

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Análise de modelo de capacitação de profissionais de saúde, de nível
médio, para atuarem como multiplicadores da informação sobre a
leishmaniose visceral**

por

Miriam Nogueira Barbosa Andrade

**Belo Horizonte
Fevereiro/2009**

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**Análise de modelo de capacitação de profissionais de saúde, de nível
médio, para atuarem como multiplicadores da informação sobre a
leishmaniose visceral**

por

Miriam Nogueira Barbosa Andrade

**Dissertação apresentada com vistas
à obtenção do Título de Mestre em
Ciências na área de concentração de
Doenças Infecciosas e Parasitárias
Orientação: Zélia Maria Profeta da
Luz**

**Belo Horizonte
Fevereiro/2009**

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

A553 Andrade, Miriam Nogueira Barbosa.
2009

Análise de modelo de capacitação de profissionais de saúde, de nível médio, para atuarem como multiplicadores da informação sobre leishmaniose visceral / Miriam Nogueira Barbosa Andrade. – Belo Horizonte, 2009.

xviii, 101 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 113 - 119

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias.

1. Leishmaniose Visceral/prevenção & controle 2. Serviços de Saúde/recursos humanos 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde I. Título. II. Luz, Zélia Maria Profeta da (Orientação).

CDD – 22. ed. – 616.936 4

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

Análise de modelo de capacitação de profissionais de saúde, de nível médio, para atuarem como multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral

por

Miriam Nogueira Barbosa Andrade

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Zélia Maria Profeta da Luz (Presidente)

Prof. Dra Vera Joana Bornstein

Prof. Dr. Martin Johannes Enk

Suplente: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Dissertação defendida e aprovada em: 20/ 02/2009

Dedicatórias

Aos meus filhos mais que especiais, Rebeca, André e Davi, por serem parte de mim e simplesmente tudo.

Ao meu marido, Clayton, minha grande paixão e meu porto seguro.

Aos meus pais pelo carinho e apoio incondicional, sempre.

Agradecimentos

A Deus, por minha vida, por toda graça e força.

À minha orientadora, Zélia Profeta da Luz, pela forma carinhosa e paciente que me acolheu, pelo aprendizado que me proporcionou, com discussões, sugestões e indicações de caminhos.

Às minhas amigas Magna e Fernanda, irmãs que a vida me deu. Sem o incentivo e apoio que me deram, este trabalho não teria sido realizado.

Aos gestores da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves por terem viabilizado as condições necessárias para a realização deste estudo.

Aos colegas de trabalho da Assistência, Epidemiologia, Zoonose e do Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Secretaria Municipal de Ribeirão das Neves pelo interesse e colaboração na execução do trabalho.

Aos auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves pela participação no estudo.

À Dra. Ana Paula Madureira pela colaboração nas análises estatísticas

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) por viabilizar recursos humanos, materiais e financeiros para a realização desta dissertação.

Aos órgãos financiadores: FIOCRUZ, CNPq, DECIT.

Sumário

Lista de figuras	X
Lista de tabelas.....	XII
Lista de abreviaturas.....	XIV
Resumo	XV
Abstract	XVII
1 Introdução.....	19
2 Objetivos	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.1 Objetivos específicos.....	22
3 Revisão da literatura	23
3.1 Leishmaniose visceral.....	23
3.1.1 Aspectos gerais.....	23
3.1.2 A LV no Brasil.....	24
3.2 O Sistema Único de Saúde, a Atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família.....	28
3.2.1 Aspectos gerais do Sistema Único de Saúde (SUS).....	28
3.2.2 A Atenção Básica.....	29
3.2.3 A Estratégia de Saúde da Família.....	30
3.3 O multiplicador da informação em saúde.....	33
4 Métodos	35
4.1 Caracterização da área de estudo.....	35
4.1.1 Aspectos gerais.....	35
4.1.2 Sistema de Saúde	37
4.1.3 Situação da LV no município.....	38
4.2 Desenho do estudo.....	39
4.2.1 Convite aos auxiliares de enfermagem.....	40
4.2.2 Oficina.....	40
4.2.3 Oficina piloto.....	42
4.2.4 Capacitação após a oficina piloto.....	42
4.2.5 Capacitação dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses pelos multiplicadores	42
4.2.6 Grupo focal.....	43

4.2.7 Organização e análise dos dados.....	45
5 Resultados.....	47
5.1 Implantação do modelo.....	47
5.2 Caracterização dos auxiliares de enfermagem que participaram do estudo.....	49
5.3 Análise das entrevistas (Grupo focal).....	49
5.3.1 Conhecimento sobre a leishmaniose visceral.....	49
5.4 Processo de capacitação dos multiplicadores.....	50
5.4.1 Análise do piloto.....	50
5.4.2 Capacitação das demais auxiliares de enfermagem.....	52
5.4.3 Avaliação dos observadores durante a capacitação das demais auxiliares feita pelas dez multiplicadoras.....	53
5.4.4 Análise dos questionários fechados.....	55
5.5 Capacitação dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses pelos multiplicadores	61
5.5.1 Caracterização dos agentes.....	61
5.5.2 Avaliação dos observadores durante as capacitações feitas nas Unidades de Saúde da Família.....	62
5.5.3 Apresentação dos resultados do questionário fechado aplicado nos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses antes e após a capacitação pelo multiplicador.....	64
5.6 Análise do grupo focal.....	72
5.6.1 Significado do papel do auxiliar de enfermagem no serviço de saúde.....	72
5.6.2 Avaliação do processo na visão dos auxiliares de enfermagem....	77
5.6.3 Avaliação do processo na visão dos profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.....	80
6 Discussão.....	85
7 Conclusões.....	100
8 Considerações finais e perspectivas.....	101
9 Anexos.....	102

9.1 Cronograma de atividades.....	102
9.2 Termo de consentimento.....	103
9.3 Questionário sobre a leishmaniose visceral.....	105
9.4 CD-ROM avulso sobre a leishmaniose visceral.....	106
9.5 Cartilha avulsa sobre a leishmaniose visceral.....	107
9.6 Questionário de avaliação do material da oficina.....	108
9.7 Questionário fechado sobre a leishmaniose visceral	109
9.8 Roteiro de avaliação dos observadores.....	110
9.9 Folheto avulso sobre a leishmaniose visceral.....	112
10 Referências Bibliográficas.....	113

Lista de figuras

Figura 1 Esquema com a localização do município de Ribeirão das Neves em Minas Gerais/Brasil (A) e os seus municípios limítrofes (B)	35
Figura 2 Esquema da distribuição espacial das Regiões Sanitárias do município de Ribeirão das Neves, 2008.....	38
Figura 3 Percentual de respostas das auxiliares de enfermagem à questão referente à sinonímia da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	56
Figura 4 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente à transmissão da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	57
Figura 5 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente a sinais e sintomas da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	58
Figura 6 Percentual de resposta dos auxiliares de enfermagem à questão referente ao que é necessário para a prevenção e controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	59
Figura 7 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente a como podemos ajudar no controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	60
Figura 8 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem na questão referente a como é feito o controle da transmissão da LV, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	61

Figura 9 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agente de zoonoses na questão referente à sinonímia da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	65
Figura 10 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente à transmissão da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	66
Figura 11 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a sinais e sintomas da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	67
Figura 12 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de saúde à questão referente ao que é necessário para a prevenção e controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	69
Figura 13 Percentual de respostas corretas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a como podemos ajudar no controle da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	70
Figura 14 Percentual de respostas corretas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a como é feito o controle da transmissão da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	71

Lista de tabelas

Tabela 1 Presença dos representantes dos níveis central e distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves às reuniões de acompanhamento da implantação do modelo de capacitação de profissionais de saúde, multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral.....	48
Tabela 2 Respostas ao questionário aberto aplicado durante oficina piloto, antes e após aula sobre a leishmaniose visceral, para grupo de 10 auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	51
Tabela 3 Avaliação pelas auxiliares de enfermagem do material utilizado durante oficina piloto de capacitação de multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral, Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	52
Tabela 4 Distribuição das auxiliares de enfermagem capacitadas para serem multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral, por região sanitária, Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Referência do município de Ribeira das Neves, MG, 2008.....	53
Tabela 5 Avaliação por observadores sobre o desempenho das dez multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral durante capacitação de auxiliares de enfermagem.....	54
Tabela 6 Avaliação pelos observadores sobre o interesse e participação dos auxiliares de enfermagem que receberam a informação sobre a leishmaniose visceral pelos multiplicadores, Ribeirão das Neves –MG, 2008.....	55
Tabela 7 Distribuição por faixa etária dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de zoonoses (AZ) que foram capacitados por auxiliares de enfermagem, multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral nas unidades de Saúde da Família. Ribeirão das Neves - MG, 2008.....	62

Tabela 8 Avaliação por observadores sobre o desempenho das 51 auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral durante capacitação de agentes comunitários de saúde e de zoonoses, Ribeirão das Neves, 2008.....	63
Tabela 9 Avaliação por observadores sobre o interesse e participação dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias que foram capacitados pelos auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral , Ribeirão das Neves, 2008.....	64

Lista de abreviaturas

LV	Leishmaniose Visceral
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
MS	Ministério da Saúde
SF	Saúde da Família
UBR	Unidade Básica de Referência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
AE	Auxiliares de Enfermagem
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AZ	Agentes de Zoonoses
SUS	Sistema Único de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
HIV	Human immunodeficiency Virus
PIB	Produto Interno Bruto

Resumo

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença que afeta principalmente pessoas desfavorecidas de países subdesenvolvidos. No Brasil, a LV é um problema de saúde pública, está urbanizada e apresenta taxa de letalidade elevada. As medidas de controle são complexas e, a despeito delas, nos últimos 20 anos o número de casos vem aumentando.

Neste estudo, o objetivo foi analisar o potencial de um modelo de capacitação de auxiliares de enfermagem (AE) para atuarem como multiplicadores da informação sobre a LV para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de zoonoses (AZ), visando à identificação precoce de caso sugestivo da LV e de risco para o adoecimento. O trabalho envolveu gestores do Sistema Único de Saúde local, AE, ACS e AZ e a idéia foi criar uma rede envolvendo estes profissionais para atuarem de forma integrada na perspectiva da divulgação da informação correta sobre a doença.

O trabalho foi desenvolvido no período de 2006 a 2008 no município de Ribeirão das Neves, considerado de transmissão intensa para a LV. O município faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais.

Foi criada uma equipe de nível central e regional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com representantes da atenção básica, epidemiologia e zoonoses. Esses profissionais tiveram o papel de acompanhar e monitorar todo o processo de implementação do modelo de capacitação no município.

Para a capacitação os AE participaram de uma oficina sobre a LV com carga horária total de 8 horas, dividida igualmente em dois dias. No primeiro dia, os profissionais receberam aula teórica sobre a doença. No segundo, participaram de discussões em grupo que tiveram como objetivos: a) discutir aspectos da doença, e dúvidas da aula do dia anterior; b) elaborar um plano de ação local com propostas de ações para serem desenvolvidas nas unidades de saúde e com a população para a prevenção da doença; c) colaborar na elaboração de material informativo sobre a LV para ser utilizado na rotina dos serviços de saúde.

Após a oficina, esses profissionais multiplicadores capacitados treinaram os demais AE, ACS e AZ. O conhecimento sobre a doença entre os participantes foi avaliado por meio de questionários, antes e após cada capacitação. O desempenho dos AE no repasse da informação foi acompanhado por observadores. Foi realizado

grupo focal para obter informações acerca do conhecimento sobre a doença, do papel do AE no serviço de saúde e sobre o processo de implementação do modelo.

De modo geral, foi maior o percentual de respostas corretas ao questionário, após a capacitação em relação ao observado antes. O plano de ação elaborado pelas AE apresentava propostas para serem desenvolvidas com os profissionais de saúde como capacitação continuada e com a população como discussão sobre a doença em diferentes fóruns. Na análise do grupo focal observamos que os AE consideraram que têm um papel importante dentro e para além do sistema de saúde. De modo geral, os AE se consideram profissionais à margem do sistema. O processo de implantação do modelo foi considerado estimulante e promissor e propiciou a participação dos AE e representantes do nível central e regional da SMS de forma efetiva.

O modelo mostrou-se adequado para a disseminação da informação sobre a LV e pode ser utilizado na rotina do serviço. Além disso, mostrou ser uma boa ferramenta para estimular o trabalho integrado entre diferentes profissionais no sistema de saúde, além de ter contribuído na organização do serviço para a atenção à LV no município de Ribeirão das Neves.

Abstract

Visceral leishmaniasis (VL) is closely associated with poverty and usually affects the poorest people of the developing countries. In Brazil, VL is a public health problem and in the last 20 years, the number of cases has increased, and the fatality rate is high. The disease is urbanized and the sustainability of control measures is difficult.

In this work, the aim was to verify the potential of a model in providing and disseminating information about VL by: the assistant nurse (AN) to other AN, to community health agent (CHA) and to zoonose agents (ZA). The idea was to create a network involving different professionals of the health service and to discuss the importance of the integrated work on VL prevention and control. This project involved managers of the local Unified Health System, AN, CHA and ZA.

The study was carried out in Ribeirão das Neves, from 2006 to 2008, a municipality belonging to the Metropolitan Region of Belo Horizonte, in Minas Gerais. This municipality is recognized for intense transmission of VL.

For the work a team consisting of health professionals from the central and district levels of the Health Secretariat was created, involving representatives of primary care and professionals who deal with the control measures (epidemiology and zoonoses sectors). These professionals followed and monitored the entire model implementation process.

One of the steps of the model implementation comprised the AN training to disseminate information about VL. To achieve this aim, these AN took part in an 8 hours training workshop about VL, divided in two days. At the first day, the professionals received training on the disease. On the second, they participated in 3 working groups: a) to discuss aspects of the disease, questions or doubts about the prior training session; b) to elaborate a local action plan with proposals for actions in health units and among the population; c) to elaborate a informative material about the disease to be used routinely in health service activities and also to disseminate information. After the workshop these instructed professionals were responsible for sharing the VL information to the other health professionals.

Before and after training the knowledge about VL among all the professionals was evaluated by using questionnaires. The technique of focal group was used with AN to obtain information on the disease and about their role in the health service as well as to evaluate process of the model implementation.

In general, the percentage of correct answers to the questionnaire was higher after the training, than before. The work plan elaborated by the AN contained proposals to be developed with health professionals and community. The model showed promising and the possibility of its implementation into the routine health services was real. The focal group showed that the assistant nurses considered their work in the health service very important.

The model was adequate to disseminate information about VL, stimulated the integration of professionals of different areas of the health service and contributed for the health service organization on VL in the Ribeirão das Neves municipality.

1 Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações representou um grande avanço, por permitir que qualquer cidadão seja atendido pela rede de serviços públicos de saúde. Cerca de 90% da população do país é de algum modo, usuária do SUS ⁽¹⁾. Entretanto, muitos são os desafios e problemas que o Sistema enfrenta. Entre eles, a extensa dimensão geográfica do país, o processo de urbanização, a estrutura econômica e social heterogênea e a convivência, na área da saúde, de doenças típicas do subdesenvolvimento, com demandas crescentes por serviços de ponta ⁽²⁾. Destacam-se ainda, contribuindo para aumentar a complexidade das dificuldades enfrentadas, a deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, a alta rotatividade dos profissionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, com uma atenção descontínua, a baixa resolubilidade e limitações ao acesso dos serviços. Iniciativas que contribuam para a consolidação do SUS são necessárias, e seguramente, supõem novas estratégias de articulação entre teoria e prática, academia e serviços, ciência e sociedade, organizações e profissionais ⁽³⁾.

A partir de 1999 um desafio adicional se apresenta ao Sistema com a aprovação da Portaria 950 que regulamenta o papel do gestor nos três níveis de gestão federal, estadual e municipal do SUS, nas práticas de epidemiologia, prevenção e controle de doenças. Os municípios passaram a assumir grande parte das ações de vigilância em saúde, anteriormente executadas numa estrutura vertical. Com a descentralização, os municípios tiveram que se organizar para identificar as doenças e agravos que precisam de maior atenção em sua região e, conseqüentemente, definir medidas de prevenção e controle para redução de risco à saúde. Dessa forma, dentre as várias demandas que se apresentam para a rede de serviços de saúde, a atenção às doenças prevalentes e suscetíveis às ações de controle se constitui em um indicador de condições de acesso e resolubilidade dos serviços ⁽⁴⁾. A leishmaniose visceral (LV) representa uma dessas condições pela sua magnitude e gravidade, caracterizando-se nas duas últimas décadas como problema de saúde pública em cidades de médio e grande porte de vários estados no Brasil ^(5, 6, 7, 8).

Casos autóctones humanos da doença já foram notificados em todas as Unidades Federadas, e apesar de ter sido previamente conhecida como uma

doença rural, nos últimos vinte anos, vem passando por um processo de urbanização, com surtos epidêmicos em diversos estados brasileiros^(5, 6, 7, 8).

O controle da doença é complexo e se baseia no tratamento dos casos humanos, no combate ao vetor e na eutanásia do cão sororreagente, principal reservatório da doença em áreas urbanas. Entretanto, apesar das medidas de controle, a doença tem apresentado alta taxa de letalidade no país⁽⁹⁾. Em Minas Gerais, foram notificados 2.222 casos no período entre 2002 e 2006, com 209 óbitos e uma taxa de letalidade média de 9,4%, sendo a maioria dos casos residente em área urbana⁽¹⁰⁾.

Na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), com 95% de cerca dos seus cinco milhões de habitantes, vivendo em área urbana, o primeiro caso autóctone da LV foi notificado em 1989 e, até 2007, 30 (77%) dos 39 municípios que compõem a região (área de abrangência da Gerência regional de Saúde de Belo Horizonte) já notificaram casos autóctones. A letalidade média dos últimos 13 anos (1994-2007) foi de 11%, variando de 6% a 20%⁽¹⁰⁾. Provavelmente, fatores relacionados ao processo migratório, à ocupação desordenada das periferias, à presença significativa do reservatório e do vetor e às altas densidades populacionais com baixa ou nenhuma imunidade à infecção contribuem para a rápida e extensa distribuição das leishmanioses na RMBH. A situação é agravada, com a baixa qualificação técnica de profissionais de saúde e a precariedade de infra-estrutura para o atendimento dos casos da doença⁽⁸⁾. De modo geral, é baixo o nível de conhecimento sobre as leishmanioses mesmo em regiões onde a doença é endêmica há vários anos⁽¹¹⁾. Em municípios da RMBH, o conhecimento sobre a LV avaliado entre 930 indivíduos (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de zoonoses, estudantes, professores e usuários dos serviços de saúde) mostrou baixo percentual de acerto a um questionário sobre a LV⁽¹²⁾. Entre os profissionais de saúde, verificou-se que os mais baixos níveis de conhecimento estavam entre os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, com apenas 19%, 26% e 34% deles respondendo corretamente. Observou-se que o pior desempenho desses profissionais foi principalmente evidenciado nas questões que abordavam sintomas, tratamento e o controle da doença⁽¹²⁾. Este dado foi especialmente importante, considerando o papel que esses profissionais desempenham na Estratégia de Saúde da Família.

O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para o controle da LV, por isso, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência se torna indispensável. Além disso, a organização dos serviços de saúde, com a garantia de atenção em todos os seus diferentes níveis de atenção, através de uma oferta organizada, com mecanismos de referência e contra-referência e definição de fluxos no interior dos serviços e do sistema, que representa hoje um dos grandes desafios do SUS, é condição para que os municípios assumam efetivamente a gestão e execução das ações de vigilância em saúde ^(13, 9).

Neste contexto, foi desenvolvido o presente estudo, que avaliou a implantação de um modelo de capacitação de profissionais de saúde de nível médio para atuarem como multiplicadores da informação sobre a LV. A idéia foi desenvolver e implantar um modelo que envolvesse diferentes atores do serviço, que levantasse a discussão da importância do trabalho integrado para a organização do serviço, na perspectiva da divulgação correta da informação sobre a doença visando à prevenção e ao controle. A decisão de se trabalhar com auxiliares de enfermagem como protagonistas deveu-se ao papel que este profissional desempenha no processo de trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família. São raros os estudos com esta categoria de profissionais. O trabalho envolveu gestores e supervisores do SUS local, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de zoonoses e enfermeiros das equipes de saúde da família e foi desenvolvido em Ribeirão das Neves, pertencente à RMBH, com 334.470 habitantes ⁽¹⁴⁾. O município é considerado um dos vinte municípios brasileiros e o terceiro mineiro com maior número de casos notificados de LV. No estado fica atrás apenas de Belo Horizonte, com o maior número de casos, e Montes Claros ⁽¹⁰⁾.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Investigar o potencial de um modelo de capacitação de auxiliares de enfermagem para atuarem como multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral para agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família e agentes de zoonoses, visando à identificação precoce de casos sugestivos de leishmaniose visceral e de risco para o adoecimento.

2.2 Objetivos específicos

1. Desenvolver o modelo de capacitação dos auxiliares de enfermagem.
2. Implementar o processo de capacitação dos auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação.
3. Investigar o conhecimento sobre a leishmaniose visceral entre os profissionais de saúde envolvidos.
4. Avaliar entre os multiplicadores o significado do seu papel no serviço de saúde.
5. Avaliar os elementos que favorecem e dificultam a implantação do modelo.

