



PRISCILA DONDA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE TRÊS MUNICÍPIOS SOBRE O
ATENDIMENTO À HANSENÍASE**

**São José do Rio Preto
2016**

Priscila Donda

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE TRÊS
MUNICÍPIOS SOBRE O ATENDIMENTO À HANSENÍASE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Del'Arco Paschoal
Co-orientador: Josimerci Ittavo Lamana Faria

São José do Rio Preto
2016

Donda, Priscila

Percepção de profissionais de saúde de três municípios sobre o atendimento à hanseníase/Priscila Donda

São José do Rio Preto, 2016. p.83

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Del'Arco Paschoal;co-orientação: Profa. Dra. Josimeri Ittavo Lamana Faria

1. Hanseníase; 2. Conhecimento; 3. Capacitação em Serviço; 4. Administração de Serviços de Saúde.

Priscila Donda

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
TRÊS MÚNICÍPIOS SOBRE O ATENDIMENTO À
HANSENÍASE**

BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra Vânia Del'Arco Paschoal

Co-orientadora: Profa. Dra. Josimerci Ittavo Lamana Faria

1º Examinador: Prof. Dr. José Martins Pinto Neto

2º Examinador: Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino

Suplentes: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

Profa. Dra. Maria Helena Pinto

São José do Rio Preto, 30 de Novembro de 2016

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
Lista de Quadro	v
Lista de Abreviaturas e Símbolos	vi
Resumo	vii
Abstract	ix
Resumen	xi
1 INTRODUÇÃO	01
1.1. A hanseníase	01
1.2. Educação permanente	03
1.3. Educação conscientizadora	03
1.4. Justificativa	05
2 OBJETIVO	06
3 O PERCURSO METODOLÓGICO	07
3.1 Tipo do estudo	07
3.2 Critérios de inclusão e exclusão	07
3.3 Aspectos éticos da pesquisa	07
3.4 Cenário do estudo	08
3.5 Método	09
3.6 Análise do conteúdo	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4.1 Categoria 1	14
4.2 Categoria 2	20
4.3 Categoria 3	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	50
APÊNDICES	55
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA	
1º Artigo científico submetido	57
2º Artigo científico submetido	74

DEDICATÓRIA

Ao Prof Dr. Ricardo Luiz Dantas Machado,

Ainda na graduação, o mestrado era uma mera curiosidade, pois acreditava ser complexo em nível de meu entendimento e ao contrário de outros o professor Ricardo plantou em meus pensamentos a semente do incentivo. Pois bem, a terra foi adubada, a semente plantada, o caule surgiu e aos poucos foi ganhando a sua forma. Vários fenômenos estremeceram a estrutura desta planta, mas como a semente plantada era de boa qualidade, ela resistiu a todos os contratempos. Hoje, essa planta se tornou árvore com frutos vistosos prontos para a colheita.

Eu consegui! Minha eterna gratidão ao professor Ricardo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pela força, proteção e coragem, por ter concedido saúde e perseverança durante toda essa trajetória, por estar presente em todos os momentos e por ter colocado em meu caminho pessoas inigualáveis que nunca esquecerei.

A minha mãe **Nair** que nunca mediu esforços para tornar essa jornada mais terna com muitas goloseimas e mimos, que na hora do cansaço foram a recarga das minhas baterias.

Ao meu Pai por sempre me ensinar a lutar e persistir, mesmo diante das adversidades.

Ao meu “Namorado” **Sandro** pelo incentivo e paciência.

À **Profa. Dra Vânia Del’Arco Paschoal**, muito mais que orientadora, mãe, amiga, que afagou, ouviu e me conduziu com mais segurança e autonomia para a finalização deste trabalho, por ter me apresentado a Hanseníase e todos os seus encantos, o que me fez hoje ser amante dessa área.

À **Profa. Josimerci Ittavo Lamana Faria** por ter recebido de braços abertos a nossa proposta, por sua leitura atenciosa sobre meus textos, seus comentários e sugestões que levaram à conclusão deste mestrado.

À **Profa. Dra. Susilene M. T. Nardi** pela torcida, colaboração e disponibilidade na elaboração desta pesquisa.

Aos amigos de grupo de pesquisa **Luana Laís Femina** e **André Willian Lozano** pelas inúmeras ajudas, bate-papo e lanchinhos.

A **Camila Lazaro** pelo apoio nas capacitações.

À Banca pela disposição de ler, comentar e criticar a dissertação.

Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.

Cora Coralina

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1. Categorias e unidades de significação da análise dos círculos 16
de discussão de profissionais de saúde sobre hanseníase. Jaci,
Mirassol e Neves Paulista (2016)

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BCG – Vacina Calmette-Guérin

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CVE – Centro de Vigilância epidemiológica

EPS – Educação Permanente em saúde

HB – Hospital de Base

IAL – Instituto Adolfo Lutz

MB – Multibacilar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB - Paucibacilar

PNEPS – Programa Nacional de Educação Permanente em saúde

POP – Porcedimento Operacional Padrão

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

INTRODUÇÃO: a hanseníase deve ser atendida na atenção básica, a principal porta de entrada, já que o diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico. A educação permanente em saúde tem um grande potencial de provocar mudanças no cotidiano dos serviços devido à proximidade da prática na vida dos profissionais. **OBJETIVO:** compreender o programa de Hanseníase realizado por profissionais de saúde na Atenção Básica em três municípios do noroeste do estado de São Paulo. **PERCURSO METODOLÓGICO:** trata-se de um estudo qualitativo com 57 profissionais de saúde de três municípios do noroeste do estado de São Paulo, indicados pelos gestores que estavam envolvidos com a hanseníase. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar do estudo. Os sujeitos do estudo responderam a um questionário para avaliação do conhecimento sobre hanseníase, cujos resultados evidenciaram lacunas do conhecimento e foram considerados no planejamento dos círculos de discussão. Os círculos de discussão foram embasados nos pressupostos da educação conscientizadora/problematizadora de Paulo Freire. Mediante a análise de conteúdo de Bardin, foram construídas três categorias e duas Unidades de Significado em cada uma. **RESULTADOS:** Categoria 1. O contexto atual da hanseníase. A população e profissionais de saúde apresentam medo e preconceito, dificuldade no entendimento dos conceitos da hanseníase. US 1a: Aspectos socioculturais: sentimentos atrelados ao desconhecimento sobre a hanseníase e pela crença de representar “perigo” aos demais. A falta de conhecimento da população, somada a outros aspectos socioculturais e econômicos, torna as pessoas vulneráveis e propícias para a disseminação da doença. US 1b: A atuação da equipe de Saúde: conhecimento e atendimento ao usuário, o conhecimento entre os profissionais resulta no atendimento com qualidade e reflete na redução da carga bacilar, aumenta o diagnóstico precoce e diminui os agravos da doença. Categoria 2 - Gestão em saúde e controle da hanseníase. A US 2a:

Estrutura do atendimento à hanseníase abrangeu o conhecimento da situação epidemiológica, o acesso aos serviços, o transporte, o acolhimento, os sistemas de referência e contrarreferência, fluxos de atendimento, comunicação e registros em saúde. US 2b: Gestão de recursos humanos foi relacionada à sobrecarga de trabalho, rotatividade dos profissionais, trabalho em equipe, vínculos e demissões. US 2b: Gestão de recursos humanos são os treinamentos e capacitações dos profissionais. Categoria 3: A mudança desejada e necessária. US 3a: Revendo o contexto de trabalho: reflexões sobre o atendimento à hanseníase. Nas falas, a criação de ambiente fértil para reflexões conjuntas que propiciam a visualização de outros caminhos, que, nesse caso, foram ao encontro das reais necessidades do usuário. US 3b: Modificação de uma prática: um caminho ao encontro das necessidades do usuário. Gerou ideias sobre a elaboração de fluxograma e protocolos de atendimento sobre educação e a inserção de novos profissionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o estudo pode mostrar claramente que, na “leitura do mundo compartilhada com o outro”, houve uma transformação nas pessoas que participaram dos círculos de discussão. A visão solitária anterior permitiu a emancipação, o empoderamento do envolvidos e o sentimento do compromisso com o conhecimento. Revelou as dificuldades no atendimento à hanseníase e as sugestões possíveis de se transformar a realidade em cada município, evolução impressionante da descoberta e entendimento da realidade.

Palavras-chave: Hanseníase. Conhecimento. Administração de Serviços de Saúde. Capacitação em Serviço.

Abstract

INTRODUCTION: leprosy patients should be attended to in primary care, the main entrypoint for healthcare, since the diagnosis is essentially clinical and epidemiological. Continuous education in healthcare has a great potential to change the routine of services, due to the closeness of practice in the life of professionals. **OBJECTIVE:** to understand the leprosy program carried out by health professionals at Primary Care in three municipalities in the northwest of the State of São Paulo. **METHODS:** this is a qualitative study of 57 professionals involved with leprosy indicated by the managers of healthcare facilities in three towns in the northwestern region of São Paulo State. Those who did not agree to participate in the study were excluded. Individuals answered a questionnaire to assess their knowledge about leprosy. The results of these questionnaires identified gaps in knowledge that were used in the planning of discussion circles. The discussion circles were based on the assumptions of education (conscientizing/problematizing) of Paulo Freire. Using Bardin's content analysis, three categories with two units of meaning (UM) in each were constructed. **RESULTS:** Category 1: Current context of leprosy. The population and health professionals present fear, preconception and difficulty to understand the concepts of leprosy. UM 1a: Sociocultural aspects. Feelings linked to ignorance about leprosy and, by the belief that it is a "danger" to others. Lack of knowledge of the population, coupled with other sociocultural and economic aspects, make people vulnerable and propitious to spread the disease. UM 1b: The work of the Health team: knowledge and customer service, knowledge among professionals results in quality care and reflects in a reduction of the bacillary load, increases the early diagnosis rate, and decreases the consequences of the disease. Category 2: Health management and control of leprosy. UM 2a: The leprosy care structure included knowledge of the epidemiological situation, access to services, transportation, admission to the facility, reference and counter-reference systems, treatment flow, communication and health records. UM 2b: Human resource management was

related to excess of work, employee turnover, teamwork, ties and layoffs. UM 2b: Human resource management is the training and qualification of professionals. Category 3: Desired and necessary change. UM 3a: Reviewing the work context: reflections on the treatment of leprosy. In the discussions, the creation of a fertile environment for joint reflections allowed visualization of other conducts, which in this case, intended to meet the real needs of the patient. UM 3b: Modifying a practice: a way to meet user needs. This generated ideas on the design of flow charts and protocols for treatment, on education and the addition of new professionals. FINAL CONSIDERATIONS: This study clearly shows that "understanding the world" and "sharing with others" transformed the people who participated in the discussion circles. The previous solitary vision allowed for emancipation, the empowerment of those involved and a feeling of responsibility to gain knowledge. It revealed the difficulties in treating leprosy patients and possible suggestions to transform to the reality of each municipal, notable evolution from the discovery and understanding the reality.

Keywords: Leprosy, Knowledge, Health Services Administration, Service Training.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la lepra debe ser tratada en la atención primaria, la principal puerta de entrada, ya que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico. La educación permanente en salud tiene un gran potencial para provocar cambios en el cotidiano de los servicios debido a la proximidad de la práctica en la vida de los profesionales. **OBJETIVO:** comprender el programa de Lepra llevado a cabo por profesionales de la salud en la Atención Primaria de tres municipios del noroeste del estado de São Paulo. **RECORRIDO METODOLÓGICO:** Se trata de un estudio cualitativo con 57 profesionales de la salud de tres municipios del noroeste del estado de São Paulo, indicados por los gerentes que estaban involucrados con el trabajo contra la lepra. Se excluyeron aquellos que no aceptaron participar en el estudio. Los sujetos del estudio respondieron a un cuestionario para evaluar el conocimiento acerca de la lepra, cuyos resultados señalaron lagunas en el conocimiento y fueron considerados en la planificación de los círculos de discusión. Los círculos de discusión se basaron en las hipótesis de la educación concienciadora/problematizadora de Paulo Freire. Mediante el análisis de contenido de Bardin, se construyeron tres categorías y dos Unidades de Significado en cada una. **RESULTADOS:** Categoría 1. El contexto actual de la lepra. La población y los profesionales de la salud presentan miedo y prejuicio, así como una dificultad para comprender los conceptos de la lepra. US 1a: Aspectos socioculturales: sentimientos ligados al desconocimiento de la lepra y la creencia de que representa un “peligro” para los demás. La falta de conocimiento de la población, sumada a otros aspectos socioculturales y económicos, hace que las personas sean vulnerables y propicias para la diseminación de la enfermedad. US 1b: La actuación del equipo de Salud: conocimiento y atención al usuario, el conocimiento entre los profesionales resulta en la atención con calidad y se refleja en la reducción de la carga bacilar, aumenta el diagnóstico precoz y disminuye las complicaciones de la enfermedad. Categoría 2: Gestión de salud y control de la lepra. La US 2a:

Estructura de la atención a la lepra abarcó el conocimiento de la situación epidemiológica, el acceso a los servicios, el transporte, la acogida, los sistemas de referencia y contrarreferencia, los flujos de servicio, comunicación y registros de salud. US 2b: Gestión de recursos humanos estaba relacionada con la sobrecarga de trabajo, la rotación de los profesionales, el trabajo en equipo, los vínculos y los despidos. US 2b: Gestión de recursos humanos consiste en los entrenamientos y capacitaciones de los profesionales. Categoría 3: El cambio deseado y necesario. US 3a: Revisando el contexto de trabajo: reflexiones sobre la atención a la lepra. En los discursos, la creación de un ambiente fértil para reflexiones conjuntas que propician la visualización de otros caminos, que, en este caso, eran para satisfacer las necesidades reales del usuario. US3b: Modificación de una práctica: un camino para satisfacer las necesidades del usuario. Se produjeron ideas sobre el desarrollo de diagramas de flujo y protocolos de atención sobre la educación y la inserción de nuevos profesionales. CONSIDERACIONES FINALES: el estudio puede demostrar claramente que, en la “lectura del mundo compartida con el otro”, hubo un cambio en las personas que participaron en los círculos de discusión. La visión solitaria anterior permitió la emancipación, el empoderamiento de los involucrados y el sentimiento del compromiso con el conocimiento. Se revelaron las dificultades en la atención a la lepra, así como las posibles sugerencias para transformar la realidad en cada municipio, lo que significa una impresionante evolución del descubrimiento y comprensión de la realidad.

Palabras clave: Lepra, Conocimiento, Administración de Servicios de Salud, Capacitación en Servicio.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Hanseníase

A Hanseníase desde a Antiguidade carrega consigo o estigma de doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando, assim, a discriminação, rejeição e preconceito ao portador¹. Por muitos anos, as pessoas foram internadas compulsoriamente ou mantidas afastadas da sociedade. Com o passar do tempo, os estudos evoluíram e constataram que a Hanseníase é menos contagiosa que outras doenças e havia a possibilidade de cura com o tratamento adequado².

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, que possui afinidade por células tanto cutâneas quanto de nervos periféricos. As vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada do bacilo, e para que a transmissão ocorra é necessário um contato direto e prolongado com as pessoas não tratadas³.

A evolução da doença é lenta, observando-se que o contato com a pessoa doente até o aparecimento dos primeiros sintomas pode levar em média 2 a 7 anos³.

O diagnóstico da Hanseníase é realizado por meio de exame clínico em busca de um dos três principais sinais da doença que são: lesão na pele com alteração de sensibilidade, troncos nervosos espessados e baciloscopia positiva⁴.

Para o tratamento, o Ministério da Saúde adota a classificação operacional utilizando os seguintes critérios: Paucibacilar (PB), casos com até cinco lesões hipocrômicas (pálidas ou vermelhas) e/ou áreas com perda ou diminuição de sensibilidade, e Multibacilar (MB), casos com mais de cinco lesões, nódulos, placas, espessamento da derme ou infiltrado cutâneo⁴.

Ao longo das duas últimas décadas, a carga bacilar da Hanseníase vem diminuindo significativamente, em 2006 foram 44.436 casos novos, já em 2015 apresentou 26.395⁵. Dois eventos importantes marcaram essa conquista, sendo a primeira em 1981, quando o grupo de estudos sobre quimioterapia da Hanseníase da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o uso de poliquimioterapia

como tratamento. Com o sucesso da resposta ao tratamento veio o segundo evento, em 1991, quando a Assembleia Mundial da Saúde declarou a Hanseníase como problema de saúde pública. Estabeleceu-se, então, a meta global de menos de um caso por 10.000 habitantes. A partir dessa meta, a OMS formula planos de estratégias de cinco em cinco anos com a finalidade de redução da carga da Hanseníase e a garantia do acesso aos serviços disponíveis e acessíveis⁴.

A estratégia global contra a Hanseníase 2016 – 2020 possui o objetivo de reduzir ainda mais a carga de Hanseníase no âmbito global e local. Suas principais metas até 2020 são: eliminação do grau de incapacidade 2 entre pacientes pediátricos; redução de novos casos de Hanseníase com grau de incapacidade 2 a menos de um caso por milhão de habitantes; e nenhum país terá leis que permitam a discriminação por Hanseníase⁶.

A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada das pessoas, já que o diagnóstico da Hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico. Na necessidade de uma atenção especializada é realizada a descentralização a outras Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁷.

Para o funcionamento das RAS, a atenção básica deve cumprir algumas funções: *ser base*: independente do elevado grau de descentralização, faz-se necessária a participação no cuidado; *ser resolutive*: identificando as necessidades de saúde e articular com diferentes tecnologias de cuidado por meio de uma clínica ampliada; *coordenar o cuidado*: acompanhando e organizando o fluxo dos usuários nos diversos pontos de atenção das Redes atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado.

Realizar gestão do cuidado, que inclui a gestão de listas de espera (encaminhamentos, exames e procedimentos), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção, discussão e análise dos casos e incidentes críticos são exemplos; e *ordenar as Redes*: reconhecer as necessidades de saúde da população sob a sua responsabilidade⁷.

Uma estratégia de gestão proposta é a educação permanente, pois exige dos seus atores (gestores, trabalhadores e usuários) maior capacidade de

análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras⁷.

1.2 Educação Permanente em Saúde

A educação permanente foi instituída pela Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2001, como uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência, uma vez que constitui o quadrilátero da formação que agrega ensino, atenção, gestão e controle social⁸. Posteriormente, o Ministério da Saúde define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visa qualificar e transformar as práticas pedagógicas de saúde, contribuindo no processo de desenvolvimento individual e coletivo e na organização as ações e serviços de saúde⁹.

A educação permanente em saúde (EPS) tem um grande potencial de provocar mudanças no cotidiano dos serviços devido à proximidade da prática na vida dos profissionais. É um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”⁷.

