

As Doenças Sexualmente Transmissíveis na Comunidade do Dendê

Ângela Regina de V. Silva¹

1 Enfermeira do NAMI e Professora da disciplina Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

RESUMO

O propósito deste estudo foi averiguar as causas dos persistentes e elevados índices de DST na Comunidade do Dendê. O estudo foi desenvolvido no período de Julho a Setembro de 1998, no Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI, utilizando como amostra, os prontuários de 156 clientes do NAMI portadoras de doenças sexualmente transmissíveis - DST. Os resultados obtidos revelam o baixo nível de instrução das mulheres e o descaso em relação aos tratamentos, evidenciando a necessidade de ações educativas sistemáticas sobre este assunto.

ABSTRACT

This study had the purpose to investigate the cause of the persistently high level of Sexually Transmitted Diseases (STDs) at Dendê Community, Fortaleza, in the North-east of Brazil. The study was carried out between July and September 1998, at the Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI – the centre of integrated medical attention), using as a sample, 156 register file of clients of NAMI who had STD. The results revealed the women's low level of education and carelessness in relation to the treatment, showing the necessity of systematic educational action on this issue.

INTRODUÇÃO

A comunidade do Dendê, localizada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza-Ceará é caracterizada pelo baixo nível sócio-econômico-cultural de seus habitantes, identificados

por precárias condições habitacionais, baixa renda familiar, falta de profissionalização, baixos níveis de escolaridade e de saúde. As doenças sexualmente transmissíveis – DST proliferam e representam importante problema de Saúde

Pública. Muitas pessoas procuram o NAMI – Núcleo de Atenção Médica Integrada, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR que, estabelecido nas suas proximidades, lhes presta assistência de saúde.

Nesta unidade de serviços médicos o controle das DST é priorizado, obedecendo ao programa oficial de saúde da mulher, ao lado do acompanhamento pré-natal e das orientações sistematizadas de planejamento familiar.

Mensalmente, mais de 200 mulheres comparecem ao NAMI para exames ginecológicos. Dentre essas, cerca de 50 casos de DST, novos ou não, são sempre identificados, desde 1973, quando iniciaram-se suas atividades assistenciais.

Neste período, sucessivos e grandes esforços têm sido desenvolvidos, sem êxito, na tentativa de reduzir o número de casos de DST e propiciar melhores condições de saúde individual e familiar àquela comunidade.

Guelen (1990) comenta “que toda proposta de promoção e prevenção à saúde encontra dificuldades de implementação, já que a organização dos serviços e a própria assistência estão atreladas às condições de vida da população”.

O quadro acima caracterizou a necessidade de averiguar as causas que tem levado a estas situações, iniciando-se pelo estudo do comportamento geral das pacientes, frente às DST e as terapias prescritas para si e seus parceiros.

Segundo Hawamoto, Santos e Mattos (1995), “a prevenção depende do conhecimento de inúmeras causas relacionadas com as características do hospedeiro, do agente, do meio ambiente e da facilidade, ou dificuldade com que os fatores são anulados ou interrompidos”, enquanto que na promoção à saúde, “a assistência à família e ao indivíduo não é, em si, suficiente para provocar um estado de saúde, pois a participação na vida comunitária, também, é extremamente importante na promoção da saúde individual e de grupo”.

A educação e a motivação sanitária e, no caso das DST, a educação sexual, são

fundamentais para se promover a saúde, seja individual ou comunitária.

Para Rouquayrol (1988) “a participação comunitária facilita a resolução dos problemas de saúde que, de outra maneira, dificilmente seriam resolvidos” apesar dos esforços das equipes de saúde.

METODOLOGIA

O estudo foi baseado em levantamento de dados contidos nos prontuários de 156 mulheres portadoras de DST, atendidas no NAMI e identificados através de exames clínicos e laboratoriais, no período de julho – setembro de 1998.

A amostra constituiu-se de mulheres na faixa etária de 15 a 45 anos, incluindo desde nulíparas até mulheres com 10 partos e diferentes níveis de escolaridade.

