, diagnóstico, tratamento e métodos preventivos das DIG fornecidos pelos profissionais da equipe multiprofissional do INI, como também, dúvidas relatadas pelos pacientes sobre essas doenças. A partir da consolidação e análise das informações coletadas nas entrevistas semiestruturadas é que foram levantados dados relevantes que ajudarão na elaboração do vídeo educativo com o intuito de atender as expectativas e a demanda dos entrevistados em questão.

5) Aspectos Éticos

- O projeto principal “Material educativo audiovisual e promoção da saúde para as doenças granulomatosas infecciosas das vias aéreo-digestivas superiores” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 29/01/2014 sob numeração 23029613.9.0000.5262. Cabe aqui ressaltar que não existe qualquer risco ou desconforto resultante do estudo. Todos que foram incluídos na pesquisa concordaram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e tiveram sua confidencialidade mantida sob a responsabilidade do pesquisador (Apêndice D).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Foram realizadas 15 entrevistas com os profissionais da equipe multiprofissional do INI, 10 pessoas do sexo feminino e 5 do sexo masculino e idade entre 24 a 67 anos. Em relação à formação acadêmica/titulação, eram 3 fonoaudiólogos, 3 dermatologistas, 3 infectologistas, 2 dentistas, 2 otorrinolaringologistas, 1 enfermeiro e 1 nutricionista, sendo 6 doutores, 4 doutorandos, 1 mestre, 3 mestrandos e 1 com especialização. Oito profissionais eram atuantes nas 3 doenças, 5 em LTA, somente 1 em TB e 1 em PCM (Quadro 1).

Através dos perfis dos sujeitos participantes percebe-se que a equipe do INI é multiprofissional, com experiência no atendimento das três doenças estudadas no presente estudo, e sendo a maioria composta por doutores e mestres em fase de doutoramento. Esta característica da amostra dos profissionais estudada favorece a uma boa qualidade da informação obtida durante as entrevistas, valorizando assim, o produto final que pretendemos criar: um vídeo educativo.

- Foram realizadas 15 entrevistas com pacientes com DIG das VADS do INI, sendo 13 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com idade entre 17 a 81 anos. Na maioria os pacientes não tinham completado o ensino fundamental: 1 com ensino superior incompleto, 1 com médio completo, 1 com médio incompleto, 8 com fundamental incompleto, 1 na alfabetização para adultos e 3 não alfabetizados. Seis tinham diagnóstico de leishmaniose, 4 de tuberculose e 5 de paracoccidiodomicose, com tempo de diagnóstico variando de 1 semana a 19 anos (Quadro 2).

Nesta amostra 2/3 tem idade acima de 50 anos, com o predomínio do sexo masculino e baixo grau de instrução, sendo compatível com o que já foi descrito na literatura a respeito dessas três doenças (Moura 2013; San Pedro e Oliveira 2013; Palheta-Neto et al. 2003). O baixo grau de instrução da maioria dos pacientes pode explicar parcialmente a falta de conhecimento sobre a doença, a limitação nas buscas para suprir suas dúvidas e a falta de autonomia em sua saúde, associado ao baixo tempo de diagnóstico da maioria deles.

QUADRO 1 - Caracterização de 15 profissionais entrevistados atuantes no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas granulomatosas quanto à idade, sexo, profissão, doença de atuação e formação acadêmica máxima - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015

Sujeito	Idade	Sexo	Profissão	Doença de Atuação	Formação Acadêmica/ Titulação
Profissional 1	31 anos	Feminino	Fonoaudióloga	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Doutorando
Profissional 2	41 anos	Feminino	Fonoaudióloga	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Especialização
Profissional 3	38 anos	Feminino	Dentista	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Doutorado
Profissional 4	24 anos	Feminino	Fonoaudióloga	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Mestrando
Profissional 5	52 anos	Feminino	Otorrinolaringologista	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Doutorado
Profissional 6	32 anos	Masculino	Dentista	Leishmaniose	Mestrado
Profissional 7	37 anos	Feminino	Infectologista	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Doutorando
Profissional 8	39 anos	Masculino	Otorrinolaringologista	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Doutorando
Profissional 9	30 anos	Feminino	Dermatologista	Leishmaniose	Mestrando
Profissional 10	53 anos	Feminino	Dermatologista	Leishmaniose	Doutorado
Profissional 11	58 anos	Masculino	Infectologista	Leishmaniose	Doutorado
Profissional 12	39 anos	Masculino	Enfermeiro	Leishmaniose, tuberculose e paracoccidiodomicose	Mestrando
Profissional 13	45 anos	Feminino	Nutricionista	Leishmaniose	Doutorando
Profissional 14	56 anos	Feminino	Infectologista	Tuberculose	Doutorado
Profissional 15	67 anos	Masculino	Dermatologista	Paracoccidiodomicose	Doutorado

QUADRO 2 - Caracterização de 15 pacientes entrevistados com doenças infecciosas granulomatosas segundo idade, sexo, doença, tempo de diagnóstico e escolaridade - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015

Sujeito	Idade	Sexo	Doença	Tempo de Diagnóstico	Escolaridade
Paciente 1	81anos	Feminino	Leishmaniose	2 meses	Fundamental incompleto
Paciente 2	17 anos	Masculino	Leishmaniose	4 meses	Médio incompleto
Paciente 3	40 anos	Masculino	Leishmaniose	1 ano	Fundamental incompleto
Paciente 4	37 anos	Masculino	Leishmaniose	1 ano e 6 meses	Fundamental incompleto
Paciente 5	72 anos	Masculino	Leishmaniose	2anos e 6 meses	Não alfabetizado
Paciente 6	22 anos	Masculino	Leishmaniose	1 semana	Fundamental incompleto
Paciente 7	60 anos	Feminino	Tuberculose	2 semanas	Não alfabetizada
Paciente 8	52 anos	Masculino	Tuberculose	10 meses	Fundamental incompleto
Paciente 9	67 anos	Masculino	Tuberculose	1 ano e 3 meses	Fundamental incompleto
Paciente10	58 anos	Masculino	Tuberculose	3 semanas	Superior incompleto
Paciente11	51 anos	Masculino	Paracoccidioidomicose	3 anos e 10 meses	Fundamental incompleto
Paciente12	63 anos	Masculino	Paracoccidioidomicose	3 anos	Alfabetização de adulto
Paciente13	59 anos	Masculino	Paracoccidioidomicose	19 anos	Fundamental incompleto
Paciente14	66 anos	Masculino	Paracoccidioidomicose	2 anos e 5 meses	Não alfabetizado
Paciente15	40 anos	Masculino	Paracoccidioidomicose	1 mês	Médio completo

A seguir serão expostos os quadros esquemáticos do DSC (quadros 3 e 4) dos profissionais e pacientes.