A proposta da EPS se baseia na aprendizagem significativa e de problematização da realidade local e desenvolve-se a partir dos problemas diários, levando em consideração os conhecimentos e experiências já existentes¹⁰. Esse modelo de educação utiliza os mesmos princípios e práticas do método de Paulo Freire¹¹, sendo esta uma das estratégias mais utilizadas, possuindo o objetivo de alcançar a aprendizagem para resolução dos problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde⁹.

Alguns dos motivos que prejudicam a adesão de pessoas em uma capacitação é a metodologia utilizada em virtude da repetição de temas, abordagem temática distante da realidade prática, utilização de linguagem inadequada e acabam por participar devido à obrigatoriedade do superior¹².

1.4. Educação Conscientizadora

Na história da educação em saúde houve a tendência de aplicar o modelo tradicional de ensino em que este acredita que aprender é enfiar o saber de quem sabe no suposto vazio de quem não sabe. O resultado é a aquisição de

conhecimento de forma decorada exatamente no formato narrado pelo educador e dificuldade de aplicar esse conhecimento à realidade, uma vez que a realidade se traduz diferente da teoria¹³.

A Educação problematizadora, conscientizadora ou método Paulo Freire, criado em 1960, tinha como proposta a alfabetização dos adultos partindo do universo vocabular das pessoas¹⁴. O adulto aprende diferente das crianças, fazendo-se necessário método que se adeque a essa realidade para que o objetivo seja alcançado⁸.

Paulo Freire utilizava o círculo de cultura como estratégia. “Círculo” porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho que não tem um professor ou um alfabetizador, mas um animador de debates que, como um companheiro alfabetizado, participa de uma atividade comum em que todos ensinam e aprendem ao mesmo tempo¹⁵. Quanto mais reflexão sobre a realidade do educando, mais comprometido se tornará, pois estarão prontos a solucionar os problemas da realidade¹⁶.

A metodologia problematizadora fundamentada no pensamento freiriano é utilizada com base no Arco de Charles Manguerez. No arco constam as cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chave, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade¹⁷



Figura 1 – Arco de Maguerez utilizado por Berbel a partir de Bordenave e Pereira¹⁸

1.5. Justificativa

Um agravante na Hanseníase é a descoberta tardia da doença, o que acarreta lesões sensitivas e motoras que poderiam ser evitadas. O usuário, no início dos sintomas, procura por consulta médica nas unidades básicas de saúde em média 2,7 vezes até o diagnóstico¹⁹.

O tratamento do paciente com Hanseníase requer um profissional capacitado para atuar no reconhecimento precoce da doença e na comunicação a fim de orientar, aconselhar e apoiar esse paciente⁴.

Apesar da diminuição gradativa em números de casos, nos últimos anos, pode passar a impressão que não existem casos atualmente e na realidade existe um número considerável em todo território nacional. A ideia para elaboração desta pesquisa em conhecer a realidade dos municípios partiu após a análise da série histórica dos municípios da Regional de São José do Rio Preto, onde se verificou a ausência de notificação da doença em alguns municípios por mais de três anos e levou a questionar se realmente não possui caso de Hanseníase ou se há dificuldade por parte dos profissionais de saúde no conhecimento da Hanseníase para diagnóstico e tratamento.

Optou-se em utilizar a metodologia dialógica por estar de acordo com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente que prevê a transformação dos serviços e processo de trabalho, bem como trabalhadores, gestores e usuários, para maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para práticas transformadoras⁹.

2. OBJETIVO

Compreender o programa de Hanseníase realizado por profissionais de saúde de três municípios do Noroeste do estado de São Paulo.

3. O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que é recomendado quando se conhece pouco sobre um determinado fenômeno e se pretende descrevê-lo sob o ponto de vista das crenças e culturas humanas em relação aos comportamentos em saúde²⁰.

3.2 Os sujeitos do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Os sujeitos do estudo foram 57 profissionais que representaram três municípios, indicados pelos gestores de saúde, sendo eles 11 agentes comunitários de saúde, 14 enfermeiros, 21 auxiliares/técnicos de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 8 agentes de combate a endemias e 1 coordenador de saúde, que de alguma forma estavam envolvidos em ações de atendimento ao paciente com Hanseníase e no controle de contatos intradomiciliares. Foram excluídos os profissionais que não aceitaram participar do estudo ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3 Aspectos éticos da pesquisa

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) (**Anexo 1**).

O Termo de Consentimento Livre Esclarecimento foi assinado após a explicitação, pelo pesquisador, dos motivos do estudo e esclarecimentos sobre a preservação do anonimato relativos ao conteúdo/imagem advindos das entrevistas, filmagem e gravação das falas (**Apêndice 1**).

Foram atribuídos códigos a cada um dos entrevistados e as falas dos participantes dos círculos de discussão foram identificadas com números e categoria profissional visando garantir o sigilo e a confidencialidade, preservando o anonimato dos participantes (**Apêndice 2**).

3.4 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nos municípios de Mirassol, Neves Paulista e Jaci, situados a noroeste do estado de São Paulo. Os indicadores do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), no período de 2005 a 2011, apontavam a notificação de 44 casos novos de Hanseníase em Mirassol, três casos em Neves Paulista, que há dois anos não notifica novo caso, e quatro casos novos em Jaci, que há três anos não notifica novo caso²¹. A escolha se deu pela localização das cidades, próximas entre si e do município de São José do Rio Preto/SP, e pela necessidade de avaliar o período de pós-eliminação da Hanseníase nesses municípios.

Mirassol está localizada a 14,4 km de São José do Rio Preto e possui aproximadamente 53.792 habitantes²² abrangendo o distrito Ruilândia. As instituições que prestam assistência à saúde de responsabilidade desse município, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), são: Ambulatório Médico de Especialidades (um), Centro de Atenção Psicossocial (um), Centro de Especialidades Odontológicas (um), Centro de Saúde (um), Estratégia de Saúde da Família (três), Serviço de Atendimento Especializado (um), Unidade Básica de Saúde (duas), Pronto-Socorro (um)²³.

Jaci, localizada a 11,6 km de Mirassol, possui 5.657 habitantes²². As instituições que prestam assistência à saúde de responsabilidade desse município, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), são: Centro de Saúde (um), Estratégia de Saúde da Família (duas)²³.

Neves Paulista, localizada a 19,6 km de Mirassol, com 8.772 habitantes²², é constituída de três distritos: Barra Dourada, Miraluz e Pirajá. As instituições sob sua responsabilidade, que prestam assistência à saúde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), são: Centro de Saúde (um), Estratégia de Saúde da Família(um), Santa Casa(uma) e Centro de Saúde(um) em Miraluz²³.

3.5 Método

Procedimentos para a Coleta dos Dados

Primeira etapa: a aproximação dos sujeitos do estudo

O primeiro encontro com os profissionais indicados pelos gestores aconteceu nas suas unidades de trabalho com prévio agendamento. Em alguns casos, houve a necessidade de retornar mais de uma vez à unidade devido às situações imprevistas ocorridas, as quais impossibilitaram as atividades de pesquisa.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi solicitado aos sujeitos do estudo que respondessem a um questionário com questões estruturadas (pré-teste) para avaliação do conhecimento sobre a Hanseníase cujo resultado foi considerado no planejamento das atividades dos círculos de discussão.

Esse instrumento norteador utilizado foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação dos Institutos de Pesquisa, Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. "Alexandre Vranjac", Núcleo de Educação em Saúde / CVE, em fevereiro de 2001, e modificado por pesquisadores do Instituto Adolfo Lutz, em dezembro de 2005, e novamente adaptado por pesquisadores do Projeto Hansen, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FAMERP), em 2009. Duas questões não estruturadas foram acrescentadas a ele com o objetivo de saber como os profissionais percebiam o atendimento aos pacientes de Hanseníase em sua unidade de trabalho, as dificuldades e as ações empregadas diante delas (**Anexo 2**).

Segunda etapa: o planejamento dos círculos de discussão

O conteúdo obtido das respostas ao questionário aplicado foi analisado e tornou-se o ponto de partida nos círculos de discussão. Os resultados evidenciaram lacunas do conhecimento e a percepção dos profissionais distante da realidade sobre o atendimento à Hanseníase.

Com o planejamento elaborado, foi realizada uma reunião com os secretários dos três municípios para a sua apresentação. Nesse momento foi acordada a quantidade de encontros necessários para que os participantes fossem dispensados em grupos devido à dificuldade em cobrir a ausência dos profissionais para os atendimentos da unidade. Foram definidos seis encontros e a responsabilidade dos secretários de saúde na escolha e agendamento das datas/ horários dentro do expediente de trabalho, local e divisão dos profissionais.

Os círculos de discussão foram agendados nos dias 10, 12 e 13 de março de 2015, no município de Jaci, das oito às dezessete horas, para os profissionais de Jaci e Neves Paulista, e nos dias 18, 19 e 20 de março de 2015, no mesmo horário, em Mirassol, para os profissionais desse município.

Terceira etapa: o desenvolvimento dos círculos de discussão

Os círculos de discussão foram embasados nos pressupostos da educação conscientizadora/problematizadora de Paulo Freire.

Os círculos foram iniciados após explicações sobre o seu desenvolvimento com a realização de filmagem e gravação, reiterando o compromisso em resguardar o anonimato dos profissionais.

Os profissionais foram identificados com crachá e sentaram-se em meio círculo para assistir à apresentação de uma história que retratava fatos reais ocorridos nas unidades de saúde da região, em que o paciente com sinais e sintomas de agravos à sua saúde recebe o diagnóstico tardio da doença Hanseníase. Ele mostra a sua surpresa e preocupação a respeito doença e sua transmissão. Esse momento serviu de ponto de partida para a problematização da realidade.

Foram lançadas as perguntas: a história é real? O que vocês percebem nessa história? Na sequência, os temas geradores advindos das falas dos participantes do estudo são escritos em *flipchart* e, a seguir, são evidenciados e utilizados pelo coordenador do debate para nortear a discussão e o esclarecimento de dúvidas sobre a doença e seu tratamento.

O desenvolvimento dessa atividade educativa pautado no diálogo e dados reais do atendimento à Hanseníase efetuado nas unidades de saúde da região

possibilitou a apreensão, pelos participantes, do conhecimento sobre a doença e de fatos da sua realidade de trabalho.

A seguir, os sujeitos do estudo foram convidados a discutir e refletir, em pequenos grupos, acerca das necessidades do paciente de Hanseníase e dos seus familiares e qual profissional deve atendê-las ou saná-las.

Partindo das necessidades evidenciadas pelos grupos e considerando a realidade de trabalho, todos os participantes elaboraram o fluxograma de atendimento ao paciente/familiar acometidos pela Hanseníase. Para tal foi utilizado o papel colorido para identificar as categorias profissionais e os brancos para escrever a ação a ser realizada por elas.

A construção do fluxo de atendimento feita no chão da sala foi permeada pela relação dialógica, reflexiva e horizontalizada entre os coordenadores do debate e sujeitos do estudo.

Por último, solicitou-se aos participantes que respondessem “quais sugestões de melhoria podem contribuir no controle da Hanseníase no seu município?”.

3.6 Análise de Conteúdo

O material das narrativas dos participantes dos círculos de discussão foi transcrito e organizado para posteriormente ser submetido à análise de conteúdo de Bardin²⁴

A análise temática de Bardin se constitui em um conjunto de técnicas para tratamento dos dados advindos de comunicações. É operacionalizada em três etapas: a primeira, pré-análise, momento em que é realizado o tratamento e interpretação dos dados obtidos. A pré-análise consiste na organização intuitiva do material, sendo realizada a leitura flutuante cuja finalidade é ter um contato exaustivo com as narrativas dos sujeitos, possibilitando uma leitura progressivamente mais sugestiva, capaz de ir além da sensação inicial desordenada; a segunda, fase em que se realiza a *exploração do material*, na qual ele é submetido às *operações de codificação*. Dessa forma, há a transformação dos dados brutos em unidades que caracterizam o conteúdo visando ao alcance do núcleo de compreensão do texto. Por intermédio de sua realização, os “núcleos de sentido que constituem uma comunicação” são descobertos. Para os dados agregados, escolhem-se as categorias, delimitando-se, assim, os temas emergidos. E, por último, realiza-se a *análise interpretativa* cuja concretização ocorre com a colocação das informações categorizadas em evidência para, a seguir, realizar as inferências e interpretações que são norteadas pelo quadro teórico²⁴.

4. RESULTADOS

A análise de conteúdo possibilitou a construção das três categorias que albergaram duas Unidades de Significado (US) cada uma, como o quadro a seguir mostra.

Quadro 1. Categorias e unidades de significado

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO (US)
1. O contexto atual da Hanseníase	US 1a - Aspectos socioculturais: crença, preconceito, moradia e o (des)conhecimento da população
	US 1b - A atuação da equipe de saúde: conhecimento e atendimento ao usuário
2. A gestão em saúde e o controle da Hanseníase	US 2a - Estrutura do atendimento à Hanseníase
	US 2b - Gestão de recursos humanos
3. A mudança desejada e necessária	US 3a - Revendo o contexto de trabalho: reflexões sobre o atendimento à Hanseníase
	US 3b - Modificação de uma prática: um caminho ao encontro das necessidades do usuário

Categoria 1: O contexto atual da Hanseníase

O Brasil desde 1976 deixou de usar lepra em seus documentos oficiais quando implantou a Política de Controle da Hanseníase, na tentativa de amenizar o impacto estigmatizante do nome lepra e redefinir os conceitos e tratamentos construídos no imaginário social²⁵.

O tempo passou, houve avanço na medicina, tratamento e cura dessa doença, fatos que poderiam ter repercutido na apropriação de novos significados e/ou ressignificação destes. No entanto, a população e profissionais de saúde apresentam, nos dias atuais, medo e preconceito, dificuldade no entendimento dos conceitos da Hanseníase. A deficiência na informação se estende para os aspectos da doença como forma de transmissão, tratamento, entre outros aspectos que alimentam o preconceito²⁶, como se observa nos depoimentos dos sujeitos deste estudo que contruíram a **Unidade de Significado - US 1a Aspectos socioculturais: crença, preconceito, moradia (des)conhecimento da população.**

Vem daquela época da lepra (...) melhorou muito, mas ainda é encontrado o preconceito. (E2BN)

A bíblia fala de lepra, o Padre fez uma homilia e se referiu à lepra... (F1BN)

Quem nasce em Descalvado é canequinha (...) porque antigamente existiam os leprosos que ficavam na praça pedindo dinheiro com a canequinha. Então... são coisas que ficam.(E4CM)

Isso já é disseminado popularmente a Hanseníase é uma lepra, só mudou o nome... (AE1IM)

Eles vão aos postos, porque, às vezes, tem alguma reação e todo mundo fica olhando para eles (...) é difícil. (T7DM)

Alguns médicos têm preconceito de chegar perto de uma pessoa que tem Hanseníase (...) eles acham que vai pegar (...) não querem nem colocar a mão no paciente com hansen. (ACS10AJ)

Esses sentimentos estão atrelados ao desconhecimento sobre a Hanseníase e, principalmente, pela crença de representar “perigo” aos demais²⁷. Essas crenças sobre a doença, em especial das formas de transmissão, geram atitudes imbuídas de receio e injustiça, que desencadeiam situações cruéis e constrangedoras, implicando em mais sofrimento ao indivíduo acometido de doença. Estudo realizado com portadores de Hanseníase revela mudanças ocorridas no relacionamento com os seus familiares e amigos, desde a confirmação do diagnóstico²⁸. As narrativas a seguir evidenciam essas questões:

No Centro de Saúde um cara chegou super nervoso (...) reclamava de dor e o patrão achava que era mentira e o mandou embora. (E10GM)

Uma amiga uma vez abraçou uma pessoa porque era seu aniversário, quando ela lembrou que ela tinha Hanseníase (...) ficou desesperada. (T14FM)

A população também não tem informação, ela tem muito medo. (T7DM)

A falta de conhecimento da população soma-se a outros aspectos socioculturais e econômicos, como a baixa escolaridade, estados de deficiência e debilitação orgânica, convivência de longa permanência com o *M. leprae*, condições precárias de habitação e movimentos migratórios. E tornam as pessoas vulneráveis e propícias a disseminar a doença. Entender tais questões é fundamental ao atendimento da Hanseníase.

Pesquisa realizada em município vizinho ao da coleta de dados deste estudo utilizou a técnica de geoprocessamento e rastreou a criação de aglomerados e o aumento de casos novos no período em que houve a migração dessas pessoas. A maioria das residências apresentou ampliações inadequadas, em não conformidade com o código de obras e sanitário, abrigando famílias com número de membros aumentados^{29,30}.

Na região deste estudo, encontram-se muitas famílias que se agregam em moradias com vários “puxadinhos” (cômodos construídos ao lado da casa principal) decorrentes da precária condição financeira, que, somadas ao longo tempo de incubação do *M. Leprae*, ao caráter familiar da doença cuja transmissão

ocorre com o contato constante e contínuo e o adoecimento é 2,8 vezes maior entre pessoas com vínculo biológico³¹, configura um quadro propício à disseminação da doença nesses municípios.

Outro aspecto importante é entender o que a população considera como família e/ou quem consideram como familiares ou pessoas do seu convívio constante, pois são fatos que interferem na busca ativa, na abordagem do profissional de saúde com a população e causa diferença no resultado das ações de saúde³². Para a população, 'família' de uma casa, muitas vezes, não abrange os indivíduos/parentes que moram nos "puxadinhos" cujo contato ocorre de forma contínua. E também o entendimento sobre quem são as pessoas que o contato se dá de forma contínua, visto que ele pode ocorrer, inclusive, entre pessoas que moram em endereços distantes.

Esses fatos são resgatados nos fragmentos dos discursos dos profissionais que atuam nessas comunidades:

A família é em aglomerados. A pessoa casa e vai se 'achegando', então você chega numa família, numa casa e encontra 3-4 famílias juntas. (E4CM)

... veja essa senhora que agora foi diagnosticada e está em tratamento, a mãe dela é idoso, cada dia uma das filhas iam lá cuidar dela por um período. A mãe dela teve Hanseníase, coisa de 5, 6 anos atrás, ela morava em outro bairro mais via todo dia a mãe. (T9HM)

Na casa da minha avó foi assim, os netos e bisneto moraram junto com ela quando tinha o casarão, nós chegamos a morar com quatro cinco famílias naquela época ... a convivência era grande. (ACS10AJ)

Esses aspectos socioculturais citados devem ser considerados para que haja alinhamento da comunicação entre os usuários e os profissionais da saúde, pois são importantes para facilitar o diagnóstico precoce e controle da doença.