3 Revisão da literatura

3.1 *Leishmaniose visceral*

3.1.1 *Aspectos gerais*

As leishmanioses são um grupo de doenças causadas por pelo menos 20 espécies do parasito do gênero *Leishmania*, as quais são responsáveis por um espectro variado de manifestações e formas clínicas. A forma tegumentar é causada por diferentes espécies que geram lesões cutâneas e mucocutâneas, em geral, não fatais. A forma mais grave é a leishmaniose visceral (LV) ou calazar, que quando clinicamente evidente e não tratada, é fatal em praticamente 100% dos casos.

Estima-se que, no mundo, existam 350 milhões de pessoas em 88 países sob o risco de ter leishmaniose. São 1,5 milhões de casos novos de leishmaniose tegumentar e 500.000 casos de LV e mais de 50.000 mortes decorrentes da doença/ano, mortalidade que, entre as doenças parasitárias, é superada apenas pela malária ⁽¹⁵⁾. Com relação à LV, 90% dos casos estão concentrados em poucos países, sendo que cerca de 60% concentram-se no sub-contidente indiano (Bangladesh, Índia, Nepal). Os demais 30% concentram-se na Etiópia, Quênia, Sudão, e no Brasil ⁽¹⁶⁾.

A LV é causada por protozoários intracelulares obrigatórios do gênero *Leishmania*, pertencentes ao complexo *Leishmania (Leishmania) donovani*. A transmissão se dá pela picada de fêmeas de insetos dípteros pertencentes à família Psychodidae, sub-família Phebotominae ⁽¹⁷⁾.

A doença apresenta um período de incubação variável, em média de 2 a 6 meses. A apresentação clínica é semelhante em várias áreas endêmicas do mundo, mas há algumas diferenças: aumento de linfonodos é freqüente nos sudaneses, hiperpigmentação da pele, que provavelmente deu origem ao nome Calazar (febre negra em Hindu), tem sido descrita, embora raramente, somente no subcontinente indiano. A infecção também pode ser assintomática, sendo variável a relação entre infecção sem sintomas e infecção aparente: 6:1 na Etiópia, 13:1 no Irã, 8:1 a 18:1 no Brasil, 50:1 na Espanha ⁽¹⁸⁾.

O número de casos de LV vem aumentando no mundo devido, principalmente, ao aumento da transmissão em áreas urbanas, ao processo de migração da população, à exposição de pessoas não imunes, às condições precárias de vida nas periferias das áreas urbanas, à desnutrição, à falha das medidas de controle e à co-infecção *Leishmania* -HIV ^(7,16,18). As leishmanioses estão

entre as doenças tropicais mais negligenciadas no mundo, com poucas ferramentas disponíveis para o controle. Além disso, faltam critérios claros para aplicação dos métodos de controle existentes. São necessárias pesquisas para o controle das leishmanioses que envolvam principalmente, alternativas para tratamento e identificação de mecanismos que contribuam para facilitar o acesso a estas medidas de controle, incluindo a organização de serviços no setor da saúde ⁽¹⁶⁾.

A LV pode ser classificada em três tipos epidemiológicos fundamentais. São eles: antroponose, zoonose ou antroponose dependendo do reservatório do parasita. Na Índia e Bangladesh, a doença é uma antroponose, com a identificação do homem como o único reservatório. Na África, Oriente Médio, Europa e América, a doença apresenta-se como zoonose e em algumas regiões da China e África como antroponose ^(17, 18, 19).

3.1.2 A LV no Brasil

No Brasil a LV é uma zoonose e, de acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, é classificada como doença transmissível com quadro de persistência ⁽⁹⁾.

O agente etiológico, no Brasil, é a *Leishmania (Leishmania) chagasi* que tem como principal vetor o flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, espécie que, desde a década de 80, está plenamente adaptada ao ambiente doméstico e peridoméstico, alimentando-se de uma grande variedade de hospedeiros vertebrados, entre aves, homens, animais silvestres ou domésticos. Esses insetos medem de 2 a 3 mm, apresentam intensa pilosidade e se desenvolvem em solo úmido e rico em matéria orgânica e com pouca luminosidade ⁽²⁰⁾.

Os principais reservatórios silvestres da doença são as raposas e os marsupiais. O cão é o principal reservatório da doença nos centros urbanos, sendo um importante elo na cadeia de transmissão ^(9, 21).

O período de maior transmissão da doença é durante a estação chuvosa quando o inseto invade o domicílio à noite para se alimentar ⁽²⁰⁾.

No país, o número de casos vem aumentando, a partir dos anos 80, com média de 3.534 casos nos últimos 5 anos (2002-2006). Historicamente, o maior número de casos no país (98%) concentrava-se na Região Nordeste. Entretanto, desde 2002, a contribuição percentual do nordeste em relação ao total de casos do país vem reduzindo e está em 56%, em função do aumento do número de casos em

outras regiões como a região sudeste com 20% e centro-oeste 10%. Neste mesmo período, as maiores taxas de incidência foram observadas nos Estados de Tocantins (11,68), Maranhão (8,13) e Mato Grosso (7,15)⁽¹⁰⁾. A LV acomete pessoas de todas as faixas etárias, embora nas áreas endêmicas seja mais encontrada (56%) em crianças abaixo de 10 anos. A taxa de letalidade da doença no país, em média de 7% nos últimos 5 anos (2003-2007), é alta considerando a disponibilidade de tratamento eficaz e gratuito no SUS, mediante notificação⁽⁹⁾.

No Brasil, a doença se manifesta com sinais e sintomas de infecção sistêmica persistente, com febre, fadiga, perda de peso, inapetência, fraqueza e sinais de invasão parasitária do sangue e do sistema retículo-endotelial, com aumento de linfonodos, baço e fígado. A fadiga e perda de peso são agravadas pela anemia, que é causada pelo processo de inflamação persistente, hiperesplenismo e algumas vezes hemorragia. Com a evolução da doença, o baço e o fígado podem aumentar causando distensão abdominal. Os sintomas podem ser confundidos com os de outras patologias e frequentemente persistem por várias semanas a meses antes que o paciente procure assistência médica ou evolua a óbito devido à co-infecção bacteriana, hemorragia grave ou anemia^(17,18).

O diagnóstico é baseado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. O diagnóstico clínico da leishmaniose visceral deve ser suspeitado quando o paciente apresentar: febre e esplenomegalia associadas ou não à hepatomegalia. Entretanto, em áreas endêmicas, a suspeita deve ocorrer em caso de febre persistente, fraqueza e emagrecimento. Na forma clássica da doença, podem-se observar várias alterações no hemograma como: anemia, leucopenia e plaquetopenia. Também podem ser encontradas alterações de enzimas hepáticas e proteínas plasmáticas, com diminuição de albumina e elevação de globulinas com aumento específico da fração gama^(9, 17).

O diagnóstico laboratorial da LV pode ser feito pela identificação do parasita e, na prática médica no Brasil, utiliza-se a punção de medula. Com o material obtido são feitos esfregaços e/ou o material é cultivado em meios de cultura próprios⁽⁹⁾. Além disso, a identificação do DNA do parasito pode ser feita pela reação em cadeia da polimerase (PCR) em aspirados de medula, baço, linfonodo e em sangue periférico, com sensibilidade elevada. A pesquisa de anticorpos é utilizada para diagnóstico da doença, sendo a reação de imunofluorescência indireta, a metodologia mais aplicada na rotina. A sensibilidade da reação é elevada, dependendo da fase da doença, variando entre 80 a 95%. Podem ocorrer reações

cruzadas com outras protozooses, especialmente, a doença de Chagas ⁽⁹⁾. Entretanto, em pacientes de região endêmica com sintomatologia compatível com a LV e resultado da reação de imunofluorescência positiva, o tratamento é indicado ⁽⁹⁾.

O tratamento consiste no uso de drogas específicas contra o parasita e no tratamento de outras condições associadas: infecções bacterianas, anemia, hipovolemia e desnutrição. No Brasil, utiliza-se como droga de primeira escolha o antimoniato N-metil-glucamina. Seu mecanismo de ação ainda não está totalmente elucidado, mas sabe-se que atua nas formas amastigotas do parasita, inibindo sua atividade glicolítica e a via oxidativa de ácidos graxos. A dose recomendada do medicamento é de 20mg de Sb+5 kg/dia, com aplicação endovenosa ou intramuscular, por no mínimo 20 e no máximo 40 dias, utilizando-se o limite máximo de 2 a 3 ampolas/dia do produto, com bons índices de cura. O prognóstico está associado ao diagnóstico e tratamento precoces ⁽⁹⁾.

O controle do reservatório é feito por meio de sorologia e eutanásia dos cães sororreagentes ⁽⁹⁾. Apesar de evidências de estudos experimentais mostrarem uma diminuição da incidência da LV em cães e crianças com esta medida de controle, a eficiência e aceitabilidade desta estratégia tem sido reiteradamente debatida ⁽¹⁹⁾. Entretanto, há mais evidências experimentais a favor, do que contra o controle canino com sacrifício dos cães soropositivos. O fato de algumas campanhas de controle canino não terem sido capazes de reduzir o número de casos humanos em algumas áreas pode ser devido à baixa sensibilidade do teste sorológico realizado nos cães, favorecendo a permanência do reservatório da doença ⁽¹⁹⁾. Outros fatores como dificuldades operacionais nos serviços de saúde que necessitam de infra-estrutura complexa para os inquéritos caninos periódicos, a retirada dos cães positivos dos domicílios e a eutanásia contribuem para dificultar e comprometer os resultados das ações de controle. Além disso, há o problema de recusa do proprietário do cão para sua apreensão e eutanásia e a reposição rápida de cães nos domicílios.

O cão infectado pode se apresentar aparentemente sadio, oligossintomático ou com doença grave ⁽²⁰⁾. O tratamento dos cães infectados não é uma estratégia de controle efetiva porque as recaídas são freqüentes e os cães podem permanecer como reservatório semanas após o tratamento, apesar da cura clínica. Além disso, o uso veterinário em larga escala de drogas específicas para LV pode levar à resistência do parasita. O uso de coleiras impregnadas com deltametrina a 4%, mostrou resultados estimulantes e que apontaram para a redução do risco de

infecção em cães (54%) e crianças (43%) no Irã ⁽²²⁾. Entretanto, a vacinação de cães deve ser a melhor estratégia de controle quando houver resultados comprobatórios da eficácia da vacina ^(18,19). Estudos recentes têm mostrado resultados promissores ⁽²³⁾.

O controle vetorial é feito por meio da aplicação de inseticidas intra e peridomiciliar ⁽⁹⁾. O uso de inseticidas de ação residual, tais como derivados piretróides, em paredes internas e externas de casas e abrigos de animais tem sido uma ferramenta eficaz de controle da LV, quando realizado juntamente com as demais medidas de controle. O uso de mosquiteiro impregnado com inseticida pode prevenir a LV, entretanto ainda há poucas evidências do impacto dessa ferramenta ^(18,19). Medidas de manejo ambiental como limpeza de quintais, terrenos e praças públicas, eliminação de resíduos sólidos orgânicos e destino adequado dos mesmos, eliminação de fonte de umidade e a não permanência de animais domésticos dentro de casa são recomendadas para evitar ou reduzir a proliferação do vetor ⁽⁹⁾. A presença de aves e cães no domicílio e no peridomicílio representa abundante fonte de alimentação para o vetor, aumentando consideravelmente a densidade da população vetorial ⁽²⁴⁾.

O Programa de controle da LV no Brasil teve início há mais de 40 anos e baseia-se no tratamento dos pacientes, controle vetorial e eutanásia canina dos animais soropositivos. Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) utiliza como metodologia para a definição de recomendações de vigilância e controle, a classificação das áreas com transmissão e das áreas sem transmissão desse agravo ⁽⁹⁾.

Para as áreas com transmissão foi utilizado como indicador a média de casos nos últimos cinco anos. Dessa forma, os municípios foram divididos em três classes de transmissão de LV: áreas com transmissão esporádica, moderada e com transmissão intensa. As medidas direcionadas ao vetor e ao reservatório são definidas de acordo com a classificação da transmissão ⁽⁹⁾.

Nas áreas com transmissão esporádica, diante de caso suspeito deve-se notificar e investigar o caso, definir a autoctonia, estruturar a rede de saúde para o diagnóstico clínico, laboratorial e tratamento precoce dos casos, alertar os profissionais de saúde para a detecção, diagnóstico e tratamento adequados; busca ativa de casos suspeitos; monitoramento e investigação de possíveis óbitos. As medidas de controle vetorial são voltadas para o saneamento ambiental, levantamento entomológico com objetivo de identificar a espécie vetora e sua

dispersão no município a fim de delimitar as áreas para a realização de inquérito canino. Quanto ao reservatório recomenda-se a busca ativa de cães com suspeita clínica, sorologia, eutanásia dos sororreagentes, vigilância e monitoramento; inquérito canino censitário anual e controle da população canina errante. Nas áreas com transmissão moderada e intensa de LV, além do mencionado, são também instituídas medidas para o saneamento ambiental além de se programar dois ciclos de tratamento com inseticida de ação residual ⁽⁹⁾.

3.2 O Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

3.2.1 Aspectos gerais do Sistema Único de Saúde (SUS)

Antes da criação do SUS, a assistência à saúde no país tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários, além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta ⁽²⁵⁾.

Com o SUS, que foi resultado do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do estado. O SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e de prevenção à saúde, tratamento e reabilitação. Os princípios que norteiam o Sistema Único são a universalidade, a equidade e a integralidade das ações. Além disso, é importante ressaltar a mudança na forma de organização do sistema com destaque para a descentralização; a mudança da lógica curativa para a preventiva, sem prejuízo das ações assistenciais; a participação da comunidade assegurada pelos Conselhos e Conferências de Saúde e a participação da iniciativa privada de forma complementar ⁽²⁵⁾.

A regulamentação do Sistema é feita pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/1990 ⁽²⁶⁾ e Lei 8142/1990 ⁽²⁷⁾) e posteriormente as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 91 ⁽²⁸⁾, 93 ⁽²⁹⁾, 96 ⁽³⁰⁾; NOAS-SUS 01 ⁽³¹⁾ e 02 ⁽³²⁾) que definiram os papéis institucionais, as responsabilidades dos diversos níveis de governo, a forma de gestão do sistema, seu ordenamento e controle e o repasse de recursos para as ações coletivas e individuais. A municipalização da saúde foi definida como

um caminho para descentralizar e reformar o aparelho do Estado da Saúde ⁽³³⁾. Entretanto, o processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e fazendo face à necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde mediante a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão ⁽³⁴⁾.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar, principalmente devido à dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão extenso geograficamente e desigual, além de sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, com detalhamento excessivo e enorme complexidade ⁽³⁴⁾.

Em 2006, na perspectiva de superar as dificuldades mencionadas, visando a consolidação do SUS, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde por meio do PACTO PELA SAÚDE. A partir do Pacto, todo município passou a ser responsável pela integralidade da atenção à saúde de sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união; devendo assumir a gestão e executar as ações de atenção básica em seu território, incluindo as ações de promoção e proteção; organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando a atenção à saúde, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e da equipe de saúde com a população, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento. Além disso, assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, além de outras responsabilidades ⁽³⁴⁾.

3.2.2 A Atenção básica

A Atenção Básica é a estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento de agravos, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tal processo deve considerar o sujeito em sua singularidade, na

complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas para populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Seus fundamentos são: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; VI - estimular a participação popular e o controle social ⁽³⁵⁾.

3.2.3 A estratégia de Saúde da Família

A estratégia de Saúde da Família (SF) é prioritária para a organização da Atenção Básica, garantindo a ampliação do acesso aos serviços de saúde à parcela significativa da população, de acordo com os preceitos do SUS ⁽³⁵⁾. A estratégia foi apresentada como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidos pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Aplicada ⁽³⁶⁾. A SF na sua concepção prevê a promoção da saúde, áreas de abrangência definidas com adscrição de clientela, equipes com composição mínima, residência das unidades de SF na localidade de atuação, participação comunitária, atenção integral e permanente, estímulo ao controle social ⁽³⁵⁾. Dessa forma, a estratégia busca uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Possibilita uma maior relação dos profissionais com as pessoas, as

famílias e a comunidade, em seu ambiente físico e social. Tem como compromisso prestar assistência integral e resolutive a toda população, por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada ^(37, 38).

A equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, deve se responsabilizar por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. As atribuições técnicas de cada um dos profissionais, encontram-se bem definidas em documentos oficiais. As famílias são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimento especializado e de maior complexidade ⁽³⁵⁾.

A implantação da estratégia SF já cobre a grande maioria dos municípios no Brasil ^(39, 40). No período de 1998 a 2006, houve um aumento do percentual de municípios com a estratégia em funcionamento, que passou de 20,4% (1.134 municípios) para 91,8% (5.106 municípios). Além disso, no período houve uma constante e expressiva elevação das médias anuais das coberturas municipais, que variaram de 46,8% a 80,3% ⁽⁴¹⁾.

O trabalho em equipe representa um dos principais fundamentos da estratégia SF e implica o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração. No processo de produção em saúde a denominação equipe sempre fará referência às práticas, em que a valorização dos diversos saberes contribui para uma abordagem ampla e resolutive do cuidado ⁽³⁷⁾. O trabalho dos diversos integrantes da SF - médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde - deve ser entendido numa perspectiva de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa com um saber próprio ⁽⁴²⁾.

A SF é uma importante estratégia de reorientação do modelo assistencial e é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, que representam mais de 20% do emprego público em saúde ⁽⁴³⁾. Entretanto, a implantação da estratégia, por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Esta depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os

usuários. O “campo do cuidado” e a interação abrem a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado ⁽⁴⁴⁾.

Dessa forma, para a consolidação dessa estratégia faz-se necessária a existência no serviço de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades para atender a esse novo modelo, capacitados para essa prática multidisciplinar e interdisciplinar. Entretanto, no país o ensino das profissões de saúde ainda é pautado na lógica da especialização na produção do cuidado e na formação hospitalar ^(1,45).

Por isso, entre os distintos problemas que afloram com a implantação da SF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a essa nova necessidade ^(1, 45, 46). Falta preparo formal para mudanças nas práticas de saúde, para abordar questões sócio-culturais e para o trabalho em equipe e coletivo ^(1, 37). Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com essa nova proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Portanto, a estratégia SF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores ^(1, 47). Um dos fatores que dificulta a implantação de novas práticas de saúde é a visão da gestão do trabalho referente à formação profissional como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde ⁽⁴⁸⁾.

De modo geral, para a organização de serviços de saúde, é indispensável a efetivação de uma rede integrada em contraposição a um conjunto fragmentado de serviços, programas, ações e práticas clínicas ⁽¹³⁾. Essa integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e serviços, com o objetivo de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo ⁽⁴⁹⁾.

Outro desafio que se apresenta à estratégia SF é a coordenação do cuidado na rede de serviços, pois um dos grandes problemas que o SUS enfrenta é a fragmentação dos serviços ⁽³⁵⁾. Segundo Hartz, a integração propriamente dita do cuidado consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articulados no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis ⁽⁴⁹⁾.

3.3 O multiplicador da informação em saúde

Ações que visam o empoderamento dos profissionais de saúde e de grupos sociais - sujeitos das ações dos serviços de saúde - entendido aqui como o ganho de poder por alguém; poder para tomar decisões, realizar ações individuais e coletivas, motivação, consciência e compromisso social, implicam no respeito à autonomia, à cultura, à diversidade, na negação do assistencialismo como prática centrada em si mesma ⁽⁵⁰⁾. A formação de multiplicadores da informação em saúde parte deste princípio.

De acordo com o Manual do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS ⁽⁵¹⁾, o multiplicador é um profissional de saúde, educação ou outra área que catalisa ações de formação de agentes de intervenção junto às populações específicas para o desenvolvimento de atividades preventivas em suas áreas de atuação. Trata-se, portanto, de mais do que um agente promotor de saúde, sendo um agente social de mudanças, com ações muito mais abrangentes do que o campo específico da prevenção. Visa promover ou contribuir com a mobilização mais ampla da sociedade na reflexão e na busca de soluções para questões inerentes à sua estrutura social e política. A atuação do multiplicador deve buscar o diálogo e a interlocução com o outro, baseado no princípio da igualdade e da participação ⁽⁵¹⁾.

O multiplicador deve ser capacitado através de treinamentos, cursos, leituras e supervisões e deve incluir em suas ações rotineiras uma abordagem mais qualificada do público-alvo.

Algumas das habilidades e características necessárias ao multiplicador são: ser institucionalizado, aceito, solidário, ético, observador, prudente, ter compromisso e disponibilidade com o trabalho, considerar a cultura do grupo, ter habilidade no trato pessoal, saber ouvir. Para que o trabalho do multiplicador em um projeto de intervenção tenha sucesso, deve ter apoio logístico, técnico, jurídico e político ⁽⁵¹⁾.

Na literatura diversos estudos envolvendo multiplicadores da informação em diferentes doenças, apresentam resultados promissores. De modo geral, esses trabalhos envolvem escolares em função do potencial que apresentam para transmitir novos conhecimentos aos pais e familiares. Esse tipo de intervenção por pares acontece pela necessidade de mediar a informação intra-grupo, permitindo a

identificação dos jovens com o tema em discussão, e contornando eventuais barreiras culturais locais ⁽⁵²⁾.

Estudo realizado no Quênia para determinar o potencial de escolares como agente de mudança de saúde, em uma comunidade rural, envolveu 40 escolares numa abordagem participativa voltada para a ação, visando modificar comportamentos, atitudes e práticas de seus pais e responsáveis. Foi observado um aumento significativo de 51% do conhecimento nos grupos que receberam a intervenção. As mudanças de comportamento foram mais evidentes nas crianças que nos adultos. O impacto do projeto refletiu em mudanças concretas no ambiente escolar e nas residências ⁽⁵³⁾.