QUADRO 3 – Quadro esquemático do discurso do sujeito coletivo de 15 profissionais atuantes no diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas granulomatosas - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015

CATEGORIAS	IDEIAS CENTRAIS
A importância de um vídeo educativo para a promoção da saúde nas DIG das VADS.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Material esclarecedor ➤ Informações básicas sobre as doenças ➤ Esclarece sobre as consequências do abandono ao tratamento ➤ Facilidade de memorização do conteúdo ➤ Contempla todo segmento social ➤ Informa grande número de pessoas
Conteúdo do vídeo educativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmissão das doenças ➤ Sinais e sintomas ➤ Diagnóstico ➤ Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Duração do tratamento ✓ Adesão ao tratamento ✓ Uso da medicação (dose) ✓ Efeitos colaterais ✓ Doenças curáveis ➤ Participação familiar ➤ Prevenção ➤ Centros de referências
Forma como o conteúdo deve ser apresentado no vídeo educativo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de imagens ➤ Curta duração ➤ Uso de legendas ➤ Discurso objetivo ➤ Vocabulário simples ➤ Ilustrações (esquemas)
O trabalho multiprofissional em um vídeo educativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importância da equipe multiprofissional ➤ Função da equipe multiprofissional

QUADRO 4 – Quadro esquemático do discurso do sujeito coletivo de 15 pacientes com doenças infecciosas granulomatosas - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil - 2015

CATEGORIAS	IDEIAS CENTRAIS
Dúvidas sobre as DIG das VADS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconhecimento das doenças ➤ Formas de transmissão ➤ Principais sinais e sintomas ➤ Possibilidades de cura
Conteúdo do vídeo educativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmissão da doença ➤ Prevenção ➤ Sinais e sintomas ➤ Tratamento ➤ Centros de referência
Forma como o conteúdo deve ser apresentado no vídeo educativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Imagens ➤ Ilustrações ➤ Vocabulário simples

Discurso do Sujeito Coletivo

Serão apresentados a seguir os DSCs construídos, separadamente por grupos, a partir dos quadros esquemáticos de acordo com as categorias de análise.

CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A importância de um vídeo educativo para a promoção da saúde nas DIG das VADS

DSC

“...A educação é essencial para a promoção da saúde. Então, no momento que os pacientes estão vendo o vídeo, eles estão sendo informados. Muitas destas doenças podem ser prevenidas através de orientações e o vídeo (é...) muito esclarecedor por ser visual e ter imagem. Logo, você forma opiniões através de um vídeo e por ser um recurso completo, atinge um número maior de pessoas e trabalha com mais de um sentido que ajuda na memorização e conscientização do problema que ele tem...”

A importância dada ao vídeo educativo para a promoção da saúde assenta-se, segundo os informantes, ao fato que a imagem, o visual, é elemento fundamental para apresentar modos adequados de orientar a população e, especialmente, os pacientes submetidos a qualquer agravo da saúde, do mesmo modo como afirma Carvalho (1993, p.113-21): “a combinação de linguagens áudio e visual permite que a informação seja mais assimilada e, por isso, gera uma maior facilidade na aprendizagem”.

Sabendo que a comunicação depende de muitos fatores, como recursos verbais e não verbais e, considerando a diversidade cultural presente nas ações comunicacionais em todos os âmbitos, inclusive na promoção da saúde e na prevenção de doenças, como elemento essencial para o progresso social (Moraes, 2008), acredita-se que o material audiovisual melhor se adaptaria à realidade local, como também, obteria maior êxito no processo de orientação da população sobre DIG das VADS.

No contexto da educação em saúde, a contribuição de tecnologias educativas e o papel desse recurso são voltados para promoção da saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades e favorecimento da autonomia e confiança do paciente (Moreira e Silva, 2005).

Paulino, Mendes e Pedrosa (2008) também ratificam que a utilização de recursos audiovisuais, como estratégia para o esclarecimento do usuário, deve e pode ser melhor aproveitada na saúde pública, com o objetivo de ampliar o acesso a mídia e a novos canais de

comunicação, que garantam o diálogo dos usuários sobre prevenção da doença e promoção a saúde. Além disso, afirmam que a divulgação de conteúdo audiovisual possibilita à disseminação de informação sobre saúde.

Moraes ressalta que:

“o uso da imagem para informar é, em si, um processo estratégico para transferir informações, devido ao fascínio exercido por ela sobre os indivíduos (...) Quando essa transferência se realiza, ela faz com que o usuário/espectador assimile a informação, que, por sua vez, trará mudanças a sua estrutura cognitiva e poderá desencadear ações, dentre as quais, a mudança de comportamento” (Moraes, 2008, p.815).

Em entrevista a revista Radis de abril de 2006 (Lopes, 2006) a superintendente do “Canal Saúde” Márcia Correa e Castro também exalta a importância do vídeo educativo: “o vídeo é um veículo pouco útil para o mero repasse de informações, mas com grande potencial mobilizador (...) fazendo dele uma boa ferramenta para ações educativas ou sensibilizadoras”.

Conteúdo do vídeo educativo

DSC

“...Pontuar as formas de transmissão, prevenção, sinais e sintomas e busca de diagnóstico precoce. Acho interessante também mostrar como que é feito o tratamento, os centros de referência para atendimento desses pacientes e as possíveis complicações ou consequências da má adesão ou tratamento incorreto. Importante esclarecer a participação da família no processo de tratamento, pra que o paciente tenha o acolhimento dentro do próprio lar...”