O desconhecimento da população, em grande parte, ocorre devido à falta de orientação dos profissionais de saúde, que também têm deficit de conhecimento sobre a doença³³.

Neste estudo, compondo o contexto sociocultural, é possível observar na unidade de significado **US 1b. A atuação da equipe de Saúde: conhecimento e atendimento ao usuário** que são muitas as lacunas de conhecimento entre os profissionais da saúde. Nesse sentido, é importante entender os fatores que corroboram com essa situação.

Embora amplamente divulgado e reconhecido no meio científico que o conhecimento da equipe multiprofissional sobre a Hanseníase resulta no atendimento com qualidade, reflete na redução da carga bacilar na comunidade³⁴, aumenta a possibilidade do diagnóstico precoce e diminui os agravos e as deficiências ocasionadas pela doença³⁵. Os relatos deste estudo mostram ações profissionais não congruentes com essa assertiva.

As incapacidades físicas podem ser evitadas ou amenizadas, quando detectada a doença precocemente por meio do tratamento e acompanhamento adequado³⁶.

Além disso, o desconhecimento da doença, dos estados reacionais aliados à situação social da pessoa acometida pela Hanseníase pode levar à instalação e/ou piora das deficiências físicas, mesmo diante do tratamento medicamentoso contra o bacilo³⁷.

A Hanseníase faz parte de um conjunto de enfermidades descritas como doenças negligenciadas, pois possuem características comuns associadas à situação de pobreza, baixa escolaridade e educação, fatores nutricionais e de acesso aos serviços, responsáveis pela dificuldade da eliminação da carga da doença nos países em desenvolvimento⁴. Negligenciada significa “pouca atenção”, “descaso”, são doenças que recebem pouco investimento e não despertam interesse da indústria farmacêutica em pesquisa e estudo³⁸.

A negligência acontece em vários âmbitos, começando pelo ensino nos cursos de graduação das profissões da saúde, medicina, enfermagem, entre outras, que pouco ou nada incluem sobre essa doença nos seus currículos. Os fragmentos de discurso a seguir retratam essa realidade:

Até para nós da graduação nunca foi abordado o tema “Há a forma de transmissão, medicação”... Nunca teve um enfoque. (E1AJ)

Há falta de informação... Parece que não dão muita ênfase (...) os médicos que trabalham na saúde parece que não estão preparados para isso, parece que não dão importância (...) não se fala da doença... infelizmente...muito pouco.(E2BJ)

Eu acho assim...A Hanseníase é uma doença pouco diagnosticada e às vezes o paciente chega com a queixa e é difícil o médico suspeitar de Hanseníase, ele investiga um monte de outras coisas, mas a Hanseníase não.(E6EM)

Hoje a gente fala pouco dela, dá atenção para outras doenças de agora e a Hanseníase ficou assim... As pessoas têm dificuldade em cuidar. (E6EM)

As lacunas cognitivas dos profissionais de saúde incluem as formas de transmissão da doença, sinais e sintomas, exames, classificações da doença, tratamento, encaminhamentos necessários, avaliação de incapacidades, controle e agravos da doença, entre outros. Nos depoimentos dos sujeitos, é possível constatar os deficit relacionados a muitos desses aspectos, como:

- transmissão:

A maioria não sabe nem a forma de transmissão, o tratamento, que tem cura, os agravos da doença, não só o médico... O paciente e os profissionais de saúde. (E1AJ)

O contato (em relação à transmissão) é só através do contato físico, tocar no braço? (T11EM)

-diagnóstico:

(as manchas)... Em qualquer lugar do corpo? (AE11M)

- exames e testes:

Eu tenho dificuldade (...)em fazer a interpretação do resultado. (E3CN)

Nós nunca vimos isso, como é o nome mesmo?(sobre os monofilamentos)(F1BN)

- classificações da doença:

Explica para mim que eu não entendi (...)multi(multibacilar) são várias áreas? (F1BN)

- tratamento:

Depois que ele inicia o tratamento, quanto tempo depois não transmite mais? (E3CN)

Qual é a medicação? A dose é diária? (T3AJ)

Tem efeito colateral? (T13EM)

E se o paciente começa a tratar e depois para o remédio e depois volta, tem que começar tudo de novo? (F1BJ)

O que a gente deve fazer se for numa casa que tiver um paciente com este quadro?(sobre as manchas). (T2CJ)

- Aos agravos da doença:

Problemas nas vistas... eu acho que não tem nada a vê. (T11EM)

Eu nunca imaginava que uma simples dor no braço poderia ser Hanseníase. (ACS4CJ)

Esses depoimentos vão ao encontro dos achados de estudo³⁹ e revelam afirmações de profissionais relacionadas à superficialidade das aulas na graduação e à falta de capacidade para realizar ações voltadas ao atendimento devido ao deficit de conhecimento sobre a doença, o medo da doença e falta de contato rotineiro com pacientes de Hanseníase.

A consequência do que foi explicitado até aqui é a demora no diagnóstico e início do tratamento, levando à instalação de deficiências físicas nas mãos, pés e olhos em virtude do comprometimento de nervos periféricos^{36,40}, além da proliferação da doença. Pode-se constatar essa realidade nos relatos a seguir:

O paciente que a gente diagnosticou lá, veio do Pará um senhorzinho de mais de 70 anos já estava assim com deformidades no nariz, nos pés (...) dor nos pés. (E3CN)

Ela chegou lá no PSF num estado bem agravado (...) tinha narinas afetadas, olho seco, quase não conseguia mexer o olho, manchas pelo corpo... (E1AN)

É importante entender as consequências da fase de pós-eliminação da Hanseníase, pois enquanto alunos, os futuros profissionais, pouco ou nada aprendem na faculdade, uma vez que a ênfase é voltada às doenças atualmente endêmicas, e quando vão para o contexto do trabalho, em razão do número de casos escassos, continuam sem ou quase nenhum contato com doentes de Hanseníase. Tal fato causa dificuldade no atendimento, como é possível observar que eles trazem a história de vida, nos depoimentos a seguir:

Nós não tivemos nenhum caso para falar. (E1AJ)

Eu nunca vi uma pessoa com Hanseníase. (T13EM)

É eu tenho bastante dificuldade, posso ser sincera. (E3CN)

A estratégia de eliminação da Hanseníase provocou uma grande redução da prevalência de casos, mas não da taxa de detecção na maioria das regiões endêmicas. Isto mostra que o controle da Hanseníase deve ser visto como uma tarefa contínua. O desconhecimento dos profissionais sobre a situação epidemiológica atual da Hanseníase e o não entendimento dos indicadores como revelado em estudo⁴¹ se constituem em outro aspecto a ser evidenciado. Diante do despreparo profissional, surgem as dificuldades na organização do Programa Municipal de controle da Hanseníase³⁴. Questões inerentes à falta de competência profissional para o atendimento à Hanseníase são reiteradas pela forma como os serviços de atenção primária à saúde são geridos levando a resultados não desejados/ineficazes das ações executadas que, neste estudo, constituíram a segunda categoria nomeada '**Gestão de serviços de saúde**'.

Categoria 2 - Gestão em saúde e o controle da Hanseníase

Quando se reflete sobre a eliminação da Hanseníase, pensa-se em melhorar o diagnóstico, de forma precoce⁴, para que as formas clínicas não se polarizem e as incapacidades não se tornem irreversíveis. Imagina-se intensificar a busca por doentes e examinar casos de contatos.

Da mesma forma, a certeza da garantia dos serviços bem equipados, o tratamento possível, completo, bem realizado e de forma correta, o acesso,

profissionais capacitados⁴², anotações e informações completas e úteis para todos os profissionais cuidarem do caso como equipe.

A gestão em unidades de saúde na atenção primária deve considerar as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde(SUS), abrangendo no planejamento a acessibilidade, o acolhimento, a equidade, assim como a infraestrutura e os recursos humanos. A **US 2a 'Estrutura do atendimento à Hanseníase'** abrange o conhecimento da situação epidemiológica, o acesso aos serviços, transporte, o acolhimento, os sistemas de referência e contrarreferência, fluxos de atendimento, comunicação e registros em saúde.

Para gerir uma unidade de saúde, um dos aspectos relevantes é o conhecimento sobre a situação epidemiológica da área de abrangência de uma unidade⁴³. Neste estudo, os sujeitos, incluindo os gestores, apresentam uma visão equivocada quanto ao número de casos, tipo da doença, prevalência da doença, onde deveria ser realizado o tratamento e a realização do controle dos contatos intradomiciliares, que retratam que não estão inteirados sobre essa questão indispensável para o diagnóstico, controle e avaliação dos problemas de saúde do território, como se observa nos depoimentos a seguir:

Quantos casos nós temos? (T4AM)

O que me chamou atenção é que é um para dez, eu achava que era mais tranquilo. (F1BN)

Tem uma predominância na nossa região, se é virchoviana, dimorfa? (E4CM)

Hoje eu vejo que as unidades não conhecem esses pacientes, não sabem quem são. (E9GM)

Estudiosos definem o termo acessibilidade como a facilidade com que as pessoas obtêm a assistência à saúde e esta depende de fator sócio-organizacional e geográfico interrelacionados⁴³.

Considerar ou não esses fatores repercute no atendimento à população, que deve ter como porta de entrada a unidade de atenção básica. A questão se inicia no olhar que não está atento aos sinais e sintomas causados pela Hanseníase,

seja na recepção da unidade, nas visitas domiciliares dos agentes de saúde ou na consulta de enfermagem e médica⁴⁴. Já nos primeiros contatos com esses pacientes, há a dificuldade de orientação e direcionamento das ações dos profissionais.

Os relatos dos sujeitos deste estudo mostram aspectos voltados à dificuldade com o transporte, ao tempo prolongado que o usuário espera nas filas de agendamento de consulta, ao buscar a unidade de saúde ou para conseguir consulta com especialistas, ou à falta de estrutura física para a realização do exame físico adequado:

Falta de transporte para a busca ativa... (T10EM)

(...) às vezes precisa encaminhar para o oftalmo, pedir TGO, TGP (exames laboratoriais) e a precisa ficar brigando para conseguir (...) até consegue mais assim...tem uma certa dificuldade. (T7DM)

O oftalmologista também, não tem aquela prioridade que na minha opinião deveria ter... (T7DM)

Eu falei que tinha uma dermatologista muito boa lá no centro de saúde, e ela não foi procurar essa médica, como a burocracia é grande, ela foi à um médico particular, pagou a consulta...(T9HM)

Outra coisa é o acesso... onde fazer o exame físico do paciente? Um constrangimento. (E2BJ)

A dificuldade do transporte para as visitas domiciliares, fato que ocorre em muitos municípios, obriga os profissionais a selecionar prioridades na realização dessas visitas⁴⁵, na busca dos usuários faltosos e controle dos contatos intradomiciliares. Importante destacar que a realização de busca ativa na Hanseníase se constitui uma atividade importante para o diagnóstico e controle da doença.

O planejamento da estrutura física inerente à gestão dos serviços de saúde, uma vez inadequado para o atendimento, acarreta ações profissionais ineficientes e/ou demoradas⁴⁶. Consultórios que não propiciam o atendimento necessário ao paciente com suspeita ou com diagnóstico de Hanseníase

dificultam, por exemplo, a verificação de presença de manchas e/ou áreas com diminuição e/ou perda da sensibilidade que podem estar localizadas em regiões íntimas do corpo.

Outro aspecto relacionado à ineficiência dos serviços públicos é o longo tempo de espera por consultas especializadas, um problema do SUS que ocorre em municípios grandes e pequenos⁴⁷ e tem estreita relação com a confirmação do diagnóstico demorado da Hanseníase⁴¹.

A acessibilidade, o bom atendimento, o tratamento multiprofissional e o acolhimento é um direito de todos brasileiros. Quando essas condições não são asseguradas pela gestão dos serviços de saúde, o impacto não desejado é a falta de adesão e continuidade do tratamento²⁸. Resulta na desistência do paciente ou na busca por outros serviços para resolução de seu problema.

Os fragmentos dos discursos a seguir mostram a importância dessa assertiva:

Temos que ter um jogo de cintura (...) temos que conquistar esse paciente, dar segurança, para ele saber que entendemos do assunto, porque senão ele foge... (E2BN)

O primeiro mês é muito difícil, às vezes tem uma reação e nós temos que motivá-lo (...) ele pensa em desistir “ah, porque estou piorando”, aí você novamente orienta. As vezes as narinas ressecam e orientamos que é uma reação esperada. (E2BN)

Os municípios deste estudo não têm serviços especializados nas unidades de atenção primária, o que torna a resolutividade local baixa. O encaminhamento dos pacientes aos diversos serviços de referência, respeitando a Programação Pactuada e Integrada (PPI), apresenta avanços e ainda encontra limitações de acesso e obstáculos⁴⁷.

Questões evidenciadas pelos sujeitos desta pesquisa se relacionam ao sistema de referência e contrarreferência cujo funcionamento deve acontecer de forma articulada, caso contrário, sem parceria e fragmentada, essa rede de atenção propicia a descontinuidade do cuidado. Os relatos dos participantes do

estudo retratam fragilidades relacionadas ao encaminhamento do usuário aos especialistas e conhecimento do local onde se realizam exames e avaliações que podem contribuir para o diagnóstico da doença e tratamento dos pacientes:

O nosso centro de referência seria o HB?(Hospital de Base)(E1AN)

Acho que é o IAL?(Instituto Adolfo Lutz)(E4CM)(...) se eu conseguir colher e tiver um laboratório de acesso para mandar, mas não temos assim... “aqueeee” laboratório para mandar a lâmina da coleta de baciloscopia.(E1AJ)

Por exemplo, você bate o olho ‘hum,tô na dúvida’. Tem um lugar, por exemplo, um laboratório em Rio Preto? Manda para lá nesse caso? Posso encaminhar? É para lá mesmo? (E2BN)

A comunicação impacta diretamente no funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. A sua ineficácia não possibilita o controle das ações de saúde e seus resultados, indispensáveis ao atendimento multiprofissional do paciente com Hanseníase, suas complicações e cuidados com os familiares.

A percepção de muitos dos participantes desta pesquisa acerca das informações sobre o paciente referenciado, com suspeita ou quadro confirmado de Hanseníase, é distante da realidade. Retrata a dificuldade de comunicação entre as unidades de atenção primária e os centros de referência. Ademais, esse fato barra na ausência de um exame laboratorial padrão ouro. A baciloscopia pode auxiliar no diagnóstico, mas não é um exame conclusivo.

Resultados de atendimentos com especialistas, exames, tratamentos realizados e outras intervenções não são informados aos profissionais das unidades de origem, assim como não são registrados no prontuário do paciente. Dessa forma, o retorno do paciente à unidade acontece de forma inadequada, pois sem as informações dos serviços referenciados, a continuidade do atendimento fica comprometida, como é possível observar nos depoimentos a seguir:

Ficava sabendo pelos agentes de saúde ou quando a pessoa retorna na unidade e fala. (E1AM)

Fica tudo no prontuário. (Na realidade não fica) (E7FM)

Hoje eu vejo que as unidades não conhecem esses pacientes, não sabem quem são, se foi avaliado, quem foi, se ficou faltando alguém. (E9GM)

O de lá (o profissional da unidade de saúde) não fica sabendo que ele fez o tratamento. Falta de comunicação. (T11EM)

A gente não tem o retorno da fisioterapia. (E1AJ)

Porque a gente acha esse seu João (faz o diagnóstico), manda para lá (unidade de referência) e não volta mais para gente. (T9HM)

A pesquisa⁴⁸ corrobora com esses relatos, em que profissionais referem nunca ou quase nunca receber informações sobre atendimentos na unidade de referência. Alguns municípios superaram esse problema com a implantação do prontuário eletrônico, porém esta não é a realidade para todos embora seja indispensável o estabelecimento de fluxo de informações na rede de serviços para a garantia da continuidade do cuidado.

Os fluxos de atendimento ao paciente com Hanseníase diferem entre as unidades de saúde dos diferentes municípios. De acordo com o conteúdo expressado, compreende-se a existência de formas diferentes na sua organização, algumas unidades apresentam estruturas mais centralizadas e outras menos. Para se atingir um resultado eficaz, é importante que os profissionais estejam cientes do fluxo e das ações que devem ser realizadas em cada etapa/local/serviço de saúde.

A carência de planejamento e organização leva a não realização de determinadas ações, essenciais ao controle da doença, ou à crença de que elas são realizadas em algum local e, na realidade, ninguém está fazendo, por exemplo, a notificação, a busca ativa, a prevenção de incapacidades e a vacinação dos contatos intradomiciliares, e são mostradas nos relatos a seguir retratando opiniões similares e divergentes entre os participantes.

- Em relação à prevenção de incapacidades:

Os enfermeiros, todos fazem (prevenção de incapacidades). (E4CM)
 (Há um silêncio entre as demais enfermeiras e falam baixinho: *Não. Não fazem.*)

- À busca ativa:

Ninguém procura os casos. (T5BJ)

Todos: *Não há busca ativa* (participantes dos municípios J e N)

- À medicação:

A medicação voltou para lá? (unidade de referência). Então eu estou desatualizada nessa parte. (T5BM)

- À notificação:

Todos ficam indecisos. (silêncio)

A construção de fluxos e protocolos permite que as etapas soltas sejam ordenadas de forma sistemática⁴⁹, possibilitando que atribuições e atividades importantes ao diagnóstico, tratamento e controle da doença não sejam esquecidas ou negligenciadas.

Tão importante quanto a construção e compartilhamento dos fluxos e protocolos são os registros das informações na saúde. No entanto, as anotações realizadas resgatadas nas falas dos participantes mostram a não realização de registro em prontuários que favoreça o entendimento da equipe:

É importante a anotação, como da fisioterapeuta e outros. Nós ficamos sem saber se o paciente realmente está indo à fisioterapia, se está em acompanhamento. (E2BN)

É uma proteção para gente, um respaldo. (E6EM)

Hoje eles (gerentes) querem o monitoramento, eles não querem só quando o paciente vem né, eles querem o monitoramento, o que a gente fez, como está acompanhando. (E2BN)

A gente sabe da importância disso, mas tem hora que a gente deixa a desejar, eu deixo. (E6EM)

É difícil, anotar no prontuário de todos, fazer monitoramento de todos. Fica em branco mesmo... (E2BN)

Não tem nada assim... (Documento formal) (E1AJ)

Às vezes, ficava sabendo de um caso quando tinha os Agentes Comunitários de Saúde. Eles passavam de casa em casa e passava para gente. Mas não tinha nenhuma anotação. (E8FM)

A anotação em prontuário possibilita a comunicação entre muitos profissionais de uma equipe de saúde, o planejamento de intervenções adequadas e a continuidade do tratamento, além de servir para a defesa do profissional em problemas jurídicos. O registro escasso ou inadequado compromete a qualidade da assistência prestada ao paciente, gera desgaste ao profissional por busca de informações, tempo este que poderia ser dedicado em benefícios ao paciente⁵⁰.