Recentemente, Magalhães e colaboradores (2008) mostraram num estudo envolvendo escolares, de 5^a e 8^a séries do ensino fundamental, como multiplicadores da informação sobre a LV, no município de Caeté da RMBH, que além da melhoria do conhecimento entre os escolares participantes e familiares da escola que recebeu a informação pelos multiplicadores, houve entre as famílias que receberam a informação mudança de comportamento promissora e importante para a prevenção da doença ⁽⁵⁴⁾.

De modo geral, são raros os estudos na literatura com profissionais de saúde como disseminadores da informação. São mais raros ainda artigos na literatura envolvendo o auxiliar de enfermagem ^(55, 56).

Shimisu et al. (2004) conduziram um estudo no Distrito Federal para conhecer a prática do auxiliar de enfermagem que atua na SF e estes autores verificaram que grande parte das atividades diárias da equipe de SF depende do trabalho desenvolvido por este profissional. Suas atividades têm forte influência do modelo clínico de atenção, se dividindo em individuais, como o auxílio ao atendimento da demanda espontânea e diversos procedimentos de enfermagem, e coletivo como visita domiciliar e atividades em grupos ⁽⁵⁵⁾.

Conforme mencionado anteriormente, no presente trabalho a escolha do auxiliar de enfermagem se deveu ao papel que este profissional desempenha no processo de trabalho da equipe de SF. Nossa intenção foi explorar o potencial destes profissionais nas ações voltadas para a prevenção da LV.

4 Métodos

4.1 Caracterização da área de estudo

4.1.1 Aspectos gerais

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão da Neves, um dos 39 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), área de abrangência da Gerência Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Na Figura 1 estão ilustrados o mapa do Brasil e Minas Gerais com destaque para o município de Ribeirão das Neves (A) e o município de Ribeirão das Neves com os seus municípios limítrofes (B).

Ribeirão das Neves, que faz limite com Belo Horizonte, Contagem, Pedro Leopoldo, Vespasiano e Esmeraldas, possui uma área de 154,67 km² e uma densidade demográfica de cerca de 1.600 habitantes/ km². A posição geográfica de Ribeirão das Neves permite, por meio de rodovias, o escoamento de sua produção econômica e também o acesso às grandes capitais da Região Sudeste. A população do município é de 334.470 habitantes, com 99,4% deles residindo em área urbana (14).

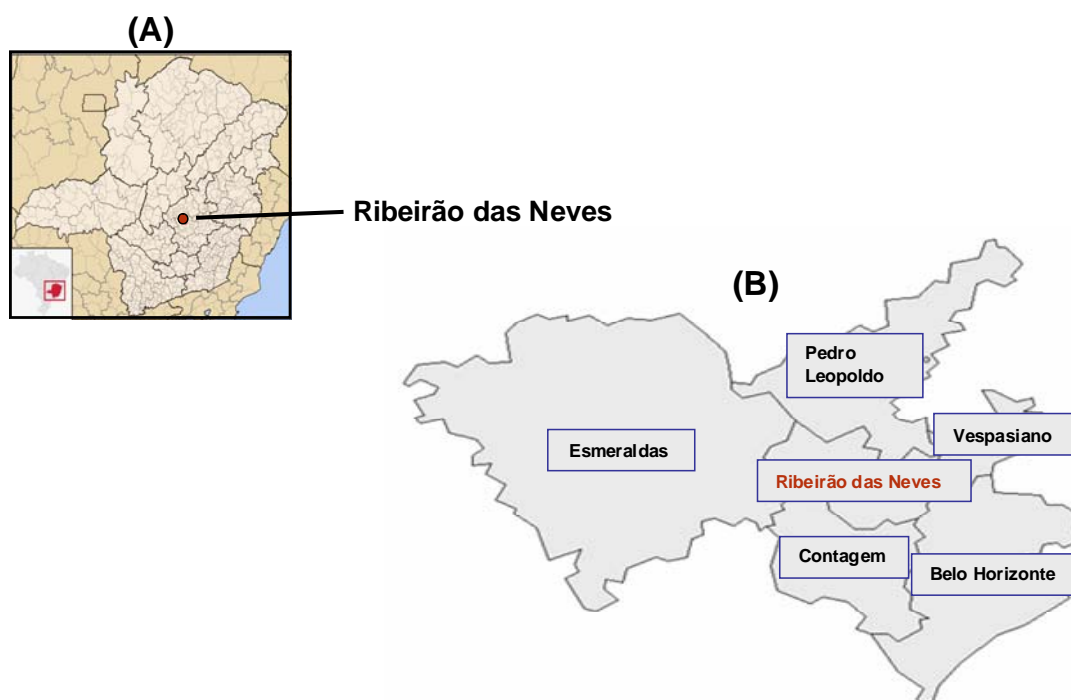


Figura 1 Esquema com a localização do município de Ribeirão das Neves em Minas Gerais/Brasil (A) e os seus municípios limítrofes (B).

Ribeirão das Neves passou de povoado a grande cidade em poucas décadas, sendo constituído territorialmente por três regiões: região Central e região do Veneza, que se localizam as margens da BR-040; e a região de Justinópolis, na saída pela LMG- 806 em direção a Belo Horizonte.

A expansão urbana de Ribeirão das Neves ocorreu de forma desorganizada sem respeitar o relevo natural do seu território, bem como as margens de cursos d'água, o que ocasionou grandes problemas ambientais ^(57, 58).

Em relação ao saneamento, cerca de 70% dos recursos hídricos superficiais do município estão contaminados pelo lançamento de esgoto doméstico. O esgotamento sanitário de pouco mais da metade dos domicílios, 33.671 (54,46%), ocorre por meio da rede geral de esgoto ou pluvial. Em 19.617 (32%) casas o esgotamento sanitário é feito por meio de fossa e em 5.023 (8,12%), rio ou lago são os principais meios utilizados. O abastecimento de água realizado por meio de rede geral ocorre em 56.841 (91,94%) casas, enquanto 3.405 (5,51%) domicílios abastecem-se de água de poço ou nascente ⁽⁵⁷⁾.

A coleta regular de lixo domiciliar não atende a todo o município, em decorrência, principalmente, da impossibilidade do trânsito de veículos nas ruas. Em 52% delas não há calçamento/pavimentação no espaço público adjacente. A coleta de lixo, pelo serviço de limpeza urbana, é feita em 36.865 domicílios (60%) e em 20% deles, não há coleta. O lixo é queimado em 11% dos domicílios e lançado a céu aberto nos demais. Em relação às condições de moradia, 31% dos domicílios têm até 3 cômodos, percentual que está acima do apresentado pelo Estado que é de 21% ⁽⁵⁷⁾.

O município apresenta um perfil econômico próprio de cidades sem uma estrutura produtiva sólida. Enquanto os investimentos acontecem em projeção aritmética, a população cresce em projeção geométrica. O resultado é o desemprego, com uma população economicamente ativa crescente e sem perspectiva de trabalho. A população economicamente ativa desocupada era de 26.837 pessoas, correspondendo a 22,7% da população economicamente ativa ¹⁴. A economia baseia-se na atividade de pequenas cerâmicas, espalhadas pela periferia da cidade, refletindo mais problemas ambientais que ganhos com arrecadação ou geração de empregos. A atividade hortifrutigranjeira representa importante fonte de renda das famílias. O setor primário conta também com a extração de pedras

britadas e ornamentais, basicamente, gnaisse ⁽⁵⁸⁾. Dessa forma, a arrecadação do município limita-se, basicamente, à receita do Fundo de Participação dos Municípios, uma transferência constitucional, feita pela União, de acordo com o número de habitantes, composto de 22,5% do imposto de renda e do imposto sobre produtos industrializados ⁽⁵⁹⁾.

Em relação ao PIB per capita, o município de Ribeirão das Neves situa-se no 617º lugar do estado, sendo superado por 72% dos municípios de Minas Gerais. A renda per capita do município de Ribeirão das Neves é inferior a um terço da renda per capita de Belo Horizonte, capital do estado ⁽⁵⁷⁾.

De acordo a Fundação João Pinheiro, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de Ribeirão das Neves em 2000 foi de 0,749, o que o classifica como de IDH médio. O IDH é um indicador que objetiva retratar as condições de vida dos moradores de uma região, mediante a utilização de medidas sócio-econômicas mais abrangentes que a simples utilização de apenas uma dimensão econômica como o PIB per capita ⁽⁵⁷⁾.

Além disso, o município possui cinco penitenciárias e um centro de recuperação de jovens adultos, com cerca de 5.000 infratores de diferentes partes do estado cumprindo pena, o quê gera estigma para a cidade, conhecida como “Cidade Presídio” ⁽⁵⁸⁾.

4.1.2 Sistema de Saúde

O sistema de saúde do município é composto por um conjunto de unidades regionalizadas e hierarquizadas com divisão territorial em cinco regiões sanitárias, sendo a Região I na Sede do município, II no Veneza, III, IV e V em Justinópolis (Figura 2) ⁽⁵⁸⁾.

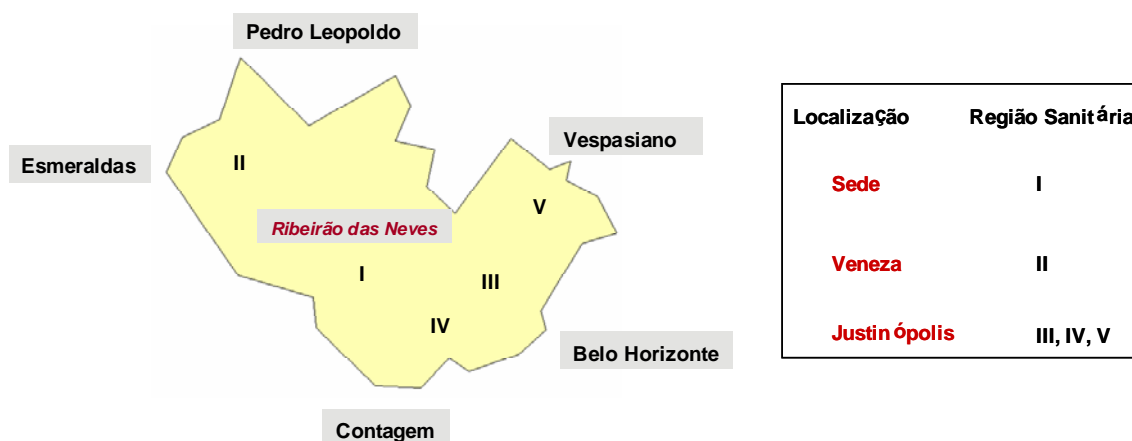


Figura 2 Esquema da distribuição espacial das Regiões Sanitárias do município de Ribeirão das Neves, 2008.

Para a definição das regiões sanitárias foi utilizado como critério a contigüidade geográfica em relação à estrutura física da rede de serviços de saúde existente, que conta com um Hospital Geral, duas Unidades de Pronto Atendimento, cinco Unidades Básicas de Referência (UBR), que funcionam como referência para as equipes de SF e como porta de entrada para a população ainda não coberta pela estratégia SF, um Centro de Especialidades Médicas, um Ambulatório de Referência de Doenças Infecto-parasitárias, um Centro de Atendimento Psico-social ao usuário de álcool e outras drogas, um Centro de Atendimento Psico-social Adulto e Infantil, três Ambulatórios de Saúde Mental e 53 unidades de SF. Esses serviços estão distribuídos de maneira a ofertar a totalidade dos serviços da atenção básica, em regime ambulatorial e hospitalar, além um elenco de procedimentos de média complexidade, que engloba algumas atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico, como por exemplo, a ultrassonografia. A Atenção secundária e terciária estão organizadas com o atendimento na rede própria de serviços e referência para Belo Horizonte dos procedimentos de maior complexidade, conforme pactuação⁽⁵⁸⁾.

4.1.3 Situação da LV no município

De acordo com a classificação da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, Ribeirão das Neves é considerado de transmissão intensa para a LV, com média de 38 casos nos últimos cinco anos⁽⁹⁾. Está entre os 20 municípios brasileiros e é o terceiro município mineiro com maior número de casos da doença. O primeiro caso

foi notificado em 1999. Até 2008 foram notificados 232 casos. A taxa de letalidade de LV no município é elevada e variou de 6 a 13% nos últimos cinco anos ⁽¹⁰⁾. Em todas as regiões sanitárias já foram notificados casos humanos da LV, com prevalência de infecção canina de 11%.

4.2 Desenho do estudo

Trata-se de estudo de intervenção sem alocação aleatória, desenvolvido no município de agosto de 2007 a dezembro de 2008.

O primeiro passo para a implantação do modelo de capacitação de auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação sobre a LV foi a apresentação e discussão da proposta com o secretário de saúde. Os passos seguintes consistiram em: 1) discussão do projeto com os coordenadores da Atenção Básica, Zoonoses e Epidemiologia do nível central e com os coordenadores das Regiões Sanitárias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 2) definição de cronograma de trabalho, 3) primeiro contato com os auxiliares de enfermagem por meio de entrevistas do tipo grupo focal, 4) oficina de capacitação para os 10 primeiros auxiliares multiplicadores (etapa piloto), 5) oficinas de capacitação para os demais auxiliares de enfermagem, 6) capacitação de agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses pelos auxiliares multiplicadores, 7) acompanhamento.

O modelo foi elaborado com o objetivo de criar uma rede envolvendo profissionais das áreas da Atenção Básica, Zoonoses e Epidemiologia dos níveis central e regional, que deveriam participar da discussão do planejamento e acompanhamento de todas as etapas do processo de implantação.

A equipe de coordenadores da SMS responsável pelas discussões e acompanhamento do projeto juntamente com a equipe de pesquisa foi constituída por nove participantes sendo um representante do nível central da SMS de cada uma das seguintes Coordenações: Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Epidemiologia e Zoonoses, além de um supervisor de cada uma das cinco Regiões Sanitárias. Esta equipe teve o papel de organizar, acompanhar e monitorar o processo de capacitação dos profissionais de saúde, bem como a implantação do plano de ação que seria definido pelos profissionais capacitados.

Após as reuniões de mobilização com o gestor e equipe da SMS constituída foi elaborado um cronograma de atividades (Anexo 1).

4.2.1 Convite aos auxiliares de enfermagem

Todos os AE das Unidades de Saúde da Família foram convidados a participarem do estudo, por meio de memorando, encaminhado a todas as Unidades de SF. Foram convidados também dois AE, por Unidade Básica de Referência (UBR). Como critério de inclusão o profissional deveria ser AE e aceitar participar. No início do projeto o número de profissionais era de 48. Durante o trabalho mais 15 profissionais foram incorporados ao projeto, num total final de 63 auxiliares de enfermagem.

A apresentação da proposta foi feita a partir da leitura, em voz alta, do termo de consentimento, por um membro da equipe de pesquisa (Anexo 2) para grupos de 10 AE, num total de seis grupos, em reuniões realizadas em 3 dias consecutivos. Após a leitura foram feitos todos os esclarecimentos solicitados pelos AE, com relação ao processo de trabalho. Nenhuma informação sobre a doença foi repassada. Os profissionais que aceitaram participar do estudo, 48 AE, foram entrevistados por meio de grupo focal (GF), no mesmo dia. As etapas de apresentação da proposta e do GF foram conduzidas pela orientadora do trabalho e colaboradores que não pertenciam ao quadro da Secretaria de Saúde, para evitar constrangimentos por parte do AE. A descrição e o roteiro utilizado no GF estão mostrados no item 4.2.5.

Na tentativa de avaliar a adequação da metodologia e do material utilizado, a primeira oficina (oficina piloto) contou com 10 AE, dois por região sanitária. A seleção foi feita pela coordenação do trabalho, após o primeiro GF e levou em consideração a disposição para participar do projeto. Estes profissionais foram capacitados conforme a descrição abaixo (item 4.2.3).

4.2.2 Oficina

De acordo com o MS, portaria 189 de 19/11/1991, oficinas são espaços facilitadores da comunicação e das relações interpessoais nos quais se desenvolvem atividades grupais de socialização, expressão e inserção social ^(60, 61). A opção do trabalho através de oficinas foi feita por tratar-se de um recurso eficaz em programas com carga horária reduzida. Nas oficinas, o conhecimento é construído pelo grupo, como um todo, através do envolvimento dos participantes em

torno de tarefas, tais como a busca de novas informações e da compreensão da sua realidade.

As oficinas realizadas neste estudo tiveram início em dezembro de 2007 e de modo geral, o esquema das oficinas foi o seguinte. A carga horária total foi de 8 horas distribuídas igualmente em dois dias. No primeiro dia, os profissionais receberam uma breve explicação sobre o objetivo do trabalho e após, foi aplicado um questionário para avaliação do conhecimento sobre a doença entre os AE. Na seqüência, foi ministrada aula teórica sobre a doença, numa dinâmica em que os participantes eram estimulados a fazer perguntas e comentários. Para a aula utilizou-se como material didático um CD-ROM, produzido em 2006 por profissionais do serviço e pesquisadores do Centro de Referência em Leishmanioses do Centro de Pesquisas René Rachou-Fiocruz ⁽⁶²⁾. Este CD é destinado aos profissionais de saúde de nível médio (Anexo 4). Neste CD são abordados a epidemiologia da doença, ciclo de transmissão, aspectos clínicos, tratamento e medidas de prevenção e controle. Durante a aula os AE receberam orientação sobre o quê abordar e enfatizar em cada slide, como despertar o interesse da turma.

No segundo dia, foram realizadas três atividades em grupo, com duração, cada uma, de aproximadamente uma hora. Os grupos foram formados por 4 a 5 AE. Em cada um, os participantes escolhiam um colega responsável por fazer a relatoria do seu grupo, por escrito e oralmente. O tempo destinado para apresentação oral foi de 5 a 10 minutos.

A primeira atividade teve por objetivo discutir as dúvidas da aula do dia anterior. A segunda atividade foi a de ler e discutir a proposta de cartilha encaminhada pelo grupo de pesquisa, com informações sobre a doença e para uso na rotina dos serviços pelos profissionais (Anexo 5). Na terceira, os participantes receberam como tarefa, elaborar um plano de ação local que deveria conter propostas de ações para serem desenvolvidas nas Unidades e com a população para a disseminação da informação sobre a LV com o objetivo de fortalecer a prevenção e o controle da doença.

Após as apresentações dos grupos, os AE fizeram uma avaliação individual do material da oficina utilizando o questionário mostrado no Anexo 6. Por fim, todos os AE responderam ao mesmo questionário distribuído antes da aula teórica.

Cada AE recebeu, ao final da oficina, um impresso com o conteúdo do CD-ROM para se prepararem para as próximas capacitações.

4.2.3 Oficina piloto

O esquema geral da oficina foi mantido na oficina piloto, na qual foram capacitados os primeiros 10 multiplicadores. Entretanto, o questionário utilizado antes e após a oficina foi aberto com três questões que abordavam transmissão, sinais e sintomas, prevenção e controle da doença (Anexo 3). Optou-se por questionário aberto pelas vantagens que este tipo de questionário oferece quando o grupo que está sendo avaliado é pequeno.

4.2.4 Capacitação após a oficina piloto

Os 10 AE multiplicadores, 2 AE por Região Sanitária, foram os responsáveis pela capacitação dos demais AE da sua região, totalizando 53 AE capacitados pelos multiplicadores. O esquema geral da oficina foi mantido, entretanto, a avaliação de conhecimento antes e após foi feita com questionário fechado, com seis questões de múltipla escolha que abordavam a transmissão, os sinais e sintomas da doença, prevenção e controle (Anexo 7). Além disso, nestas oficinas o desempenho do multiplicador durante o repasse da informação foi avaliado por dois observadores, a orientadora do estudo e a coordenadora da Atenção Básica, que utilizaram um roteiro de observação contendo os seguintes itens: a) avaliação do desempenho do multiplicador: conhecimento, motivação, controle, desenvoltura, respostas corretas às perguntas e b) avaliação dos participantes: receptividade da platéia, interesse, participação (Anexo 8).

Ao longo do processo foram realizadas sete oficinas para capacitação dos AE. Cada turma contou com, no máximo, 13 AE. A mestranda acompanhou todo o processo.

4.2.5 Capacitação dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses pelos multiplicadores

A capacitação dos ACS e AZ foi estruturada com a colaboração da coordenação da Atenção Básica e dos enfermeiros de SF para ser realizado na própria Unidade de Saúde. Participaram da atividade: ACS, AZ, o AE e o enfermeiro da Unidade.

O trabalho foi realizado pelos AE previamente capacitados nas oficinas e constou de aula teórica sobre a doença e discussão para esclarecimento das dúvidas.

O CD-ROM sobre a LV, utilizado nas oficinas anteriores não pôde ser empregado nesta etapa devido à falta de infra-estrutura nas unidades de Saúde. Dessa forma, para que os AE tivessem material de apoio para o repasse, foi confeccionado um folheto com informações que abordavam transmissão, sintomas, diagnóstico, tratamento, prevenção e controle da doença (Anexo 9). O folheto foi elaborado pelos responsáveis pela pesquisa e se baseou na cartilha que já havia sido discutida amplamente com todos os AE. O conhecimento dos ACS e AZ sobre a doença foi avaliado com o mesmo questionário fechado (Anexo 7), antes da entrega do folheto e após a o repasse da informação pelo AE. O folheto foi distribuído aos ACS e AZ no momento da aula, após estes terem respondido ao questionário.

