

Impacto de intervenção educativa sobre hanseníase no grau de conhecimento de agentes comunitários de saúde em Belém do Pará**Impact of educational intervention on leprosy on the level of knowledge of community health workers in Belém do Pará**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-127

Recebimento dos originais:18/06/2020

Aceitação para publicação: 21/07/2020

Matheus Costa Freitas

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: m.costafreitas@yahoo.com.br

Letícia Hiromi Shibata

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: leticiahshibata@hotmail.com

Letícia Pereira Carvalho

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: leticiapcarvalhosh@gmail.com

Ronaldo Tenório Novais Júnior

Graduando do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: ronaldo.novaes15@gmail.com

Suzanne Caldas da Costa

Graduanda do curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: caldassuzannec@gmail.com

Leonardo Mota Aguiar Milhomem

Médico graduado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará

Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil

E-mail: l_e_o_mota@hotmail.com

Monaliza dos Santos Pessoa

Médica pós-graduada em saúde da família e dermatologia

Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: monapessoa@gmail.com

Jofre Jacob da Silva Freitas
Biomédico, doutor em biologia celular e tecidual
Professor titular da Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 - Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: freitasjjs@gmail.com

RESUMO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas que preocupam a humanidade, sendo historicamente associada a uma imagem mutiladora e incapacitante. O Brasil ocupa a segunda posição no ranking mundial de notificações de hanseníase. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família tem papel importante na prevenção e no controle da doença, sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) um elo entre o serviço oferecido e a comunidade-alvo, disseminador de informações e responsável também pela identificação de novos casos. Desta forma, o estudo objetivou avaliar o impacto da intervenção educativa sobre os conhecimentos dos ACSs em hanseníase, na organização do atendimento e em estigmas relacionados a esta doença, sendo realizado em 5 Unidades de Saúde da Família da região metropolitana de Belém, no Estado do Pará, Brasil. Foi utilizado um protocolo adaptado para avaliar o conhecimento inicial dos agentes sobre o tema. Posteriormente, houve uma capacitação com base nas informações preconizadas pelo Ministério da Saúde e, em seguida, o protocolo foi aplicado novamente com a finalidade de avaliar o impacto da capacitação. Obteve-se, como resultado, 26% de erros no pré questionário e 9% de erros no pós-teste, evidenciando um ganho geral de 18% de acertos no questionário aplicado após a capacitação e uma média de evolução individual de 39% de acertos quando comparados ao pré-teste. Assim, conclui-se que as intervenções educativas são eficazes e necessárias, principalmente no contexto da Atenção Primária, sendo necessários mais estudos acerca do tema.

Palavras-Chaves: Agentes Comunitários de Saúde, Hanseníase, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is one of the oldest diseases that concern humanity, being historically associated with a mutilating and disabling image. Brazil occupies the second position in the global ranking of leprosy notifications. In this context, the Family Health Strategy has an important role in the prevention and control of the disease, with Community Health Agents (CHWs) being a link between the service offered and the target community, information disseminator and also responsible for identifying new cases. Thus, the study aimed to evaluate the impact of educational intervention on the knowledge of CHWs in leprosy, in the organization of care and in stigmas related to this disease, being carried out in 5 Family Health Units in the metropolitan region of Belém, in the State of To Brazil. An adapted protocol was used to assess the agents' initial knowledge on the topic. Subsequently, there was a training based on the information recommended by the Ministry of Health, and then the protocol was applied again in order to assess the impact of the training. As a result, 26% of errors were obtained in the pre-questionnaire and 9% of errors in the post-test, showing an overall gain of 18% of correct answers in the questionnaire applied after training and an average of

individual evolution of 39% of correct answers when compared to the pre-test. Thus, it is concluded that educational interventions are effective and necessary, especially in the context of Primary Care, requiring further studies on the topic.