Outro enfoque resgatado nos discursos é a preocupação dos participantes relacionada à sobrecarga de trabalho, à rotatividade dos profissionais e ao trabalho em equipe (**US-2b. Gestão de recursos humanos**).

A rotatividade dos profissionais nas unidades básicas de saúde é tema antigo e causa impacto direto no desenvolvimento das ações profissionais, fato que merece a atenção dos gestores da saúde. Resulta na quebra do vínculo e descontinuidade da assistência até que os novos contratados conheçam os usuários e familiares e se familiarizem com as suas atribuições. As narrativas a seguir mostram essa afirmação:

Acho assim, os ACS (...) se for sair daqui 1 mês, já deveria contratar antes para apresentar para o novo agente os pacientes, quando eu entrei não conhecia, só estava anotado no papel: diabete e hipertensão, e aí? Eu vou chegar na casa da pessoa e falar o que? (...) entendeu? (ACS5CJ)

E não só na parte de Agente de Saúde, como enfermeira, auxiliar de enfermagem, médico. A nova médica que entrou, está perdidinha... (ACS3CJ)

Os médicos pedem mais demissão. (T5BJ)

O estabelecimento de vínculo profissional com a comunidade demanda tempo de convivência para se concretizar, assim não condiz com a troca frequente dos profissionais em uma instituição, pois além da descontinuidade do cuidado ocasiona instabilidade no trabalho⁵¹.

Devido às demissões, investimentos em treinamentos e capacitações de recém-admitidos são frequentes e em vão, visto que o profissional, em especial o médico, aprende e logo deixa o serviço, o que causa desgaste para quem continua³⁴. Pesquisa⁴⁴ mostra que, na visão do profissional, a rotatividade é associada à falta de políticas de incentivo aos trabalhadores de saúde e, na visão do gestor, o serviço público não é um objetivo de trabalho na vida do médico, constitui-se apenas em um degrau. Fato que dificulta as ações de controle da Hanseníase.

Outra questão percebida nos discursos dos profissionais é a sobrecarga de trabalho, que, em parte, resulta da alta rotatividade. Essa situação é potencializada pela falta de comprometimento de muitos profissionais. As falas a seguir referendam essas questões:

A enfermagem às vezes tem que fazer o papel do médico. (T9HM)

E a Maria ainda faz toda a parte de prevenção e está na chefia da unidade. (E5DM)

O que acontece, muitas vezes, é que quem está na posição (de chefia) fica meio sobrecarregado. Porque tem muita responsabilidade, e não é só disso que cuida, são outras coisas e eu tenho o costume de falar “olha gente vêm, vocês precisam aprender, me ajudem!... mas as pessoas “ai eu não quero pegar, é difícil”.(T7DM)

Pensando na realidade “ah! nós vamos descentralizar...” eu acho que é o caminho correto, só que eu sei também que isso sobrecarrega o enfermeiro, porque o médico vai fazer o que o enfermeiro falar que tem que fazer, porque tem pouco envolvimento, (E9GM)

Tenho um caso de um paciente em tratamento, ela passou pelo clínico e no término da consulta [...], ela falou “doutor gostaria que o senhor olhasse eu tenho uma mancha aqui que é estranha” e ele falou “ih não inventa doença” nem olhou para ela e disse “outro dia você marca e vem aqui que a gente vê”... (T9HM)

Mas às vezes o paciente não está bem, já iniciou o tratamento, já foi diagnosticado, está sendo acompanhado lá no postinho, mas ele está com um mal-estar, uma fraqueza, o médico fala assim “ah é paciente de Hanseníase, eu não vou atender” ele não atende nem pra pedir um hemograma, para ver se está com anemia! Então essa falta de colaboração, porque acho que mesmo ele não sabendo nada de Hanseníase, como médico clínico, pode pedir hemograma e ver o básico. (T5BM)

A maior carga de trabalho é a do enfermeiro, que via de regra é quem mais orienta e esclarece dúvidas quando um profissional recém-admitido se insere no trabalho da unidade de saúde e em várias outras situações também. Estudo destaca ser este o profissional que mais enfrenta dificuldades devido à sobrecarga de funções no trabalho. Em relação à Hanseníase, outro motivo que impacta na carga de trabalho é a ausência de responsabilidades dos integrantes da equipe pelo controle da doença, comportamento que gera desmotivação³⁶.

Os treinamentos e capacitações dos profissionais em saúde são outro enfoque que compõe a US 2b **Gestão de recursos humanos**. O relato retrata resultado não alcançado, pois a dificuldade de aplicação no contexto do trabalho continua como evidencia a narrativa:

Eu nunca colhi (coleta de baciloscopia). Eu tenho a capacitação, mas não tenho a segurança. (E1AJ)

O trabalho em equipe foi resgatado nos depoimentos dos sujeitos como um facilitador para o atendimento ao paciente, mesmo na ausência de um fluxo

formal, sistemático, a equipe interage troca informações conforme se observa a seguir:

Lá eu vejo (...) a médica interage muito, (...) o médico chama a enfermagem a toda hora, o Dr.João “olha Maria, é isso” ou então os técnicos, têm uma boa interação. (E2BN)

Eles não tomam uma decisão sem consultar a gente. (E1AN)

Podemos entrar lá e trocar uma ideia com eles, passar o caso. (E1AM)

Esta não é a realidade em todas as unidades. Os discursos mostram o desenvolvimento do trabalho de forma isolada e sem interação entre profissionais, com imposição hierárquica rígida:

A gente tem que conversar mais, às vezes tem coisas que a gente faz e elas não sabem (profissionais de outra unidade de saúde). (T7DM)

Às vezes se a gente vai falar porque é uma coisa melhor e eles já falam na cara que não dá certo. (T2CJ)

Nós temos duas unidades que abrangem determinado ponto da cidade (...) o médico vê onde a paciente mora e fala “Ah! Eu não vou atender”... (E1AJ)

Estudo ressalta a importância dessa inter-relação entre equipes devido à troca de experiências entre as unidades permitindo o conhecimento das necessidades e dificuldades e êxitos das outras unidades⁵².

A reunião de equipe é percebida nos depoimentos como um momento que propicia a relação recíproca de comunicação e interação entre os profissionais. O depoimento a seguir expressa o descontentamento dos participantes pela ausência desse momento:

As enfermeiras vão às reuniões (...) e não passam nada... (T6BJ)

O encontro dos vários profissionais de uma equipe se configura em um momento importante para um grupo, uma vez que se configura em um espaço de comunicação e partilha de experiências e opiniões. Favorece o planejamento integrado de ações, além da transmissão de mensagens que é comum a todos⁵³.

Categoria 3. A mudança desejada e necessária

US 3a - Revendo o contexto de trabalho: reflexões sobre o atendimento à Hanseníase

As reuniões de equipes de trabalho contendo profissionais de diversas áreas foram reconhecidas nos depoimentos dos sujeitos deste trabalho como um ambiente fértil para reflexões conjuntas que propiciam visualizar a realidade de trabalho, repensar outros caminhos para o atendimento à Hanseníase e responsabilizar profissionais pelas ações de saúde que devem ser desenvolvidas, como mostram as falas a seguir:

Começaria com a busca pelo ACS diante de uma possível queixa de Hanseníase. (ACS10AJ)

O agente de saúde está ali na rua, tem aquele vínculo maior, tem uma extrema importância na busca de não deixar esse paciente escapar. (E10GM)

Acho que também examinar esses pacientes, pacientes de zona rural que às vezes não tem nem conhecimento, tem mancha e não procura, não fala. (E1AN)

Observa-se que os profissionais demonstram uma postura proativa na busca de indivíduos sintomáticos. Estudo mostra que a busca ativa foi capaz de identificar um número de portadores cem vezes maior do que os números oficiais do Ministério da Saúde⁵⁴. É importante entender que a busca ativa isoladamente não resolve o problema da Hanseníase, as ações necessitam de continuidade.

Outra preocupação evidenciada é o acolhimento do paciente. Os participantes expõem que, muitas vezes, funciona como uma barreira e fragiliza o vínculo com o usuário, como se pode notar nos depoimentos a seguir:

Ele (o usuário) chega à recepção (principalmente por demanda espontânea ou pela busca ativa). (E2AM)

Esse paciente foi até a unidade... ele tem que ter um bom acolhimento. (ACS10AJ)

Não deixar esse paciente ficar rodando para lá e, para cá... Ele vai embora sem atendimento, por isso que o acolhimento importante. (E7FM)

Pesquisadores reconhecem a inquietação dos profissionais em relação ao acolhimento por ser a recepção o primeiro local onde o usuário busca informações⁵⁴.

Na medida em que os participantes ampliam a sua compreensão da realidade, apresenta-se maior anseio na busca de uma solução. Uma vez já realizada a busca e o acolhimento, o usuário necessita do diagnóstico médico para iniciar o tratamento e há demora na realização do diagnóstico porque o clínico geral tem dúvidas e encaminha para o ambulatório de especialidades. As agendas nesse ambulatório são cheias fazendo com que o paciente, que mora distante, tenha que voltar outras vezes, como se observa nos relatos a seguir:

Nos postinhos não tem dermatologista, só no centro de saúde, se é que tem, também não sei. (AE1IM)

Chega um paciente no postinho e tem que encaminhar (...) lá para o Centro de Saúde. E a situação lá também é demorada... Meu Deus para chegar lá pelo SUS hein... (AE1IM)

Por isso que eu acho que seria mais fácil tudo num lugar só, a medicação, o funcionário, o médico (centralização do atendimento). (T10EM)

Eu acho que a unidade da Maria, tão longe de tudo, imagina pra quem vem ao centro de saúde, por mais que seja uma vez ao mês... É um longo caminho para andar. (E9GM)

Se lá (unidade básica) é mais perto para o paciente porque ele vai andar para o outro lado da cidade? Condução é complicada, sendo que ele pode ir ao lado da casa dele.(E10GM)

Nesse momento, os participantes ponderaram os prós e contras relacionados à centralização ou descentralização no atendimento à Hanseníase. Por intermédio do diálogo, os sujeitos do estudo escolheram o modelo de atenção que mais se adequava a sua realidade de trabalho e construíram o fluxo de atendimento ideal para ser operacionalizado, como se verifica nos relatos a seguir:

Ela(a enfermeira) faz a primeira consulta e já encaminha para o médico para ele pedir os exames complementares.(ACS3CJ)

O médico falando “sim”, pode pedir a baciloscopia e o enfermeiro já vai fazer a notificação, já vai buscar comunicantes (entenda-se contatos intradomiciliares), já vai falar para os agentes que tem que orientar aos familiares a fazer BCG. Não precisa esperar o resultado da baciloscopia. (E1AJ)

O teste de sensibilidade também já pode ser feito pelo enfermeiro, à coleta da baciloscopia. (E1AJ)

Solicita a medicação e exames. (E2BJ)

Faz avaliação de incapacidades também. (E5DM)

A consulta médica é de três em três meses, aí consulta com a enfermagem também. O acompanhamento com as agentes mensalmente. (T3AJ)

Nisso já entra com a vacinação. (T3AJ)

Ah tem aquelas orientações com os cuidados da casa (pelo ACS). (T5BJ)

Pesquisa⁵⁶ mostra o processo de descentralização de uma microrregião, destaca que apesar do termo descentralização ser utilizado com conotação positiva, há necessidade de encontrar um ponto de equilíbrio entre os dois modelos, pois em nenhum deles se encontra a perfeição.

A necessidade do envolvimento de outros profissionais no cuidado à Hanseníase e a criação de protocolos de cuidado são observadas nos depoimentos dos profissionais relacionados ao fluxo de atendimento:

Ele vai encaminhar para a dermatologista. (caso o diagnóstico seja feito pelo médico clínico geral) (AE8IM)

As pessoas, às vezes, precisam de um acompanhamento psicológico porque acaba ficando neurótico. (ACS10AJ)

As incapacidades se houver encaminhar para a fisioterapia. (E2BJ)

Precisa encaminhar para a assistente social. (T5BJ)

Oftalmologista também. (T3AJ)

Até nutricionista... (E2BN)

Para o dentista. (E2AM)

Ao referendar um paciente, é importante que a informação sobre a sua clínica e cuidados realizados ou necessários o acompanhe. Quando ele retorna à unidade básica, também as informações a seu respeito devem estar registradas em prontuário. Os relatos dos participantes mostram a frustração dos profissionais como “nadar e morrer na praia”, pois encaminham o paciente a outro serviço e as informações não retornam. As falas seguintes referendam esse entendimento:

O que falta é esse retorno mesmo do paciente, foi encaminhado? Às vezes ele não volta mais e a gente precisa saber dele, esse paciente tem que ser acompanhado não pode ser esquecido, e tem que ter registro, é isso que eu sempre falo sempre, o registro é muito importante para acompanhar. (E6EM)

Manter a organização do prontuário do paciente, para todo acesso que foi necessário tudo vai estar disponível. (T10EM)

Sobre referência e contra referência, poderia montar uma pastinha. E essa pastinha acompanharia o paciente em determinados locais e voltaria para a mão da enfermeira. Para os papéis não ficarem jogados ao vento. E todos os exames que (o paciente) fizer anexar uma cópia na pastinha para o médico que vai olhar ou o fisioterapeuta ou o psicólogo. (ACS10AJ)

Um impresso com o que os profissionais fazem, para todo mundo ficar sabendo (Parecer por escrito). (E3CN)

E sempre deixar no prontuário. (E2BN)

Cenário semelhante é explicitado por profissionais que afirmam nunca ou quase nunca receberem informações do nível secundário⁵⁷.

Percebe-se que os profissionais se sentem valorizados quando se dão conta que podem contribuir para o planejamento das ações do controle da Hanseníase. Refutam a falta de comprometimento e envolvimento dos profissionais, principalmente do médico, o que causa sobrecarga de trabalho ao enfermeiro. Muitos médicos referenciam ao dermatologista porque não querem atender o paciente com Hanseníase ou suspeita e por isso a dependência das unidades de referência. As falas a seguir referendam essa ideia:

Por isso que é importante os médicos também terem vindo. (E1AN)

O médico da unidade tem que ser capacitado pelo menos para fazer esse primeiro diagnóstico, eu vejo que a maioria não é preparada para diagnosticar Hanseníase, essa é a verdade. (E6EM)

Precisa de pessoas mais engajadas. (T7DM)

Parceria de médicos mais preparados, envolvidos e toda equipe de enfermagem. (T10EM)

Vamos ver no final dos três dias quantos médicos vão se dispor a vir aqui participar, e isso estava programado na agenda, muitas vezes não tem a devida valorização, e aí vai sobrecarregar o enfermeiro! (E9GM)

Os sujeitos do estudo explicitam correlação entre a dificuldade em atender o paciente e o deficit de conhecimento para tratar/cuidar do doente com Hanseníase:

Muitas vezes fazemos uma vez, depois para, acabamos esquecendo. Já não é uma coisa que tem em todas as unidades, se fica muito tempo sem fazer acaba perdendo a mão. (E9GM)

Eu também acho que não vou fazer um teste bom, não vai ser uma avaliação perfeita (avaliação de incapacidades). A baciloscopia mesmo é coisa (...) para ser sincera, acho que é o que mais pega. (não ter treinamento na prática). (E2BN)

Estudo⁵⁸ menciona a importância de capacitações sistemáticas para a equipe multiprofissional, buscando reduzir a distância da deficiência do conhecimento prático e a educação em Hanseníase.

US 3b - Modificação de uma prática: um caminho ao encontro das necessidades do usuário.

A educação permanente foi destacada por muitos dos participantes como uma forma de mudar uma prática com a inclusão de outras categorias profissionais visando à atualização e aquisição de conhecimentos, como se observa a seguir:

Em primeiro lugar as capacitações. (E2BJ)

Primeiro, a capacitação. (T3AJ)

Depois da capacitação... ficar mais atento e não deixar de observar, porque o olhar passa a ser outro. (T3AJ)

A educação continuada tem que ser para todos os profissionais da unidade, não só para os da área da saúde, mas desde o ajudante de serviços gerais, a faxineira. Todos têm que saber, porque, às vezes eles escutam alguma coisa, às vezes está fazendo a entrega do leite e

alguém pergunta. Tem que saber para poder encaminhar para o local certo. (E6EM)

Eu volto a falar que precisa ter educação continuada para todos! Todos independente da função. Tem que ter o envolvimento de cada profissional. (T7DM)

Fazer na prática, a coleta de baciloscopia, fazer na prática, não só ficar vendo os outros fazerem. (educação no contexto da prática profissional). (E1AJ)

Os depoimentos vão de encontro à pesquisa⁵⁹, a qual afirma que capacitar é uma forma de orientar o caminho a seguir. A capacitação baseada na gestão participativa promove profissionais inovadores e transformadores no cotidiano do trabalho⁵⁹.

Uma forma segura de conduzir a assistência é a elaboração de fluxogramas e protocolos de atendimento, documentos estes que garantem a prestação do cuidado com qualidade⁶⁰. A carência desses documentos é uma realidade dos municípios estudados, sua implantação se justifica através de situações e problemas que as equipes vivenciam, como ilustram as narrativas:

Na consulta de enfermagem tem de saber o que vai perguntar o que vai abordar, uma consulta mais detalhada para ajudar a fechar o diagnóstico junto com o médico. (E2BN)

Eu acho que deveria ter fluxograma (...) protocolos. Para a enfermagem, fisioterapia... (E2BN)

Para o profissional saber para onde encaminhar seu paciente. (E5DM)

Saber o laboratório de referência, para não ficar pingando de um lugar para o outro... “ah posso mandar para esse”. (E1AJ)

Eu acho que deveria ter fluxograma, no caso da enfermagem, POP de teste de sensibilidade... (E2BN)

Na fala a seguir, podemos observar que atrelado aos documentos que organizam a gestão clínica e administrativa, faz-se necessária a capacitação do

profissional recém-contratado antes de iniciar o trabalho a fim de conhecer o funcionamento do sistema de saúde, já que muitos não possuem experiência na saúde coletiva.