O conteúdo dado ao vídeo educativo, segundo os profissionais, necessita pontuar todos os aspectos da saúde, desde a prevenção até o tratamento. A importância de mostrar o autocuidado, possibilidades diagnósticas, continuidade ao tratamento e apoio familiar são alguns dos elementos relatados como fundamentais para orientar à população e levá-los ao caminho da cura.

A criação dos materiais educativos surge para facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de familiares e pacientes no processo de autocuidado, tratamento e recuperação. Dispor de um material instrutivo uniformiza e facilita as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde. Por outro lado, é também

uma maneira de ajudar as pessoas no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e procurar os caminhos da recuperação (Echer, 2005).

A vulnerabilidade que a doença geralmente causa, pode levar o indivíduo a uma regressão psicológica, retornando a um estado infantil, no qual precisa ser cuidado, compreendido e amado. Diante da doença é necessário o retorno ao ambiente familiar em busca de suporte, apoio e de um reabastecimento afetivo e emocional, pois o doente é alguém atingido em sua integridade psíquica, física, social e na autoestima (Campos, 2005).

Segundo os entrevistados, o apoio não só dos profissionais, mas também da família pode ajudar na autoestima do paciente. Uma vez esta sendo elevada, todo o processo envolvido no tratamento será possivelmente respondido de forma benéfica. Para isso é necessário conter no vídeo, não somente conteúdos focados na doença, mas também mostrar a importância da família no período de angústias e sofrimento do doente e os fatores psíquicos e emocionais que podem aparecer na personalidade do mesmo.

A necessidade de produzir material educativo sobre as DIG das VADS é para que esta ferramenta atue não só na prevenção, mas também no auxílio da boa adesão ao tratamento. E para que essa informação tenha realmente validade, o conteúdo a ser apresentado, deve atingir a compreensão do indivíduo para que o mesmo possa ter mais entendimento sobre sua doença e passe a buscar autonomia e confiança para sua recuperação.

A troca de conhecimento deve ser realizada de forma a favorecer a compreensão da informação transmitida, a fim de que o processo de assimilação do conteúdo e a construção do saber sejam atingidos efetivamente (Moreira et al., 2013).

Um material bem elaborado pode promover a adesão ao tratamento e possibilitar o desenvolvimento das atitudes, habilidades e autonomia dos pacientes. Além de torná-los capazes de compreender que suas próprias ações influenciam no seu padrão de saúde e na sua tomada de decisão (Moreira, Nóbrega e Silva, 2003).

Forma como o conteúdo deve ser apresentado no vídeo

DSC

“...O mais importante é conter informações claras e objetivas para o paciente, evitando um vocabulário muito científico. Precisa ter uma linguagem fácil, que atende a todos os públicos, sem ter palavras difíceis e se for utilizar a imagem ela tem que ter uma boa qualidade. Talvez

animações de desenho sejam importantes. Acredito também que o vídeo deva ser uma coisa bem sucinta e direta, pois nos dias de hoje as pessoas vivem correndo, então um vídeo longo certamente não será visto e não atingirá o seu objetivo...”

A preocupação dos profissionais em ter um material que se enquadre a realidade dos pacientes foi o que mais apareceu em suas respostas.

A necessidade de ter um vídeo ilustrativo, objetivo, de fácil entendimento, com a utilização dos recursos de imagens para facilitar a informação e a memorização do conteúdo, foram pontos muito apresentados nos discursos sobre como tornar esta ferramenta de qualidade e com boa aceitação.

A importância de transformar a linguagem das informações científicas acessíveis a todos, independentemente do grau de instrução das pessoas, é uma etapa considerada importante para a equipe de saúde. Os materiais educativos são construídos para contribuir no fortalecimento das orientações aos familiares e pacientes, sendo, portanto, indispensável à utilização de uma linguagem simples e clara para o entendimento de todos (Echer, 2005).

Existem alguns materiais educativos que utilizam uma linguagem técnica e centrada na doença. Este recurso dificulta, por parte dos pacientes, a compreensão da informação que está contida no material (Brasil, 2007).

Segundo Manguel (2001) as palavras de um livro só permanecem de forma parcial em nossa memória, enquanto uma imagem pode ficar, de forma integral, para sempre. A utilização da imagem para informar é, em si, um recurso estratégico para compartilhar informações, devido ao fascínio que ela exerce sobre os indivíduos (Moraes, 2008).

A mesma visão é também relatada por Bastos (2010) que acredita que o uso de recursos como as imagens, sons e legendas atinge a todos os segmentos sociais (deficientes auditivos e visuais, analfabetos, população de baixa renda entre outros), possibilitando assim a troca de informação a qualquer tipo de população.

As representações empregadas no material audiovisual em saúde são diversas e algumas são semelhantes às utilizadas na televisão, aproximando-o mais ainda do espectador. A imagem atrai a todos e por ser uma representação da realidade, ela traz consigo o encantamento dos registros em movimento e cores, envolvidos de emoção (Moraes, 2008).

O trabalho multiprofissional em um vídeo educativo

DSC

“...A sociedade precisa tomar consciência de que o trabalho em saúde não é prerrogativa de um ou dois profissionais. Como pensar a promoção da saúde numa perspectiva unilateral, médico centrada? É uma forma de esclarecer para o paciente que uma equipe multiprofissional trabalha de forma coletiva e cooperativa, e entender que ele está sendo totalmente investigado. Portanto, a cura e por consequência a recuperação total da doença, não se dão apenas com consultas clínicas e medicações, faz-se necessário uma rede de profissionais...”

A importância de mostrar o trabalho multiprofissional no vídeo educativo é pontuada pelos profissionais como essencial para explicar o tipo de trabalho que é realizado na equipe interdisciplinar e conseqüentemente, o desafio dos profissionais em levar melhoria na qualidade de vida do acometido.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi, 1998).

Este tipo de prática é muito valorizado e presente nas equipes de saúde da família. Para a realização das ações educativas prestadas por essas equipes, a participação multiprofissional é fundamental para o sucesso do serviço, conforme mostra o trecho a seguir:

A equipe de saúde da família assume um modelo assistencial que desafia a prestação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) baseada nas ações educativas, reguladas pelos princípios da promoção à saúde, em que a ação multiprofissional é considerada fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população (Brasil, 2002).