Keywords: Community Health Agents, Leprosy, Health Education.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, indicou a participação alarmante do Brasil em 93,8% das notificações de hanseníase nas Américas, estando no topo do ranking de incidência, ocupando, a nível global, a segunda posição no ranking (WHO, 2014). Em 2014, os 31.064 casos da doença representavam uma prevalência de 1,53 casos a cada 10 mil habitantes, sendo considerado o último país do mundo a não eliminar a hanseníase como problema de saúde pública - meta assumida junto à OMS para o ano 2000. A incidência, ainda para 2014, foi de 17,2 casos por 100 mil habitantes, sendo 7,5% em menores de 15 anos, um indicativo da transmissão ativa da doença (WHO, 2014). O Pará, com 4.783 casos, foi o Estado da federação brasileira com maior número de diagnósticos confirmados em 2012 (BRASIL, 2015).

Trata-se de uma doença crônica, granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo de alta infectividade, porém pouca patogenicidade. Essas características são inerentes a sua relação com o hospedeiro e o padrão endêmico do meio (BRASIL, 2006). Seu alto poder incapacitante relaciona-se diretamente ao poder imunogênico da bactéria — a única conhecida por seu tropismo pelo sistema nervoso periférico — e a qual se acumula na pele e nos nervos periféricos, levando à produção de lesões cutâneas e perda de condução nervosa (GOLDMAN e CECIL, 2008).

Além dessas características, a doença possui longo período de incubação, evolução lenta e sintomas clínicos insidiosos que dificultam o diagnóstico e o torna tardio, havendo confusão entre dermatoses e doenças neuromusculares na prática clínica de rotina. O tempo de desenvolvimento da doença sem diagnóstico preciso permite o aparecimento de sequelas que marginalizam o doente afetado e o expõe às práticas sociais estigmatizantes, gerando impacto sobre sua qualidade de vida e de suas famílias (PELIZZARE et al., 2016). Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos anos de 2003 a 2015, houve redução de 52% no coeficiente de detecção geral dos casos novos e 44% em menores de 15 anos, contrastando com os dados de incidência aumentada nos últimos anos, o que pode denotar subdiagnóstico da doença no país (BRASIL, 2016).

O diagnóstico é feito por meio da busca sistemática de doentes, investigação epidemiológica dos contatos, uso de campanhas, exame de pessoas tanto com demanda espontânea de serviços gerais nas unidades de saúde, quanto com grupos específicos de pessoas que são submetidas periodicamente a exames. É importante realizar a mobilização da comunidade adstrita à unidade, especialmente em áreas de alta distribuição da doença, orientando a população à busca pelo atendimento caso apresentem sinais ou sintomas suspeitos. O exame dermatoneurológico é realizado em todas as situações (BRASIL, 2015).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) coordena, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, a implementação, o monitoramento, e a avaliação das políticas e das ações programadas que possuem foco no controle, na prevenção e no tratamento da doença (BRASIL, 2006).

A ESF atua nesse cenário como um elemento que facilita a prevenção e o controle da doença, sendo os ACS um elo entre o serviço oferecido e a comunidade-alvo. A função destes, então, torna-se única por suas atribuições e inserção no cotidiano da comunidade, ligado a esta, debruçando-se no foco domiciliar, bem como o acompanhamento dos grupos de risco (FORTES e SPINETTI, 2004). Nesse sentido, o ACS é tido como um disseminador de informações, responsável também pela identificação de novos casos (RIBEIRO et al., 2013).

Logo, o papel do agente comunitário como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde torna-se questionável quando o conhecimento dele acerca do seu trabalho é incerto ou insuficiente (CANÁRIO et al., 2014). Nesse cenário, é fundamental o conhecimento sobre a hanseníase, por meio da educação em saúde que possibilita que as pessoas tenham informações sobre ela e tenham habilidade para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida, como cita Andrade et al. (2011).

A fim de promover um maior conhecimento acerca do cuidado e do tratamento dessa doença, devem ser utilizadas estratégias de capacitação, discutindo a promoção e prevenção em saúde, desmistificando o ideário milenar de que a doença pode ser transmitida numa simples visita ao paciente (CANÁRIO et al., 2014).

À vista disso, é necessário elucidar o impacto dessas ações e verificar os recursos necessários para promover um conhecimento mais efetivo para os agentes comunitários, eliminando possíveis inseguranças e gerando redução dos custos com a hanseníase, bem como melhorar a prevenção, o diagnóstico e o prognóstico da hanseníase na população adstrita às Unidades de Saúde da Família.