Ela (médica) cumpriu 30 dias de aviso prévio, não podia ter colocado uma para ficar com ela 30 dias para ensinar todo o sistema?(ACS3CJ)

O conhecimento da comunidade foi apontado como inerente ao diagnóstico precoce, surgindo propostas para realizar educação em saúde em vários cenários da atenção básica, porém utilizando uma nova metodologia com a finalidade de envolver a comunidade, estimulando-a à participação ativa, como ilustra a narrativa:

Precisa ser mais divulgado. Divulgar mais para o paciente vir até a unidade. (T2AM)

Orientar nos grupos educativos de hipertensos e diabéticos... (E6EM)

Um lugar que pega bem é a sala de espera da unidade. (T9HM)

Poderia fazer algumas palestras sobre Hanseníase no município, para conscientizar. (ACS6AJ)

Campanhas. (T10EM)

Tem que ser uma coisa diferente, não esse negócio de chamar a população e servir um lanchinho (...) um lá na frente falando, falando, falando. Tem que ser uma coisa mais dinâmica (...) que contagia. (T3AJ)

... é essa é a proposta do PSF. (T6BJ)

As falas anteriormente citadas são próprias do modelo de atenção voltado para a doença, especializado e fragmentado, que desqualifica os outros saberes⁶¹. Muitos realizam ações de educação em saúde utilizando a metodologia tradicional, na qual o profissional repassa a informação técnica de forma normativa e prescritiva para que ocorra mudança de comportamento, desvalorizando os saberes e experiências singulares do outro. E como resultado

os profissionais sentem a dificuldade na educação em saúde, pois o que é orientado não condiz com a realidade, a população não entende e, conseqüentemente, não adere ao que está sendo proposto⁶².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise temática dos dados coletados nos círculos de discussão revelou a percepção dos profissionais de saúde, participantes do estudo, sobre o contexto do atendimento à Hanseníase, abrangendo o conhecimento da população, suas crenças e aspectos socioculturais, como também a dificuldade da equipe multiprofissional em atender o paciente/comunicante de Hanseníase. Resgatou também a inadequada estrutura dos serviços e gestão de recursos humanos para o atendimento aos pacientes e contatos intradomiciliares.

O fato de pensar, discutir, analisar e trocar experiências com profissionais da própria unidade e de outras possibilitou a modificação do comportamento tímido e receoso, permeado pelo medo de mostrar as suas carências de conhecimento e desinformação da realidade em que atuavam, passou a revelar as dificuldades no atendimento à Hanseníase.

Ao se apropriarem do conhecimento tanto sobre a doença quanto das ações de saúde relacionadas ao controle da Hanseníase, puderam refutar o que está posto e sugerir modificações possíveis e ancoradas na realidade do trabalho.

A estratégia utilizada, pautada nos princípios teóricos de Paulo Freire, mostrou ser uma forma adequada para facilitar a construção de uma nova realidade, pois transformou a visão solitária anterior e permitiu a emancipação, o empoderamento dos envolvidos e o sentimento do compromisso com o conhecimento.

Uma limitação do estudo ocorreu pela não participação do médico nos círculos de discussão. Apenas um município, que dispõe de um quadro maior de profissionais, concedeu a liberação do médico. Os demais, por motivo de epidemia de dengue na cidade, suspenderam a participação. Nenhum médico compareceu.

A maior conquista ao realizar este tipo de pesquisa é poder responder afirmativamente à pergunta recomendada por Paulo Freire: “A quem sirvo com a minha ciência?”¹⁶.

Foi imensamente gratificante ouvir “*estes momentos foram os que mais me fizeram pensar e evoluir*”.

“O atendimento agora com certeza será feito com outro olhar.”

“Da mancha eu não pergunto, mas eu vou passar a perguntar.”

“Vou falar a verdade, de tudo que já participei, dos cursos que eu já fiz isso foi o que eu mais gostei ”

REFERÊNCIAS

1. Santos AS, Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. Rev Bras Enferm. 2008;61(n. esp):738-43.
2. Martins MA. Qualidade de vida em portadores de Hanseníase [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Para o controle de Hanseníase. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da Hanseníase: período do plano: 2011-2015/Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
5. Weekly epidemiological Record Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2 september 2016, 91th year / 2 septembre 2016, 91^e ANNÉE. n35, 2016, 91, 405–420. Disponível em: <http://www.who.int/wer>.
6. Organização Mundial da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

8. Silva DSJR, Duarte LR. Educação permanente em saúde. *RevFacCiêncMéd Sorocaba*. 2015;17(2):104-5.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Cecim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86.
12. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007;9(2):389-401.
13. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *RevBrasEnferm*. 2010;63(1):117-21.
14. Scocuglia AC. A História das ideias de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária; 1999.
15. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *RevBrasEnferm*. 2010;63(3):397-403.
16. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes; 1979.
17. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):172-177.

18. Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2014;48(4):706-14.
19. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da Hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(2):155-64.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. São Paulo (Estado). Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica de Hanseníase/CVE/CCD/SES/SP. População - IBGE 2012 [homepage na internet]. São Paulo, 2012 [acesso em 2013 mai 05]. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/Hansprev_serie.htm
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades @. [homepage na internet]. São Paulo [acesso em 2013 mai 05]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>.
23. CNES. Cadastro nacional de estabelecimento de Saúde. CNES Municípios [homepage na internet]. Brasília. [acesso em 2013 mai 15]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0
24. Bardin L. Análise de conteúdo São Paulo: Edições 70; 2011.
25. Santos KS, Fortuna CM, Santana FR, Gonçalves MFC, Marciano FM, Matumoto S. Significado da Hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. *RevLatinoamEnferm*. 2015;23(4):620-7.

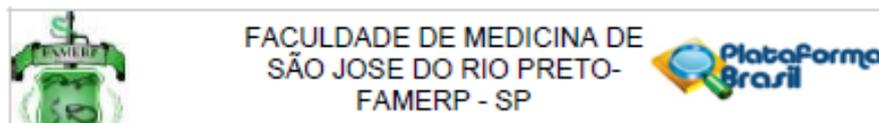
26. Femina LL, Soler ACP, Nardi SMT, Paschoal VDA. Lepra para Hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. *Hansen Int.* 2007;32(1):37-48.
27. Silva PLN. Perfil de conhecimentos sobre Hanseníase entre moradores de uma Estratégia Saúde da Família. *Hansen Int.* 2012;37(2):31-39.
28. Silveira MGB, Coelho AR, Rodrigues SM, Soares MM, Camillo GN. Portador de Hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Psicol Soc.* 2014;26(2):517-27.
29. Paschoal JA, Paschoal VD, Nardi SM, Rosa PS, Ismael MG, Sichieri EP. Identification of urban leprosy clusters. *ScientificWorldJournal.* 2013;2013:219143.
30. Cury MR, Paschoal VD, Nardi SM, Chierotti AP, Rodrigues Júnior AL, Chiaravalloti-Neto F. Spatial analysis of leprosy incidence and associated socioeconomic factors. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):110-8.
31. Lima CSO, Galvão MHR, Brito FM, Felix K. Hanseníase: vigilância dos comunicantes *Rev Enferm UFPE online.* 2014;8(5):1136-41.
32. Pinto Neto JM, Carvalho HT, Cunha LES, Cassenote AJF, Lozano AW, Martins APS. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo de 1991 a 2012. *Hansen Int.* 2012;38(1-2):68-78.
33. Tomaleri JP, Nardi SMT, Fernandes GB, Pedro HSP, Paschoal VD, Faria JIL. Qualidade da atenção às pessoas com Hanseníase na rede pública de saúde. *Hansen Int.* 2013;38(1-2):26-36.

34. Carvalho APM, Fabri ACOC, Lanza FM. Integração das ações de controle da Hanseníase sob a perspectiva dos profissionais da saúde. Rev Enferm UFPE on line. 2015;9(1):114-20.
35. Nardi SMT, Paschoal VDA, Chiaravalloti-Neto F, Zanetta DMT. Deficiências após a alta medicamentosa da Hanseníase: prevalência e distribuição espacial. Rev. Saúde Pública. 2012;46(6):969-77.
36. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, Antezana FJ, Pinheiro AKB, Silva BP, et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre Hanseníase: ações de controle e eliminação. RevBrasEnferm. 2015;68(2):297-304.
37. [Costa LG](#), [Cortella D](#), [Soares RCFR](#), [Ignotti E](#). Factors associated with the worsening of the disability grade during leprosy treatment in Brazil. Lepr Rev. 2015;86(3):265-72.
38. Souza AW. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências; 2010.
39. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. RevBrasEnferm. 2008;61(n. esp.):671-5.
40. Araújo AERA, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO, et al. Complicações neurais e incapacidades em Hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. RevBrasEpidemiol. 2014;17(4):899-910.

41. Souza ALA, Feliciano KVO, Mendes MFM. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de Hanseníase. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):610-18.
42. World Health Organization [homepage na internet]. Geneva, 2015 [acesso em 2015 out 03]. Leprosy; [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>
43. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais e modelos de atenção. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(Supl 3):154-60.
44. Veigas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12.
45. Lopes MCL, Marcon SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Sci., Health Sci.*. 2012;34(1):85-93.
46. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev Eletrônica Enferm*. [periódico na Internet]. 2015 Jul/Set [acesso em 2015 out 03];17(3):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a04.pdf>
47. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *RevGaúchEnferm*. 2011;32(3):451-7.

48. **Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde.** RevEscEnferm USP. 2014;48(n. esp.):126-32.
49. Werneck MAF, Faria HP, Ferreira K. Protocolo de cuidados a saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
50. Meneses LBA, Bezerra AF, Trajano FMP, Soares MJGO. Prontuário do paciente: qualidade dos registros na perspectiva da equipe multiprofissional. RevEnferm UFPE online. 2015;9(10):9485-91.
51. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl 1):1521-31.
52. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl 1):1533-41.
53. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. RevBrasEnferm. 2012;65(1):97-103.
54. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2010;43(1):62-67.
55. Finkler AL, Viera CS, Tacla MT, Toso BR. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. Acta Paul Enferm. 2014;27(6):548-53.

56. Lanza FM, Lana FCF. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):[08 telas].
57. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. RevEscEnferm USP 2014;48(Esp):126-32.
58. Beluci ML, Borgato MHB, Galan NGA. Avaliação de cursos multiprofissionais em hanseníase. Hansen Int. 2012;37(2):47-53.
59. Medeiros AC, Pereira QLS, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. RevBrasEnferm. 2010;63(1):38-42.
60. Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. RevEscEnferm USP. 2011;45(5):1041-1047.
61. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. Psicol.ciênc.prof. 2008;28(2): 374-389.
62. Bonfim PF, Fortuna CM, Gabriel CS, Durante MC. Ações educativas em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde. RevBrasEnferm. 2012;65(3):420-7.

Anexo1**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: OBSERVATÓRIO DE HANSENIASE: PROPOSTA PARA REGIÃO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, EM MUNICÍPIOS QUE ESTÃO NA FASE DE PÓS-ELIMINAÇÃO.

Pesquisador: VANIA DEL ARCO PASCHOAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14355413.0.0000.5415

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 386.555

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Adequada. A Introdução é pertinente e clara, apresentando dados atualizados da situação de hanseníase no Brasil recentemente. Objetivo geral é claro e extenso, sendo alterado os objetivos secundários em relação ao projeto apresentado anteriormente. As referências são bastante atualizadas. Trata-se de uma pesquisa bastante complexa.
polimorfismos genéticos.

Objetivo da Pesquisa:

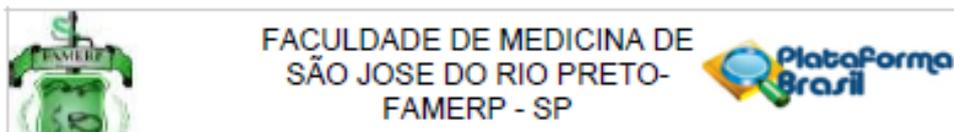
Criar um observatório de hanseníase que tenha abrangência na Região de Saúde de São José do Rio Preto, SP com vistas a realizar ações de vigilância epidemiológica e investigação centradas no paciente, nos comunicantes e na educação em saúde para profissionais.
Foi retirado a educação em saúde para os estudantes.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Refere que não existe riscos. Os riscos são mínimos, uma vez que será coletado dados de fonte secundária e na dificuldade em responder o questionários utilizados para a pesquisa.

Os benefícios: espera-se que com a criação do observatório atualização e controle da hanseníase proporcionando a eliminação da hanseníase na região de São José do Rio Preto.

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
 Bairro: VILA SAO JOAO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 306.555

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se um projeto mãe, que será desenvolvido em uma sequência lógica em tres grandes etapas. A primeira etapa do trabalho será realizada por meio de um censo descritivo transversal que iniciará pela base de dados do Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN) visando identificar quantos e quais os pacientes portadores de hanseníase. Para complementar/chechar esses dados do SINAN será realizada a coleta dos dados dos prontuários visando verificar se nenhum paciente ficou sem registro utilizando a ficha ha clínico-epidemiológica (visando contemplar os dados do perfil demográfico, aspectos clínicos, situação do tratamento, deficiências, exames laboratoriais e identificação dos comunicantes dos casos elegíveis. A segunda parte será um estudo de campo com realização de visitas domiciliares e entrevista junto aos pacientes e familiares e a avaliação da participação social e da qualidade de Vida utilizando para tal protocolos validados como escala de Participação e o referencial WHOQOL-BREF. Na terceira etapa, os pesquisadores farão a sensibilização e capacitação de profissionais da rede básica de saúde e agentes comunitários por meio da metodologia problematizadora e análise de conteúdo de Bardin, como ponto de partida para o desenvolvimento e construção de protocolos locais. Para verificação do conhecimento antes e após a capacitação será aplicado o pré e pós-teste de hanseníase.

Portanto é uma pesquisa relante que tem muito a contribuir para o controle e eliminação da hanseníase na região de SJRP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado, atendendo as solicitações para uniformização da descrição do objetivo no TCLE com o do projeto.

Recomendações:

Foi alterado os objetivos secundários quanto a participação dos estudantes na educação em saúde. Justificado as ausencia de algumas assinaturas, conforme anexo acrescentado no reenvio do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi atendido as solicitações e projeto pode ter início.

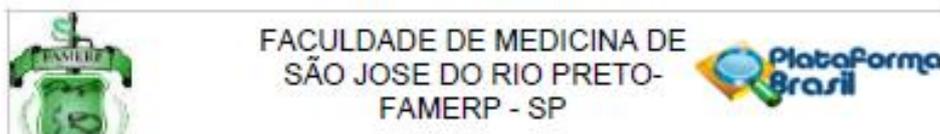
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
 Bairro: VILA SAO JOAO CEP: 15.090-000
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cexfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 306.556

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

SAO JOSE DO RIO PRETO, 05 de Setembro de 2013

Assinador por:
Fernando Batigaglia
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416
Bairro: VILA SAO JOAO CEP: 15.090-000
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

ANEXO 2

PROJETO HANSEN. PRÉ-TESTE

As afirmativas abaixo compreendem noções básicas e ações educativas em relação à Hanseníase, assinale **CORRETO – INCORRETO – NÃO SABE** para cada uma delas. Nosso objetivo é verificar o conhecimento sobre vários aspectos como controle, atenção da Hanseníase aos pacientes e aos comunicantes e à gestão de seu trabalho. Fique tranquilo porque não vamos dar nota aos participantes, nem divulgar o resultado com o seu nome. Não é necessário colocar seu nome. **Solicitamos a gentileza de não deixar nenhuma das respostas em branco.**

1. INICIAIS DO NOME: _____ 2. DATA DO NASCIMENTO: ___/___/___
3. GÊNERO: 1 () Masculino 2 () Feminino
4. GRAU DE ESCOLARIDADE: (assinale a categoria que represente sua escolaridade indicando em seguida se a mesma está completa ou incompleta.)
1 () Ensino fundamental 2 () Ensino médio 3 () Ensino Superior 4 () Especialização 5 () Mestrado
6 () Doutorado () completa () incompleta
5. LOCAL DE ATUAÇÃO: 1 () Administrativo 2 () Assistência 3 () Outro. Qual: _____
6. CATEGORIA PROFISSIONAL: _____
7. TEMPO DE TRABALHO COM HANSENÍASE: _____ anos
- DATA/...../.....

CATEGORIAS QUESTÕES	CORRETO	INCORRETO	NÃO SABE
1- A Hanseníase é transmitida principalmente por meio das vias respiratórias			
2- Existe outra fonte de infecção de Hanseníase além do homem			
3- O paciente com Hanseníase deve evitar o contato físico (relações sexuais, beijo, abraço, etc.) e ambientes coletivos (banheiro, ônibus, piscina, etc.) e manter seus objetos de uso pessoal separado			
4- Os sinais e sintomas da Hanseníase são:			
4.1. Manchas na pele que não doem, não incomodam			
4.2. Manchas que coçam.			
4.3. Manchas com queda de pelo			
4.4. Áreas/ manchas com dormência ou formigamento			
4.5. Manchas que pegam pó.			
4.6. Queimar-se ou cortar-se sem sentir			
4.7. Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas			
5- Os bacilos de um doente sem tratamento passam para as pessoas saudáveis, principalmente através de contatos diretos e frequentes			
6- Entre as pessoas que adoecem, alguns desenvolvem poucas manchas com poucos bacilos e outras apresentam formas mais graves com muitos bacilos			
7- Nem todas as formas de Hanseníase são contagiosas. As contagiosas deixam de ser quando o tratamento é iniciado			
8- A Hanseníase é uma doença que ataca a pele e nervos e pode causar deformidades nos olhos, no nariz, nas mãos e nos pés			
9- A cura da Hanseníase ainda não foi alcançada			
10- O tratamento regular da Hanseníase é de 6 meses para os pacientes das formas indeterminada e tuberculoide (paucibacilar) e de 12 meses para os pacientes das formas dimorfa e virchoviana (multibacilar)			
11- A maioria das pessoas que entra em contato com o bacilo de Hansen adoece			
12- O tratamento para os Paucibacilares e Multibacilares consiste em uma (01) dose mensal supervisionada, ministrada pelo profissional de saúde, acompanhadas de doses diárias auto- administrável pelo próprio paciente			
13- O tratamento (PQT) pode ser interrompido pelo paciente em qualquer momento pois os bacilos ativos (vivos) não voltam a se multiplicar			
14- O tratamento (PQT) pode ocasionar:			
14.1. Alteração na cor da pele principalmente em contato com o sol			
14.2. Urina vermelha no dia da dose mensal supervisionada			
14.3. Diminuição da eficácia do anticoncepcional			
15- Na Hanseníase a lesão dos nervos periféricos pode ocasionar dor, fraqueza diminuição da sensibilidade			
16- O tratamento deve incluir as ações de prevenção de incapacidades para evitar as deformidades			
17- As pessoas que convivem com pacientes que tem ou tiveram Hanseníase precisam ser examinadas e acompanhadas pela equipe de saúde, sendo esse um dos principais fatores que contribuem para a “quebra” da cadeia de transmissão	x		
18- A Hanseníase é hereditária		x	
19- O paciente de Hanseníase deve ser tratado de forma diferenciada na rede de saúde pública.			