A avaliação da aula ministrada pelo AE foi feita por um observador (o enfermeiro da Unidade, previamente treinado) que utilizou o mesmo roteiro de avaliação usado anteriormente (Anexo 8). O enfermeiro foi orientado a dar o apoio necessário para que a capacitação ocorresse e a não intervir durante a apresentação do AE. Caso houvesse necessidade de intervenção, o enfermeiro poderia fazê-la posteriormente à aula, após os agentes terem respondido ao questionário de avaliação.

4.2.6 Grupo Focal

O uso da pesquisa qualitativa na área da saúde tem sido crescente, sua abordagem refere-se a estudos de significados, significações, representações, percepções e vivências. Busca uma compreensão particular daquilo que estuda, sendo o foco da atenção mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados ⁽⁵⁰⁾.

Entre as várias metodologias empregadas na pesquisa qualitativa destaca-se a técnica de grupo focal (GF), que é um tipo de entrevista realizada em grupo. O GF, mediante a interação do grupo, permite a emergência de dados e percepções que, em entrevistas individuais ou questionários não seriam acessíveis. Tem como objetivo obter dados e constatações, a partir de discussões planejadas, em que os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e

representações sociais sobre uma questão específica, num ambiente permissivo e não-constrangedor ⁽⁶³⁾.

Para sua operacionalização, recomenda-se que o grupo seja composto por no mínimo seis e no máximo 12 pessoas. Para a condução dos trabalhos é necessário um moderador, cuja função é a proposição das questões a serem discutidas aos participantes, a manutenção do foco da discussão, a realização de resumos e a retomada do assunto em eventuais desvios ⁽⁶³⁾. A conversa no grupo é feita em função de um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador. Recomenda-se a presença de um assistente, na função de observador, relator de acontecimentos e eventuais intervenções, no sentido de facilitar o andamento dos trabalhos ⁽⁶⁴⁾.

As principais vantagens da utilização do grupo focal incluem: menor custo e requer menos tempo, é flexível, na medida em que permite obter respostas dos participantes que não estavam previstas pelo pesquisador, reduz a distância entre os participantes e o pesquisador, estimula o surgimento de novas idéias e fornece alguma indicação sobre a dinâmica das atitudes do grupo, permitindo perceber quanto são flexíveis ou rígidas as suas atitudes e crenças ⁽⁵⁰⁾. A discussão ocorrida durante a sessão de GF é gravada e/ou filmada.

No presente trabalho, a técnica de GF foi utilizada para a coleta das informações com os AE e profissionais do nível central e distrital, separadamente e em diferentes etapas do estudo. Com os AE o GF foi utilizado antes da oficina e 4 meses após o repasse da informação sobre a LV para os ACS e AZ. Com os demais profissionais mencionados, o GF foi realizado 50 dias após o último GF realizado com os AE.

Para a realização da técnica foram seguidos os seguintes passos: 1) preparação do roteiro e treinamento dos profissionais que foram os moderadores e observadores, 2) convite aos participantes; 3) reuniões dos grupos focais; 3) transcrição na íntegra das fitas; 4) definição das categorias de análise; 5) codificação dos dados; 6) análise dos dados.

O roteiro adotado para o primeiro GF com os AE abordou o conhecimento sobre a doença, papel do AE no serviço de saúde, aspectos positivos e negativos para o trabalho do AE na rede de saúde. O roteiro do segundo GF teve como foco a opinião destes profissionais sobre o processo de implantação do modelo.

Quanto aos profissionais do nível central e regional, o roteiro abordou aspectos relacionados ao papel do AE no serviço e à implantação do modelo no município.

Os GF foram gravados e cada um contou com 08 a 10 participantes, com as sessões tendo duração de 50 minutos.

4.2.7 Organização e análise dos dados

Para a organização do banco de dados foi usado o programa Epiinfo versão 6.0.

Para a análise do questionário aberto, as respostas às perguntas foram categorizadas da seguinte maneira: sem resposta (SR), resposta incorreta (I), correta incompleta (CI) e correta (C).

As respostas aos questionários fechados foram analisadas pelo teste de McNemar, fixando-se o nível de significância em $p < 0,05$ ⁽⁶⁵⁾. O teste de McNemar foi utilizado por ser adequado para análises de amostras correlacionadas onde respostas experimentais são registradas antes e após algum evento. Para análise de concordância entre os observadores foi utilizado o índice de Kappa.

Para o processamento dos dados das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Procedeu-se à transcrição das gravações, com ordenamento dos dados, à leitura compreensiva das entrevistas com a análise do conjunto e das particularidades dos discursos, e à classificação das informações nas seguintes categorias: transmissão, sintomas, tratamento e prevenção da LV e papel do profissional no serviço (primeiro GF); implantação do modelo (segundo GF); papel do AE e avaliação do modelo (terceiro GF). Por fim, foi feita a articulação entre os dados obtidos e a literatura existente ⁽⁶⁶⁾. O referencial teórico para a análise do conhecimento sobre a LV foi o Manual do Programa de Controle da Leishmaniose Visceral, do Ministério da Saúde, 2006. Para a análise do papel do profissional no serviço, utilizamos como referencial as Portarias 648, de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ⁽³⁵⁾.

A análise de todo o processo de trabalho desenvolvido no município foi feita através de GF realizado com a participação do gestor do SUS local e da equipe de apoio ao projeto de nível central e regional. Houve participação de 6 representantes: nível central (NC): Gestor do SUS local, Supervisor da Atenção Básica, Supervisor

em Saúde, Superintendente da Epidemiologia, Técnico da Epidemiologia nível regional (NR): Supervisor Região Sanitária I.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de pesquisas René Rachou, conforme parecer N° 09/2007. Foi também aprovado pela comissão de avaliação da viabilidade da execução de pesquisa em saúde no município de Ribeirão das Neves. Para garantir o sigilo das informações os profissionais foram identificados pela inicial referente à sua categoria: se auxiliar de enfermagem (AE), nível central (NC) e nível regional (NR). No caso do GF com o auxiliar o AE foi seguido pela letra G de grupo e um número correspondente ao grupo que o profissional participou, por exemplo: AEG1 (auxiliar de enfermagem/grupo focal 1).

5 Resultados

5.1 Implantação do modelo

A proposta do desenvolvimento do trabalho no município foi bem aceita pela gestão local, que já reconhecia a LV como um importante problema de saúde pública a ser enfrentado em Ribeirão das Neves. Houve interesse e disposição do grupo em apoiar o trabalho.

É importante ressaltar que no início da implantação do projeto o município estava passando por um momento de reestruturação da gestão administrativa e funcional, com aprovação recente da lei que trata do Plano de Cargos, Carreira e Salários, com realização de concurso público para provimento de cargos no quadro do sistema de saúde e processo seletivo para as equipes de SF. Com isso, haveria substituição de cerca de 90% dos profissionais em algumas categorias e serviços. Além disso, por determinação do Ministério Público, o município estava impedido de realizar contratações temporárias.

Dos nove profissionais representantes do nível central e distrital que acompanharam o processo de implantação do modelo, cinco eram concursados e quatro comissionados.

Entre os quatro representantes da equipe do nível central, houve troca dos participantes da coordenação da estratégia SF, que foi substituída por outro profissional, e da coordenação da Epidemiologia, que se tornou gestora do SUS local a partir de junho de 2008. Na supervisão regional, foram substituídos três dos cinco supervisores.

A participação dos representantes do nível central e distrital às reuniões de implantação e de acompanhamento foi variável, com os representantes da Atenção Básica, SF e Zoonoses do nível central presentes a todas as reuniões. Entretanto, o mesmo não foi observado para os demais, conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1 Presença dos representantes dos níveis central e distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves às reuniões de acompanhamento da implantação do modelo de capacitação de profissionais de saúde, multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral.

Reunião*	Presença às reuniões				
	Nível central (n=4)				Nível distrital (n=5)
	Atenção Básica	Saúde da família	Zoonoses	Epidemiologia	Supervisores
1 ^a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (5)
2 ^a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (4)
3 ^a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (1)
4 ^a	Sim	Sim	Sim	Não	Sim (2)
5 ^a	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (2)

() Número de representantes do nível regional presentes à reunião.

* o total de reuniões realizadas foi de cinco

O trabalho estimulou a discussão de vários temas que foram tratados nas reuniões de acompanhamento, como a importância de organização de serviços para a prevenção e controle da LV, importância da atuação das diferentes coordenações (Atenção Básica, Zoonoses e Epidemiologia) em rede; as dificuldades que o município estava enfrentando para o recolhimento dos cães sororreagentes, por não dispor de canil municipal; a importância de estabelecer e divulgar o fluxo de atendimento de LV no município; a falta de integração entre as áreas de Assistência, Epidemiologia e Zoonoses; a necessidade de maior interação entre o nível central e os profissionais envolvidos diretamente na assistência; a necessidade de capacitar médicos e enfermeiros; a importância da construção coletiva para o desenvolvimento do presente trabalho; a falta de auxiliar de enfermagem nas unidades de SF, que acarretava sobrecarga de trabalho ao AE; o interesse da gestão na capacitação sobre LV de ACS e AZ; a falta de computadores nas unidades de saúde, que poderia dificultar a proposta do trabalho; a necessidade de conscientizar os profissionais a notificar a doença; o aprofundamento do papel da

equipe de nível central e regional na proposta do projeto e também na organização da rede de saúde para o atendimento e acompanhamento dos casos de LV.

Alguns encaminhamentos foram definidos como, por exemplo, que a equipe do nível central ficaria responsável pela organização da rede de atenção aos casos de LV, tendo como tarefa a definição e divulgação de fluxos. O nível regional contribuiu com o apoio para o repasse nas unidades.

5.2 Caracterização dos auxiliares de enfermagem que participaram do estudo

Todos os 63 AE que participaram do estudo eram do sexo feminino. A idade média foi de 32 anos variando entre 21 e 55 anos. A maioria 53 (84%) tinha nível médio de instrução e 10 (16%) estavam com curso superior em andamento. As profissionais estavam distribuídas nas cinco Regiões Sanitárias. A Região I contava com 14 AE, a II com 10, a III com 15, a IV com 15 e a V com 9 auxiliares. O tempo de serviço no município das profissionais variou entre uma semana e 10 anos. A maior parte delas 42 (67%) tinha até 9 meses de serviço. Entre um e cinco anos havia 12 (19%) AE e com tempo maior que cinco anos havia 9 (14%). Entre estas profissionais, 49 atuavam no SF e 14 nas cinco UBR do município. Ao final do trabalho havia 63 AE capacitados em 49 (92%) das 53 unidades de SF e em todas as cinco UBR do município.

5.3 Análise das entrevistas (Grupo focal)

O primeiro GF teve como objetivos avaliar o conhecimento das profissionais sobre a LV e o seu papel no serviço. Além disso, o GF foi útil para nos auxiliar a escolher as 10 primeiras multiplicadoras que participariam da oficina piloto. Houve participação de 48 AE neste GF, conforme mencionado anteriormente.

Neste item serão mostrados os resultados do conhecimento sobre a LV. Os resultados referentes ao papel no serviço estão mostrados no item 5.6.1.

5.3.1 Conhecimento sobre a leishmaniose visceral

De modo geral, as AE mostraram baixo conhecimento sobre todos os aspectos da doença. Associaram a LV com outras doenças como dengue, leptospirose, leishmaniose tegumentar. Para algumas a LV era resultado da

evolução ruim da leishmaniose tegumentar. Com relação à transmissão, as opiniões variaram entre esta ocorrer através de um inseto, em geral, um mosquito ou através da mordida de cachorro. A ocorrência da doença foi muito relacionada à situação de pobreza do indivíduo, bem como morar em áreas sem saneamento. Pela experiência nas Unidades, os AE mencionaram que o diagnóstico da doença é difícil, e muitas vezes confundido com outras patologias. Em geral, as medidas de prevenção e controle foram associadas às da dengue.

Algumas profissionais sabiam que havia tratamento para o ser humano e que não havia para o cão. Outras desconheciam o assunto. Com relação à vacina também houve dúvida se esta existia ou não, e a quem era destinada.

A doença foi considerada pelo grupo como um problema para o município, por causa da existência de muitos casos. As frases abaixo ilustram as falas das profissionais.

AEG1“... Primeiro tem a fase tegumentar e depois tem a fase visceral”...

AEG1 “...Na visceral é febre mesmo, manchas, dores no corpo”...

AEG2“...Eu acho que a água parada, suja, contaminada, né. Não sei, também tenho dúvida.”

AEG2 “...Se for a água, então a medida de controle seria tirar a água. Tem uma doença que é assim”...

AEG3 ... “Através do contato mesmo ou mordida”...

AEG4... “A visceral, se não for diagnosticada a tempo pode levar mais rápido a óbito e a tegumentar tem um espaço mais prolongado, tem um período de incubação, onde aquilo ali se não for rápido, se não tratar pode levar a óbito”...

5.4 Processo de capacitação dos multiplicadores

5.4.1 Análise do piloto

Questionário aberto

A análise das respostas do questionário aberto mostrou que, após a aula, nenhum AE deixou de responder ou respondeu incorretamente às questões. De modo geral, após a aula houve aumento das respostas corretas. O número de profissionais com respostas corretas incompletas permaneceu praticamente o mesmo após, quando comparado com antes da aula (Tabela 2).

Tabela 2 Respostas ao questionário aberto aplicado durante oficina piloto, antes e após aula sobre a leishmaniose visceral, para grupo de 10 auxiliares de enfermagem multiplicadoras da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008

Tema abordado	Respostas ao questionário							
	Antes				Depois			
	NR	INC	CI	C	NR	INC	CI	C
Transmissão	-	4/10	1/10	5/10	-	-	1/10	9/10
Sinais e sintomas	2/10	-	6/10	2/10	-	-	6/10	4/10
Prevenção e controle	-	1/10	9/10	-	-	-	8/10	2/10

NR= não respondeu; INC=incorreta; CI= correta incompleta; C= correta

Material informativo, plano de ação e avaliação da oficina

Entre as propostas das 10 AE para melhorar a cartilha, as profissionais sugeriram acrescentar glossário; inserir ilustrações como o ciclo de transmissão. Além disso, sugeriram que fossem dadas mais informações sobre o período de incubação, tratamento humano e canino, formas de acompanhamento do paciente e informação sobre as diferenças entre a leishmaniose tegumentar e visceral.

O plano de ação elaborado enfatizou a importância de disseminação da informação para os demais profissionais do serviço. O ACS e o AZ foram considerados aliados importantes para o trabalho com a comunidade. Além disso, surgiram propostas para a organização da rede da atenção para o atendimento dos pacientes com a doença. Entre as propostas de organização de serviços, as profissionais chamaram a atenção para a necessidade de elaboração de um fluxo de

atendimento ao paciente com LV na rede. Foi apresentada ainda a proposta de elaboração de outros materiais informativos para o trabalho nas Unidades e na comunidade. Para o trabalho com a comunidade as profissionais sugeriram que este fosse feito também em escolas, igrejas, associações de moradores. Foi colocada a necessidade de levar a discussão sobre a LV para as equipes de saúde nas unidades e promover maior integração dos AE com outras áreas da SMS, como a zoonoses. Além disso, as AE sugeriram que houvesse reuniões periódicas de acompanhamento de seu trabalho como multiplicadoras da informação.

Na avaliação da oficina observamos, pelas respostas ao questionário, que, de modo geral, as AE gostaram do material utilizado. Além disso, disseram ter entendido bem o que foi apresentado e tiveram suas expectativas atendidas na aula (Tabela 3).

Tabela 3 Avaliação pelas auxiliares de enfermagem do material utilizado durante oficina piloto de capacitação de multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral, Ribeirão das Neves - MG, 2008

Aspectos avaliados	Indicador	Número de profissionais que respondeu (n=10)
Gostou do material	Pouco	-
	Parcialmente	1
	Muito	9
Compreendeu o que foi apresentado	Pouco	-
	Parcialmente	-
	Bastante	10
A aula preencheu suas expectativas	Sim	10
	Não	10
	Parcialmente	-

5.4.2 Capacitação das demais auxiliares de enfermagem

Após 25 dias da oficina piloto que contou com a participação das 10 AE deu-se início à oficina de capacitação das demais 53 AE que participaram do estudo. A capacitação feita pelas 10 multiplicadoras abrangeu 46 (81%) Unidades de SF e as cinco (100%) UBR. Foram 7 oficinas, distribuídas no período de janeiro a abril de 2008.

A duração média dos repasses foi de 69 minutos. Na distribuição por Região Sanitária, observamos que as Regiões I e II apresentaram o menor percentual de AE

das equipes de SF capacitados, com 80% de cobertura e as regiões III, IV e V apresentaram 100% de cobertura (tabela 4).

Ao final do processo, o número total de AE capacitadas, incluindo a oficina piloto, foi de 63 AE sendo 49 AE das equipes de SF e 14 AE das UBR.

Tabela 4 Distribuição das auxiliares de enfermagem capacitadas para serem multiplicadoras da informação sobre a leishmaniose visceral, por região sanitária, Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Referência do município de Ribeira das Neves, MG, 2008.

Região sanitária	Total de Unidades de Saúde da Família	Número de auxiliares capacitadas no SF	Número de auxiliares capacitadas em UBR
I	14	12	2
II	10	8	2
III	12	12	2
IV	12	12	3
V	5	5	5
Total	53	49	14

SF- Saúde da Família

UBR- Unidade Básica de Referência

5.4.3 Avaliação dos observadores durante a capacitação das demais auxiliares feita pelas dez multiplicadoras

O desempenho das multiplicadores foi bem avaliado (Tabela 5), com a maioria delas apresentando conhecimento suficiente para proceder à apresentação do tema. Da mesma forma, a motivação, desenvoltura, controle do grupo e respostas corretas aos questionamentos feitos durante o repasse foram bem avaliados pelos observadores. Foi realizado o teste kappa para comparação da reprodutibilidade e este mostrou uma alta concordância entre as avaliações dos diferentes observadores, como mostra o valor do teste na tabela 5.

Tabela 5 Avaliação por observadores sobre o desempenho das dez multiplicadoras da informação sobre a leishmaniose visceral durante capacitação das demais auxiliares de enfermagem

Aspectos avaliados	Indicador	Número de multiplicadores com avaliação no item, pelo observador, sobre o total de multiplicadores	
		Observador	
		1	2
Conhecimento	Bom	9/10	9/10
	Elementar	0/10	0/10
	Fraco	1/10	1/10
Motivação	Sim	10/10	9/10
	Não	0/10	1/10
Controle do grupo	Sim	9/10	9/10
	Não	1/10	1/10
Desenvoltura	Sim	9/10	9/10
	Não	1/10	1/10
Resposta correta às perguntas	Sim	9/10	9/10
	Parcialmente	1/10	0/10
	Não	0/10	1/10

Kappa=0,9132 (IC95%:0,86-0,97)

Conhecimento= domínio do assunto; motivação= apresentou com entusiasmo; controle do grupo= manteve o grupo atento, interessado; desenvoltura= desembaraçado ao apresentar.

Na avaliação feita pelos observadores sobre o grupo de AE que estava sendo capacitado, foi registrado interesse e boa participação na grande maioria das aulas. Apenas um dos observadores considerou que o interesse do grupo foi parcial e a participação foi moderada em uma das capacitações. Foi realizado o teste kappa para comparação da reprodutibilidade e este mostrou uma alta concordância entre as avaliações dos diferentes observadores, como mostra o valor do teste na tabela 6.

Tabela 6 Avaliação pelos observadores sobre o interesse e participação dos auxiliares de enfermagem que receberam a informação sobre a leishmaniose visceral pelos multiplicadores, Ribeirão das Neves –MG, 2008.

Aspectos avaliados	Indicador	Número de multiplicadores com avaliação no item, pelo observador, sobre o total de multiplicadores	
		1° observador	2° observador
Interesse	Sim	10/10	9/10
	Parcial	0/10	1/10
	Não	0/10	0/10
Participação	Boa	10/10	9/10
	Moderada	0/10	1/10
	Fraca	0/10	0/10

*Kappa=0,8462 (IC95%:0,76-0,93)

O interesse foi avaliado tomando como base a participação da maioria dos treinados.

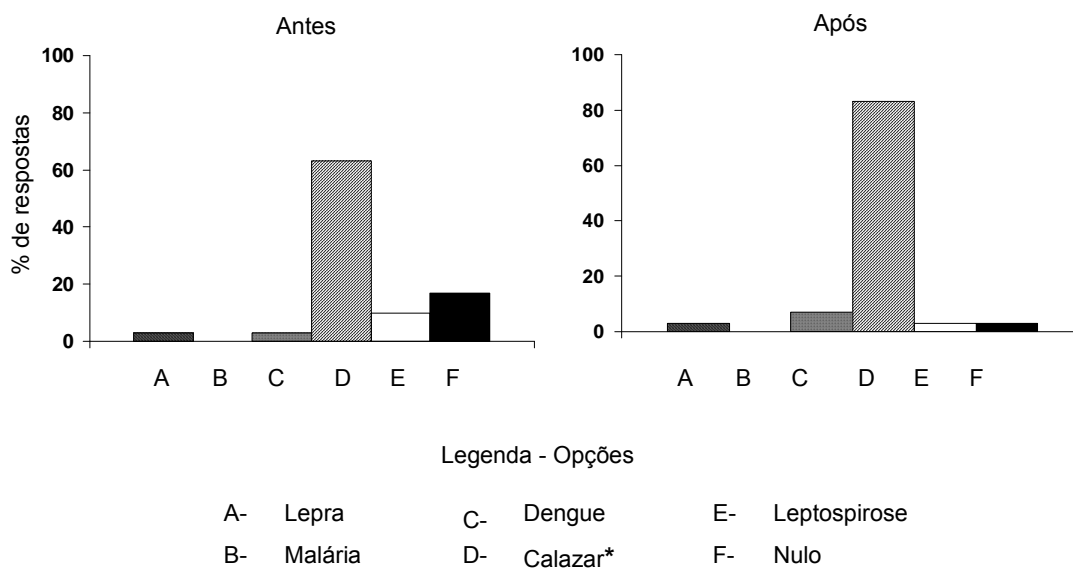
A cartilha foi apresentada para este grupo de profissionais já com as modificações sugeridas na primeira parte do trabalho. Este material foi bem avaliado pelas 53 AE capacitadas pelo grupo das 10 multiplicadoras. O plano de ação discutido nas oficinas não apresentou alterações, sendo mantido, portanto, o definido durante a oficina piloto.