2 OBJETIVO

Avaliar o impacto da intervenção educativa sobre os conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde em hanseníase na organização do atendimento e em estigmas relacionados a esta doença.

3 MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal, intervencional e descritivo, com abordagem quantitativa que analisou o impacto de uma intervenção educativa no grau de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a Hanseníase. O estudo foi realizado em cinco Unidades de Saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Belém, Estado do Pará. A escolha das unidades foi baseada no Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC), o qual é território de ação de serviço comunitário pela Universidade do Estado do Pará, realizadora do estudo.

O projeto de pesquisa está, eticamente, em concordância com o Código de Nuremberg e com a Declaração de Helsinki e foi concedido aceite do comitê de ética em pesquisa CAAE 79979217.0.0000.5174 O projeto de pesquisa também está de acordo com a resolução n°466/2012 com o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes da pesquisa.

Foram incluídos todos os agentes comunitários de saúde das unidades supracitadas e excluídos os que não puderam comparecer à unidade no dia marcado para a capacitação e aplicação do protocolo, que chegaram atrasados e não puderam responder o questionário antes do início da capacitação, que não preencheram completamente o questionário e que não assinaram o TCLE.

A coleta de dados foi realizada com a casuística de 32 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de 12 equipes atuantes das ESFs. A casuística original era de 48 ACSs, alcançada de forma censitária baseado nas informações registradas de cada uma das unidades, com exclusão de 14 ACSs por não comparecerem à capacitação e 2 ACSs chegaram após o início da capacitação, não estando presente no momento da aplicação do pré-questionário.

Foi utilizado como instrumento de avaliação um questionário adaptado de Pires e Barbosa (2015) para avaliar o conhecimento inicial dos agentes sobre o tema. Posteriormente, foi realizada uma capacitação, de aproximadamente 1 hora de duração, elaborada pelos pesquisadores, seguindo o modelo pedagógico baseado no estudo realizado

por Beltrán (2015), que descreve o curso online “Hanseníase na Atenção Básica”, produzido pela Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), somado a informações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em seguida, o protocolo foi reaplicado com finalidade de avaliar o impacto da capacitação, além de obter informações sobre a percepção do ACS sobre a intervenção executada.

O formulário de coleta consistiu em 11 afirmativas as quais os profissionais tiveram que avaliar criticamente sobre, tendo como alternativas para cada uma delas a seguinte escala: (C) concordo totalmente; (D) discordo totalmente; e (NS) não sei a resposta correta. Informações adicionais como o sexo dos entrevistados, faixa etária, grau de escolaridade, fonte de conhecimento sobre a doença foram incluídas para melhor descrição dos participantes e uma análise secundária do seu perfil. As questões foram agrupadas em três categorias: Categoria 1, relativa aos conhecimentos em hanseníase, suas formas de contágio, os sintomas, a cura e a importância do tratamento; Categoria 2, diz respeito à organização do processo de trabalho da equipe de saúde e à organização do fluxo de acolhimento aos usuários em caso de suspeita de hanseníase; Categoria 3 acerca de situações e representações sociais dos trabalhadores associadas a preconceitos relacionados à hanseníase e possíveis medos.

A avaliação do impacto propriamente dita foi realizada comparando o desempenho, evidenciado em ambos os protocolos por meio do índice de acertos absolutos e relativos, antes e após a capacitação. Além disso, foi feita a análise por questões, no qual se evidenciou quais aspectos foram mais esclarecidos e os quais não mudaram mesmo após a capacitação. De acordo com a natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística descritiva sendo informados os valores percentuais dos dados analisados e expostos por meio de gráficos e tabelas confeccionados por meio do software Excel XP.

Foi realizada a quantificação relativa e absoluta individual de todos os participantes e, posteriormente, análise por média do total de ACSs. A partir disso, foram realizados dois tipos de análise: a Evolução Individual, relativa e absoluta - quantidade de erros que deixaram de ser cometidos e a melhora percentual, respectivamente; e Desempenho fracionado por questão, descrevendo o perfil dos erros em cada uma das 10 questões abordadas, em que se contabilizou o número de ACS que erraram cada item e fracionou-se com base nos fatores socioepidemiológicos – Gênero, Idade/Faixa Etária, Escolaridade, Tempo de serviço e Meio de Informação sobre Hanseníase – antes e depois da intervenção. Assim, foi possível identificar os temas sobre os quais a capacitação obteve melhor impacto

e quais ela não foi efetiva. A isto, foi nomeado como Índice de Resolutividade de Erros.