20-O paciente de Hanseníase deve continuar sua vida normal junto à família, amigos e trabalho			
21-Somente o médico poderá suspeitar de Hanseníase e realizar os encaminhamentos necessários			
22-A mulher pode passar Hanseníase para seu filho na gravidez e ou durante a amamentação			
23-A forma indeterminada da doença não é contagiosa, a sua cura é mais rápida e fácil, se não tratada, pode evoluir para formas mais graves			
24- A forma tuberculoide é contagiosa, ou seja, passa de uma pessoa para outra			
25- As formas dimorfa e virchoviana quando não tratadas são contagiosas			
26- Diante de um caso com suspeita de Hanseníase, o médico, deverá minimamente examinar pele, nervos, sensibilidade e solicitar exames laboratoriais, se necessário			
27- A baciloscopia (coleta da linfa) e a biopsia (retirada de um pedacinho da pele da mancha), são exames de laboratório para verificar a presença de bacilos no corpo			
28-O resultado do teste de Mitsuda tem valor diagnóstico			
29-Resultados de PCR positivos (amplificação de DNA do <i>M Leprae</i>) em amostras de swab nasal indicam presença da micobactéria no ambiente			
30- A baciloscopia de esfregaço intradérmico deve ser utilizada como Exame complementar para a identificação dos casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB) de difícil classificação clínica			
32- O método de coloração do esfregaço é o de Ziehl-Neelsen e o índice baciloscópio (IB), proposto por Ridley em 1962, baseia-se em uma escala logarítmica com variação de 0 a 6, sendo um método de avaliação quantitativa			
33- O <i>M. leprae</i> é cultivado somente no meio de Lowenstein Jensen			
34- O diagnóstico laboratorial da Hanseníase é importante para auxiliar no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas, casos suspeitos de recidiva e na classificação para fins de tratamento			

Instrumento elaborado pelo Núcleo de Educação em Saúde / CVE – Fev. 2001, modificado por pesquisadores do ILSL em dezembro de 2005 e por pesquisadores do Projeto Hansen, SJ Rio Preto, SP, em 2009.

Por favor, responda as perguntas a seguir:

1. Como acontece o atendimento ao paciente de Hanseníase na unidade que você atua?
2. Quais dificuldades são encontradas neste atendimento?
3. Que ações são adotadas frente às dificuldades encontradas?
4. E em relação ao comunicante/contato de paciente de Hanseníase?

Apêndice 1
PROJETO HANSEN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa que está sendo realizada por Priscila Donda (enfermeira), com coordenação da Profa Dra Vânia Del'Arco Paschoal (enfermeira). Este projeto tem como objetivo capacitar profissionais de saúde em Hanseníase para buscar a eliminação na Hanseníase na região de São José do Rio Preto. Para tanto a capacitação será filmada e os pré testes e pós testes serão avaliados. Queremos deixar claro que o seu nome nunca será divulgado, nem a origem das informações que você nos fornecer. Durante a pesquisa, você poderá tirar qualquer dúvida a respeito do trabalho e se necessário, entrar em contato com a Enfa. Priscila Donda pelo telefone (017) 9192 4843. Você também não terá nenhuma despesa com a pesquisa.

Eu, _____ (profissional) fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do projeto e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, em participar da pesquisa, se assim eu o desejar. Os pesquisadores do projeto avisaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Caso existam gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso tiver novas dúvidas sobre este estudo, qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar os pesquisadores. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome e Assinatura do Profissional

___/___/___

Nome e assinatura do Pesquisador

___/___

Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Telefone: 32015813

Apêndice 2

Códigos de cada um dos entrevistados

CÓDIGO			
CATEGORIA PROFISSIONAL	PROFISSIONAL DE SAÚDE	UNIDADE DE SAÚDE	MUNICÍPIO
Enfermeiro (E)	1	A	Mirassol (M)
	2	A	
	4	C	
	5	D	
	6	E	
	7	F	
	8	F	
	9	G	
10	G		
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (T)	2	A	
	4	A	
	5	B	
	7	D	
	9	H	
	10	E	
	11	E	
Agente de Endemias (AE)	13	E	
	14	F	
	1	I	
Enfermeiro (E)	8	I	
	1	A	Jaci (J)
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (T)	2	B	
	2	C	
	3	A	
	5	B	
	6	B	
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	3	C	
	4	C	
	5	C	
	6	A	
Fisioterapeuta (F)	10	A	
	1	B	
Enfermeira (E)	1	A	Neves Paulista (N)
	2	B	
	3	C	
Fisioterapeuta (F)	1	B	

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

1º Artigo Científico publicado

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF LEPROSY IN A PROVINCIAL CITY OF SAO PAULO STATE

RESUMO

INTRODUÇÃO. Mesmo com os acordos realizados com a Organização Mundial de Saúde para atingir a meta de eliminação da hanseníase em 2015, no Brasil, a detecção é considerada alta. Para a eliminação são necessários o diagnóstico precoce, tratamento gratuito, cura, controle de comunicantes, prevenção de deficiências físicas e ações de educação em saúde para profissionais e para evitar o preconceito com os pacientes.

OBJETIVO. Analisar a situação epidemiológica de um município do interior paulista e o perfil das pessoas com hanseníase. **MATERIAL E MÉTODO.** Estudo descritivo retrospectivo cuja coleta de dados foi realizada pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos, prontuários e fichas de enfermagem, dos anos de 2001 a 2013.

RESULTADOS. Do total de 98 pacientes com hanseníase, 55,1% eram do gênero masculino, 45,9% eram multibacilares e 62,2% tinham baciloscopia negativa. A detecção de casos foi considerada alta em 2002 (27,87/100.000 habitantes) e baixa em 2013 (1,76/100.000 habitantes) e a prevalência veio diminuindo no decorrer dos anos de 4,1/10.000 habitantes, em 2003, para 0,35/10.000, em 2013. O indicador em menores de 15 anos oscilou, sendo considerado muito alto em 2011. A avaliação de incapacidades foi precária no diagnóstico (36,7%) e na alta (12,3%), e 40,5% dos casos foram diagnosticados com alguma deficiência. **CONCLUSÃO.** A frequência de casos multibacilares com deficiências e a oscilação anual na detecção, prevalência e em menores de 15 anos

remetem a uma fragilidade no controle da doença pelo serviço de saúde e evidenciam necessidade de se organizar a gestão do cuidado e as ações de prevenção.

Palavras chaves: Hanseníase; Vigilância Epidemiológica; Incidência; Prevalência.

ABSTRACT

Introduction: The detection of leprosy remains high in Brazil even after agreements with the World Health Organization aimed at eliminating it by 2015. Some measures are necessary to eliminate this disease such as early diagnosis, treatment without charge, a cure and control of carriers, prevention of disabilities and training of health care professionals to prevent further injuries. **Objective:** Analyze the epidemiological situation of leprosy and the profile of patients in a city of São Paulo State. **Materials and Method:** A retrospective, descriptive study was performed using data from the National Disease Reporting Information System, medical records, and nursing records of individuals treated from 2001 to 2013. **Results:** Of the 98 leprosy patients, 55.1% were male, 45.9% had the multibacillary form of the disease, and 62.2% had negative sputum smear microscopy for tuberculosis. The detection of cases was high in 2002 (27.87/100,000) and low in 2013 (1.76/100,000), and the prevalence dropped from 4.1/10,000 in 2003 to 0.35/10,000 in 2013. The indicator in children under the age of 15 varied greatly, but was very high in 2011. The evaluations of disabilities were very unsatisfactory at diagnosis (36.7%) and at discharge (12.3%); 40.5% of patients were diagnosed with some type of disability. **Conclusion:** The presence of multibacillary cases and the annual variations in detection, prevalence in children under the age of 15 and cases of disabilities are related to failure of health care services to control the disease. This highlights the need to organize care management and implement preventive measures.

Keywords: Leprosy; Epidemiological Surveillance; Incidence; Prevalence.

INTRODUÇÃO

Mesmo com os acordos realizados com a Organização Mundial de Saúde (OMS) para atingir a meta de eliminação da hanseníase em 2015, no Brasil, a detecção é

considerada alta. Em 2014 foram detectados 31.064 casos novos no Brasil⁽¹⁾. A meta da OMS é atingir um coeficiente de prevalência de menos de um caso por 10.000 habitantes⁽²⁾. Algumas medidas são necessárias para a eliminação da hanseníase, tais como a educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico dos casos, tratamento, prevenção de incapacidades, vigilância epidemiológica e controle dos contatos⁽³⁾.

Todas as ações da Atenção Básica devem estar conectadas com a Vigilância em Saúde para que ocorra a análise da situação de saúde da população e planejamento das práticas adequadas para problemas existentes de maneira eficaz. Uma das ferramentas que pode alicerçar a junção da assistência e vigilância é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) cujo objetivo é formular e avaliar os programas de saúde auxiliando para as decisões e contribuindo para melhoria dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

A Atenção Básica, primeiro nível de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser composta fundamentalmente por ações no âmbito individual e coletivo para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e idealmente deve ser composta por equipes multiprofissionais. Entretanto, não basta que os profissionais da atenção básica cumpram com a sua atribuição na assistência se as anotações forem incompletas, incoerentes e não retratarem a realidade da doença e dos doentes de forma a permitir que a Vigilância desempenhe com eficiência seu papel.

A partir dessas observações, este estudo objetivou analisar a situação epidemiológica de um município do interior paulista e o perfil das pessoas que têm ou tiveram hanseníase entre os anos de 2001 e 2013.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo realizado por meio de análise documental dos casos notificados de hanseníase em um município do interior de São Paulo, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, (FAMERP) CAAE: no. 14355413.0.0000.5415.

A população de referência foram todos os pacientes com hanseníase diagnosticados e tratados no município entre os anos de 2001 e 2013. Assim, por meio de alguns indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, foi analisado o perfil da endemia da hanseníase nesse município^(3,5).

A cidade-alvo possui 53.792 habitantes⁽⁶⁾, em uma área geográfica de 243km²; em 2014, a cidade teve a detecção de 18,3/100.000 habitantes e prevalência de 2,11/10.000 habitantes, indicadores considerados alto e médio, respectivamente, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁽³⁾ e acima do esperado pela OMS. O município possui atendimento centralizado do Programa de hanseníase em uma Unidade de Saúde; as demais unidades fazem apenas a suspeita diagnóstica.

Pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e de prontuários e fichas de enfermagem, averiguou-se um número total de 99 pacientes. Um foi excluído por não ter sido confirmado o diagnóstico de hanseníase de acordo com descrições do prontuário, mesmo posterior à notificação no SINAN. Dessa forma, 98 casos foram considerados os sujeitos da pesquisa.

Utilizou-se instrumento próprio para coleta de dados no prontuário, com variáveis epidemiológicas, como seguem abaixo:

- Formas clínicas da doença: Indeterminado (I), Tuberculoide (T), Dimorfo Tuberculoide (DT), Dimorfo (D), Dimorfo-Virchoviano (DV),

Virchoviano (V). Considerou-se ainda as formas Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB) quando assim foram registradas nas fontes de investigação;

- Exame de baciloscopia (BAAR);
- Histopatologia: I, T, DT, D, DV, V, não realizado;
- Situação do tratamento, considerando-se alta medicamentosa, abandono e em tratamento;
- Tipo de tratamento realizado: poliquimioterapia(PQT/OMS): Paucibacilar (PB) ou Multibacilar (MB);
- Efeitos colaterais da medicação;
- Número de PQT/OMS administradas;
- Estado reacional;
- Prevenção de incapacidades (PI) no diagnóstico e na alta medicamentosa, nos quais se considerou os Graus Zero, I e II da OMS⁽³⁾ e o Eye-Hand-Feet (EHF), que representa graus de incapacidade em olhos, mãos e pés cuja pontuação varia de 0 a 12⁽⁷⁻⁸⁾.

Para se determinar as variáveis epidemiológicas do estudo, optou-se pela utilização dos indicadores propostos pelo manual *The International Federation of Anti-Leprosy Association* (ILEP)⁽⁷⁾ e pela Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que define as ações de controle da hanseníase⁽⁹⁾ e que foi revogada pelas Diretrizes para Vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em 2016⁽³⁾. Os indicadores utilizados foram o de proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. O de detecção de casos novos, o de prevalência dos casos de hanseníase e o indicador de detecção em crianças por 100.000 habitantes.

Os critérios de inclusão abrangeram todos pacientes com hanseníase da cidade do estudo, notificados nos anos de 2001 a 2013. Os de exclusão foram os que não tiveram diagnóstico confirmado da doença em seus prontuários. Foram utilizados os dados do SINAN, e para a informação sobre a base populacional, utilizou-se o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

RESULTADOS

Do total de 98 casos diagnosticados e tratados no período do estudo, o gênero masculino, 54 (55,1%), foi o mais frequente; 45 (45,9%) eram da forma multibacilar da doença e a baciloscopia foi negativa em 61 (62,2%) dos casos. Quanto ao exame anatomopatológico, 35 (35,8%) eram das formas paucibacilares dos pacientes que foram submetidos ao exame.

Sobre o tratamento, 49 (50%) realizaram a PQT/OMS – multibacilar, sendo que em 10 (10,2%) prontuários não constavam o esquema terapêutico. A situação atual do paciente observada era de alta medicamentosa em 81 (82,7%); em abandono 3 (3,1%) e 11 (11,2%) dos prontuários não apresentavam informações.

Encontrou-se nos prontuários de 16 (16,3%) pacientes a descrição de que sofreram efeitos colaterais do esquema PQT/OMS. As doses de PQT ministradas variaram de 0 a 30 doses, sendo que a dosagem máxima recomendada pelo Ministério da Saúde é de 24 doses e houve predominância da finalização do tratamento em até 6 doses (38,8%).

Sobre o conhecimento da fonte de infecção anterior ao seu tratamento, 87 (88,8%) dos pacientes desconheciam qual era a fonte de contágio.

Tabela 1. Características gerais dos pacientes tratados de hanseníase entre 2000 e 2013, residentes no município do interior paulista, SP

Classificação Clínica -Hanseníase	n=98	%
-----------------------------------	------	---

Indeterminada (I)	19	19,4
Tuberculoide (T)	21	21,4
Dimorfotuberculoide (DT)	04	4,1
Dimorfo (D)	09	9,2
Dimorfovirchowiano (DV)	02	2,0
Virchowiano (V)	30	30,6
Paucibacilar (PB)	05	5,1
Multibacilar (MB)	04	4,1
Não consta	04	4,1
Histopatologia		
I	17	17,4
T	18	18,4
DT	1	1,0
D	2	2,0
DV	1	1,0
V	28	28,6
Não realizado/não consta	9	9,2
Outros resultados	22	22,5

Do total investigado, somente um terço dos pacientes (37; 37,7%) foi avaliado em prevenção de incapacidades no diagnóstico da doença, e destes, 15 (40,5%) já apresentavam algum tipo de deficiência (Graus 1 e 2). No momento da alta medicamentosa, 86 (87,8%) ficaram sem avaliação, sendo que apenas 12 casos foram avaliados, e destes, 50% (n=6) apresentavam alguma deficiência (Graus 1 e 2).

Quanto ao escore EHF (*Eye-Hand-Foot*), observou-se que o maior valor encontrado no diagnóstico foi de 6 e na alta de 4 pontos.

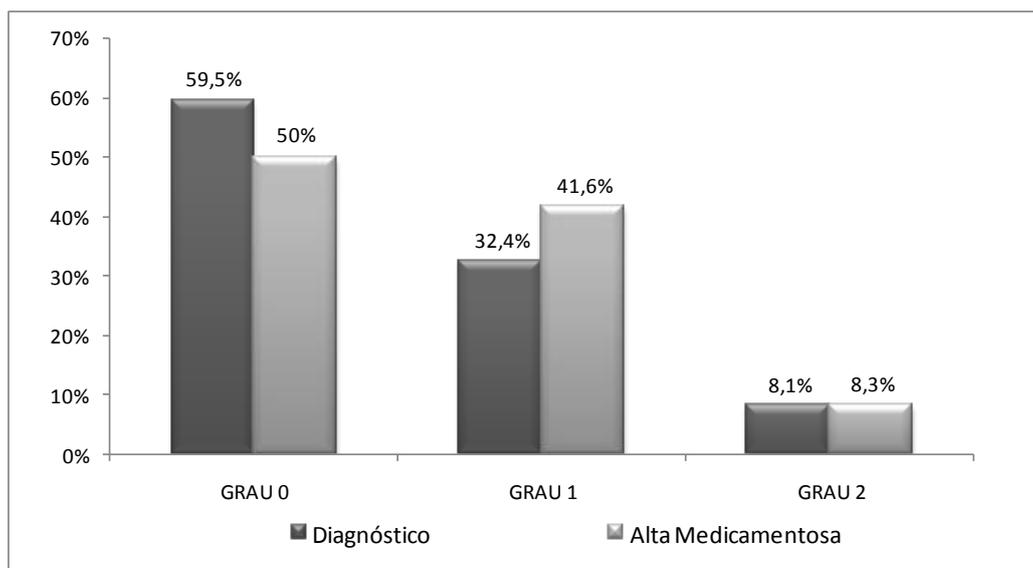


Figura 1 - Prevenção de incapacidade realizada no diagnóstico e na alta dos pacientes residentes no município, entre os anos de 2001 e 2013

Um dos indicadores para verificar a qualidade do serviço é a proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, considerado bom quando $\geq 90\%$ dos casos são avaliados, regular ≥ 75 a $89,9\%$ e precário $< 75\%$. No município estudado, a avaliação das incapacidades oscilou de 0 a 100% e dos 13 anos estudados em apenas um deles (2012) o indicador foi considerado bom, nos demais foi precário (Figura 2). Nos anos de 2006 a 2010, nenhum caso diagnosticado foi avaliado de acordo com os dados coletados dos prontuários e SINAN.