A equipe de profissionais que integram Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma visão ampla sobre o processo saúde e doença da população assistida, além do comprometimento com o trabalho interdisciplinar para o desenvolvimento de um trabalho voltado para educação popular e promoção de saúde (Ferreira, Schimith e Caceres, 2010).

A comunicação entre os profissionais de saúde é relevante para a prática do acolhimento, sendo o contrário uma caracterização da descontinuidade da atenção às demandas em saúde, que favorece uma construção defeituosa da humanização (Nascimento et al., 2014).

Vale ressaltar que o recurso audiovisual está em conformidade com a proposta educativa no processo pedagógico, com base em métodos de ensino colaborativo e interdisciplinar (Aguiar e Cassiani, 2007).

CATEGORIAS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM PACIENTES

Dúvidas sobre as DIG das VADS

DSC

“...Eu queria saber como é que a gente pega esse tipo de doença. No começo eu pensei que tava com câncer, um troço qualquer, algo mais maligno e se podia ter cura, se era contagiosa e se eu podia atingir outras pessoas. Eu não sabia se podia ser transmitida para outra pessoa, separei até minhas “vasilha” e o médico daqui falou que não, que não tinha que separar nada. Então, gostaria que ela fosse mais esclarecida pra gente ter mais conhecimento disso, entendeu?...”

Conforme mostra o DSC acima é observado o desconhecimento dos pacientes sobre as DIG das VADS. A falta de conhecimento gera dúvidas como: as formas de contágio, principais sinais e sintomas, possibilidades de cura e se as doenças são contagiosas ou não, mostrando a necessidade de levar mais informações à população, através de ações educativas, para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos mesmos.

Entretanto, para os esclarecimentos dessas dúvidas, a elaboração de um material educativo, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) necessita de um planejamento que envolve não só a equipe de saúde (planejamento centralizado), mas também a participação dos pacientes nas decisões (planejamento participativo). Desta forma, o esclarecimento de questionamentos e as soluções das reais necessidades são atingidos.

Conforme Cabello e Moraes (2010) a participação da população na elaboração de material educativo traz o problema para uma linguagem adequada à realidade cultural desta população, aborda o problema de forma complexa e principalmente, favorece uma identificação por parte dos sujeitos com o material. Além disto, melhora a autoestima do grupo que o realiza, como também, facilita a sua apreensão e compreensão do conteúdo abordado.

A educação em saúde baseada no diálogo e na troca de saberes, de forma a favorecer a compreensão mútua entre os saberes técnico e popular, leva a possíveis mudanças no entendimento das doenças e de sua prevenção (Souza, Natal e Rozemberg, 2005).

Portugal e colaboradores (2011) acreditam que educar em saúde não depende somente do espaço físico em que se acolhe os pacientes, mas das atitudes adotadas para que os mesmos se sintam informados, empoderados e compreendidos. Nesse sentido, o vídeo pode transformar a espera dos pacientes em um momento de educação e saúde.

Conteúdo do vídeo educativo

DSC

“...Mostrar sobre o tratamento e que com o tratamento vai ficar boa. E quando as pessoas sentissem qualquer coisa procurasse a FIOCRUZ e viesse aqui se informar antes de se encher de remédio aí fora. Porque às vezes vai perder tempo e vai progredir mais a doença. Informar também como que eu peguei essa doença, como é que as pessoas devem se tratar, como é que as pessoas devem ter cuidado e procurar uma maneira de não ter contato com certas coisas que pegue essa doença...”

A falta de conhecimento da população sobre as DIG das VADS, e até mesmo de muitos profissionais da saúde, encontra-se muito presente nos depoimentos dos entrevistados.

A limitação de conhecimento sobre essas doenças dificulta o diagnóstico precoce desses pacientes, fazendo com que ele se auto medique ou passe por procedimentos medicamentosos inapropriados, favorecendo a evolução da doença.

Segundo os informantes, tendo um material com conteúdos que contemple a transmissão da doença, os principais sinais e sintomas, as etapas de tratamento, centros de referências para o tratamento adequado e as formas de prevenção, seria o ideal para levar conhecimento à população sobre as DIG das VADS.

O vídeo funcionaria como uma ação educativa favorável, uma vez que este possuísse informações relevantes para as mudanças dos maus comportamentos e hábitos de vida da população alvo. A educação na saúde não deve ter a intenção de prestar serviços para o indivíduo, mas ajudá-los a adotar uma atitude mais saudável para sua vida (Sabóia, 2003).

As ações educativas em saúde são voltadas às atividades para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Estas ações servem como ferramenta fundamental para a estimulação do autocuidado e da autoestima do indivíduo, da família e da comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos mesmos (Machado et al., 2007).

Conforme afirma Moreira e Silva (2005), no contexto de educação em saúde, a produção de tecnologias educativas contribui para promoção da saúde, ajuda na prevenção de doenças, desenvolve habilidades, além de favorecer autonomia e confiança ao paciente.

Logo, o conteúdo de um material audiovisual, que sirva como atividade para as práticas de ações educativas em saúde, deve atender a todas as necessidades relatadas pelos pacientes, para que este cumpra com o seu dever de promoção da saúde.

Forma como o conteúdo deve ser apresentado no vídeo educativo

DSC

“...Eu acho que pra mim deveria tirar tipo um raio x da pessoa, mostrar imagens, falar mais sobre a doença, compartilhar com o pessoal da sala de espera. Tipo ilustrativo, com uma explicação mais simples que dá pra qualquer pessoa entender melhor...”

O formato como o vídeo educativo deve ser apresentado, segundo os pacientes com DIG das VADS, precisa ser adequado à população alvo e enquadrado as suas realidades.

Com isso, cabe ao educador e profissional de saúde trabalhar os conceitos presentes entre os pacientes aprimorando-os através de estratégias de ensino, com uma linguagem simples e clara, que alcance a população a qual se dedica (Vasconcelos, 2001).