4 RESULTADOS

TABELA 1 – Perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde em Unidades de Saúde da Sacramenta submetidos a questionário antes e após capacitação sobre hanseníase, Belém, PA, 2017.

	N (32)	%
Gênero		
Masculino	7	21,88
Feminino	25	78,13
Faixa Etária		
20 a 30 anos	7	21,88
31 a 40 anos	12	37,5
41 a 50 anos	10	31,25
Acima de 50 anos	1	3,13
Não referida	2	6,25
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	1	3,13
Ensino Médio Completo	18	56,25
Ensino Superior Incompleto	6	18,75
Ensino Superior Completo	5	15,63
Não referida	2	6,25
Tempo de serviço		
≤ 4 anos	3	9,38
5 a 6 anos	21	65,63
≥ 9 anos	5	15,63
Não referido	3	9,38

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA 2 – Resultado geral obtido pelos Agentes Comunitários de Saúde em Unidades de Saúde da Sacramenta em questionário antes e após capacitação sobre hanseníase, Belém, PA, 2017.

Quantidade de questões acertadas						
ACSs (32)	Pré Capacitação		Pós Capacitação		Ganho	
	N (10)	%	N (10)	%	Absoluto (n)	Relativo (%)
Média	7	74	9	91	1,75	18
Quantidade de questões erradas						
ACSs (32)	Pré Capacitação		Pós Capacitação		Evolução pessoal	
	N (10)	%	N (10)	%	Relativo (%)	
Média	3	26	1	9	39	

FONTE: Protocolo de pesquisa

TABELA 3 - Descrição da média dos erros cometidos pelos agentes comunitários de saúde comparados às suas características epidemiológicas em Unidades de Saúde da Sacramento, Belém, PA, 2017.

	Pré-capacitação	Pós-capacitação	Resolução de erros
Gênero			
Masculino	26	7	30
Feminino	74	62	70
Faixa etária			
20-30	17	20	16
31-40	40	15	49
41-50	45	34	34
>50	1	1	1
Escolaridade			
EFC	5	3	5
EMC	57	43	59
ESI	12	6	12
ESC	15	17	14
Tempo de serviço			
<=4	16	6	15
5-6	64	54	61
>= 9	6	4	14
Meios de informação			
Educação em saúde	67	49	80
Internet	6	1	5
Mídias	16	10	15

EFC = Ensino Fundamental Completo

EMC = Ensino Médio Completo

ESI = Ensino Superior Incompleto

ESC = Ensino Superior Incompleto

FONTE: Protocolo de pesquisa.

TABELA 4 – Descrição da evolução nos erros cometidos em cada pergunta do questionário antes e após capacitação sobre hanseníase em agentes comunitários de saúde em Unidades de Saúde da Sacramento, Belém, PA, 2017.

Q1. Hanseníase, lepra, moléstia de assim são sinônimos.

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	3	9	0	0	100

Q.2. Hanseníase é uma doença infecciosa, com longo período de incubação, causada por um bacilo.

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	6	19	1	3	83

Q.3. A pessoa com hanseníase nunca se cura.

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	1	3	0	0	100

Q4. Formigamento, perda de sensibilidade, perda de pelos e dor são sinais de hanseníase.

	Pré-capacitação	Pós-capacitação	Resolução de erros

	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	5	16	1	3	80

Q5. Suspeitos de hanseníase devem ser agendados com o clínico geral.