5.4.4 Análise dos questionários fechados

As análises a seguir mostram o percentual de respostas a cada uma das opções apresentadas nas questões do questionário fechado. As análises foram feitas em 46 questionários respondidos antes e após a aula. Sete profissionais não tiveram seus questionários incluídos na análise e o motivo foi porque nestes casos o profissional não havia respondido o questionário antes da aula. Observamos que, após a capacitação houve melhora significativa ($p < 0,05$) no percentual de respostas corretas nas questões 1, 2, 3 e 5, referentes respectivamente à sinonímia, transmissão, sinais e sintomas e a como podemos ajudar no controle.

Antes da capacitação, na questão sobre sinonímia foi observado que 29 (63%) das AE responderam corretamente, marcando a palavra calazar. Entretanto, 5

(11%) marcaram leptospirose, 2 (4%) dengue e 2 (4%) hanseníase. Observou-se ainda 8 (17%) respostas nulas. Foi considerada resposta nula quando mais de uma resposta foi marcada ou quando não havia resposta para a questão. Após a capacitação, a palavra calazar apareceu como correta para 40 (87%) dos profissionais ($p=0,02$). Respostas como dengue foram escolhidas por 4 (7%) das AE, leptospirose e hanseníase por 1 (3%). A frequência de resposta nula caiu para 1 (3%).



* Resposta correta

Figura 3 Percentual de respostas das auxiliares de enfermagem à questão referente à sinonímia da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Na questão referente à transmissão da LV, antes da aula, 34 (73%) das AE responderam corretamente, que esta estava relacionada à picada do mosquito palha ou flebótomo, porém 5 (10%) delas responderam que a transmissão está associada à mordida de cachorro, 5 (10%) à urina de rato e 1 (3%) à picada do *Aedes aegypti*. Houve 1 (3%) respostas nula. Após a capacitação, 43 (93%) das AE responderam corretamente ($p=0,01$), 1 (3%) das AE respondeu que a transmissão está associada à mordida do cachorro e 1 (3%) com a picada do *Aedes aegypti*.

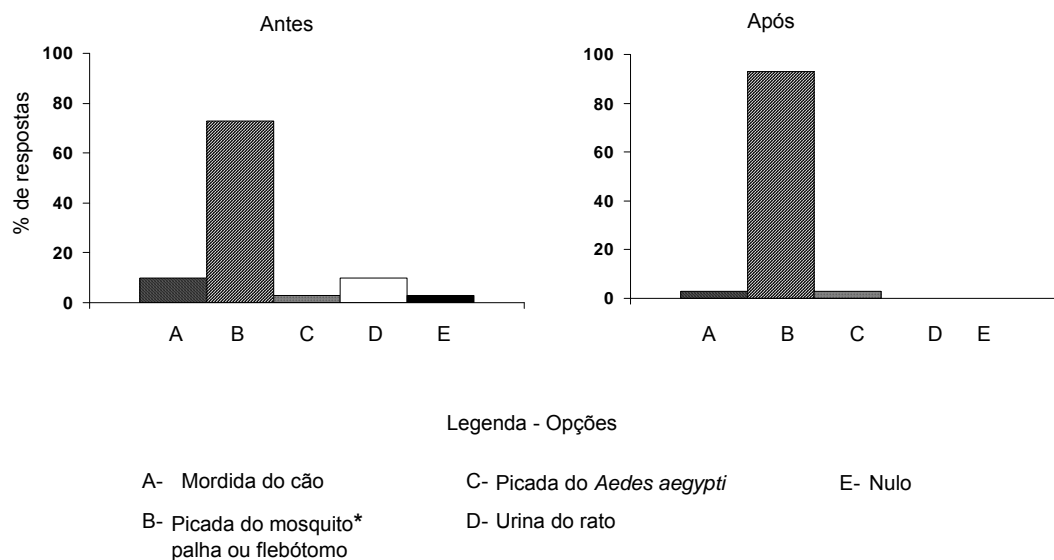
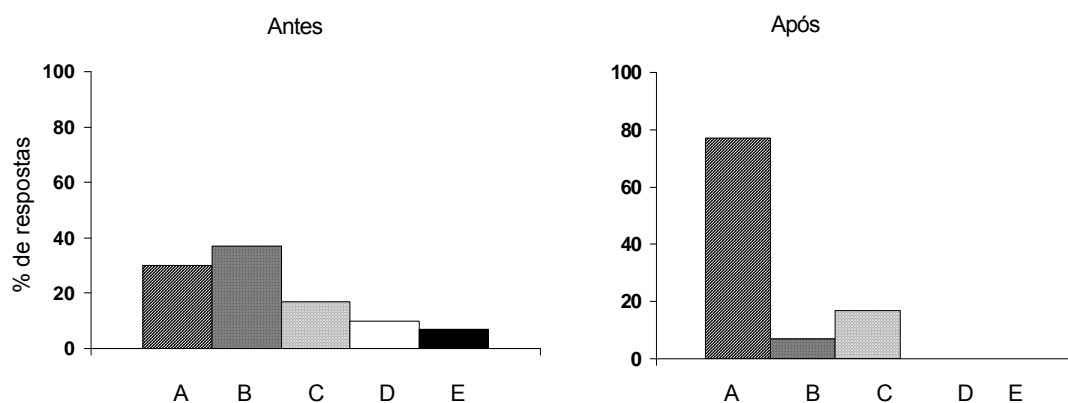


Figura 4 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente à transmissão da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

As AE apresentaram, antes da aula, um baixo percentual de acerto na questão sobre sinais e sintomas. Apenas 14 (30%) responderam corretamente, que os sinais e sintomas são febre durante muitos dias e emagrecimento. Antes da capacitação, 17 (37%) afirmaram que os sinais e sintomas da LV consistem em feridas no corpo, 8 (16%) presença de febre, dores no corpo e na cabeça, manchas no corpo e dor atrás dos olhos e 5 (10%) crescimento das unhas e queda de cabelo. Houve 2 (7%) de respostas nulas. Após a capacitação, 35 (77%) das AE responderam corretamente ($p=0,001$), entretanto, 8 (17%) ainda afirmaram estar associada com a presença de febre, dores no corpo e na cabeça, manchas no corpo e dor atrás dos olhos e 3 (7%) a feridas no corpo. Não houve resposta nula após o repasse.



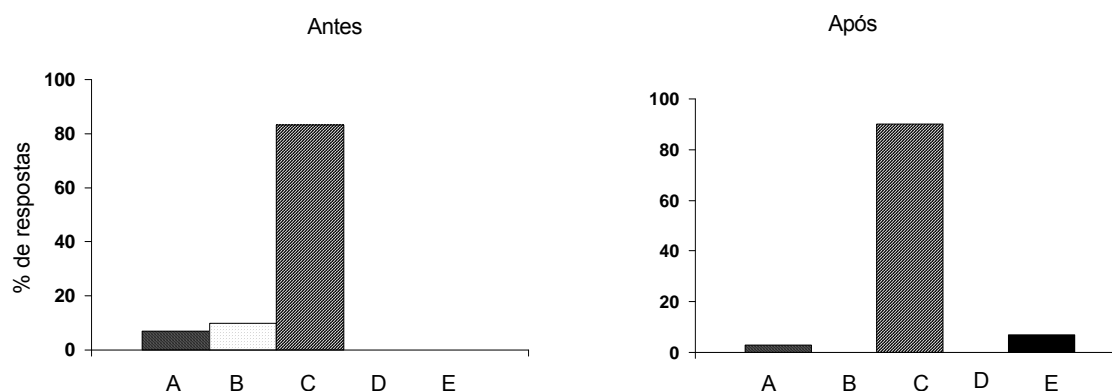
Legenda - Opções

- | | | |
|---|---|---------|
| A- Febre durante muitos* dias e emagrecimento | C- Febre, dores no corpo e de cabeça, manchas pelo corpo, dor atrás do olho | E- Nulo |
| B- Feridas no corpo | D- Crescimento das unhas e queda de cabelo | |

* Resposta correta

Figura 5 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente a sinais e sintomas da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Na questão sobre o que é necessário para a prevenção da LV, antes da aula, 38 (83%) das AE responderam corretamente, que é necessário que as pessoas sejam diagnosticadas e tratadas na fase inicial da doença, 5 (10%) das AE indicaram como medidas de prevenção o tratamento de pessoas e animais e 3 (7%) delas, a vacinação de pessoas e cães. Após a aula, 42 (90%) responderam corretamente ($p=0,4$), apenas 1 (3%) AE indicou vacinação de pessoas e cães e houve 3 (7%) de respostas nulas.



Legenda - Opções

A- As pessoas e animais sejam vacinados

B- As pessoas e os animais sejam tratados com medicamentos específicos

C- As pessoas sejam diagnosticadas e* tratadas na fase inicial da doença

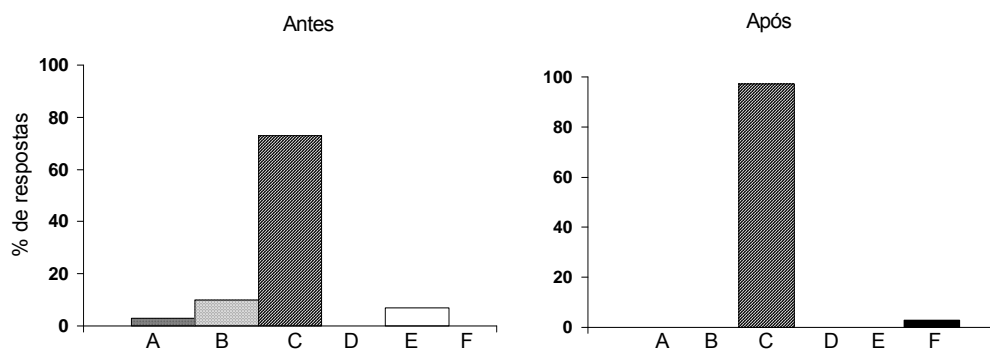
D- As pessoas fiquem apenas de repouso

E- Nulo

* Resposta correta

Figura 6 Percentual de resposta dos auxiliares de enfermagem à questão referente ao que é necessário para a prevenção e controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Antes da capacitação, na questão sobre como podemos ajudar no controle da LV 34 (73%) das AE responderam corretamente, que devemos eliminar o lixo de forma adequada e manter o ambiente limpo, entretanto, 5 (10%) das AE responderam que deve-se evitar o acúmulo de água e tampar caixas d'água, 3 (7%) que não se deve ter contato com água contaminada, 3 (7%) que não se deve mexer em caixas de gordura sem luvas e botas e 1 (3%) que não se deve comer carne crua. Após a aula, 45 (97%) das AE responderam corretamente ($p=0,008$), que devemos eliminar o lixo de forma adequada e manter o ambiente limpo. Houve apenas uma resposta nula.



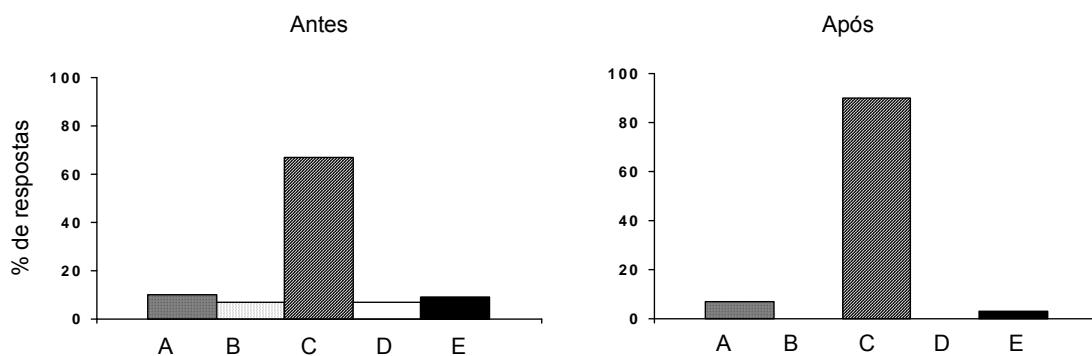
Legenda - Opções

- | | | |
|--|--|---|
| A- Não comer carne crua ou mal passada | C- Eliminar o lixo de forma adequada e * manter o ambiente limpo | E- Não ter contato com água contaminada |
| B- Tampar bem a caixa d'água e não deixar água acumulada | D- Não mexer em caixa de gordura sem bota e sem luvas | F- Nulo |

* Resposta correta

Figura 7 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem à questão referente a como podemos ajudar no controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Antes da aula, 31 (67%) das AE responderam corretamente na questão sobre como é feito o controle da transmissão da LV, marcando a resposta referente à eliminação de cães contaminados e tratamento dos doentes, porém, 5 (10%) das AE responderam que o controle é feito com eliminação de focos com água parada, vacinação dos cães e tratamento dos doentes, 3 (7%) delas responderam que o controle é feito com a eliminação de barbeiros e caramujos e tratamento dos doentes e 3 (7%) recomendaram a eliminação de escorpiões e ratos e tratamento dos doentes. Houve 4 (9%) respostas nulas. Após a intervenção, 42 (90%) das AE passaram a responder corretamente ($p=0,13$), entretanto, 3 (7%) das AE ainda responderam que o controle é feito com eliminação de focos com água parada, vacinação dos cães e tratamento dos doentes. Houve uma resposta nula.



Legenda - Opções

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| A- Eliminação da água parada. Vacinação dos cães e tratamento dos doentes | C- Eliminação de cães contaminados e* tratamento dos doentes | E- Nulo tratamento dos doentes |
| B- Eliminação de barbeiros e caramujos | D- Eliminação de escorpiões e ratos | |

* Resposta correta

Figura 8 Percentual de respostas dos auxiliares de enfermagem na questão referente a como é feito o controle da transmissão da LV, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

5.5 Capacitação dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses pelos multiplicadores

A capacitação dos ACS e AZ sobre a LV foi realizada em 51 (96%) das 53 Unidades de SF. As AE capacitadas nas oficinas realizadas anteriormente atuaram como multiplicadoras. As Unidades de SF que não possuíam AE no momento da capacitação tiveram a participação de AE das UBR. A atividade ocorreu com um intervalo de 70 dias após as oficinas de capacitação dos AE.

5.5.1 Caracterização dos agentes

Houve participação na capacitação sobre a LV de 268 ACS e 61 AZ. Entre os ACS, 257 (96%) eram do sexo feminino, com média de idade de 27 anos, variando de 18 a 56 anos. Entre os AZ, 47 (77%) eram do sexo feminino, com média de idade de 26 anos, variando de 19 a 58 anos. A distribuição destes profissionais por faixa etária está mostrada na Tabela 7.

Tabela 7 Distribuição por faixa etária dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de zoonoses (AZ) que foram capacitados por auxiliares de enfermagem, multiplicadoras da informação sobre a leishmaniose visceral nas unidades de Saúde da Família. Ribeirão das Neves - MG, 2008

Faixa etária	Frequência	
	ACS	AZ
< 30	198 (74%)	48 (79%)
31- 40	50 (18%)	10 (16%)
>40	20 (7,5%)	3 (5%)

5.5.2 Avaliação dos observadores durante as capacitações feitas nas Unidades de Saúde da Família

Na avaliação dos enfermeiros das Unidades de SF que acompanharam os profissionais, o desempenho das multiplicadoras nas capacitações foi considerado bom para a maioria 44 (86%) deles, 46 (90%) demonstraram motivação e controle sobre o grupo e 35 (68%) responderam corretamente às perguntas (tabela 8).

Tabela 8 Avaliação por observadores sobre o desempenho das 51 auxiliares de enfermagem multiplicadoras da informação sobre a leishmaniose visceral durante capacitação de agentes comunitários de saúde e de zoonoses, Ribeirão das Neves, 2008

Aspectos avaliados	Indicador	Número de multiplicadores com avaliação no item, pelo observador; sobre o total de multiplicadores	%
Conhecimento	Bom	44/51	86
	Elementar	7/51	14
	Fraco	0/51	-
Motivação	Sim	47/51	92
	Não	4/51	8
Controle do grupo	Sim	46/51	90
	Não	5/51	10
Desenvoltura	Sim	46/51	90
	Não	5/51	10
Resposta correta às perguntas	Sim	35/51	68
	Parcial	14/51	27
	Não	2/51	4

Os enfermeiros consideraram que as multiplicadoras se prepararam para a apresentação em 50 (98%) unidades de SF. Por iniciativa das próprias multiplicadoras, foram feitos cartazes com ilustrações para auxiliar na apresentação em 4 unidades e duas multiplicadoras montaram uma peça teatral sobre a doença com os alunos atuando como atores.

As principais dificuldades apresentadas pelas multiplicadoras foram associadas à dificuldade de falar em público, ao nervosismo e à falta de mais material didático ilustrativo, para auxiliar na exposição do tema, como cartazes e álbum seriado.

Os itens com necessidade de intervenção da enfermeira em algumas unidades foram: sinais e sintomas e ciclo de transmissão (4 unidades), diferença

entre LV e LT (3 unidades), tratamento e controle de cura da doença (2 unidades), condições e ações do município para o controle da doença (1 unidade).

Na avaliação dos enfermeiros sobre os grupos de ACS e AZ que estavam sendo capacitados, houve interesse em 50 unidades (98%) e foi boa a participação em 42 delas (82%). Em 9 unidades (17%) a participação dos agentes foi considerada moderada (tabela 9).

Tabela 9 Avaliação por observadores sobre o interesse e participação dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias que foram capacitados pelos auxiliares de enfermagem multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral, Ribeirão das Neves, 2008

Aspectos avaliados	Indicador	Número de multiplicadores com avaliação no item, pelo observador, sobre o total de multiplicadores	%
Interesse	Sim	50/51	98%
	Parcial	1/51	2%
	Não	0/51	-
Participação	Boa	42/51	82%
	Moderada	9/51	18%
	Fraca	0/51	-

5.5.3 Apresentação dos resultados do questionário fechado aplicado nos agentes comunitários de saúde e agentes de Zoonoses antes e após a capacitação pelo multiplicador

A análise dos questionários aplicados nos ACS mostrou aumento significativo ($p < 0,05$), em todas as questões no percentual médio de respostas corretas após a capacitação, quando comparado aos resultados verificados antes da intervenção. Chamou atenção o baixo percentual de acerto antes da aula, na questão referente aos sintomas da LV, que foi de 42% (112) passando a 91% (243) após a intervenção. Entre os AZ foi observado um elevado percentual de acerto nos resultados dos questionários aplicados antes e após a capacitação, não havendo diferença significativa nos resultados encontrados, exceto na questão sobre sinais e

sintomas, que apresentou um aumento significativo, de 28% no percentual de respostas corretas após a capacitação, passando de 64% (39) para 92% (56).

Na questão referente à sinonímia da LV, antes da aula, 187 (70%) ACS responderam corretamente, marcando calazar, entretanto, 44 (16%) deles associaram a doença à leptospirose, 21 (8%) à hanseníase, 8 (3%) à malária, 4 (1,5%) à dengue. Após a capacitação, 262 (98%) ACS responderam corretamente, com um aumento significativo ($p=0,0001$). Apenas 2 (1%) ACS marcaram leptospirose. Nesta questão, não houve diferença significativa no percentual de acerto antes e após a aula entre os AZ, com alto percentual de acerto, 98% (60) antes da intervenção ($p=1$).