Os dados obtidos foram tabelados, categorizados e analisados estatisticamente, por processos não paramétricos, especialmente o teste de Qui quadrado (χ^2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelaram que entre as 156 mulheres atendidas com DST, 19,2 % (30) eram menores de 21 anos, 40,4 % (63) tinham entre 22 e 30 anos, enquanto as demais, 40,4 % (63) eram maiores de 31 anos. Mostraram também, que 47,4 % (74) eram analfabetas e 52,6 % (80) eram escolarizadas, algumas tendo cursado até a 7ª série do 1º Grau, com predominância para as duas séries iniciais.

A amostra estudada revelou a presença de *Clamídia*, *Treponema pallium*, *Monília*, *Gardenerella*, *HPV* e *Tricomona*, com algumas clientes apresentando mais de uma dessas DST, como *Tricomona* + *Gardenerella*, *Monília* + *Tricomona*, *Monília* + *Clamídia* e *Monília* + *Gardenerella*, cuja distribuição absoluta e respectivos percentuais estão apresentados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Número e distribuição das DST encontradas em mulheres da Comunidade do Dendê

DST	Nº	%
Clamídia	02	1,28
T. pallium	03	1,92
Moníia	17	10,90
Gardenerella	70	44,87
HPV	20	12,82
Tricomona	26	16,67
Tricomona + Gardenerella	06	3,85
Tricomona + Moníia	08	5,13
Tricomona + Clamídia	02	1,28
Moníia + Gardenerella	02	1,28
Total	156	100,0

Fonte: NAMI - Fortaleza: julho e setembro/1998

Verificou-se que somente uma parte das pacientes retornam ao NAMI para receber os resultados laboratoriais que são, rotineiramente, executadas para fins de confirmação do diagnóstico clínico, quando já se faz a prescrição dos medicamentos.

Os prontuários também apontaram que entre as pacientes que retornaram, somente uma seguiu a prescrição médica e a indicou ao seu parceiro, enquanto as outras

que as seguiram, não as indicaram, anulando os efeitos do tratamento recomendado (Hawamoto, Santos e Mattos, 1995).

Análises estatísticas foram procedidas para verificar se houve diferenças entre os resultados das que observam as orientações prescritas e as que não as observam, tanto por faixa etária quanto por nível de escolaridade, tabelas 2,3 e 4.

Tabela 2 - Influência da idade no tratamento das DST em mulheres atendidas no NAMI

Faixa Etária (anos)	Seguem prescrições de Tratamento				Total de mulheres	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Até 21	26	16,7 ^a	04	2,5 ^a	30	19,2 ^a
22 a 30	60	38,5 ^a	03	2,0 ^a	63	40,4 ^a
Maior de 31	59	37,8 ^a	04	2,5 ^a	63	40,4 ^a
Total	145	93,0	11	7,0	156	100,0

Fonte: NAMI - julho a setembro/1998

a. percentagens seguidas da mesma letra, estatisticamente iguais entre si ao nível de 5% de Probabilidade.

Observando-se a tabela 2 constata-se que 93% (145) das clientes disseram ter usado a medicação recomendada, contra 7,0% (11) que não as usaram, ou não retornaram ao serviço médico.

A análise estatística pelo teste do χ^2 , por sua vez, não detectou significância ao

nível de 5% de probabilidade para a relação entre idade e a presença de DST nas mulheres atendidas. As DST ocorrem em todas as faixas etárias, indistintamente. No entanto, verificou-se tendência para a omissão ao tratamento entre as clientes do grupo constituído pelas mulheres de até 21 anos de idade – Tabela 3.

Tabela 3 - Quantidade e percentual das mulheres portadoras de DST na Comunidade do Dendê, atendidas no NAMI, que seguiram as prescrições médicas, por grupo de faixa etária

Faixa Etária (anos)	Tratamento				Total	
	Faz		Não Faz			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 21	26	86,6 ^a	04	13,4 ^a	36	100,0
22 a 30	60	95,2 ^a	03	4,8 ^a	63	100,0
Maior de 31	59	93,6 ^a	04	6,4 ^a	63	100,0

Fonte: NAMI - julho a setembro/1998

a. percentagens seguidas da mesma letra, estatisticamente iguais entre si ao nível de 5% de Probabilidade.