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	3	9	1	3	67

Q6. Quando pensamos em hanseníase as primeiras coisas que vem à mente são deformidades e incapacidades

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	18	56	17	53	6
Gênero					
Masculino	5	28	4	24	50
Feminino	13	72	12	71	50
Faixa etária					
20-30	4	22	4	24	0
31-40	7	39	5	29	100
41-50	6	33	6	35	0
>50	1	6	1	6	0
Tempo de serviço					
<= 4	1	6	1	6	0
5-6	11	61	11	65	0
>=9	4	22	3	18	100

Q7. Existem quatro tipos diferentes de hanseníase

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	20	63	2	6	90
Gênero					
Masculino	4	20	0	0	22
Feminino	16	80	2	100	78
Faixa etária					
20-30	6	30	1	50	31
31-40	5	25	0	0	31
41-50	7	35	1	50	38
>50	0	0	0	0	0
Tempo de serviço					
<= 4	2	10	0	0	13
5-6	14	70	1	100	81
>=9	1	5	0	0	6

Q8. Se não tratada precocemente a hanseníase provoca deformidades

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	1	3	0	0	100

Q9. Durante os quinze primeiros dias de tratamento o paciente deve ser afastado do trabalho

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	

Gerais	19	59	4	13	79
Gênero					
Masculino	3	16	2	50	7
Feminino	16	84	2	50	93
Faixa etária					
20-30	6	32	1	25	36
31-40	5	26	1	25	29
41-50	6	32	2	50	29
>50	1	5	0	0	7
Tempo de serviço					
<= 4	2	11	0	0	13
5-6	13	68	3	75	67
>=9	4	21	1	25	20

Q10. O paciente deve ser orientado a dormir separado de seus familiares e a separar garfos, facas, copos, roupas pessoais, etc

	Pré-capacitação		Pós-capacitação		Resolução de erros
	N (32)	%	N (32)	%	
Gerais	8	25	2	6	75
Gênero					
Masculino	2	25	0	0	33
Feminino	6	75	2	100	67
Faixa etária					
20-30	1	13	0	0	17
31-40	3	38	0	0	50
41-50	4	50	2	100	33
>50	0	0	0	0	0
Tempo de serviço					
<= 4	1	13	1	50	0
5-6	6	75	1	50	83
>=9	1	13	0	0	17

- As demais informações nas perguntas 1, 2, 3, 4, 5 e 8 não foram ilustradas devido ao baixo índice de erros.

- As informações acerca de escolaridade e outros cursos de capacitação não foram consideradas relevantes pelos autores.

FONTE: Protocolo de pesquisa

5 DISCUSSÃO

Andrade et al. (2011) ressaltam a importância do processo de capacitação e de treinamento dos ACSs para que eles adquiram habilidades e práticas e as implementem com eficiência na rotina de trabalho, visando melhor qualidade na assistência prestada à comunidade. Dessa forma, a intervenção realizada obteve um ganho médio de 18% nos acertos totais no questionário aplicado após a capacitação. O acerto médio no teste aplicado pré capacitação foi de 7 itens, evoluindo para 9 após a ação, evidenciando um impacto positivo no grau de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (TABELA 2).

Dentre as questões que apresentaram os maiores índices de erros no pré questionários, a 6ª questão que afirma “Quando pensamos em hanseníase as primeiras coisas que vem à mente são deformidades e incapacidades” obteve 56% de erros, resultado

semelhante ao estudo de Pires e Barboza (2015) com 57,6% de erros nessa questão (TABELA 4). Sobre isso, eles consideraram em seu estudo as alternativas “concordo totalmente” e “não sei a resposta correta” como presença de medos e preconceitos. No entanto, no presente trabalho observou-se que os participantes consideraram que a questão associava a hanseníase como uma doença que provoca deformidades, como afirma a questão 8 que foi uma das mais acertadas, e não como um estigma.

No pós-questionário, o maior índice de erro foi na questão 6 (53%), em acordo com o estudo de Pires e Barboza (2015) com 50% de erros nesta questão (TABELA 4). Na discussão com os ACSs sobre o aproveitamento da capacitação e a divulgação das respostas consideradas adequadas no questionário, eles criticaram a questão 6 por conduzi-los ao erro não sendo adequado o comando. Os autores da presente pesquisa sugerem a supressão desta questão, pois acreditam que as questões 9 e 10 abrangem os aspectos mais importantes relacionados à presença de medos e preconceitos.