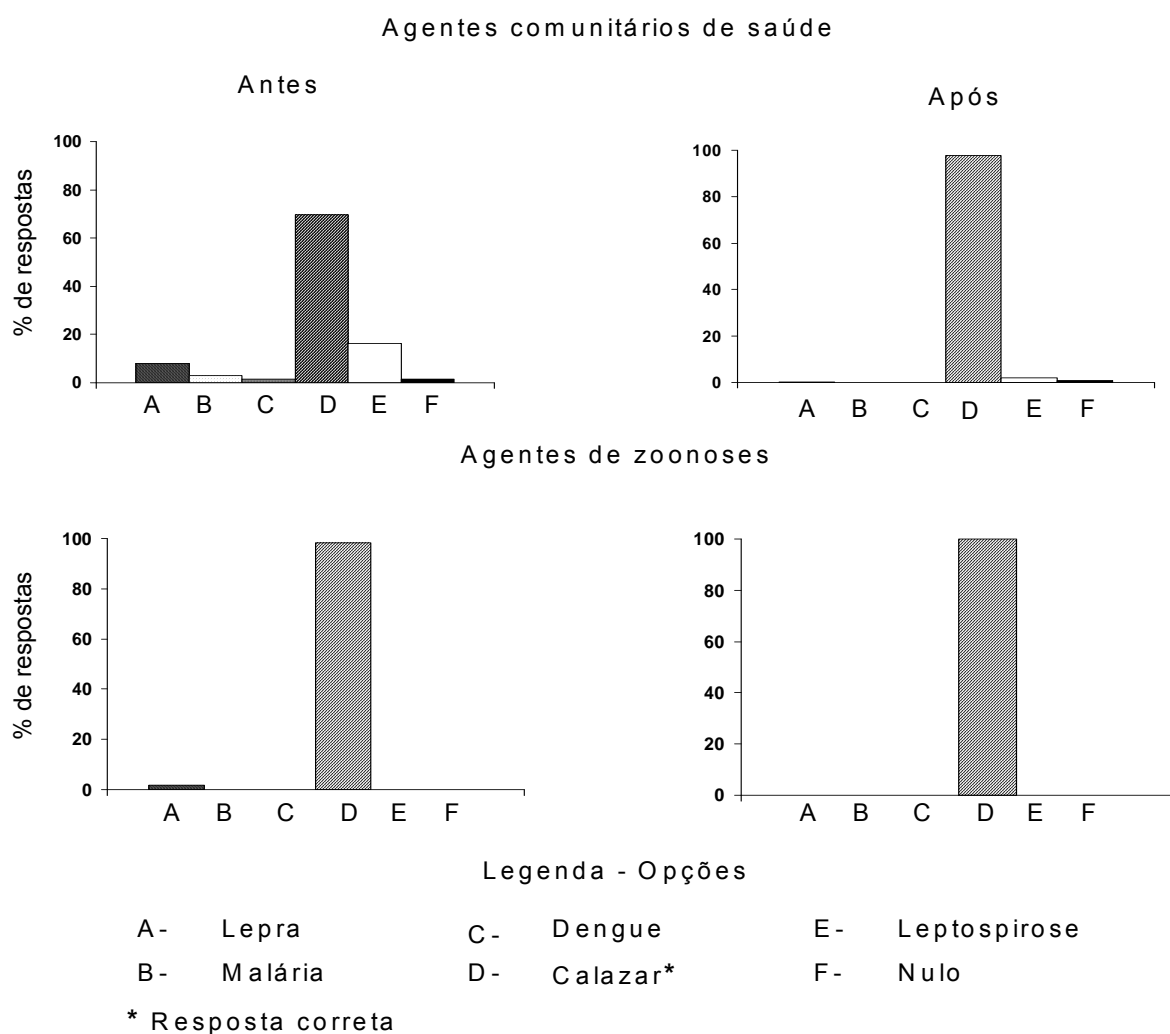


Figura 9 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agente de zoonoses na questão referente à sinonímia da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Na questão sobre transmissão da LV, antes da capacitação, 215 (80%) ACS responderam corretamente, que está associada à picada do mosquito palha ou flebótomo, no entanto, 31 (12%) ACS associaram a transmissão da LV à mordedura de cão, 10 (4%) à picada do *Aedes Aegypti* e 8 (3%) à urina do rato. Houve 4 (1,5%) respostas nulas. Após a aula, 267 (99%) ACS responderam que a transmissão está associada à picada do mosquito palha, um aumento significativo no percentual de respostas corretas ($p=0,0001$). Entre os AZ, o percentual de acerto nesta questão antes e após a capacitação foi de 98% ($p=1$).

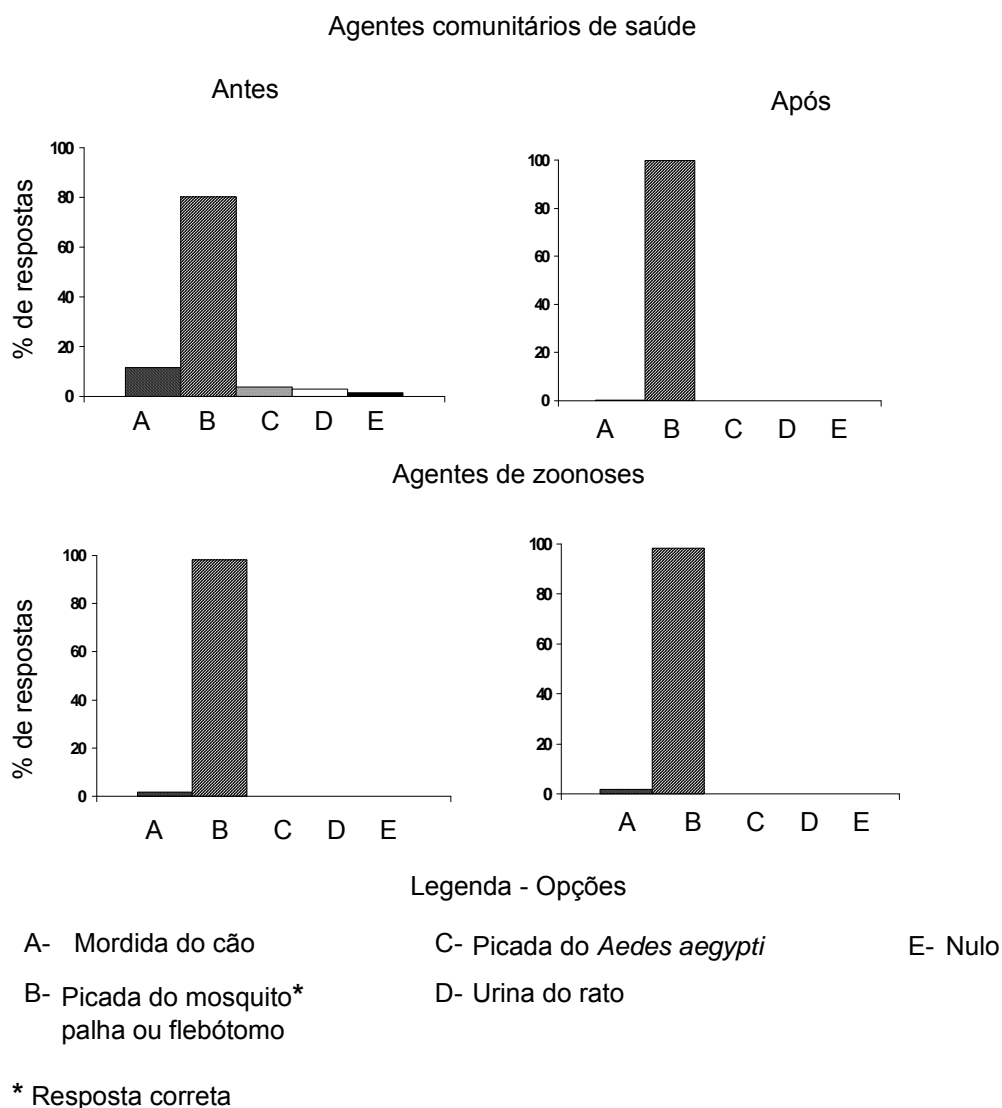


Figura 10 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente à transmissão da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Apenas 112 (42%) ACS e 39 (64%) AZ responderam corretamente à questão sobre sinais e sintomas antes da aula, marcando a resposta febre por muitos dias e emagrecimento. Em relação às respostas incorretas, 73 (27%) ACS e 17 (28%) AZ associaram os sinais e sintomas da LV com feridas no corpo; 59 (22%) e 5 (8%) AZ com febre, dores no corpo e na cabeça, manchas no corpo e dor atrás dos olhos. Foi observado que 19 (7%) ACS responderam crescimento das unhas e queda de cabelo e 5 (1,9%) ACS tiveram respostas nulas. Após a aula, 243 (91%) ACS ($p=0,0001$) e 56 (92 %) AZ ($p=0,0002$) responderam corretamente à questão, um aumento significativo, entretanto, 8 ACS (3%) e 4 (7%) AZ ainda associaram os sinais e sintomas da LV com a presença de feridas no corpo e 9 (3,4%) ACS e 1 (1,5%) AZ com a presença de febre, dores no corpo e na cabeça, manchas no corpo e dor atrás dos olhos. Entre os ACS houve 6 (2,2%) respostas nulas.

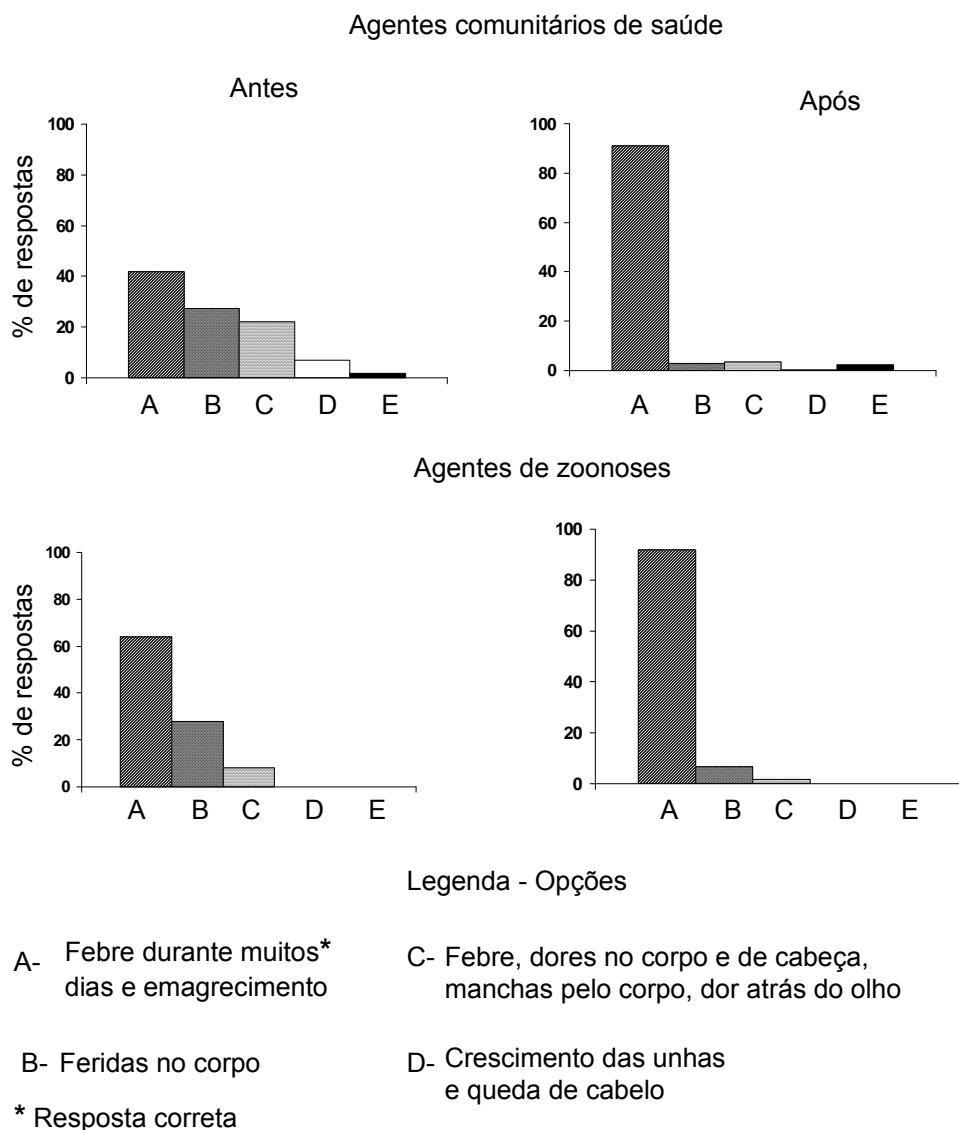


Figura 11 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a sinais e sintomas da leishmaniose visceral antes e

após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Antes da aula, entre os ACS, foi observado que 205 (76%) deles responderam corretamente à questão sobre o que é necessário para a prevenção e controle da LV, marcando a resposta: que as pessoas sejam diagnosticadas e tratadas no início da doença. Outras respostas observadas foram: vacinação de pessoas e animais por 10% (28) dos ACS e que as pessoas e animais sejam tratados com medicamentos específicos por 11% (30) deles. Houve 4 respostas nulas. Após a aula, 246 (92%) ACS passaram a responder corretamente, um aumento significativo ($p=0,0001$), entretanto, 6,4% (17) responderam que as pessoas e animais sejam tratados com medicamentos específicos e 1,1% (3) que as pessoas e animais sejam vacinados. Entre os AZ, antes da aula, 56 (93%) AZ responderam corretamente à esta questão, com a resposta: que as pessoas sejam diagnosticadas e tratadas no início da doença e 4 (6,6%) AZ responderam que as pessoas e animais sejam tratados com medicamentos específicos. Após a aula, 59 (97%) AZ passaram a responder corretamente ($p=0,16$), com a resposta que as pessoas sejam diagnosticadas e tratadas no início da doença, entretanto, 2 (3%) AZ ainda responderam que o tratamento das pessoas e animais com medicamentos específicos é medida de prevenção e controle da LV.

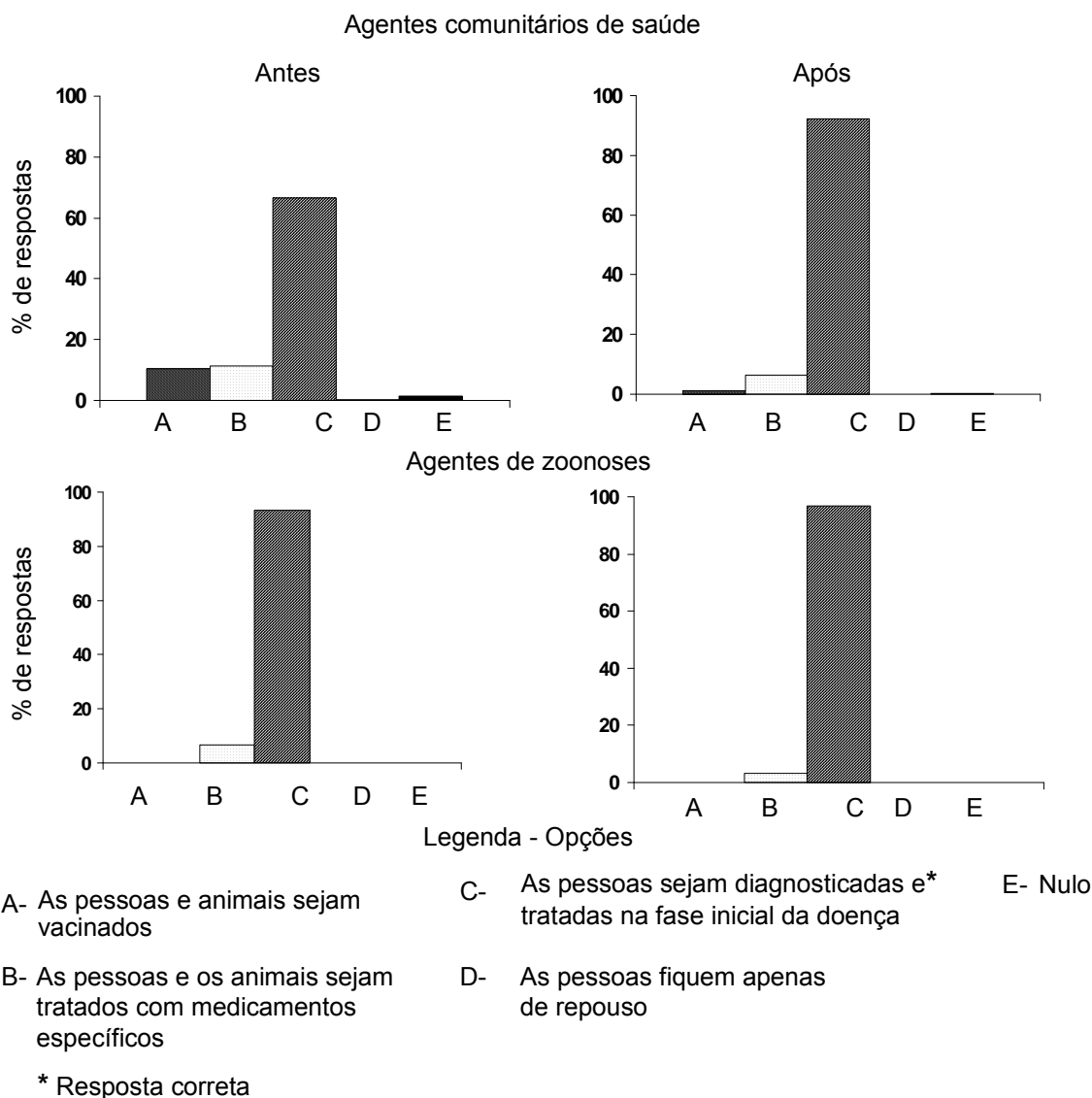
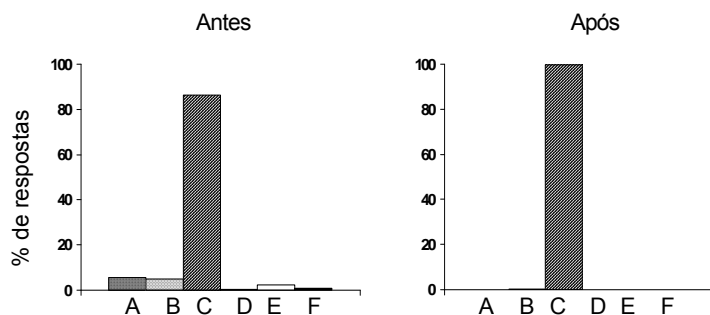


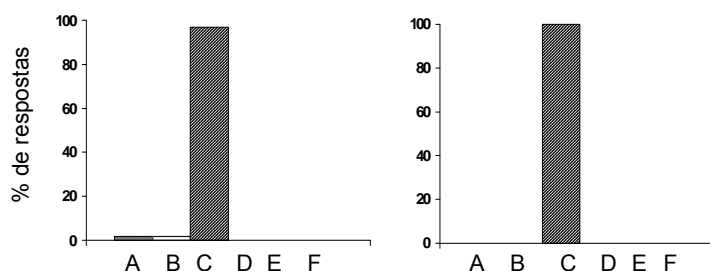
Figura 12 Percentual de respostas dos agentes comunitários de saúde e agentes de saúde à questão referente ao que é necessário para a prevenção e controle da leishmaniose visceral, antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

Entre os ACS, 231 (86%) deles responderam corretamente à questão referente a como podemos ajudar no controle da LV, antes da capacitação. Entre 15 (6%) ACS a resposta considerada correta foi evitar o consumo de carne crua ou mal passada e 13 (5 %) deles colocaram como resposta correta tampar caixas d'água e não deixar água acumulada. Após a capacitação, houve aumento significativo de respostas corretas com 265 (99.5%) ACS respondendo corretamente à questão ($p=0,0001$). Entre os AZ, não foi observado aumento significativo após a capacitação ($p=1$). Entretanto, alto percentual de acerto (97%) nesta questão já havia sido observado antes da aula.

Agentes comunitários de saúde



Agentes de zoonoses



Legenda - Opções

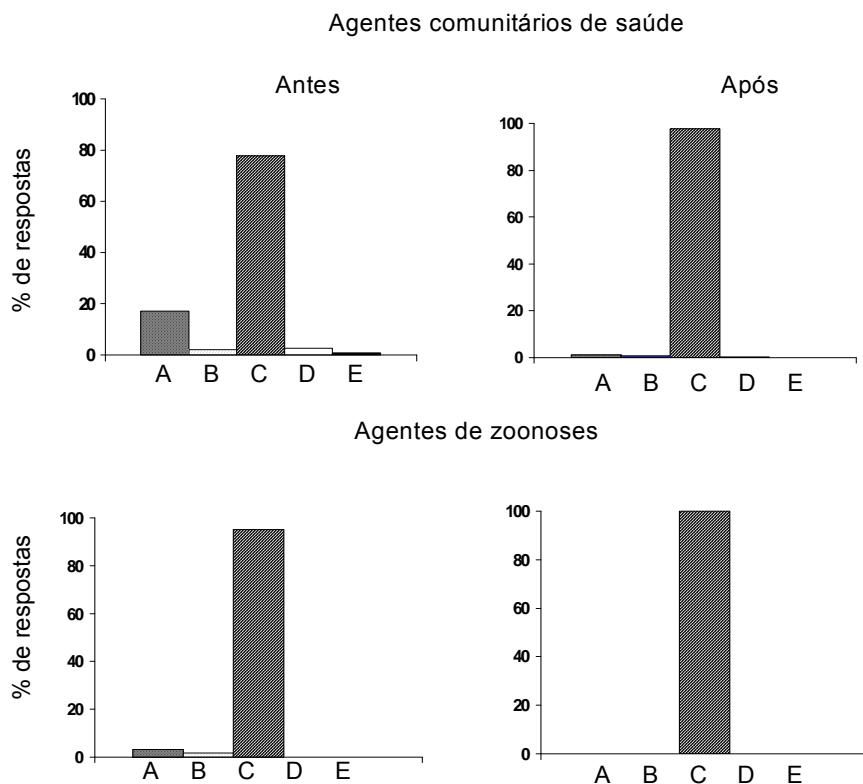
- | | | |
|--|--|---|
| A- Não comer carne crua ou mal passada | C- Eliminar o lixo de forma adequada e * manter o ambiente limpo | E- Não ter contato com água contaminada |
| B- Tampar bem a caixa d'água e não deixar água acumulada | D- Não mexer em caixa de gordura sem bota e sem luvas | F- Nulo |

* Resposta correta

Figura 13 Percentual de respostas corretas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a como podemos ajudar no controle da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008

Na questão sobre como é feito o controle da transmissão da LV verificou-se que, antes da aula, 208 (77%) ACS acertaram à questão, com a resposta: eliminação de cães contaminados e tratamento de doentes. Entretanto, 46 (17%) ACS associaram o controle da LV com as medidas com eliminação de água parada, tratamento dos doentes e vacinação de cães, 7 (3%) deles com a eliminação de ratos e escorpiões e 5 (2%) com a eliminação de barbeiros e caramujos. Após a intervenção, 259 (97%) ACS responderam corretamente à questão, um aumento significativo ($p=0,0001$). Apenas 2 (1,1%) ACS responderam incorretamente, com a eliminação de água parada, tratamento dos doentes e vacinação de cães e com a eliminação de barbeiros e caramujos. Entre os AZ, antes da aula, 58 (95%) deles responderam corretamente à questão, entretanto, 2 (3%) AZ responderam que deve-se eliminar água parada, vacinar cães e tratar doentes e 1 (1,6%) AZ que deve-se

eliminar barbeiros e caramujos. Após a capacitação, 100% dos AZ responderam corretamente à questão (p=1).