Neste grupo de até 21 anos, enquanto 86,6% (26) das mulheres trataram-se, 13,4% não o fizeram. Nos outros dois grupos 93,6% (59) entre as maiores de 31 anos e 95,2% (60) da faixa etária de 22 a 30 anos seguiram

suas prescrições, facilitando a resolução dos problemas de saúde (Rouquayrol, 1988).

Com relação ao nível de escolaridade verificou-se tendência entre alfabetização e obediência as prescrições médicas, conforme mostra tabela 4.

Tabela 4 - Influência do nível de escolaridade no tratamento das DST em mulheres atendidas no NAMI

Escolaridade	Segue prescrição de tratamento				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetas	43	27,6 ^a	31	19,8 ^a	74	47,4 ^a
Escolarizadas	60	38,5 ^a	22	14,1 ^a	82	52,6 ^a
Total	103	66,1	53	33,9	156	100,0

Fonte: NAMI - julho a setembro/1998

a. percentagens seguidas da mesma letra, estatisticamente iguais entre si ao nível de 5% de Probabilidade.

Verifica-se, na tabela 4 que 66,1% (103) das clientes seguiram as prescrições médicas para suas DST, contra 33,9% (53) que não as usaram, ou não retornaram ao serviço médico.

Embora não tenha havido significância estatística a 5% de probabilidade pelo teste do χ^2 , pode-se perceber tendência entre as mulheres escolarizadas, 38,5% (60), para melhor seguirem a orientação médica.

O Teste de χ^2 , a 5% de probabilidade, também não apontou diferença entre níveis de escolaridade e a presença de DST. Todavia, o maior percentual de mulheres escolarizadas, 52,6% (82), em relação as analfabetas, 47,4% (74), pode indicar que aquelas são mais conscientes a respeito de sua saúde e procuram com maior freqüência, o serviço médico e seguem as prescrições mais efetivamente.

Entre as analfabetas 47,4% (74), somente 27,6% (43) disseram ter usado a medicação recomendada. No grupo de mulheres alfabetizadas, 52,6% (80) do total amostral, 100,0% (156), somente 14,1% (22) não fizeram seus tratamentos. Em termos proporcionais, 2,73:1 das mulheres alfabetizadas obedeceram às prescrições médicas. No grupo das analfabetas, esta relação foi de apenas 1,38:1. Ou seja, em cada 273 mulheres alfabetizadas, 100 não se tratam e, entre as analfabetas, de cada 138 acometidas de DST, são 100 as que deixam de tratar-se.

Infere-se, destes resultados, que o nível de escolaridade pode ser um fator importante a influenciar no controle das DST, e que tem relação direta com a condição de vida da população, facilitando a condição de saúde da comunidade (Guelen, 1990).

Cabe, no entanto, considerar a relatividade desses resultados, pois sendo menor a participação das pacientes analfabetas 47,4% (74) que procuram o serviço de saúde, é também, proporcionalmente menor, o percentual, 27,6% (43), das que seguiram o tratamento indicado.

Pode-se inferir ainda, que na Comunidade do Dendê há a tendência para existir maior número de mulheres analfabetas portadoras de DST do que o de mulheres escolarizadas e que aquelas contribuem mais vigorosamente para o aumento do número das DST naquela comunidade, que estas.

Estes resultados estão em consonância com as afirmações de Kawamoto, Santos e Mattos (1995), Guelen (1990) e Rouquayrol (1988) quando apontam que a educação, condições de vida e a

participação da comunidade têm grande influência e importância na resolução dos problemas de saúde. Levam também a supor que existe a tendência de uma relação inversa entre os graus de instrução e disseminação das DST entre as mulheres escolarizadas, pela sua melhor conscientização para o problema.

CONCLUSÃO

Os resultados possibilitam concluir que é urgente a sensibilização dos profissionais de saúde para o problema das DST que persiste na Comunidade do Dendê, no sentido de que seja aprimorado o processo de acompanhamento e controle dos novos casos e das tendências de tratamento, evitando-se assim as recidivas.

É também fundamental, que o tratamento das DST, em todos os seus aspectos, além da simples obediência às prescrições medicamentosas, práticas pouco valorizadas pelas clientes, sejam por elas reconhecidas como meio eficaz para a redução dos seus problemas de saúde.