Durante a pesquisa foi evidenciada grande dúvida quanto à transmissão da doença, além da permanência do estigma relacionado à nomenclatura da doença, como afirma Ramos (2017), ressaltando que, no próprio diagnóstico, o nome é revelado muitas vezes como lepra, gerando desestabilização no ambiente familiar, o que demonstra que deslocamento linguístico lepra-hanseníase não suprimiu de forma suficiente o estigma que sustenta segregações sutis, atualização e reutilização deste nos discursos. O autor continua citando que as incertezas em relação à contaminação guardam seu histórico com a expressão simbólica de pureza e que não há apenas o caráter da informação.

Nesse cenário, a questão 9 que afirma “Durante os quinze primeiros dias de tratamento o paciente deve ser afastado do trabalho” foi segunda com o maior índice de erros na pré capacitação (59%) assim como no estudo de Pires e Barbosa (2014) com 66,7% de erros (TABELA 4). Nessa questão, as respostas “concordo totalmente” e “não sei a resposta correta” também foram consideradas como presença de medos e preconceitos. Desta maneira, Canário et al (2014) em estudo semelhante, observou que grande parte dos ACS apresentava marcas de preconceitos e mitos, difundindo por vezes informações inverídicas, como a recomendação da não ingestão de alguns tipos de carne e outros alimentos.

Na pós capacitação, houve uma queda desses erros para 13%, diferindo de Pires e Barboza (2014) que não obteve mudança nesta questão. Os autores da presente pesquisa acreditam que os questionamentos dos ACSs quanto à transmissão somados aos enfoques da capacitação, como por exemplo “a interrupção do contágio após a primeira dose dos

medicamentos” contribuiu para esse resultado.

A 7ª questão obteve o maior índice de erros (63%) na pré capacitação, ela afirma que existem quatro tipos diferentes de hanseníase. Esse resultado difere substancialmente do estudo de Pires e Barboza (2014) que apresentou 24,2% de erros. No entanto, nos questionários aplicados após a capacitação, houve uma diminuição para 6% de erros, se aproximando do resultado da pós intervenção de Pires e Barboza (2014), onde não houve erros (TABELA 4). Andrade et al (2011) revela que os ACSs apresentam uma compreensão limitada acerca das manifestações clínicas, dificultando um diagnóstico precoce, não respeitando o que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, que inclui como medidas: o diagnóstico precoce, o tratamento específico, a prevenção e a redução dos danos físicos.

As questões 3 e 8 apresentaram apenas 3% de erros no questionário aplicado na pré-capacitação e não sustentaram erros no teste após capacitação (TABELA 4). Referente a isso, a questão 8 afirma que “se não tratada precocemente a hanseníase provoca deformidades” e a 3ª questão indaga sobre a possibilidade de cura do paciente com hanseníase. No estudo de Silva et al (2016), a maioria dos ACSs identificaram a possibilidade de cura por meio do tratamento correto. Já Andrade et al (2011), verificou-se que 100% dos ACSs mencionaram que compreendem que a hanseníase tem cura. Evidenciando conhecimento da importância do tratamento na hanseníase.

Dos participantes totais da pesquisa, 78% eram mulheres e 22% eram homens (TABELA 1), achado semelhante ao de Andrade et AL. (2011), em que 64% eram também do sexo feminino. Esta evidência pode estar relacionada à influência do gênero na busca pelos serviços de saúde. Achado também encontrado na capacitação realizada sobre uso problemático de álcool (CORRADI-WEBSTER, 2005) e que refletiu distribuição majoritária de mulheres (85%) em relação aos homens (51%).

No presente trabalho, os participantes estavam distribuídos majoritariamente entre 31 a 40 anos (41%), seguido do grupo de 41 a 50 anos (34%), enquanto que a faixa etária mais jovem de 20 a 30 anos foi representada por apenas 21% dos ACS e de 51 anos adiante, 3% (TABELA 1). Algo que é discordante com o estudo de Pires e Barbosa (2015), em que os profissionais na faixa entre 20 e 30 anos (39,4%) foram os mais frequentes, seguido dos trabalhadores entre 31 e 40 anos (21,3%), e, portanto, evidenciava um perfil etário, majoritariamente, constituído por jovens adultos. Nesse mesmo estudo, o profissional mais jovem tinha 20 anos e o mais idoso 69 anos, enquanto que foi encontrado nas capacitações

deste trabalho o profissional mais jovem com 22 anos e o mais idoso com 54.