Dentro das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), a informação integra o conceito de acolhimento humanizado, e educação em saúde é uma atitude preventiva essencial para que a qualidade de vida da população tenha seus alicerces solidificados. Neste sentido, as diferenças culturais, juntamente com sua relevância, precisam ser levadas em conta nos materiais de prevenção e informação (Portugal et al., 2011).

A seleção das informações relevantes para conteúdo do material educativo, para que ele seja atrativo, objetivo, de curta duração, de fácil compreensão, porém com orientações

significativas sobre o tema a que se propõe e atenda às necessidades específicas de uma determinada situação de saúde, são necessárias para a estimulação do público. As ilustrações explicam mais que muitas palavras, além de animar, descontraír, facilitar e tornar menos pesado o entendimento do conteúdo (Echer, 2005).

Atividades em sala de espera podem aprimorar a educação em saúde, possibilitando sua promoção, prevenção e o fortalecimento da cidadania. Desde modo, a população espera respostas para seu mal-estar e o que deveriam fazer para cuidar de si. Entretanto, as pessoas precisam ser compreendidas e acolhidas nesse processo, para que com o tempo, elas possam pensar em conjunto e desenvolver sua autonomia (Texeira e Veloso, 2006).

O vídeo educativo sobre as DIG das VADS precisa acolher e entender as realidades e as necessidades desse público. A forma simples, objetiva, clara e ilustrativa, pontuadas por esses pacientes, como ideais para compreensão desta ferramenta, os ajudariam no entendimento do conteúdo e por consequência, na mudança dos seus hábitos de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ferramenta audiovisual é um recurso que pode favorecer a população a entender melhor o processo de saúde-doença e a procurar mais precocemente os caminhos para o diagnóstico e tratamento. Este estudo almejou identificar junto aos sujeitos participantes informações que pudessem contribuir para a elaboração de um material educativo audiovisual sobre as DIG das VADS.

A utilização da metodologia qualitativa para a apreensão das percepções dos profissionais e pacientes sobre as DIG das VADS, analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, possibilitou conhecer melhor os aspectos relevantes que devem ser considerados nos projetos e programas desenvolvidos para este grupo.

Verificou-se através dos depoimentos orais que os profissionais de saúde acreditam no poder do material audiovisual como recurso educacional aos pacientes sobre as DIG das VADS. Para eles o vídeo seria uma ferramenta útil para a promoção da saúde, além de funcionar como processo estratégico para transferir informações como a prevenção e o tratamento. A importância de mostrar o trabalho multiprofissional também foi um assunto pontuado como essencial a ser mostrado no vídeo, pois explicaria o tipo de trabalho que é realizado na equipe interdisciplinar e o desafio desses profissionais em levar melhoria na qualidade de vida e saúde dos pacientes.

Nos depoimentos dos pacientes observou-se a falta de conhecimento sobre as doenças e devido a esse não conhecimento, dúvidas como as formas de contágio, principais sinais e sintomas, possibilidades de cura e se as doenças são contagiosas, foram observadas em seus discursos.

Ambos os grupos participantes (profissionais e pacientes) acreditam que a melhor forma para apresentar o conteúdo de um vídeo é através da utilização de uma linguagem simples e acessível a todos os segmentos sociais, além dos recursos de imagens para tornar o conteúdo mais atrativo e de mais fácil compreensão.

Portanto, com este estudo pôde-se perceber a importância do desenvolvimento de iniciativas no campo da educação e prevenção sobre as DIG das VADS, enfatizando os conteúdos voltados para retirada das principais dúvidas dos pacientes, através de um material bem elaborado e que abrace a toda população alvo, como por exemplo, um vídeo.

Mediante as informações coletadas dos profissionais de saúde e pacientes foi possível levantar conteúdos importantes que ajudarão na elaboração de um roteiro para construção do vídeo educativo, que visa levar conhecimento sobre as DIG das VADS a todos os pacientes do INI já infectados ou que buscam o diagnóstico preciso. Pretende-se também, disponibilizar o material audiovisual ao Ministério da Saúde, para que este possa utilizar a ferramenta educativa em outros postos e hospitais como estratégia de promoção e educação em saúde no SUS.

Logo, após esta pesquisa, espera-se que novas iniciativas para construção de ferramentas educativas em saúde sejam produzidas para contribuir no direcionamento de ações de Saúde Pública, mais especificamente sobre as DIG das VADS, conforme o objetivo central deste trabalho.

8. REFERÊNCIAS

Aguiar RV, Cassiani SHB. Desenvolvimento e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem em curso profissionalizante de enfermagem. *Rev latinoam enferm.* 2007; 15(6):1086-91.

Aliaga L, Cobo F, Mediavilla JD, Bravo J, Osuna A, Amador JM, et al. Localizes Mucosal Leishmaniasis due to *Leishmania*(leishmania) infantum Clinical and Microbiologic Findings in 31 Patients. *Medicine.* 2003; 82(3): 147–8.

Bastos, AGD, Martins AG, Cunha FC, Marques MPC, Melo PP, Tomita S. et al. Paracoccidiodomicose laríngea: Estudo retrospectivo de 21 anos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001; 67(1): 84-8.

Bastos GBP. Comunicação e saúde – utilizando recursos tecnológicos como estratégia para esclarecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde [Trabalho de conclusão]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Bisinelli JC, Telles FQ, Sobrinho JA, Rapopot A. Manifestações estomatológicas da Paracoccidiodomicose. *Revista brasileira de Otorrinolaringologia.* 2001; 67(5): São Paulo.

Bourdieu, PA. Miséria do mundo. 5ªed. Petrópolis/RJ. Ed. Vozes. 2003; 752p. ISBN 8532618189.

Braga FPB, Moreira JS, Schubach AO, Martins ACC, Valet-Rosalino CM. Serous media otitis in american tegumentary leishmaniasis - case report. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2012; 16(Suppl. 1):94.

Braga MPB. Avaliação do distúrbio da deglutição nos pacientes com paracoccidiodomicose das vias aéreo-digestivas superiores. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/INI-Fiocruz; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Cinquenta milhões de brasileiros atendidos. *Rev Bras Saúde Família.* 2002; 2(5 n.esp):1-80.