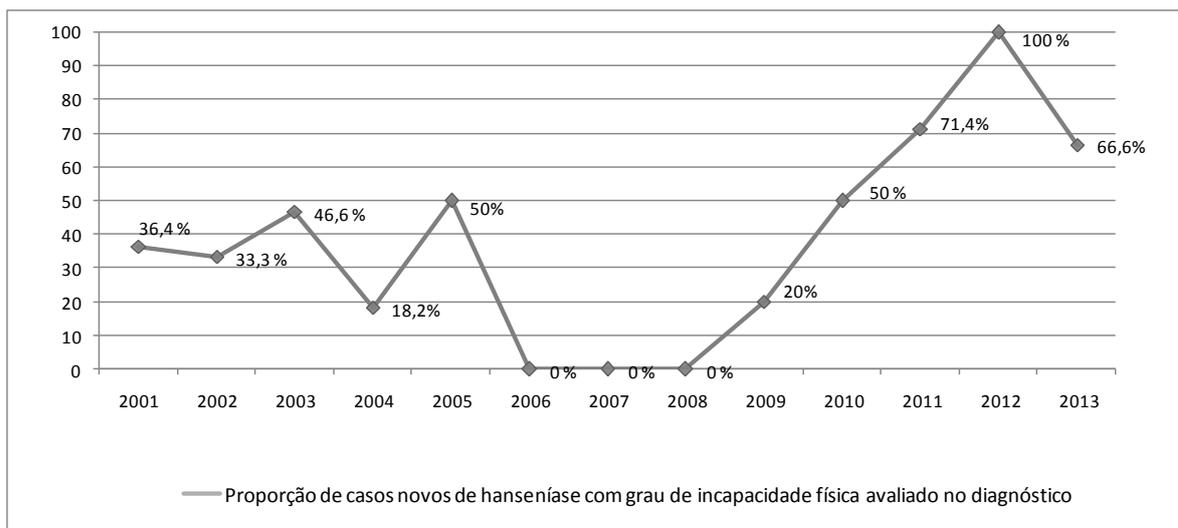


Figura 2 - Proporção de casos novos que realizaram avaliação de prevenção de incapacidades no diagnóstico, no município, 2001-2013

A detecção de casos no município no período do estudo variou entre 1,76 e 27,87 por 100.000 habitantes. Nota-se que na maioria dos anos os índices oscilaram entre a classificação de “muito alto”(20,00 a 39,99/100.000 habitantes) a “alto” (10,00 a 19,99 /100.000 hab.), sendo apenas nos anos de 2007 e 2013 observados valores menores que 2,00/100.000 habitantes classificados com “baixo”.

Nos anos de 2003, 2009 e 2011, o município apresentou detecção em crianças, com os índices entre 5,00 e 9,99 /100.000 habitantes, classificação considerada “muito alto”.

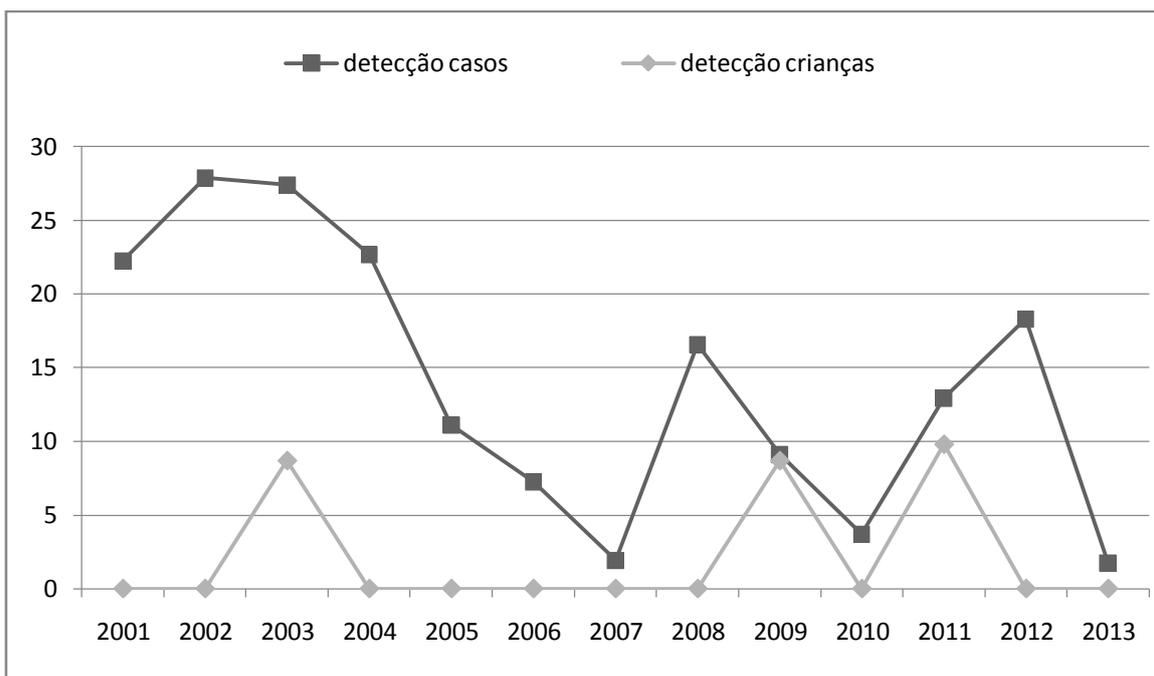


Figura 3 –Detecção de casos novos de hanseníase no município, detecção em crianças por 100.000 habitantes, entre 2001 e 2013

A prevalência anual dos casos de hanseníase variou de 4,1 a 0,35 por 10.000 habitantes. Nota-se que em apenas quatro dos 13 anos estudados o município apresentou taxa $< 1,0 / 10.000$, considerada “**baixa**” prevalência.

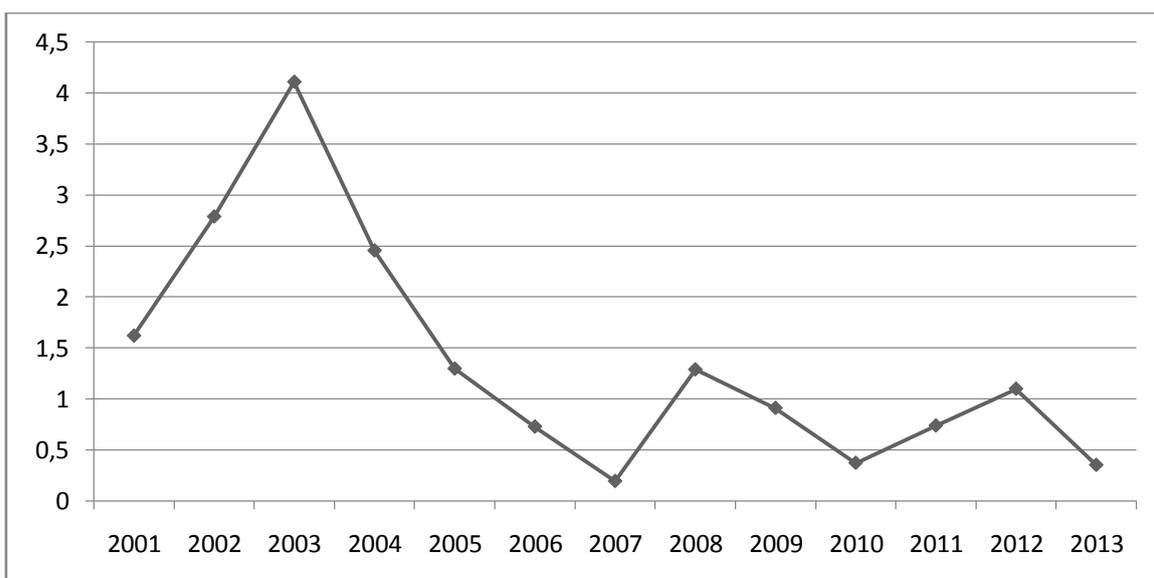


Figura 4 - Prevalência de hanseníase no município, por 10.000 habitantes, entre 2001 e 2013

DISCUSSÃO

Entre os resultados encontrados sobre o perfil dos pacientes, foi observada a predominância do gênero masculino, assim como é descrito na literatura, a maior incidência da hanseníase é em homens do que em mulheres⁽²⁾. Ocorreu também o predomínio das formas multibacilares como na maioria dos achados na literatura⁽¹⁰⁻¹³⁾ e diferentes dos estudos realizados no Maranhão, Piauí e Santa Catarina⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Ressalta-se que a hanseníase é uma doença de longo período de incubação e com sintomas iniciais poucos expressivos, e suas classificações pauci e multibacilares possuem significados diferentes na cadeia de transmissão⁽¹⁷⁾. Para tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a classificação do tratamento baseada no número de lesões, sendo até 5 considerado paucibacilar e mais de 5 como multibacilar. Mesmo reconhecendo que para o diagnóstico da hanseníase não exista um exame laboratorial padrão-ouro, a baciloscopia e a histopatologia são importantes para ajudar no diagnóstico, portanto devem ser realizadas quando há dúvidas na classificação da doença para o tratamento⁽¹⁸⁾. Atualmente com o processo de municipalização, a rede de laboratórios das regiões administrativas e do Estado foi desconstruída, dificultando a execução dos exames laboratoriais para hanseníase, em especial a histopatologia, além disso, houve a perda da expertise dos profissionais de laboratório.

A indicação da histopatologia deve ser avaliada para cada caso, pois não é indicada em toda suspeita de hanseníase, ademais o exame pode apresentar dificuldades operacionais e técnicas⁽¹⁹⁾. Ela é útil para classificar a doença, auxiliando na alteração do

tratamento, devendo ser complementar às características clínicas da doença⁽²⁰⁾. Pode ser utilizada quando há dificuldade no diagnóstico diferencial com outras doenças.

Para o diagnóstico da hanseníase, os achados clínicos e laboratoriais precisam ser lógicos e coerentes, já que dessa forma chega-se mais fielmente a qual terapia medicamentosa utilizar.

Nos anos de 2006 a 2010 não ocorreu avaliação das incapacidades pelo registro dos prontuários. A validade desse indicador é influenciada pelo exame clínico correto, interpretação do resultado da avaliação, proporção de casos avaliados. Trata-se de um indicador de relevância, já que a prevenção de incapacidade é um dos objetivos dos programas de controle de hanseníase.

O indicador do grau de incapacidades da OMS revela sobre a qualidade do serviço e sobre a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce dos casos⁽³⁾, quando os casos não são avaliados e/ou apresentam graus de incapacidades 1 e/ou 2, há de se refletir sobre as ações nas atividades básicas de prevenção, controle e tratamento que os serviços vêm executando. Alguns estudos têm ressaltado sobre a ausência de avaliação de incapacidades dos pacientes⁽¹¹⁻¹⁴⁾; no diagnóstico e na alta, os estudiosos têm sinalizado que essa avaliação é uma das técnicas básicas e deve ser realizada nas unidades de saúde⁽³⁾.

A detecção de casos no município variou de “muito alto” a “alto”. O indicador de detecção alto pode estar relacionado à alta transmissibilidade entre as pessoas, ações e/ou campanhas com foco na busca ativa de casos ou ainda notificação e/ou diagnóstico equivocado⁽⁷⁾.

O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase até 2020, alcançando pelo menos 1 caso por 10.000 habitantes e utilizando para essa análise outros indicadores. Essa meta dificilmente será cumprida no prazo, particularmente pelas

características discrepantes dos milhares de municípios do país. O município estudado preocupa, pois em razão do seu número de habitantes, está com detecção acima do proposto⁽³⁾ e suas ações para controle e prevenção mostram-se fragilizadas.

A prevalência é um indicador difícil de medir com precisão, pois acredita-se que exista prevalência oculta em praticamente todos os municípios que fazem anualmente diagnósticos de hanseníase. O indicador da prevalência na prática refere-se apenas às pessoas que estão tratando no ano de referência, sendo excluídas as que não foram detectadas ou que abandonaram tratamento e as que iniciaram o tratamento em anos anteriores ao da análise de interesse. Esse indicador auxilia na operacionalização do trabalho⁽⁸⁾ da equipe de saúde. A oscilação encontrada da prevalência entre os anos estudados, apesar de decrescente, quando associada à análise dos demais indicadores, aponta para um baixo investimento na busca ativa dos casos.

A proporção de casos multibacilares de hanseníase variou entre 20 e 100% dos casos. Não há valor de referência para essa proporção. Porém, nota-se que esse percentual aumenta quando se inicia um programa de combate à hanseníase efetivo⁽⁷⁾. A grande importância desse dado para um município é que ele mostra o cenário de transmissão da doença e as ações que estão sendo implantadas para contê-la. Um alto percentual de casos multibacilares indica transmissão ativa, detecção tardia e/ou adoecimento da população menos resistente ao bacilo.

Na maioria dos anos, o município não apresentou detecção em crianças, mas esse indicador oscilou consideravelmente ao longo dos anos estudados. Considerando-se que a hanseníase demora de 2 a 5 anos para manifestar seus sintomas iniciais, a infecção das crianças é sempre motivo de preocupação, pois significa que essa criança habita um ambiente onde há um doente sem tratamento, por isso taxa elevada é sinal de transmissão

ativa, sendo considerada um indicador importante. Quando as ações de combate à hanseníase em um município são sólidas, constantes e assertivas, dificilmente ocorre o diagnóstico em crianças. Outros fatores como a vacinação por BCG-ID e o diagnóstico de casos paucibacilares fazem com que cada vez menos as crianças fiquem infectadas.

CONCLUSÃO

A frequência elevada de casos multibacilares, a falta de avaliação de incapacidade no diagnóstico e na alta da maioria dos pacientes e a presença de deficiências físicas nos que foram avaliados; a oscilação anual na prevalência e detecção, inclusive em menores de 15 anos, remetem a uma fragilidade no controle da doença pelo serviço de saúde e evidencia necessidade de se organizar a gestão do cuidado e as ações de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Weekly Epidemiological Report. 2015; 36(90):461-76 [acesso em 09 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>
2. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). / Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília (DF); 2016

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Roteiro para Uso do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET HANSENÍASE. Brasília (DF); 2010.
5. Centro de Vigilância Epidemiológica. Série Histórica de Hanseníase - Casos Novos, Coeficiente de Detecção, Prevalência e Coeficiente de Prevalência distribuídos por GVE/Município de Residência. Estado de São Paulo, 2005-2011. [Acesso em agosto de 2015] Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/hans_dados.html.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em agosto de 2015] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
7. The International Federation of Anti-Leprosy Association. A interpretação dos indicadores epidemiológicos da lepra [monografia na Internet]. London (GB) 2001. Disponível em: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Technical_Guides/tbepipor.pdf;
8. Nardi SMT, Cruz LP, Pedro HSP, Marciano LHSC, Pachol VDA. Avaliação das Deficiências Físicas em Pessoas com Hanseníase Empregando Dois Indicadores: Grau de Incapacidades e Eyes-Hands-Feet. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 9-15.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2010.
10. Crespo MJJ, Gonçalves A, Padovani CR. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014;47(1):43-50
11. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle Esc Anna Nery (impr.) 2011;15 (1):62-67

12. Moreira SC, Batos CJC, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. *AnBrasDermatol.* 2014; 89(1):107-17.
13. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, Sousa CM. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012 *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2014;23(2):269-275.
14. Luna ICF, Moura LTR, Vieira MCA. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA, *RevBrasPromocSaude*, Fortaleza, 2013; 26(2): 208-215.
15. Pereira EVE, Nogueira LT, Machado HAS, Lima LAN, Ramos CHM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008.3 *AnBrasDermatol.* 2011;86(2):235-40.
16. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2011;44(1):79-84.
17. Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade e fatores de risco [Acesso em agosto de 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2000/fqd03.htm>.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos – Baciloscopia em Hanseníase. 1. ed. Brasília (DF); 2010.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) Diretrizes Operacionais (Atualizadas). 1. ed. Brasília (DF); 2010.

20. Obadia DIL, Verardino G, Alves MFGS. Hanseníase: correlaçãoclínico-histopatológica. Revista HUPE UERJ. 2011;10(1). Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=133

2º. Artigo enviado

ABORDAGENS PEDAGÓGICAS E LIMITAÇÕES NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EDUCATIONAL APPROACHES AND LIMITATIONS IN HEALTH EDUCATION

Donda P¹, Femina LL², Lozano AW³, Faria JIL⁴, Nardi SMT⁵, Vendramini SHF⁶, Paschoal VDA⁷

Endereço para correspondência:

Priscila Donda

Rua Seis, nº 173, Parque das Flores.

CEP 15130-000, Mirassol - SP.

Este artigo faz parte da Dissertação de Mestrado do primeiro autor, no ano de 2015, na Pós-Graduação em Enfermagem da FAMERP.

Não há fonte de financiamento.

ABORDAGENS PEDAGÓGICAS E DIFICULDADES NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EDUCATIONAL APPROACHES AND LIMITATIONS IN HEALTH EDUCATION

Resumo

Introdução. A educação permanente é parte imprescindível da Atenção básica. **Objetivo.** O estudo teve como objetivo identificar na literatura científica nacional as abordagens pedagógicas, na Atenção Básica em Saúde, utilizadas pelo enfermeiro. **Materiais e método.** Trata-se de uma revisão da literatura e utilizaram-se descritores selecionados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, “educação em saúde” e “enfermagem”. Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais, com resumo disponível, idioma em português, 2010 a 2014, realizados na atenção básica e estratégia de saúde da família. **Resultados.** Foram selecionados 29 artigos e, após a leitura exploratória, apenas 12 se adequaram aos critérios de inclusão. Muitos profissionais ainda utilizam a pedagogia tradicional, pois têm dificuldades de utilizar outras formas de ensinar. **Conclusão.** Apresenta a pedagogia crítica e a participativa como duas formas diferentes de envolver o indivíduo no cuidado, permitindo a reflexão, a conscientização, como também possibilitando a transformação da realidade em que vive.

Descritores: Educação em Saúde; Enfermagem e Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction. Lifelong learning is essential part of the Basic Attention. **Objective.** The study aimed to identify the national scientific literature pedagogical approaches in the family health strategy, used by nurses. **Material and Methods.** This is a literature review and used descriptors selected in the Virtual Health Library database "health education" and "nursing". Inclusion criteria were: domestic articles, available with short, in Portuguese language, 2010-2014, conducted in primary care and family health strategy. **Results** We selected 29 articles and after exploratory reading, only 12 are suited to inclusion criteria. Many professionals still use traditional pedagogy, as they have difficulties to use other

forms of teaching. **Conclusion** Presents critical pedagogy and participatory as two different ways to engage the individual in care, allowing for reflection, awareness enabling the transformation of reality in which he lives.

Descriptors: health education, nursing and family health strategy.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra seu avanço histórico por formulações de políticas que fortalecem a Atenção Primária em Saúde (APS). Esse novo modelo de atenção à saúde possui como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social¹.

Dentro dessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) cujo número de profissionais tem aumentado significativamente no Brasil possui uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, podendo acrescentar nessa composição profissionais de saúde bucal¹. Esses profissionais devem estar empenhados em conhecer a realidade de sua área de atuação e a população residente para formular um diagnóstico da comunidade e este, posteriormente, constituir um cenário perfeito para as práticas de promoção à saúde^{2,3}.

A promoção de saúde e a educação não podem ser dissociadas, são atribuições dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família e têm a finalidade de desenvolver habilidades intelectuais pessoais e sociais, promover reflexões para mudança de atitudes e condutas dos usuários, ocorrendo em diversos locais, tais como escolas, domicílios, locais de trabalho, espaços comunitários ou em qualquer contato pessoal³.