Para tanto, sugere-se a intensificação de ações educativas e de aconselhamento, como instrumentos de informação e conscientização da mulher de comunidade do Dendê, com vistas a propiciar-lhes uma vida sexual segura, sadia e responsável, sem riscos de contaminação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GUELEN, Rodolfo F. **Grande Tratado de Enfermagem**. Santos Maltese, 3. ed. São Paulo, 1990.
- GUIA para Prestação de Serviços em saúde Reprodutiva, **Secretaria de Saúde do Estado**, Fortaleza, 1998.
- KAWAMOTO, Emília Emi, Santos, M.C.H. e Mattos, T.M. **Enfermagem Comunitária**. EPU. São Paulo, 1995.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. MEDSI. 3. ed. Rio de Janeiro, 1988.

Ensaio

Nome do Aluno: _____

Reccs

parcela que interessa, em cada situação específica. Ele é só corpo. Toda a análise reduz-se ao aspecto biológico, aos distúrbios orgânicos, ao aspecto visível dos programas apresentados, à sintomatologia física, sem nenhuma preocupação em abranger o todo do paciente: mente, vontade, afetividade, capacidade de raciocinar e outros aspectos.

Seja qual for a atitude do paciente, durante a consulta, precisa-se considerar o contexto em que a doença aparece – não apenas com respeito ao paciente em si, mas também com relação à sua família, situação social e emocional. Baseadas em nossas leituras constantes nos prontuários do Hospital de Messejana e Hospital Geral de Fortaleza, onde trabalhamos, o que se percebe são anamneses e registros que incluem informações essenciais sobre a origem do paciente, escolaridade, emprego, lar e família, esperanças e temores, encontradas principalmente, em descrições da enfermagem, serviço social, psicologia, mas este conhecimento, muitas vezes fica restrito ao papel, sem no entanto, servir para um melhor relacionamento com o paciente, ou um envolvimento mais profundo com a sua doença e, por que não?, com sua saúde.

Um indivíduo total, integrado, é como o ser humano deve ser considerado. “A mente e o corpo não podem ser consideradas dissociadamente, pois a mente e o corpo são inseparáveis.” (Angerami - Camon e col., 1996)

Cinco anos antes de Cristo, Hipócrates já dizia: “para que as curas se efetivassem, seria necessário que os médicos possuíssem um conhecimento da totalidade das coisas”. (Lewis, M.E. e Lewis, H.R., 1988). Essa totalidade, o pai da Medicina, com certeza, estaria falando do ser total: corpo e mente, estrutura anátomo-fisiológica e emoção.

Sabendo-se que dentro do modelo biomédico, cartesiano, o homem é tratado como máquina onde com o problema surgido, conserta a máquina e ele continua sua vida. Essa concepção, três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia como escreveu George Engel: “...nas noções de corpo como uma máquina, da doença como

consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina” (CAPRA, F., 1982). Nessa concepção, a verdadeira noção de saúde é excluída da ciência biomédica, não podendo ser vista dentro do processo reducionista que ela implica.

Toda complexidade do ser humano, com seus diversos sistemas biológicos diferentes, permite uma interação coordenada e eficaz entre o mundo interno e o mundo externo da pessoa. Todo o sistema humano trabalha com um padrão de alto nível conseguindo entrelaçar, coordenar e integrar as unidades celulares, tecidos, órgãos numa unidade total mas com funções harmoniosas e individualizadas. Assim, o homem deve ser sempre visto de maneira completa em toda sua consistência biológica como também em toda sua ótica emocional, social e cultural.

Interagir o complexo envolvimento de fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana no processo saúde e doença em relação ao modelo biomédico é muito difícil. O que poderia ser possível dentro da medicina moderna seria mudar a base conceitual tornando o processo mais lento, embora coerente e eficaz.

A interdisciplinaridade torna-se essencial, e tal relação deve ser baseada no conhecimento mais completo do paciente, na confiança mútua e na capacidade recíproca de comunicação e participação. Essa seria uma atitude que levaria o profissional a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus membros e de seus conceitos.