No questionário pré, a questão 7 foi que a que obteve mais erros (63%), com participação majoritária da faixa etária de 41 a 50 anos (35%), seguida pela faixa de 31 a 40 (25%), distribuição esta que não se mantém na segunda questão com mais erros (56%), questão 6, maioria na faixa etária de 31 a 40 anos (39%), seguida pela faixa de 41 a 50 anos (33%). Já na pós-capacitação, a questão 6 foi a que obteve mais erros (53%), possuiu participação majoritária da faixa etária de 41 a 50 anos (35%), seguida pela questão 9, com maioria também da faixa etária de 31 a 40 anos (50%). Os achados são semelhantes no estudo de Gerência de Unidades de Saúde, de Alves et al (2004), em que se verificou que 83,03% dos mesmos encontravam-se na faixa de idade entre 36 e 50 anos, destacando um quadro com maior maturidade profissional.

Essa situação, de certa forma, é contra a tendência de incorporação de profissionais jovens, que são treinados pelas instituições e desenvolvem identificação com o trabalho e com a organização, corroborando com processos de inovação organizacional, o que pode justificar a boa resposta à capacitação evidenciado pela melhor evolução em relação às outras faixas etárias. (ALVES et al., 2004).

A respeito da escolaridade, cerca de 56% (18) dos ACS possuíam Ensino Médio Completo, sendo a maioria da amostra, seguido do Ensino Superior Completo com 18% (6) e Superior Incompleto com 9% (3) - TABELA 1. No estudo de Andrade et al (2011) 72% dos ACS abordados cursaram o Ensino Médio completo, 21%, o primeiro grau completo, e 7% tem o nível superior em Ciências Biológicas. Um achado positivo por denotar que o nível de escolaridade supera o exigido para o exercício da função como ACS, comprovando como um fator determinante no seu papel, na compreensão deste e na realização de ações específicas.

O tempo de serviço como Agente Comunitário de Saúde foi um dos itens analisados nesta pesquisa. Foi observado que os indivíduos com tempo de serviço entre 5 e 6 anos tiveram o maior índice de erros no questionário aplicado na pré (64%) e após (54%) a capacitação (TABELA 3). Apesar dessa maior prevalência de erros, foram os ACSs que mais obtiveram sucesso na resolução de erros, com 61%, evidenciando um grande aproveitamento da intervenção por esse grupo (TABELA 3).

As questões com os maiores índices de erros dos agentes com tempo de serviço maior ou igual a 9 anos foram as questões 6 (22%), 9 (21%) e 10 (13%), relacionadas por Pires e Barboza (2015) à medos e preconceitos (TABELA 3). Nesse cenário, bel (2014) ressalta

que, dentre as competências e habilidades de um Agente Comunitário de Saúde, está a de trabalhar questões relacionadas a preconceito, sigilo e ética profissional.

Ramos (2017) afirma que desconstruir o estigma, preconceito e expor os sentimentos, as emoções e os pensamentos relacionados à doença são grandes desafios que, muitas vezes, as ações em saúde não conseguem enfrentar. Nesse sentido, o autor destaca o papel da abordagem comunitária e social como armas de impacto positivo contra o estigma em comunidades que desenvolvem Programas de Educação em Saúde.

No questionário aplicado após a capacitação, as questões 6 (18%) e 9 (25%) foram as únicas com erros (TABELA 3). Quanto a isso, Andrade et al (2011) confirmam os bons resultados desse grupo ao afirmarem que o tempo de trabalho é considerado importante para a aquisição de experiência e consequente percepção do comportamento de saúde da comunidade e construção de vínculo com os usuários.

Por fim, o meio de informação é um importante fator de avaliação no presente trabalho. Essa participação em atividades complementares (curso ou treinamento sobre ações de saúde na atenção básica) foi encontrada em 86% dos ACS abordados por Andrade et al (2011).