Legenda - Opções

- | | | |
|---|---|---------|
| A- Eliminação da água parada. Vacinação dos cães e tratamento dos doentes | C- Eliminação de cães contaminados e*
tratamento dos doentes | E- Nulo |
| B- Eliminação de barbeiros e caramujos | D- Eliminação de escorpiões e ratos | |

* Resposta correta

Figura 14 Percentual de respostas corretas dos agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses à questão referente a como é feito o controle da transmissão da leishmaniose visceral antes e após a capacitação pelos multiplicadores da informação sobre a doença, Ribeirão das Neves - MG, 2008.

5.6 Análise do grupo focal

5.6.1 Significado do papel do auxiliar de enfermagem no serviço de saúde

Para a análise do significado do papel do auxiliar no serviço de saúde foi realizado GF com a participação de 48 AE. Para o grupo, o auxiliar de enfermagem é importante em todas as etapas da atenção, é ele quem faz o acolhimento; a triagem, quando necessária; repassa as informações sobre a medicação e outras definidas por eles como básicas. Entretanto, há diferenças no tipo de trabalho quando se compara o AE que atua do PSF com o da UBR e hospitais. Para o grupo, fica claro que no PSF o AE tem que ver o usuário de forma integral, diferente da abordagem que é feita nas UBR e nos hospitais. Nestes últimos, o contato inicial do paciente é com médico e o AE atua dando suporte assistencial, atividade na maioria das vezes fragmentada.

AEG3 ...“No hospital a gente pega o paciente depois que passou no médico, só vai cuidar. No PSF, a gente faz um acolhimento, tem que pegar desde o início; se o paciente estiver mais nervoso, a gente vai conversar até ele acalmar, resolver o problema dele, olhar uma pressão. Se tiver com problema em casa, a gente vai conversar com ele, falar o que ele tem que fazer, pra ele não preocupar”...

AEG6 ... “É diferente o trabalho do auxiliar na UBR e no PSF. Na UBR o paciente passa primeiro pela recepção. Cada auxiliar tem um setor, curativo, eletro, vacina. (No PSF) é cuidar mesmo da saúde”...

AEG6 “O papel mesmo do auxiliar no PSF é acolher e orientar. Eu acompanho todas as fases do paciente na unidade, nós é que vamos ser o intermediário com os outros profissionais”...

AEG1 “Eu acho que aqui em Ribeirão das Neves, o papel nosso é antes, durante e depois. Primeiro triagem, faz a pré-consulta, pós-consulta, orientação sobre medicação, cuidados, informações básicas” ...

De modo geral, o auxiliar considera que o seu principal papel no serviço é o de orientar, seja através de uma conversa ou no repasse de informações orientando

o indivíduo a atuar preventivamente. O grupo aponta para a importância da conduta do profissional, que tem que ser ética. A conduta profissional é considerada fundamental para que o usuário tenha confiança no profissional. O AE entende que é preciso enxergar o paciente ou o usuário de forma integral, pois muitas vezes o problema principal não é a doença, mas sim, muitas vezes, a procura do paciente é para um desabafo, um conselho, em função de problemas financeiros, na família, solidão, etc.

AEG5 “Eu acho que o papel do auxiliar além de tudo isso, de orientar, acolher, porque isso é obrigação mesmo, a gente tá lá para isso, se você vai aviar a medicação você tem mais que obrigação de orientar porque você que está entregando aquela medicação, se você vai aferir uma pressão você vai orientar se a pressão estiver alta o que ele deve fazer, se ele tem que procurar um médico; mas além de tudo isso, é você fazer com que ele confie em você, pra ouvir suas orientações e seguir...”

AEG2 “Eu vejo que o papel do auxiliar é enxergar o cidadão de forma integral, então a gente faz a função de educador, de orientador, de prevenção, de psicólogo, porque realmente eles reclamam muito. Mas por exemplo: a sua pressão tá alta, aí eles vão falar porque a pressão tá alta. Às vezes é um problema na família. Então, nossa função não é só ver a pressão do paciente, é enxergar ele de forma integral, com seus problemas... a gente que tá na ponta, lida muito com isso, com problema social, que não tem nada a ver com o papel da gente. Porque às vezes eles vão no posto porque não têm aonde ir...”

AEG5 “...é acolher, é ouvir, é orientar, procurar saber para orientar direito. Sempre pesquisar, procurar atualizar”...

AEG4 “O fato do paciente te conhecer, facilita dele ter coragem de ir lá. O acesso à comunidade. É claro que depende da conduta. É claro que se meu vizinho é super fofoqueiro e começa a trabalhar na unidade, eu não vou lá para ele espalhar minha vida pra toda a vizinhança”...

Para o grupo, a categoria está na linha de frente da Unidade e tem um papel de irradiar a informação aos outros setores, profissionais. Para alguns, o

acolhimento que eles têm que fazer não é tarefa simples e vem mostrar que são eles os que primeiro têm contato com o usuário. É o auxiliar que faz a triagem, quem avalia os sinais e sintomas do doente. Ele é quem faz a intermediação com os demais profissionais. Nas falas observamos que o AE se considera uma peça chave na Unidade e que sem ele muita coisa não acontece.

AEG3...“ O auxiliar é muito importante. Pode faltar até médico, mas não dá pra ficar sem auxiliar. O médico não faz tudo o que o auxiliar faz...”

A relação do auxiliar com o paciente/usuário é de cumplicidade e de acordo com o grupo esta não é observada na relação do paciente com os demais profissionais. De certa forma o AE é quem traduz o que é discutido, definido e prescrito no consultório. A maior afinidade é explicada por ser o AE “igual” ao paciente. Muitas vezes, o paciente omite informações ao médico que não são omitidas ao AE. A proximidade se dá também porque o médico é e está distante, está em outro patamar, não tem sensibilidade, tem pressa.

AEG4 “...às vezes, a pessoa se sente assim tão menor na frente do médico ou do enfermeiro, que quando ele está com o auxiliar ele fica mais à vontade para desabafar. Ele se sente um igual”...

AEG6 “...então ele acolhe, ele escuta, ele tem conhecimento e ele é igual, um pouco diferente e às vezes é um pouco psicólogo”...

AEG6 “... a liberdade que eles têm pra falar com o auxiliar é diferente. Os pacientes falam com o médico como se fosse Deus. Só pode falar o essencial. O auxiliar é igual. Às vezes acaba de sair do médico e não sabe o que o médico passou pra ele, nem entende a letra...”

AEG6 “... Às vezes o médico pergunta o que ele tem e nem olha para o paciente. Não tem a sensibilidade de olhar pro paciente...”

AEG4 “ Hoje, o que a gente observa, o médico está ali para dar a receita, o médico não tem tempo de sentar e de procurar saber do paciente o que ele está sentindo. Então ele sabe que quando ele chegar lá, o médico só vai dar a ele a receita. O

restante é o auxiliar, que vai estar orientando quanto aos cuidados que ele tem que ter. Então, com isso, a gente adquire uma certa afinidade com eles e quando eles têm qualquer problema eles já vêm direto na gente.”...

AEG4 “...a medicação ele sabe que é o médico, então aquela coisa que a gente observava antigamente, que o médico era quase um Deus, está caindo, por quê? Porque o médico, eles sabem e observam, que quando tem na unidade, eles só chegam e perguntam: o que vocês têm? Nem olha pro paciente. Qual remédio você tá precisando? Esse remédio? Então toma. Para o médico eles falam que não estão dormindo, pro auxiliar eles contam que estão cheios de problemas em casa, que o filho tá brigando, que o marido tá bebendo. É pro auxiliar que ele vai contar porque não está conseguindo dormir....”

AEG5 “...o médico e o enfermeiro, eles ficam ocupados. O médico preocupa só com a receita e dá o diagnóstico e a enfermeira com as prevenções e com os outros cuidados...”

Para o grupo, o ACS é como os AE, uma referência importante para o usuário. Na visão deles o ACS é importante para tratar dos aspectos relacionados às questões administrativas da Unidade. Entretanto, quando o assunto se refere ao processo saúde-doença, o usuário sabe que tem que procurar o AE. O fato do profissional morar na comunidade é um aspecto importante e que, de certa forma, força o AE a “atender” 24 horas por dia.

AEG4 “... a comunidade sabe bem a diferença. A referência que eles têm na unidade é o auxiliar. O ACS é dali pra fora. Na questão de conversar, eles têm um papel muito importante. Mas, eles chegam na unidade, eles procuram o auxiliar. Se for com algum sintoma é o auxiliar. O ACS responderia a questões relacionadas ao funcionamento”...

AEG4 “...Eu acho que quando o profissional mora na comunidade é mais fácil. Ele não vai lá no PSF no período em que você está trabalhando, mas se ele te encontrar no sacolão, supermercado, sábado, domingo e feriado, você está atendendo ele...”

Percebe-se certo orgulho do profissional com a atividade que exerce. Em relação ao processo de formação do profissional, alguns profissionais revelam que o

AE precisa se preparar melhor. Pois, apesar de ser peça chave, muitas vezes a integração e a utilização do potencial do profissional ficam prejudicados por causa da sua formação limitada.

Dessa maneira, o grupo entende que a capacitação do profissional para o desenvolvimento do trabalho com qualidade é um dos aspectos fundamentais, pois a informação que o tempo todo é repassada ao usuário precisa ser bem fundamentada, bem elaborada e em certa medida, fornecer ao profissional elementos para entender o processo saúde-doença de maneira integral. De acordo com o grupo, a confiança do usuário no profissional será maior ou menor na medida em que o profissional de saúde souber argumentar, responder, atuar com segurança.

AEG5 “...então eu acho que a função do auxiliar é muito importante, porque ele está quase sempre direto com o paciente, muito mais que o médico e o enfermeiro.”

AEG5 “... E também, a gente tem que sempre buscar conhecimento. Nós somos as principais pessoas na promoção de saúde...”

AEG4 “... É o primeiro contato que o cliente tem ao entrar na unidade. Ele precisa estar bem informado e passar a informação correta para ele...”

Análise dos pontos positivos e negativos para o trabalho do auxiliar na unidade de saúde

Quando o grupo foi perguntado sobre os pontos positivos e negativos para o desenvolvimento do seu trabalho na Unidade, observamos que entre os pontos negativos há um entendimento para alguns de que falta integração da equipe de SF voltada para atender/ajudar ao paciente. Além disso, foi colocado que de modo geral o AE não é considerado da forma como deveria no Sistema. Em geral, para eles, médicos e enfermeiros não reconhecem a importância que o profissional tem, ficando à margem. Com isso o AE muitas vezes não é ouvido e não há definição de papéis. As atividades administrativas que o AE executa em detrimento das práticas voltadas para o paciente, também foram apontadas como negativas.

A falta de fluxos para as inúmeras atividades da Secretaria de Saúde, bem como a baixa resolubilidade do Sistema também foram apresentadas como um dos pontos que dificultam o desempenho do Serviço.

AEG1 “... Auxiliar de enfermagem não é ouvida, fica à margem...”

AEG4 “... Maior dificuldade é o envolvimento da equipe. Você quer fazer alguma coisa, você não consegue, não tem apoio...”

AEG4 “...Atrapalha não saber o quê é equipe”...

AEG4 “... Falta de ética atrapalha. Falta de flexibilidade, de dinamismo”...

AEG2 “O auxiliar em algumas unidades faz papel administrativo, porque não tem sala de micro, de curativo. Há mistura de papel.”

AEG5 “O sistema não responde bem, você precisa de uma ambulância, não tem, precisa de um médico, não tem, retaguarda hospitalar, não tem...”

Entre os pontos positivos, os profissionais destacaram a possibilidade do trabalho em equipe, bem como poder trabalhar de forma integrada para ajudar o paciente. Além disso, mencionaram como positiva a divisão de tarefas com os ACS no que diz respeito à marcação de consultas.

AEG1” ...Equipe integrada no sentido de ajudar o paciente”

AEG5 “...Delegar funções, dividir o trabalho com os ACS, como por exemplo, marcação de exames”

5.6.2 Avaliação do processo na visão das auxiliares de enfermagem

Para análise do processo de capacitação foi realizado GF. Participaram da atividade 32 AE.

Com relação ao processo, a opinião do grupo foi que este foi motivador e interessante, com início (momento de preparação dos multiplicadores) meio (discussão do material, discussão das dúvidas relativas à doença) e fim (repasso da informação).

AEG1 *“...foi interessante porque teve começo, meio. Então não foi só aquela coisa assim única. Teve um começo, depois teve continuação e teve um fim pra gente ta passando.”*

AEG1 *“Eu achei interessante, foi assim, uma coisa assim, quando você aprende eu acho que eu não vou esquecer a respeito deste assunto, o tempo que eu viver eu não acho que vou esquecer este assunto não.”*

AEG1 *“Nós viemos uma semana, vocês falaram sobre a LV num todo, depois nós viemos num outro treinamento pra passar pras meninas e foi repetindo praticamente as mesmas coisas várias vezes e isso foi ficando bem gravado na memória. Foi uma coisa assim que deu pra aprender bem porque nós fomos repetindo.”*

Com relação ao processo de capacitação dos ACS e AZ, a opinião geral foi que este promoveu a participação e envolvimento dos agentes. De modo geral, o repasse foi tranquilo e esclareceu dúvidas.

AEG2 *“Pra mim foi uma oportunidade de aprender também, né, coisa que eu não sabia e ter a capacidade que eu não sabia, de poder passar para os outros”*

Entre os participantes do grupo focal, apenas dois tiveram dificuldade de repassar a informação.

AEG4 *“As meninas têm bastante tempo, acharam monótono. Eu senti que elas estavam impacientes, elas falavam que já sabiam o assunto, que estava repetitivo. Eu estava rezando pra que acabasse”*

De modo geral, o grupo considerou boa a idéia de repassar a informação para os colegas do mesmo nível, pois isso fez com que o processo ficasse mais ameno, informal. Com relação aos profissionais médicos, a maioria achou que estes não deveriam participar do repasse. O processo foi considerado enriquecedor para a grande maioria, apenas uma multiplicadora considerou o processo superficial. Na opinião desta, foi superficial porque a mesma sabia bastante sobre o assunto.

A participação das enfermeiras durante o repasse das AE para os ACS e AE foi considerada adequada, pois as mesmas, em geral, intervíram apenas quando

houve necessidade. Além disso, as AE relataram que foram poucos os momentos em que foi necessária a intervenção da enfermeira para responder às perguntas.

Entre os pontos que dificultaram o repasse para os agentes foram destacados a falta de horário estabelecido na Unidade para capacitação de profissionais, a falta de entendimento da população de que os profissionais necessitam se capacitar, a dificuldade de falar em público e em parte, a falta de interesse de alguns agentes durante o repasse.

AEG2 “Quando você começa a falar treme, gagueja., mas depois com o interesse do pessoal você vai entrosando, fica jóia.”

AEG2 ...“A partir do momento que o pessoal tem interesse, eles começam a colocar questões , a coisa vai acontecendo mais naturalmente..”

AEG2 “É gostoso você estar por dentro do assunto, é gostoso você saber e poder dar informações.”

AEG2 “(Interessante) foi conseguir conscientizar os agentes de saúde da importância deles nesse processo, porque eles estão mais na ponta do que nós auxiliares, então eles sabem da importância deles, que se eles não fizerem a parte deles tudo que foi feito seria em vão.”

Entre os pontos que facilitaram foram destacados a capacitação e o material informativo utilizado para estudar e para a consulta. Chamaram atenção ao fato de terem participado da elaboração do material informativo, o que contribuiu para o aprendizado. O folheto utilizado durante o repasse ajudou, pois, nos momentos de dúvida ele (o folheto) estava a mão. Entretanto, a primeira parte de capacitação das profissionais durante a oficina foi o fator mais importante. Foi mencionado que a facilidade de locomoção da Unidade para o local do repasse proporcionada pelo vale transporte que foi entregue às profissionais também contribuiu para facilitar o processo.

AEG1 “O folheto, por exemplo, facilitou muito. Na dúvida você ia lá e dava uma lida nele, dava uma lembrada, entendeu, facilitou demais. Foi muito bom”

AEG2 *“O modo como foi feito, repassado pra gente, a maneira que eles passaram que fizeram com que a gente entendesse para repassar.”*

AEG1 *“Facilitou também o fato da gente ter uma condução pra gente vir, porque às vezes eles mandam a gente pra curso e não dão pra gente a passagem,... aí fica bem difícil. No caso a gente teve o vale transporte para ir e vir, né, foi muito bom.”*

Um aspecto mencionado e que tem a ver com o sentimento de valorização do profissional foi que, de certa forma, com este projeto o auxiliar se apropriou do processo do conhecimento.

AEG3 *“Antes tinha a hierarquia, médico manda, depois a enfermeira manda, técnico manda e auxiliar recebe e neste projeto, neste trabalho, quem tinha que ter o domínio mesmo é o auxiliar”.*

Quando perguntamos se era possível implementar o modelo na rotina, a resposta geral foi que sim. Um depoimento mostra a satisfação do profissional com a iniciativa da Secretaria.

AEG2 *“..Achei mais interessante foi a secretaria ter confiado na gente, achei muito interessante ter acreditado na gente. Aí estimula a gente a buscar mais, ficar mais interessada...”*

5.6.3 Avaliação do processo na visão dos profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde

De modo geral, para a equipe do nível central e regional, o auxiliar de enfermagem, se enxerga, muitas vezes como um profissional meramente executor de algumas atividades da assistência e com pouca ou nenhuma autonomia. Na fala de um dos componentes, antes do início deste trabalho, a gestão já estava analisando o papel do auxiliar no Serviço de Saúde. Este trabalho e atividades que vêm sendo desenvolvidas no município, especialmente com o Programa de DST/AIDS, têm sido úteis para mostrar ao auxiliar e às equipes de saúde, que este

profissional tem um potencial grande de atuação no Serviço, intermediando as necessidades da comunidade.

A equipe entende que o primeiro contato que o paciente tem na Unidade é com o auxiliar e isso o torna de certa forma referência para a população. Além disso, há uma identificação deste profissional com a população, pois o AE fala a mesma “língua” que o morador, sendo muitas vezes tradutor do que é definido pelo profissional médico e pelo Serviço. Para a equipe, cada vez mais fica patente que além das atividades de assistência, o papel do auxiliar tem sido o da escuta, o de nortear em um primeiro momento toda a linha de cuidado na Unidade. Outro aspecto mencionado foi que a realidade de muitos PSF é a de falta de médicos, sobrecarregando a enfermeira. Nestes locais o auxiliar tem tido um papel fundamental. Porém, este grupo de profissionais muitas vezes é esquecido e pouco valorizado. Há no Sistema uma valorização grande do agente comunitário de saúde, agente de zoonoses e enfermeiro, ficando o auxiliar em segundo plano.

NC *“...Eu vejo hoje em dia não só com este trabalho da leishmaniose, mas com várias outras coisas, até com a questão da AIDS... que o auxiliar de enfermagem, ele é um elo de ligação da comunidade. Ele consegue através da linguagem que utiliza acesso a todos os níveis de pessoas que ele atende, ele consegue ser claro.”*

NC *...“Do ponto de vista assistencialista assim, na unidade de saúde, ele tem um papel fundamental... do ponto de vista às vezes da gestão e das políticas públicas, a gente esquece um pouco desse profissional. A gente valoriza muito um agente comunitário de saúde, o agente zoonose, o enfermeiro, mas esquece desse profissional no cotidiano dos serviços...”*

NC *“Pelo histórico, tradicionalmente considera-se que o auxiliar e o técnico de enfermagem, eles são executores, eles só reproduzem o que eles aprenderam, aquela receita... é preciso saber também se nós, se a gente está dando conta de valorizar também o trabalho desses profissionais.”*

NR *..“Muitas vezes, a pessoa passa primeiro pelo auxiliar de enfermagem e depois pela enfermeira. Então ele é a porta de entrada e norteador da assistência muitas vezes, porque ele direciona se vai ser uma visita, se vai marcar um exame.”*

NC *“Eu acho que principalmente aqui em Neves que a gente vive essa especificidade mesmo da falta do médico e às vezes o profissional enfermeiro né, acaba assumindo várias outras funções ou assumindo de fato a unidade de saúde, o auxiliar, ele acaba ficando mais disponível, mais atento, mais cuidadoso e as vezes até mais zeloso com esse elo mesmo, esse vínculo com a população.”*

Com relação ao trabalho desenvolvido com este projeto no município, a equipe considerou que foi muito interessante e teve o papel de desencadear outras ações, não previstas no projeto de pesquisa, e que foram importantes para estimular a discussão sobre a LV. O modelo utilizado, de construção coletiva, propiciou a participação e integração das diferentes áreas: Atenção Básica, Zoonoses e Epidemiologia. Além disso, o estudo contribuiu para que os profissionais de saúde se tornassem mais atentos ao diagnóstico e para que a rede se organizasse para o atendimento dos casos da doença. O tema leishmaniose visceral passou a fazer parte da agenda de discussões no sistema de saúde local. Nas falas observamos que o trabalho também contribuiu para que o auxiliar se sentisse mais valorizado.