Segundo Ferreira (1986) o termo disciplina significa: “ordem que convém ao funcionamento regular duma organização (militar, escolar, etc); relações de subordinação do aluno ao mestre ou instrutor, observância de preceitos e normas; qualquer ramo do conhecimento e ensino, instrução, educação, conjunto de conhecimentos em cada cadeira de um estabelecimento de ensino”. Nesse mesmo caminho, ainda define inter como: “reciprocidade, interação”.

Interdisciplinaridade consiste basicamente, numa associação entre as disciplinas que concorrem a uma realização comum, sem se integrarem. Seria como várias disciplinas se encontrando para estudar um mesmo tema sob ângulos variados e distintos. Supõe que técnicos de diferentes áreas tenham atitude de escuta, conduta de conhecimento, conceitos e opiniões em torno de um mesmo objeto. (Patrício, 1996).

Assim, enquanto atividade de equipe, de grupos de trabalho de diferentes fins, não se aprende apenas em livros, mas principalmente pela convivência, pelas interações humanas: complexas, diversificadas, muitas vezes conflitivas, muitas vezes prazerosas. É sem dúvida, um processo dialético. A interdisciplinaridade, inegavelmente, trouxe avanços importantes para as Ciências de Saúde, mas junto, veio um problema que tem sido objeto de muitas discussões por parte dos profissionais, preocupados com o bem-estar de seus pacientes, que é o fato de essa prática gerar uma leitura dicotomizada da pessoa enferma. (D'Ambrósio e col.- 1993)

Graves consequências são vistos nos hospitais, entre os profissionais de saúde e seus pacientes, onde Angerami-1998 chama de "Negação da Pessoa Enferma", ou seja, um crescente relacionamento com doenças e não com pessoas. Esse tipo de problema é visto em qualquer rotina hospitalar, no qual, não se fala em José ou Josefina que estão internados, mas se fala do "enfisematoso do 205", ou do "CA do 35", ou ainda do "leito 6 da coronariana". Isso demonstra o resultado da hiperespecialização onde os profissionais identificam o problema da despersonalização agravando mais ainda o estado clínico do paciente.

A interdisciplinaridade, a nosso ver, veio atenuar esse problema, sem no entanto, negar a necessidade da especialização.

O trabalho de interdisciplinaridade nos permite reconhecer a importância e a necessidade da visão holística do paciente e com nossa experiência de alguns anos de tratamento com pacientes hospitalares é que nos guiamos nas teorias humanistas procurando direcionar as nossas condutas,

tentando, através de debates, informações e conferências, enraizar nos profissionais essas abordagens.

A cultura humanística é representada num embasamento geral que, através da filosofia e da sensibilidade na forma de tratar coloca problemas humanos fundamentais às claras, conseguindo incitar as pessoas para uma reflexão. (Czeresnia, 1995)

O sentido da palavra humanismo a nosso ver, é um condimento para tornar apetitosas as iguarias culturais provenientes das mais diversas partes. Por isso é muito usada e também muito vaga. E, hoje o humanismo pode aplicar-se a quase todas as ideologias modernas e contemporâneas.

Existe o humanismo histórico-literário que se caracteriza pelo estudo dos grandes autores da cultura clássica, grega e romana, dos quais tenta imitar as formas literárias e assimilar os valores humanos. Há o humanismo de caráter especulativo-filosófico que significa qualquer conjunto de princípios doutrinários referentes à origem, natureza, destino do homem. Há o humanismo cristão, que realça sobretudo o valor do homem como pessoa, isto é, como princípio autônomo e individual de consciência e responsabilidade, aberto à plenitude do ser e ultimamente orientado para Deus. Há o humanismo moderno de Descartes, Kant, Hegel que faz da subjetividade do homem o ponto de partida, o centro de perspectiva e construção de toda a realidade. E, finalmente os humanistas contemporâneos, cada qual com sua concepção e suas reivindicações para o homem. (Nogare – 1994)

O que nos baseia na filosofia humanista é o que atribuímos ao homem à sua realização na sociedade e na história, o valor de fim, de forma tal que tudo esteja subordinado ao homem, considerado individual e socialmente, e que o homem nunca seja considerado como meio ou instrumento para algo fora de si.