Brasil. Ministério da Saúde; Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar a educação permanente no SUS. Brasília (DF), 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2007. 160p.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 180p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil, Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 8.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 444 p. : II. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil, Ministério da Saúde. Tratamento de Leishmaniose Visceral e Tegumentar Americana no Brasil, Nota Técnica, Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2011a; 20(1):107-10.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 284 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde/ Portal de A a Z [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 27 Mar 2014. [Acessado em novembro de 2014a]. Leishmaniose tegumentar americana (LTA). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/723-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/leishmaniose-tegumentar-americana-lta/11324-descricao-da-doenca>.

Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde/ Portal de A a Z [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [Acessado em novembro de 2014b]. Tuberculose. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. Pesquisa brasileira de mídia 2014: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira. Brasília: Secom, 2014c. p.7.

Brummer E, Castaneda E, Restrepo A. Paracoccidioidomycosis: an update. Clin Microbiol Rev 1993; 6(2):89-117.

Bruno F. Dietética: a saúde na mídia. Eco. 1994; 1(5):69-82.

Cabello KSA, Moraes MO. Como uma cartilha para falar em Hanseníase transformou-se em história em quadrinhos. Revista Ciência & Idéias. 2010; 1(1):87-92.

Cabello KSA, Rocque L, Sousa ICF. Uma história em quadrinhos para o ensino e divulgação da hanseníase. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias. 2010; 9(1):225-41.

Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 33-86.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública. 1997; 31(2): 209-13.

Capone D, Jansen JM, Lopes AJ, Siqueira HR, Costa AA, Capone RB. Micoses pulmonares. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2010; 9(2):72-80.

Carvalho AAAS. Utilização e exploração de documentos audiovisuais. Rev Port Educação. 1993; 6(3): 113-21.

Collins CC, Benedict J. Evaluation of a community-based health promotion program for the elderly: lessons from seniors. American Journal of Health Promotion. 2006; 21(1):45-8.

Costa DCSd, Palmeiro MR, Moreira JS, Martins ACdC, da Silva AF, Madeira MF, et al. Oral Manifestations in the American Tegumentary Leishmaniasis. PLoS ONE. 2014; 9(11): e109790. doi:10.1371/journal.pone.0109790.

Duran ECM, Cocco MIM. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2003 fev; 11(1):104-7.

Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Oct ; 13(5):754-757.

Freire P. A educação e o processo de mudança social. In: _____. Educação e Mudança. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. p.27-41.

Freire P. À sombra desta mangueira. São Paulo: Olho d'Água; 1995. p.75-76.

Freire, P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

Ferreira MEV, Schimith MD, Caceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(5):2611-20.

Fornazieri MA, Yamaguti HY, Moreira JH, Takemoto LE, Navarro PL, Heshiki RE. The Most Common Otorhinolaryngologic Manifestations of Granulomatous Diseases. Int. Arch. Otorrinolaryngol. 2008; 12(3):362-5.

Garcia RID, Mendonça RR, Barcelos C, Santos RO, Rapoport PB. Tuberculose e blastomicose laríngeas: relato de três casos e revisão de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2004 Abr; 70(2): 255-9.

Gontijo B, Carvalho MLR. Leishmaniose Tegumentar Americana. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2003;36(1);71-80.

Gouveia C. Condições particulares de transmissão da leishmaniose tegumentar americana em localidades do Campus FIOCRUZ da Mata Atlântica (Jacarepaguá, Rio de Janeiro/RJ) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Jorge AOC, Junqueira JC, Vilela SFG, Costa ACBP. Microbiologia de outras infecções da cavidade bucal. In: Spolidorio DMP, Duque C. *Microbiologia e imunologia geral e odontológica*. Vol.1. São Paulo: Artes Médicas; 2013. p. 112-9.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul, RS, EDUCS, 2003, 256p.

Lessa MM, Lessa HA, Castro TWN, Oliveira A, Scherifer A, Machado P, et al. Leishmaniose mucosa: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007; 73:843-7.

Lonnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, et al. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care and social development. *Lancet*. 2010; 375(9728):1814–29.

Lopes CR. O vídeo na mão de quem faz o SUS. *Revista Radis*. Rio de Janeiro, n44, p13. Abr. 2006. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/44/pdf/radis_44.pdf. Acessado em: 03 out 2014.

Luz ZMP, Pimenta DN, Rabello A, Schall V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(2): 561-9.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc.Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):335-42.

Manguel A. *Lendo imagens: uma história de amor e ódio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

Marin HF, Cunha ICK. O. Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. *Rev. bras. enferm*. 2006 Jun; 59(3):354-7.

- Marques SA. Paracoccidioidomycosis. *Clin Dermatol.* 2012 Nov/Dec; 30(6):610-5.
- Marsden PD, Netto EM, Badaro R, Cuba CA, Costa JL, Barreto AC. Apparent cure of a difficult treatment problem in a patient with mucosal leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg.* 1986; 35(2): 449.
- Martinez, R. Etioepidemiologia e ecologia. In: Veronesi, R., Focaccio, R. Veronesi – Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 1081-3.
- Meirelles – Semiologia da Faringe. In: Meirelles & Atherino. *Semiologia em Otorrinolaringologia.* 2ª edição. Editora Rubio. Rio de Janeiro, 2010. p 153-64.
- Melo CMR. As atividades lúdicas são fundamentais para subsidiar o processo de construção do conhecimento (continuação). *Inf. Filos.* 2005; 2(1):128-37.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.* Rio de Janeiro/Brasil. Editora Vozes, 2002.
- Moraes AF. Cultural diversity in health-related videos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2008 out./dez; 12(27):811-22.
- Morales Puebla JM, Padilla Parrado M, Díaz Sastre MA, Chacón Martínez J, Galán Morales JT, Lasso Luis MO, et al. Laryngeal tuberculosis. Incidence between 1994 and 2004. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2006; 33(6):591-8.
- Moreira MF, Nóbrega MML; Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. *Rev. bras enferm.* 2003 Abr; 56(2):184-8.
- Moreira MF, Silva MIT. Readability of the educational material written for diabetic patients. *Online braz j nurs.* 2005; 4(2). Disponível em: <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402moreiraetal.htm>.
- Moreira CB, Bernardo EBR, Catunda HLO, Aquino PS, Santos MCL, Fernandes AFC. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2013; 59(3): 401-407.
- Moura IM. *Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana: uma revisão sistemática.* [Trabalho de conclusão de curso]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2013.
- Nagatsuka CB. *Elaboração de material educativo a partir da participação e reflexão de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana com baixa adesão ao tratamento: uma estratégia de educação em saúde [Dissertação].* Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2012.