Uma possibilidade de conseguir êxito no processo educativo é inserir o educador na comunidade, este às vezes é representado pelo agente comunitário de saúde, uma vez que ele trabalha diariamente com pessoas que possuem o seu referencial de vida, valores, crenças, saberes populares e mitos⁴.

Da mesma forma, a Lei do Exercício Profissional regulamenta em seu Artigo 11 que cabe ao enfermeiro realizar educação em saúde visando à melhoria de saúde da população, sendo também uma das atribuições do enfermeiro no Programa com Estratégia Saúde da Família⁵.

Estudo realizado sobre a formação do enfermeiro em educação em saúde revela que uma das razões no descompasso para a execução dessa atividade pode ser o despreparo de profissionais em razão do reduzido aporte teórico sobre o tema durante a graduação⁶.

Os enfermeiros desenvolvem a sua prática educativa a partir do conhecimento adquirido durante a sua formação, experiências da unidade e experiências pessoais. Muitos realizam ações de educação em saúde e não conhecem a tendência pedagógica utilizada. Outros apontam a dificuldade de desenvolver a ação devido à ausência de uma teoria pedagógica sistematizada, já que estão acostumados a desenvolver os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁵.

Educar não pode ser apenas uma forma de depositar, transferir conhecimentos e valores aos educandos, mas, sim, propiciar uma reflexão crítica sobre sua saúde, estimulando o diálogo a curiosidade e favorecendo a emancipação do sujeito que conseqüentemente promove o autocuidado. Para tanto, é imprescindível oferecer aos profissionais segurança para as práticas educativas⁴, que devem ser norteadas pelas tendências pedagógicas, ou seja, pela forma na qual se efetua o processo educativo⁷.

Para que diagnóstico das necessidades de educação em saúde seja efetivo, é necessário o conhecimento do perfil demográfico, social, econômico, diálogos com a

equipe e comunidade para reconhecer as necessidades da população/equipe e assim elencar as prioridades educativas⁵. Portanto, é importante o vínculo da equipe com a população para que ocorra a participação ativa dos usuários e que os mesmos possam decidir sobre questões que envolvem seu bem-estar, subsidiados pelas próprias experiências e práticas educativas⁸.

As três doutrinas atualmente mais utilizadas são: a **pedagogia tradicional ou transmissão de conhecimento**, em que o ensino está centrado no conhecimento do professor e o mesmo possui a função de vigiar, aconselhar, corrigir e ensinar a matéria. O objetivo é transmitir ideias, conceitos que o aluno recebe e adota por repetição. O professor adota uma postura de autoridade, distanciando a relação aluno-professor tornando o aluno passivo e ausente de atitude crítica; a **pedagogia por condicionamento ou tecnicista**, que considera mais importante o aprender a fazer e não aprender a saber. O objetivo é formar indivíduos eficientes e altamente técnicos, mas pouco criativos e conformados com a realidade social, dependentes de tecnologia e de saberes externos; e a **pedagogia crítica ou problematização da realidade**, em que o método de ensino é realizado por meio de grupo de discussões, nas quais o professor se encontra no mesmo nível de importância em relação aos alunos. O papel do professor nesse momento é animar a discussão, propiciando aos indivíduos a reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado^{7,9,10}.

OBJETIVO

A partir dessas primeiras considerações, este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica nacional as principais abordagens pedagógicas e dificuldades encontradas pelo enfermeiro na Atenção Básica de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura e para sua construção elaborou-se um protocolo de pesquisa proposto por Conforto, Amaral¹¹ no qual se definiu:

Problema:(uma pergunta norteadora, proposta por Gil¹²:“Quais as abordagens pedagógicas e dificuldades que o enfermeiro enfrenta na educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família?”);

Objetivo: buscar artigos nacionais que abordassem práticas pedagógicas empregadas na educação em saúde;

Fonte primária: os descritores determinados foram “educação em saúde” e “enfermagem”;

Busca: optou-se pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a coleta no mês de outubro de 2014;

Critérios de inclusão: artigos nacionais, com resumo disponível na base de dados selecionada, com idioma em língua portuguesa, publicados no período de 2010 a outubro de 2014, cujo conteúdo relatasse sobre a experiência pedagógica na Estratégia de Saúde da Família;

Critérios de qualificação: método de pesquisa adotado, tipo de revista, principais objetivos, por quem foi realizada a ação educativa e os seus resultados principais;

Métodos e ferramentas: foi criado um protocolo para a coleta de dados em que se elencou: título do artigo, nome dos autores, ano da publicação, revista ou periódico, objetivo da pesquisa, tema, métodos e conclusões.

Os outros dois passos foram análise dos resultados e a documentação.

RESULTADOS

No período estimado foram encontrados 29 artigos e após a aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos dezesseis, totalizando, assim, 12 publicações. O tipo de estudo mais utilizado foi o qualitativo (4). A revista que mais publicou os artigos de educação em saúde foi Revista Brasileira de Enfermagem (4). O ano que apresentou mais publicação foi o de 2010; no ano de 2014 não houve publicação. Observou-se também que os autores publicaram somente uma vez sobre o assunto (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos autores, título do artigo, revista científica e ano de publicação dos artigos selecionados entre os anos de 2010 e 2014

AUTORES	TÍTULO	REVISTA CIENTÍFICA	ANO DE PUBLICAÇÃO
BONFIN PF, FORTUNA CM, GABRIEL CS, DURANTE MC ¹³	Ações educativas em um programa de Agentes Comunitários de Saúde	Rev Bras Enferm	2012
CEVERA DPP, PARREIRA DBM, GOULART BF ¹⁴	Educação de saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)	Ciência & Saúde Coletiva	2011
DAVID GF, TORRES HC ¹⁵	Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas Estratégias Educativas em Diabetes	Rev Rene.	2013
FERNANDES MCP, BACKES VMS ²	Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire	Rev Bras Enferm, Brasília	. 2010
FIGUEIRA MCS, LEITE TMC, SILVA EM ¹⁶	Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil	Rev Bras Enferm,	2012
MENEZES JRJE, QUEIROZ J C, FERNANDES SCA, OLIVEIRA LC, COELHO SQF ¹⁷	Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos	Rev Rene, Fortaleza,	2011
MONTEIRO EMLM, VIEIRA NFC ¹⁸	Educação em saúde a partir de círculos de cultura	Rev Bras Enferm, Brasília	2010
OLIVEIRA MB, CAVALCANTE EGR,	Educação em saúde como prática de	Rev Rene.	2013

OLIVEIRA DR, LEITE CEA, MACHADO MFAS ¹⁹	enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família			
OLIVEIRA SG, RESSEL LB ²⁰	Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência	Cienc Saude	Cuid	2010
RIGON AG, NEVES ET ²¹	As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro		2012
ROECKER S, MARCON SS ²²	Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia de Saúde Familiar	Invest Enferm.	Educ	2011
SILVA MCD, PAZ EPA ²³	Educação em saúde no programa de controle da Hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional	Esc Anna Nery Rev Enferm		2010

Os autores escolheram como sujeitos do estudo diversos profissionais, porém o Enfermeiro (6) teve maior contribuição. Dos objetivos analisados, nove utilizavam como modelo pedagógico o tradicional, mas todos com a tendência participativa, e três (3) o modelo de pedagogia mais crítico. As dificuldades relatadas como impasse para a realização das atividades educativas estão relacionadas à relação interpessoal, gestão do serviço e situações que despertem o interesse na clientela (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Distribuição dos métodos de estudo, tipo de revista, ano de publicação e sujeitos estudados

Método de estudo	
Qualitativo	4
Descritivo com abordagem qualitativa	3
Descritivo-exploratório com abordagem qualitativa	2
Relato de experiência	2
Descritivo-exploratório	1
Revista	
Revista Brasileira de Enfermagem	4
Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste	3
Ciência, Cuidado e Saúde	2
Escola Anna Nery de Enfermagem, Ciência e Saúde Coletiva, Texto & Contexto Enfermagem	1
Ano de publicação	
2010	4
2011	3

2012	3
2013	2
Sujeitos do Estudados	
Enfermeiros	6
Usuários da Unidade	2
Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro	1
Agente Comunitário de Saúde, Médico e Enfermeiro	1
Fisioterapeuta, Farmacêutico, Nutricionista, Enfermeiro, Psicólogo e Médico	1
Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde	1

Tabela 3. Distribuição da análise das bibliografias em relação aos objetivos estudados: modelo pedagógico escolhido e dificuldades nas ações educativas

Modelo pedagógico	
Tradicional	9
Crítico	3
Dificuldades nas ações educativas	Autor
Trabalho desordenado, desgastes interpessoais, diferentes maneiras de desempenhar a função, falta de comunicação da equipe, abordagens negativas na hora de pensar e resolver um problema.	Bonfin, Fortuna, Gabriel, Duarte, 2012, p. 4241 ¹³ .
Falta de envolvimento e interesse da equipe. Excesso de atribuições do Enfermeiro.	Fernandes, Backes, 2010, p. 570 ² . Oliveira, Cavalcante, Oliveira, Leite, Machado, 2013, p. 902 ¹⁹ Figueira, Leite, Silva, 2012, p. 417 ¹⁶ .
Alta demanda de pacientes, falta de informação do usuário, dificuldade na aquisição de material para divulgação e de veículos alto-falantes.	Fernandes, Backes, 2010, p. 571 ² .
Carência de planejamento, espaço físico adequado, material educativo suficiente e de apoio de gestores.	Oliveira, Cavalcante, Oliveira, Leite, Machado, 2013, p. 889 ¹⁹ .
Carência de planejamento, de espaço físico adequado, material educativo suficiente e de apoio de gestores.	Oliveira, Cavalcante, Oliveira, Leite, Machado, 2013, p. 889 ¹⁹ .
Os usuários só participam das atividades se receberem atrativos, como lanches e sorteio.	Fernandes, Backes, 2010, p. 571 ² Oliveira, Cavalcante, Oliveira, Leite, Machado, 2013, p. 901 ¹⁹ .

A proposta da Política Nacional de Atenção Básica é a transformação dos serviços e processo de trabalho, bem como trabalhadores, gestores e usuários para maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para práticas transformadoras. Para tal, é necessário que o processo educativo se baseie em uma proposta pedagógica que considere diversos fatores, como problemas vivenciados e desafios, conhecimento, valores, planejamento e organização do trabalho, proporcionando ao profissional capacitado uma aprendizagem mais significativa²⁴.

A prática educativa se refere a atividades para desenvolver as capacidades individuais, coletivas e permanentes, sendo dirigida aos trabalhadores da saúde por meio de formação profissional contínua⁷.

Nos artigos estudados foi citado como prática de enfermagem com os pacientes algumas atividades educativas, como palestras e grupos^{16,19,21}, visita domiciliar^{16,21}, consulta de enfermagem^{2,16,19,21,22}, no momento da realização do planejamento familiar ou em caminhadas², em grupos de hipertensos^{2,17,22}, de diabéticos^{2,22}, de gestantes^{2,22,19}, para idosos, profissionais do sexo, adolescentes, em rodas de conversa e oficinas¹⁹, em formato de cartazes ou distribuição de medicamentos², para tabagista, ou no curso de puericultura²².

Os profissionais que atuam na educação em saúde reconhecem a sua importância e acreditam que as mesmas são capazes de prevenir doenças e promover a autonomia do indivíduo^{19,13}.

Uma das preocupações dos cursos de enfermagem é a prática educativa, pois na grade curricular os alunos têm pouco ou nenhum contato com a reflexão e a discussão teórica em torno dos modelos de educação em saúde existentes. Portanto, é indispensável que os enfermeiros se apropriem de referências teóricas sobre promoção e educação em saúde durante o curso de graduação de enfermagem para que possam aplicar em prática⁶. Nesse aspecto, notou-se que os autores estudados^{2, 13,15-19,21} relatam preocupações com os enfermeiros na prática educativa devido às limitações pedagógicas, ausência de sistematização, planejamento, insegurança, dificuldade de interação com grupos, sugerindo a necessidade de mais estudos sobre a temática e capacitação profissional, pois ainda permanece o foco na doença com utilização de abordagens educativas tradicionais.

As dificuldades descritas na tabela são próprias do modelo de atenção voltado para a doença, especializado e fragmentado, que desqualifica os outros saberes. Para alcance dos objetivos, é indispensável manter uma relação horizontal, com respeito, saber ouvir o outro, trabalhar em conjunto, integrar os conhecimentos e valorizar essa soma de olhares referente aos problemas²⁵.

Foi utilizado o modelo tradicional nas ações educativas dos artigos estudados em que o profissional, dono do saber, repassa a informação técnica de forma normativa e prescritiva para que ocorra a mudança de comportamento, desvalorizando os saberes e as experiências singulares da população. E como resultado os profissionais sentem a dificuldade na educação em saúde, pois o que é orientado não condiz com a realidade, aprendizes não entendem e conseqüentemente não aderem ao que está sendo proposto^{13-17,19,21,22}. No conteúdo de alguns artigos analisados, a problematização da realidade foi trabalhada em grupos que possibilitaram a reflexão do papel de cada indivíduo, com diálogo, troca de conhecimento, desenvolvimento de habilidades pessoais, o que permitiu verificar a transformação do outro pela conquista do aprendizado^{2,18,26}.

Autores trabalharam com grupo no qual a participação e interação mostraram-se essenciais para o alcance da transformação da realidade, uma vez que os mesmos através de sua singularidade oportunizaram a possibilidade do diálogo, reflexão, troca de ideias, conhecimentos, experiências, sentimento e, ao final, os participantes perceberam a importância de mudar a realidade atual²⁰.

Por fim, há de se considerar que a eficiência do processo educativo está na capacidade do educador compreender o que ocorre ao redor do educando e então ampliar o seu conhecimento, transformar e emancipá-lo a fim de que participe efetivamente do cuidado e se responsabilize por ele.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados deste estudo mostrou que grande parte dos enfermeiros tem dificuldade de utilizar outras formas de ensinar que não a de transmitir conhecimentos, pois provavelmente não vivenciaram em sua formação as técnicas de aplicação das doutrinas pedagógicas. Os autores sugerem que as pesquisas na área da educação em saúde sejam ampliadas, haja vista a escassez de estudos nacionais na área.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS. 2007. 232p.
2. FERNANDES MCP, BACKES VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia de Saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010;63(4): 567-73.
3. SALCI M, MACENO P, ROZZA SG, SILVA DMGV, BOEHS AE, HEIDEMANN ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(10):224-30.
4. CECCON RF, OLIVEIRA KM, ROSSETTO MS, GERMANI ARM. Educação em Saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. *Rev Gaúcha de Enf*, Porto Alegre (RS). 2011;32(1):56-62.
5. ROECKER S, NUNES EFPA, MARCON SS. O Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65.
6. ROSA RB, MAFFACCIOLLI R, NAUDERER TM, PEDRO ENR. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(2):185-92.
7. PEREIRA ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1527-1534.
8. LOPES EM, ANJOS SJSB, PINHEIRO AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev. enferm. UERJ*, RJ. 2009;17(2):273-7.
9. ANTUNES MJM, SHIGUENO LYO, MENEGHIN P. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1999;33(2):165-74.
10. VILA ACD, VILA VSC. Tendências da Produção do Conhecimento na Educação em Saúde no Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):10 - 20.
11. CONFORTO EC, AMARAL DC. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. 8º. Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produtos. 2011. De 12 a 14 de Setembro de 2011. Porto Alegre, RS. Brasil.
12. GIL A. Como elaborar projetos de pesquisa. Atlas: São Paulo, 5 ed. 2010. 202p.
13. BONFIN PF, FORTUNA CM, GABRIEL CS, DURANTE MC. Ações educativas em um programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):420-7.
14. CEVERA DPP, PARREIRA DBM, GOULART BF. Educação de saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16 (Supl. 1):1547-54.
15. DAVID GF, TORRES HC. Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho interdisciplinar nas Estratégias Educativas em Diabetes. *Rev Rene*. 2013;14(6):1185-92.
16. FIGUEIRA MCS, LEITE TMC, SILVA EM. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):414-9.

17. MENEZES JRJE, QUEIROZ J C, FERNANDES SCA, OLIVEIRA LC, COELHO SQF. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários Hipertensos. *Rev Rene*, Fortaleza. 2011;12(n. esp.):1045-51.
18. MONTEIRO EMLM, VIEIRA NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. *RevBrasEnferm*, Brasília. 2010;63(3):397-403.
19. OLIVEIRA MB, CAVALCANTE EGR, OLIVEIRA DR, LEITE CEA, MACHADO MFAS. Educação em saúde como prática de enfermeiros na Estratégia de saúde da Família. *Rev Rene*. 2013;145: 894-903.
20. OLIVEIRA SG, RESSEL LB. Grupos de adolescentes na prática de enfermagem: um relato de experiência. *CiencCuidSaude*. 2010;9(1):144-148.
21. RIGON AG, NEVES ET. As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*, RJ. 2012;20(esp.1):631-6.
22. ROECKER S, MARCON SS. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia de Saúde Familiar. *InvestEducEnferm*. 2011;29(3):59-67.
23. SILVA MCD, PAZ EPA. Educação em saúde no programa de controle da Hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery RevEnferm*. 2010;14(2):223-229.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012, 110p
25. LEITE RFB, VELOSO TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais de PSF. *Psicologia ciência e profissão*. 2008;28(2):374-389.
26. GASTALDI AB, POLAK YNS. Grupos de convivência como estratégia no cuidado do cardiopata. *CiencCuidSaude*. 2012;11(supl):226-23.

COMPROVANTE DA SUBMISSÃO EM REVISTACIENTÍFICA

Arquivos de Ciências da Saúde <cienciasdasaude@famerp.br>

para mim ▾

Luana Laís Femina,

Agradecemos a submissão do trabalho "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE" para a revista Arquivos de Ciências da Saúde.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/author/submission/235>

Login: luana_femina

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Arquivos de Ciências da Saúde

Arquivos de Ciências da Saúde

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/author/submission/11491>

RESUMO	AValiação	EDIÇÃO
Submissão		
Autores	Priscila Donda, Luana Laís Femina, André Willian Lozano, Susilene Maria Tonelli Nardi, Sílvia Helena Figueiredo Vendramini, Vânia Del'Arco Paschoal	
Título	ABORDAGENS PEDAGÓGICAS E LIMITAÇÕES NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Documento original	11491-29841-1-SM.DOCX 2015-11-19	
Docs. sup.	Nenhum(a)	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Priscila Priscila Donda 	
Data de submissão	novembro 19, 2015 - 10:06	
Seção	Artigo de revisão	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	
Situação		
Situação	Aguardando designação	
Iniciado	2015-11-19	
Última alteração	2015-11-19	
Metadados da submissão		
EDITAR METADADOS		
Autores		
Nome	Priscila Donda 	