Nesse sentido, o profissional de saúde deixa o seu tradicional sentido de tratar e passa a ser um facilitador da aprendizagem, onde através da informação, compreensão, autenticidade, respeito e afeição facilita o relacionamento médico-cliente estabelecendo

um clima favorável, melhorando dessa forma todo o prognóstico da doença.

A educação em saúde cresce nesse aspecto e torna a saída para um melhor prognóstico, onde com práticas de ações políticas e mudança de comportamento consegue-se dos indivíduos sua capacitação onde possam estabelecer suas próprias agendas, metas e decidir na forma de agir coletivamente ou individualmente sobre suas doenças. (Czeresnia, 1995).

O que se espera, é uma postura profissional dentro de um processo de educação holística onde possa se desenvolver o trabalho de interdisciplinaridade, concebendo o ser humano na sua completa totalidade, com toda subjetividade, visando às relações recíprocas, ambientes favoráveis, diálogo crítico-reflexivo e conhecimento da sua doença.

O ser humano como ser biológico-social se educa através de um processo transcultural e científico, onde as interações humanas são fundamentadas em suas crenças, seus valores, seus conhecimentos, normas e suas práticas, incluindo aquelas de participação política e de cuidados a si próprio ao ambiente, aprendidas-ensinadas de diferentes maneiras através de toda sua história de vida, e que guiam suas ações consigo mesmo e com os demais no cotidiano do processo de viver. (Patrício, 1991)

Todo trabalho que o fisioterapeuta possa desenvolver num hospital, junto ao paciente, equipe e família depende também da boa estruturação pessoal desse profissional. Ele, talvez, juntamente com outros membros da equipe de saúde, seja o depositário de uma enorme carga de sentimentos pesados, como o desespero, a angústia, o medo, as ansiedades, as frustrações, a impotência, devido à proximidade no seu cotidiano com o sujeito doente, nas atividades dirigidas como reabilitação física e funcional, passando uma boa parte do tempo com o paciente.

Trabalhar com essa ótica de ser humano significa mais ainda, um processo, onde a afetividade, as posições energéticas que são puramente transpessoais da

interação humana, se fundamentam nas trocas entre os seres humanos envolvidos, ou seja, sobre seus próprios sentimentos – de alegria e de tristeza, de amor e ódio, de motivação ou não, através de suas energias. Essas categorias de vida são motivadoras de suas ações no cotidiano e agem mediando a realidade, não esquecendo o seu corpo. (Patrício, 1996)

Nessa conscientização humanista, pretende-se trazer o sujeito para um debate teórico como forma de resgatar a humanização como referencial teórico e prático na educação em saúde. É uma proposta. É uma meta, difícil de ser atingida, embora, almejada por muitos, especificamente os que conhecem ou valorizam a educação em saúde como forma de conquistar a cidadania.

E se de fato se busca a humanização no hospital e nos atendimentos, de modo geral, é preciso humanizar nossa própria teorização para não agredir ainda mais o paciente, vitimado já o suficiente por um sem-número de especulações. E o que é pior: muitas vezes, existe uma agressão ainda muito mais intensa com as nossas teorizações na medida em que se despreza a própria realidade dos fatos.

É fundamental mostrar onde se evidenciam as especulações realizadas sobre determinadas patologias e sua inserção na vida do paciente. Um trabalho onde o dimensionamento das teorizações, encontre ancoradouro não apenas na simples especulação, mas principalmente, no recolhimento dos fatos, na conscientização do humanizar melhorando de modo geral a educação em saúde.