Com base nos parágrafos acima, aborda-se o estudo de Silva et al (2016) que destacou a necessidade de compreensão do processo de formação e capacitação de ACSs, decifrando os fatores e sua participação no nível de conhecimento destes profissionais. O mesmo autor elenca que o grau de instrução nível médio e não apropriação das atividades do cargo um produto na deficiente orientação e atualização do servidor na realização de sua função. No mesmo estudo, nenhum ACS entrevistado relatou ter participado de um curso de atualização em hanseníase. O conhecimento sobre a doença foi adquirido apenas durante o curso de formação profissional.

O problema relatado não parece, ainda, ser específico dessa população. Em uma pesquisa realizada em quatro estados das regiões Norte e Nordeste (Tocantins, Pará, Piauí e Maranhão), apenas metade dos ACS fez um curso específico de hanseníase, entretanto com carga horária igual ou inferior a 8 horas, sendo o mais recente dois anos antes da entrevista (DE ALENCAR et al., 2012). Isso evidencia a necessidade da realização de capacitações periódicas e abrangentes que consigam suprir as lacunas no conhecimento técnico da equipe de saúde.

Apesar disso, criar “rodas de conversa”, espaços de escuta das pessoas com hanseníase, onde elas possam falar de suas crenças, dúvidas, da doença e de suas vidas, é

uma ferramenta utilizada nas Unidades de Saúde, especialmente aquelas que contam com equipe multiprofissional, como afirma Ramos (2017).

6 CONCLUSÃO

A intervenção realizada neste estudo apresentou impacto no conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente nas questões relacionadas à cura da doença, à nomenclatura da hanseníase e seu potencial estigmatizante. A maioria dos participantes eram mulheres, entre 41 e 50 anos, com ensino médio completo e com tempo de serviço entre 5 e 6 anos na estratégia de saúde da família, sendo esses mesmos grupos os de maior participação nos erros (antes e depois da capacitação). Comparando-se com os grupos de maior índice de resolução de erros, apenas troca-se a faixa etária de 41 a 50 pela de 31 a 40, tendo esta maior índice. Observou-se que o acerto médio por indivíduo subiu 2 itens após a capacitação, enquanto a houve ganho geral de 18% de acertos após a atividade educativa, com média de evolução individual de 39% de acertos.

Ressalta-se, portanto, a importância das capacitações e dos treinamentos dos agentes como uma ferramenta de melhora da qualidade de vida da comunidade. Alerta-se, ainda, à necessidade de mais estudos que abordem o processo de educação em saúde na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; PENNA, C. M. de M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400011>

ANDRADE, C. G. et al. Hanseníase: compreensão de agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 17-24, 2011.

AVELAR, J. M. de F. O agente comunitário de saúde e a educação permanente em saúde. 2014. [38 folhas]. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa.

BELTRÁN, L. M. **Comunicação e mediação da informação na produção de um curso online: estudo de caso Secretaria Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)**. 2015. 95 f., il. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação), Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reunião da estratégia global de hanseníase 2016-2020 adaptada ao SUS: atualizações, desafios e perspectivas. **Panorama da Hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 816 p.

CANÁRIO, D. D. R. C. et al. Saberes e práticas de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 1, 2014.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, fev. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 dez. 2017.

DE ALENCAR, O. M. et al. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no controle da hanseníase. **Rev RENE**, v. 13, n. 1, 2012.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 70-75, Aug. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902004000200007&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 May 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200007>.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. & CECIL, R.L. - **Tratado de Medicina interna**. 22. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2008.

PIRES, A. R.; BARBOZA, R. Sensibilização de profissionais de saúde para a redução de vulnerabilidades programáticas na hanseníase. **Mundo saúde (Impr.)**, p. [484-494], 2015.

RAMOS, L. B. M. **Hanseníase e estigma no século XXI: narrativas de moradores de um território endêmico**. 2017. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

RIBEIRO, F. S. et al. Qualidade dos serviços prestados pelos centros de saúde da família de Sobral - Ceará aos portadores de hanseníase nos anos de 2009 a 2010. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 11, n. 2, 2013.

SILVA, J. C. A.; RIBEIRO, M. D. A.; OLIVEIRA, S, B. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, 2016.

WHO. Global leprosy update, 2013. **Weekly epidemiological record**, setembro, 2014. Disponível em <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>. Acessado em: 18 mai.2017.