Nascimento KTS, Fonsêca LCT, Andrade SSC, Leite KNS, Zaccara AAL, Costa SFG. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Esc. Anna Nery*. 2014 Sep; 18 (3): 435-40.

Neves SC, Rolla VC, Souza CTV. Educação em saúde: uma estratégia para minimizar o abandono do tratamento da tuberculose em pacientes do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ. *REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente*. 2010 Dez; 3(3):96-115.

Neto AFO, Pais LPF, Alves ST. Utilização da anfotericina B no tratamento da paracoccidiodomicose. *R.Un. Alfenas*. 1998; 4:71-4.

Oliveira DF, Rodriguez LR, Meirelles RMS. Ciência e arte: um “entre-lugar” no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde. *RBPB*. 2012 Jul; 9(17):541-67.

Ozudogru E, Cakli H, Altuntas EE, Gürbüz MK. Effects of laryngeal tuberculosis on vocal fold functions: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005 Dec; 25(6): 374-7.

Paixão LM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2):205-13.

Palheta-Neto FX, Moreira JS, Martins ACC, Cruz FJ, Gomes Edwin R, Pezzin-Palheta AC. Estudo de 26 casos de Paracoccidiodomicose avaliados no Serviço de Otorrinolaringologia da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2003 Oct; 69(5): 622-7.

Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS. Paracoccidiodomicose- Revisão da literatura. *Scientia Medica*. 2005 out./dez; 15(4):274-8.

Paniago AM, Aguiar JI, Aguiar ES, Cunha RV, Pereira GR, Londero AT, et al. Paracoccidiodomicose: estudo clínico e epidemiológico de 422 casos observados no Estado do Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003; 36(4):455-9.

Paredes FLR, Barrios JEB. Nasal mucosa Leishmaniasis in a 66 years old patient, with 40 years of living outside of endemic area. Case report *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2011; 39(1) 39-42.

Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*. 2007 Sep; 41(3):478-84.

Paula AAD, Carvalho EC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 1997 Jul; 5(3):35-42.

Paulino FO, Mendes JS, Pedrosa LL. Comunicação Comunitária para a saúde e transformação social. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu/MG, 2008. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1476.pdf. Acesso em: 22 agos. 2014.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Pereira IB, Ramos MN. Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 120 pp. ISBN: 85-7541-093-8.

Pereira AV. Avaliação fonoaudiológica de pacientes com paracoccidiodomicose. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Medicina (Doenças Infecciosas e Parasitárias), Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ; 2012.

Pimenta DN, Leandro A, Schall VT. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007 Mai; 23(5): 1161-71.

Polit DF, Hungler BP, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Porras AE, Martín MA, Pérez-Riquene J, Avalos SE. Laryngeal tuberculosis. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. 2002; 123(1):47-8.

Portugal CM, Salles IC, Barrense ACF, Oliveira VM, Siciliano AB, Bteshe M, Estellita-Lins C. O uso de audiovisual na construção compartilhada de conhecimento em saúde: uma experiência na emergência psiquiátrica. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2011 Jun; 5(2):86-91.

Poupart J, Deslauries JP, Groulx LH, Laperriere A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

Ruas AC, Souza LA. Disfonia na tuberculose laríngea. Rev CEFAC. 2005; 7(1):102-7.

Ruas, AC, Rolla VC, de Araújo-Melo MH, Moreira JS, Valete-Rosalino CM. Vocal quality of patients treated for laryngeal tuberculosis, before and after speech therapy. J Laryngol Otol. 2010 Nov; 124(11):1153-7.

Ruas ACN, Lucena MM, da Costa AD, Vieira JR, de Araújo-Melo MH, Terceiro BRF, et al. Voice Disorders in Mucosal Leishmaniasis. PLoS ONE. 2014; 9(7): e 101831. doi:10.1371/journal.pone.0101831.

Sabóia VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. 1ª. ed. Niterói: Intertexto Editora e Consultoria. vol. 1, 2003, 134 p.

San Pedro A, Oliveira RM. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4):294–301.

Santos, SGF, Marques IR. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. *Rev. bras. enferm.* 2006 Abr; 59(2):212-6.

Schall VT. A prevenção de DSTs/AIDS e do uso indevido de drogas a partir da pré-adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva. In: Acselrad G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.189-211.

Schincariol I. ENSP usa linguagem audiovisual na educação em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); Informe ENSP; 06 Abr 2011 [acesso em 10 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/24556>.

Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AR, Moretti MA. Consenso de paracoccidiodomicose. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006 mai-jun; 39(3):297-310.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2003; 7(12):101-122.

Silva L, Damrose E, Bairão F, Nina ML, Junior JC, Costa HO. Infectious granulomatous laryngitis: a retrospective study of 24 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008; 265(6):675-80.

Smulders, YE, De Bondt BJ, Lacko M, Hodge JAL, Kross KW. Laryngeal tuberculosis presenting as a supraglottic carcinoma: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2009; 3:9288.

Souza KM, Paiva MCP, Rodrigues EM, Quintão EF, Passomani LFC. Paracoccidiodomicose de Laringe. *Rev Soc Otorrinolaringol Rio de Janeiro* 2002; 2(1):37-9.

Souza CTV, Natal S, Rozemberg B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências*. 2005; 5(1): 78-92.

Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto - enferm.* 2006 June; 15(2): 320-5.

Terceiro BRF. Comparação entre o esquema padrão e alternativo com antimoniato de meglumina no tratamento da leishmaniose mucocutânea ou mucosa. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/INI-Fiocruz; 2014.

Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003 jul-ago. 19(4):1039-47.