Tomando-se como importante para todo profissional, finaliza-se aqui com as palavras do médico cardiologista Tranchesí, 2000: "...um médico só vira um grande médico quando compreende que uma doença nunca é igual para duas pessoas. Suas causas e consequências dependem em grande parte do perfil psicológico do paciente, do meio em que ele vive, de sua situação econômica, social e afetiva. O médico precisa conhecer a alma humana até para receitar remédios".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI-Camon, V.A. e col. **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. 3. ed. S. Paulo : Editora Pioneira, 1996.
- ANGERAMI-Camon, V.A. e col. **Urgências Psicológicas no Hospital**. S. Paulo : Editora Pioneira, 1998.
- ANGERAMI-Camon, V.A. e col. **E a Psicologia entrou no Hospital....** S. Paulo : Editora Pioneira, 1998.
- BETHLEM, N. **Pneumologia**. 5. ed. Editora Guanabara. 1996
- BOFF, L. **A Águia e a Galinha. Uma Metáfora da Condição Humana**. 29. ed. Editora Vozes, 1997.
- BRUNETTO, A. F. e Paulin, E. Melhora da Performance Física Após Fisioterapia Respiratória em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. **Revista Brasileira De Fisioterapia**. Vol.3 No 1. 1998.
- CAPLAN, R. **The Importance of Social Theory for Health Promotion: From Description to Reflexivity**. Health, Promotion Internacional – 8. 1993.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Editora Cultrix, 1982. São Paulo – S. Paulo.
- CZERESNIA, D. e col. **AIDS – Pesquisa Social e Educação**, São Paulo - Rio : Editora Hucitec Abrasco, 1995.
- FERREIRA, Aurélio. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. São Paulo : Nova Fronteira, 1986.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 22. ed. S. Paulo : Editor Paz e Terra, 1998.
- HARRISON, T. R. **Medicina Interna**. 11. ed. Rio de Janeiro : Editora Guanabara, 1988.
- JÚNIOR, Bernardino Tranches. Entrevista das páginas amarelas da revista **Veja**. Ano 33, No 8, Fevereiro -2000. Editora Abril.
- KOTTKE, F. J. Krusen. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. 3. ed. São Paulo S.P : Edit. Manole, 1984.
- LEWIS, M.E. e Lewis, H.R. **Fenômenos Psicossomáticos: Até que Ponto as Emoções Podem Afetar a Saúde**. José R. Janeiro : Olympio Editora, 1988.
- MORIN, E. **O Enigma do Homem**. Rio de Janeiro – R.J : Editora Zahar, 1975.
- NOGARE, Pedro D. **Humanismos e Anti-Humanismos, Introdução à Antropologia Filosófica**. 13. ed. Petrópolis : Editora Vozes, 1994.
- PATRÍCIO, Zuleica M. A. **A enfermagem cuidando da saúde do adolescente com A comunidade através de um referencial sócio-cultural**. Florianópolis : UFSC, 1991.
- PATRÍCIO, Zuleica M.A. **Administrar é trabalhar com gente. A interdisciplinaridade no Processo de Cuidar Indireto através da Educação**. Florianópolis – UFSC, 1996.
- POLLOCK, M.L.&Wilmore, S.H. **Exercícios na Saúde e na Doença**. 2. ed. R.J R.J : Editora Mesi – s/d.
- ROGERS, C.R. **Terapia Centrada no Paciente**. Editora Livraria Martins 1974. Direitos para a língua portuguesa reservados por Moraes Editores.
- ROGERS, C.R. **Liberdade Para Aprender**. Editora Interlivros. 1977. Belo Horizonte – M.G. Tradução Edgar Godói.
- ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. Editora Martins Fontes Ltda. 2. ed. 1977. São Paulo – S. Paulo. Tradução de Manoel Ferreira.
- SILVEIRA, I.C. **O Pulmão na Prática Médica**. 2. ed. São Paulo – S. Paulo : Editora EPUTIE, 1986.
- SIMMEL, G. **Cultura Feminina. In: ____ Filosofia do Amor**. Rio de Janeiro : Editora Martins Fontes, 1993.
- WEIL, Pierre. **Axiomática transdisciplinar para um novo paradigma holístico**. In: Weil, P., Dámbrósio, U., Crema, R. Rumo à nova transdisciplinaridade - Sistemas abertos de conhecimento. São Paulo : Summus, 1994.
- TARANTINO, A. B. **Doenças Pulmonares**. Editora Guanabara. 1976. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.
- ZOZAYA, J. L. G. **El Medico Y El Paciente En El Contexto De La Enfermedad Cronica**. Revista Centro Polician Valência, 3(1): 117-19, Ene-Jun 1985.