Tosi V. How to Make Scientific Audio- visuals for Research, Teaching, Popularization. 1984. Unesco, Paris. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000633/063377eo.pdf>. Acesso em 13 Abr 2013.

Valle ACF, Wanke B, Coutinho ZF. Paracoccidiodomicose: não é palavrão e tem cura! [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); Biblioteca Multimídia; 2010 [acesso em 17 Jul 2013]. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14689&tipo=B>

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família, 2 ed., São Paulo, Ed. Hucitec, 2001. p. 332.

Vieira C. Pequeno Manual de Divulgação Científica. Dicas para cientistas e divulgadores de ciência. Rio de Janeiro: Ciência Hoje/Faperj; 1999. p. 48.

Wanke B, Aidê MA. Curso de Atualização/Micose. Capítulo 6- Paracoccidiodomicose. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(12):1245-9.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista Semiestruturada para os Profissionais da Equipe Multiprofissional do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

- 1- Qual a importância de um vídeo educativo para a promoção da saúde (prevenção, tratamento e cuidados) nas doenças infecciosas granulomatosas (DIG) das vias aéreo-digestivas superiores (VADS)?

- 2- Como profissional da saúde, o que você acha que seria importante conter em um material educativo para DIG das VADS?

- 3- Quais as informações sobre os sintomas das doenças deveriam constar no vídeo para o conhecimento do paciente?

- 4- Sobre prevenção, o quê é pertinente conter no vídeo educativo?

- 5- Sobre tratamento, o quê é necessário constar em um vídeo educativo?

- 6- Qual a importância de mostrar como se dá o trabalho multiprofissional em um vídeo educativo?

APÊNDICE B - Entrevista Semiestruturada para os Pacientes com Doença Infecciosa Granulomatosa das Vias Aéreo-Digestivas Superiores do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

- 1- Quais são as principais dúvidas sobre sua doença?

- 2- De que modo o material educativo audiovisual poderia melhor lhe informar sobre a sua doença?

- 3- O que você acha que seria importante conter em um material educativo audiovisual para informar as pessoas sobre a sua doença?

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa: **Material educativo audiovisual e promoção da saúde para as doenças granulomatosas infecciosas das vias aéreo-digestivas superiores**, cujo Objetivo Geral é elaborar um filme que leve o conhecimento aos pacientes do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), sobre as doenças granulomatosas infecciosas (DGI) das vias aéreo-digestivas superiores (VADS).

A sua participação na pesquisa será por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, de modo a que você possa falar sobre o que conhece a respeito dessas doenças, sobre como preveni-las e quais os cuidados necessários no seu tratamento, para que possam ajudar na elaboração de um filme. A entrevista semiestruturada é aquela na qual o entrevistador orienta quem responde através de um conjunto de questões, usando um guia de assuntos. Isto permite uma aproximação do entrevistador com o entrevistado, dando possibilidades de observar a forma de falar, as gesticulações no momento da fala, o olhar, o silêncio que podem ter significados relevantes para a pesquisa e para o momento das transcrições das falas.

Após a finalização do filme, este será apresentado a um grupo focal, representado por você junto a um grupo de outros participantes do projeto, com o objetivo de testar, para saber se o conteúdo utilizado foi apropriado para ajudar no conhecimento das doenças, como também, na prevenção e cuidado para os pacientes em questão. No caso do grupo focal, teremos no máximo 10 participantes, em que seguirá um roteiro de perguntas elaboradas sobre diversas questões do filme apresentado, permitindo as opiniões dos sujeitos participantes.

As entrevistas e os grupos focais serão realizados em local apropriado definido pelos gestores da Instituição. Pretende-se realizar gravação das falas durante as entrevistas e o grupo focal, pois permitirá ouvir sempre que necessário os depoimentos para que as falas possam ser registradas com os detalhes na íntegra. A gravação das entrevistas será conduzida no local de realização tanto das entrevistas como dos grupos focais. Você será avisado (a) com antecedência o dia e a hora da realização do encontro. A qualquer momento você poderá interromper a conversa e desistir de participar da pesquisa.

Todos os participantes da pesquisa serão convidados e informados sobre o interesse, os objetivos, método, os possíveis benefícios e propósito do estudo, respeitando as questões

éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, ou seja, preservando a privacidade dos entrevistados e a confidencialidade das informações obtidas. Além disso, é importante destacar, esse consentimento autoriza os pesquisadores no que se refere à divulgação dos resultados parciais e/ou totais do estudo em eventos científicos.

Se você aceitar participar da pesquisa, gostaríamos de pedir que você assinasse este termo de consentimento livre e esclarecido, feito em duas vias: uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa. No termo de consentimento, constam os telefones dos coordenadores do estudo, e você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou sobre a sua participação a qualquer momento.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Eu _____ ,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo como voluntário. Fui informado e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) _____ sobre os objetivos, método, os possíveis benefícios e propósito do estudo. Ficou garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo para a minha relação com os profissionais e pesquisadores do INI. Recebi uma cópia desse termo de consentimento e pelo presente consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Rio de Janeiro / /

Assinatura do participante _____

Pesquisadores responsáveis pelo projeto:

Cláudia Maria Valete Rosalino

Dinair Leal da Hora

Tiago Rosa Pereira

Telefone de contato: (21) 3865-9525 / 3865-9541 / 3865-9626

APÊNDICE D- Termo de Compromisso e Responsabilidade

Os pesquisadores abaixo assinado, responsáveis pelo projeto “Material educativo audiovisual e promoção da saúde para as doenças infecciosas granulomatosas das vias aéreo-digestivas superiores”, comprometem-se **em manter a confidencialidade assim como a privacidade dos participantes do projeto em todas as etapas da pesquisa.**

A identidade dos participantes, assim como os resultados obtidos com este projeto, será mantida em um banco de dados sob a nossa responsabilidade.

Os resultados obtidos com esta pesquisa serão divulgados em comunicações científicas mantendo o anonimato dos participantes e o material utilizado não será empregado em outras pesquisas, a não ser quando abertos novos protocolos.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

Cláudia Maria Valette Rosalino

Dinair Leal da Hora

Tiago Rosa Pereira