NC *“A metodologia proposta foi muito interessante. Acho que do final do ano passado pra esse ano é que a gente resolveu abraçar essa causa (a da leishmaniose) de fato, acho que a pesquisa contribuiu muito pra isso.”*

NC *“Eu achei fantástico. eu acho interessante que ta ajudando a gente, no trabalho da gente e que isso é importante.”*

NR *“A construção e a forma de pensar a execução foi coletiva, uma parte interessante.”*

NC *“Hoje em dia a gente percebe a questão de até um aumento no diagnóstico, gente que não tinha capacidade, ou seja, competência de conseguirmos diagnosticá-la.”*

NC *“Eu acho que a questão do sub-registro, da notificação, isso tem diminuído cada vez mais, quer dizer, hoje a rede assistencial, ela tá atenta pra leishmaniose.”*

NR *“Eu acho que depois desse trabalho é... virou assunto pra gente, pelo menos da gestão.”*

NC *“Deu oportunidade às pessoas que conseguem realmente transmitir a mensagem a várias pessoas, e elas transmitem mesmo.”*

NC *“Esta pesquisa, eu já vou dizer um pouco disso também, propiciou à gente ampliar os nossos horizontes com relação ao papel do auxiliar enquanto agente educador em saúde também, promotor da saúde, e não apenas aquele que exerce as ações lá, curativas e assistencialistas.”*

Para a equipe, o modelo utilizado, em que houve necessidade de integração e participação de um grupo de apoio de nível central e regional favoreceu a mobilização da rede para pensar e trabalhar na prevenção e no controle da doença. Entretanto, observamos que há a preocupação do grupo de institucionalização da proposta visando sua continuidade.

Apesar do movimento positivo, com atividades paralelas, que o trabalho gerou em torno da doença, observamos a preocupação de maior envolvimento do nível central. Além disso, houve falas no sentido de chamar a atenção de que é preciso sensibilizar e envolver o nível central, mas que também é fundamental sensibilizar os demais profissionais como enfermeiro e médicos sobre a metodologia empregada e os resultados deste trabalho.

NC *“Eu senti falta talvez do grupo do nível central, de acompanhar o processo mais de perto. E aí eu fico pensando, a reprodução dessa metodologia. E aí eu fico pensando se talvez uma amarração maior com o nível central, garanta a sobrevivência dessa metodologia, independente do pesquisador. A continuidade das ações é como se fosse um...quando a gente executa ali um procedimento, ele vira padrão, então aí...Oficializa, institucionaliza....é, institucionaliza a execução, o que vai garantir um direito mesmo de continuidade, né?”*

NC *“É, porque existe uma preocupação, nesse sentido agora, com todo esse trabalho legal, e tal, e de repente...”*

A equipe entende que para a continuidade do trabalho é importante o repasse da informação aos profissionais que estão sendo admitidos no município. Percebem

também a necessidade de institucionalizar o papel de educador em saúde como uma das atribuições do auxiliar de enfermagem.

NC *“Porque talvez precisa, uma sugestão, é que seja instituído a ele essa função. Um protocolo ou documento que oficializa esse lugar do saber, essa preparação dessa pessoa, até pra ela ficar disponível pra capacitação das outras, né, e pra ela ter um espaço de execução disso que ela aprendeu.”*

6 Discussão

Nossos resultados mostraram que o modelo utilizado pode ser útil para a disseminação da informação sobre a LV por auxiliares de enfermagem. Além disso, o modelo pode contribuir para a maior integração da rede de serviços de saúde para o controle da doença. A proposta é relativamente simples e tem a vantagem de não requerer infra-estrutura complexa. À medida que os profissionais multiplicadores vão se tornando aptos a repassar a informação, esta pode ser feita na própria unidade.

A elaboração deste modelo se deu a partir de resultados que sugeriam que o trabalho em rede pode ser útil para redução da letalidade da doença em municípios da RMBH ⁽⁶⁷⁾. Estes autores desenvolveram um trabalho integrado entre pesquisadores e profissionais de saúde com o objetivo de diagnosticar precocemente e tratar de forma adequada a LV. Para isso, foi criada uma rede formada pelos profissionais mencionados que teve como objetivo estruturar serviços de saúde na tentativa de assegurar: a presença de pelo menos um médico capacitado para diagnosticar a doença por município; rápido acesso ao diagnóstico laboratorial e disseminação de informação sobre a LV para os profissionais de saúde. O acompanhamento do trabalho foi feito através de reuniões periódicas. Em cada um dos 22 municípios que participaram, um profissional foi selecionado pelo gestor de saúde para atuar como referência. Esta referência tinha a responsabilidade de articular a implantação das atividades no município. A análise da efetividade do trabalho integrado foi feita comparando-se a letalidade da LV antes (1998-1999) e após (2001-2002) a implementação das atividades. Os resultados apontaram para o potencial do projeto integrado na redução da letalidade da LV ⁽⁶⁷⁾. O trabalho integrado para a prevenção e controle da LV é fundamental.

O ciclo de transmissão da doença é complexo e a doença está urbanizada. O controle eficaz da doença envolve ações no ambiente, melhores condições de saneamento, serviços de saúde bem organizados. Entre as condições epidemiológicas que favorecem a expansão da LV estão o convívio muito próximo do homem suscetível e o reservatório da doença, áreas sem condições adequadas de moradia, aumento da densidade vetorial e intenso processo migratório associadas à redução do espaço ecológico natural desta zoonose devido ao desmatamento acentuado ⁽²⁰⁾.

A organização dos serviços para o atendimento aos casos de LV, de forma integrada, é uma importante ferramenta de controle da doença ⁽¹⁶⁾.

No caso de Ribeirão das Neves as condições para a transmissão da LV são muito favoráveis, pois o município apresenta habitações, em sua maioria, extremamente pobres, deficiência na coleta de lixo e falta saneamento básico⁽⁵⁹⁾.

No modelo que utilizamos, a fase de mobilização do gestor e equipes coordenadoras foi fundamental e de certa forma, esta mobilização foi o que favoreceu o trabalho integrado dos diferentes grupos da Secretaria. Dessa maneira estabeleceu-se uma rede entre diferentes áreas da saúde, que historicamente atuam de forma fragmentada. Colocar este grupo no planejamento e acompanhamento de todas as etapas do processo de intervenção foi fundamental para legitimar e articular todo o processo. Outro aspecto que contribuiu para o desenvolvimento do trabalho foi a preocupação da equipe gestora quanto à necessidade de implementar estratégias para a melhoria da prevenção e controle da LV no município. Ribeirão das Neves é o terceiro município mineiro com maior número de casos notificados⁽¹⁰⁾.

De modo geral, a equipe de nível central e regional, contribuiu de forma importante para garantir as condições necessárias à execução do trabalho e para que a proposta se adequasse à realidade local. As reuniões foram ricas e levantaram várias questões relacionadas ao controle da doença no município que precisavam ser implementadas, paralelamente ao trabalho junto às AE.

Entretanto, o maior envolvimento com a proposta foi dos representantes da Coordenação da Atenção Básica e da Estratégia SF. A presença às reuniões de implantação do modelo dos supervisores regionais foi baixa, assim como a sua participação na organização dos repasses. Isso pode ser explicado pelo processo ainda incipiente de regionalização da gestão, com a definição ainda não muito clara do papel desses supervisores. Além disso, houve troca de 3 supervisores regionais durante o decorrer deste estudo.

A equipe de nível central trabalhou no sentido de articular e organizar a rede de serviços, através da integração das áreas da Atenção Básica, Epidemiologia e Zoonoses, com a definição do fluxo de atendimento aos casos da doença na rede, capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros e melhoria da vigilância aos casos notificados.

A participação destes grupos, além da importância em função do fortalecimento da integração das diferentes áreas, teve também o papel de contribuir para a sustentabilidade da proposta. Se não houver por parte especialmente do

gestor, o compromisso político com a proposta, esta ficará fragilizada e irá depender do esforço individual dos trabalhadores envolvidos.

No município de Manacapuru, Amazonas, de 1997-2004, foi desenvolvido estudo descritivo sobre a utilização de procedimentos desenhados em colaboração com agentes governamentais, profissionais de saúde e comunidade. Foram levantados dados sobre a dinâmica da prostituição e a venda de preservativos na cidade, características comportamentais, avaliação do processo e da assistência às DST/Aids. Observou-se o fortalecimento das trabalhadoras do sexo como multiplicadoras e sua legitimação como cidadãs e agentes de saúde em projetos com travestis, homossexuais e escolares. Houve incremento da venda de preservativos na cidade, da utilização de preservativos entre trabalhadoras do sexo, redução das DST bacterianas e estabilização da ocorrência de infecção pelo HIV/Aids e sífilis congênita. A sustentabilidade do programa de intervenção estudado, organizado no âmbito do SUS foi estimulada pela pactuação política garantindo sede e orçamento regulamentado em lei municipal, e pelo debate permanente dos resultados do processo e do programa. A noção de que o controle efetivo das DST/Aids depende de uma abordagem sinérgica que combine intervenções no plano individual (biológica-comportamental), sociocultural e programático foi fortalecida ⁽⁶⁸⁾.

Utilizamos a terminologia Saúde da Família, porque como assinala Almeida & Mishima (2001), é importante tratá-la como uma estratégia político-assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde. E, de certa forma, como um modo de buscar romper com uma matriz bastante forte na área da saúde, que é de considerar os programas como estruturas verticalizadas na atenção à saúde, com pouca articulação no conjunto da assistência prestada ⁽⁴²⁾.

Os profissionais que atuaram no repasse da informação foram denominados multiplicadores, sendo por nós entendido como um agente social de mudança, aquele que multiplica, reproduz, ou seja, de acordo com o Dicionário Novo Aurélio (1999), aumenta em número, importância ou intensidade ^(51,69).

A dinâmica que adotamos nas oficinas foi uma tentativa de proposta transformadora, na medida em que o profissional participou do planejamento das ações para serem desenvolvidas no serviço, da elaboração de material informativo, discussão do processo, elaboração de relatorias e apresentação oral das mesmas.

Observamos que as discussões abriram espaço para a problematização da situação do controle da LV no município fazendo com que as AE se implicassem

com o assunto. A proposta de construção coletiva de um material informativo foi estimulante para as profissionais, além do desafio de repassar a informação para as colegas. A discussão para elaboração de um plano de ação local contribuiu para a contextualização do tema e foi importante no processo porque deu autonomia às AE para discussão e levantamento de propostas para intervenção no serviço e na comunidade, de acordo com a realidade local.

Como assinalam Costa e Miranda (2008), a complexidade das atribuições das equipes de saúde, exigem dos profissionais de saúde autonomia, entendida como capacidade de análise de problemas para o encaminhamento das soluções ⁽⁷⁰⁾.

Entendíamos que, na oficina, o profissional estaria se apropriando do trabalho de forma reflexiva e poderia atuar como um agente social de mudança. Além disso, a discussão no GF do papel do trabalhador no Serviço foi interessante e perpassou todo o processo de trabalho. A fala a seguir exemplifica o que foi dito acima.

AEG3 "...do jeito que foi passado para a gente, dessa forma ficou interessante, porque a gente aprofundou, a gente sabe mais, tem um conhecimento maior, sabe lidar com as situações, sabe conduzir isso."

Diversos trabalhos científicos têm mostrado a participação eficaz de crianças e jovens como multiplicadores da informação. Brassolatti (2002) ⁽⁷¹⁾, Onyango-Ouama (2005) ⁽⁵³⁾ e Magalhães (2008) ⁽⁵⁴⁾, Ayres (2003) ⁽⁵²⁾ e Gonçalves (2000) ⁽⁷²⁾ mostraram o potencial de adolescentes como multiplicadores da informação em diferentes doenças e principalmente na área da prevenção da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com Ayres (2003) a intervenção por pares, através de multiplicadores, facilita a circulação da informação dentro do grupo e rompe com possíveis barreiras culturais ⁽⁵²⁾. Entretanto, são escassos os trabalhos envolvendo AE, assim como a formação de multiplicadores entre profissionais da área da saúde.

Entre as AE que participaram do estudo, a grande maioria era jovem e do sexo feminino. Estudo realizado por Tomasi et al. (2008) em 41 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes das Regiões Sul e Nordeste totalizando 4.749 trabalhadores de saúde, com o objetivo de descrever o perfil das equipes de saúde da atenção básica, também encontrou uma predominância de mulheres jovens principalmente nas equipes de SF, entretanto, menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público e um terço ou mais possuía vínculo precário ⁽⁷³⁾. Neste trabalho, todas as AE estavam vinculados à instituição através de concurso público ou processo seletivo, com garantias trabalhistas. Tal fato se deu

porque no período inicial de implantação do modelo o município passava por processo de reestruturação de gestão administrativa e funcional, pois há dez anos não havia concurso público. Este foi o motivo de termos a maioria das AE com tempo de serviço entre uma semana e 9 meses.

O GF teve também o papel auxiliar de nos ajudar a selecionar as 10 primeiras multiplicadoras. O principal critério foi o interesse muito grande em participar que observamos nas profissionais. Observamos que apenas uma das 10 AE, não se mostrou adequada para atuar como multiplicadora, pois era confusa, dispersa e com pouca habilidade para se expressar.

Embora ao final, todas as AE tenham se tornado multiplicadoras, precisávamos no início do processo, analisar a adequação da oficina, do material a ser utilizado e da dinâmica. Com o piloto, observamos que poucas adequações necessitavam ser implementadas na oficina. O formato de oficina com aula teórica; discussão em grupo; esclarecimento de dúvidas; participação na elaboração da cartilha e a elaboração do plano de ação foi considerado bom pela grande maioria das profissionais.

Os materiais utilizados na oficina, cartilha e CD-ROM, também foram muito bem avaliados pelas AE. A oficina foi apontada pelas AE como um dos pontos mais interessantes de todo o trabalho, conforme mostram as falas a seguir.

AEG1 “...foi interessante porque teve começo, meio. Então não foi só aquela coisa assim única”

AEG4 “...o fato da gente ter ajudado a produzir o folder, fica muito marcado na gente. Então eu acho assim, a gente nunca vai esquecer nada sobre a leishmaniose visceral, qualquer pessoa que for conversar, você vai falar o que fez e aprendeu.”

AEG1 “...A capacitação foi tudo. O folheto tava lá, mas se não tivesse clareza na nossa cabeça, ter ido na capacitação tirado todas as dúvidas.”

As AE chamaram atenção para a necessidade de capacitação e formação permanente do profissional, de acordo com o contexto em que estão inseridos, visando garantir efetividade nas ações preventivas e a atenção integral ao paciente através do trabalho de toda a equipe. De acordo com o que observamos no GF o AE avalia que para ele, falta informação. Para eles a informação é um fator importante para a mudança nas práticas de saúde.

AEG2 “Acho que o auxiliar tem muita falta de informação, a gente tem que mudar a nossa história. Muitas vezes a gente não envolve com o paciente, só vê uma pressão. Talvez o auxiliar não faça mais porque não se informa.”

As AE relataram que muitas vezes o cuidado que a equipe de SF oferece ao paciente é feito de forma fragmentada, voltado para o patológico, sem atender à proposta da estratégia SF. Escorel et al. (2007) assinalam que um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integral e a sustentar o enfoque social ampliado da estratégia de SF, com claros objetivos de inclusão social, exige qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte desses profissionais⁽⁷⁴⁾.

AEG4 *“Hoje, o que a gente observa, o médico está ali para dar a receita, o médico não tem tempo de sentar e de procurar saber do paciente o que ele está sentindo.”*

AEG1 *“...nossa função ..., é enxergar ele de forma integral... então a gente faz a função de educador, de orientador, de prevenção, de psicólogo porque realmente eles reclamam muito...”*

Ceccim (2005) discute a necessidade de mudança estrutural na formação e na prática dos profissionais de saúde para atender às propostas da estratégia de SF, buscando reverter as teorias biologicistas do processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde⁽⁴⁸⁾. De acordo com Costa e Miranda, (2008), dentro do SUS, faz-se necessária a adoção de modelos de formação profissional que não fiquem limitados à dimensão técnico-instrumental, mas que estejam voltados à construção de um trabalhador dotado de autonomia, de iniciativa e de habilidade para o trabalho em equipe⁽⁷⁰⁾. Ceccim & Feuerwerker (2004) argumentam que o ensino, na modernidade, desqualificou, nas práticas de saúde, as ferramentas vistas como não científicas, invertendo prioridades: preferindo a doença ao doente, fragmentando o todo, reduzindo o indivíduo a um somatório de órgãos e sistemas, ignorando tanto sua especificidade biológica, como suas dimensões psicológicas, culturais e sociais⁽⁷⁵⁾.

Um dos objetivos específicos deste projeto de pesquisa foi a capacitação de ACS e AZ pelos AE. No plano de ação elaborado pelas AE foi enfatizada a importância da capacitação dos ACS e AZ, como uma das principais propostas de intervenção no serviço. As AE entenderam a necessidade de aumentar a integração com os AZ, pois estes profissionais podem e devem trabalhar em parceria com a equipe de saúde. Em relação aos ACS, perceberam a importância de sua capacitação sobre LV para que incorporassem esse conhecimento à rotina do trabalho que realizam na comunidade. Um aspecto curioso nas falas das AE é que

elas entendem que a integração é importante, que o sistema é fragmentado e que a informação deve contribuir para a integração. Entretanto, para as AE, apesar do ACS ser uma referência para a comunidade, suas tarefas na equipe são ligadas principalmente às questões de funcionamento da unidade, como marcação de exames e consultas, através das visitas domiciliares.

Entretanto, na estratégia SF espera-se que a atuação do ACS vá muito além das atividades relacionadas ao funcionamento da unidade, mas que seja um elo com a comunidade, mediador e facilitador do trabalho da atenção básica em saúde, tendo como enfoque a família, a adscrição de clientela, a estruturação da equipe multiprofissional, a ação preventiva em saúde e a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea ⁽⁷⁶⁾.

Escorel et al. (2007) observaram num estudo sobre a implementação da estratégia SF, que nas equipes avaliadas, a atuação na comunidade e intersetorial foi atribuída principalmente dos ACS, sugerindo que a sua inclusão na equipe seja um componente fundamental para permitir a mudança do modelo de atenção básica ⁽⁷⁴⁾.

Bornstein & Stoz (2008) sugerem considerar a adoção da educação popular como eixo estruturante, em torno do qual se dê não só a formação dos ACS, mas todo o trabalho da estratégia SF, enquanto metodologia cujos princípios se baseiam no fortalecimento da autonomia, participação popular, trabalho coletivo e reflexão crítica sobre a realidade ⁽⁷⁶⁾.

Outras propostas constantes do plano de ação como a definição de fluxo de atendimento de casos da doença na rede foram viabilizadas por meio da atuação da equipe de apoio de nível central.

O tempo entre as oficinas de capacitação das AE e o repasse da informação às demais AE foi de 70 dias, em função de ajustes operacionais. Este tempo não interferiu na qualidade do repasse, pois, de modo geral, o desempenho das multiplicadoras foi bem avaliado pelos enfermeiros das equipes de SF. As AE apresentaram um bom conhecimento sobre a doença, responderam corretamente às perguntas e houve participação e interesse dos profissionais que estavam sendo capacitados.

A implementação em outro município da RMBH deste mesmo modelo tendo os ACS e AZ como multiplicadores, mostrou que não houve diferença no repasse pelo multiplicador, quando o tempo entre oficina e repasse foi de até 90 dias. Os

percentuais de respostas corretas ao questionário, nestes casos, foram semelhantes, bem como a avaliação do observador ⁽¹²⁾.

Antes da oficina, observamos que, de modo geral, o conhecimento das AE sobre a LV era baixo. Na literatura, estudos de avaliação de conhecimento sobre LV entre profissionais de saúde e população também encontraram baixo conhecimento sobre a doença, como os de Luz et al. 2005 ⁽¹²⁾ ; Gama et al., 1998 ⁽¹¹⁾ . De certo modo, o perfil de respostas ao questionário fechado destas profissionais foi semelhante ao observado por Luz e al. (2005) em municípios da RMBH ⁽¹²⁾. Estes autores observaram baixo percentual de resposta corretas principalmente na questão relacionada aos sintomas.

Na análise dos questionários, em relação ao grupo de questões, entre as AE o maior percentual de acerto (83%) antes do repasse se deu naquele relacionado ao que é necessário para a prevenção e controle da LV, provavelmente devido à maior divulgação desta informação nos serviços de saúde. O menor percentual de acerto (31%) foi naquele referente a sinais e sintomas da LV, conhecimento considerado básico à função que desempenham no serviço. A falta de informação quanto aos sintomas sugestivos da LV pode ser um dos fatores responsáveis pelo diagnóstico tardio e pior prognóstico da doença, refletindo no aumento da letalidade.

Entre os ACS, os maiores percentuais de acerto antes da aula se deram nas questões relacionadas a como podemos ajudar no controle da LV (86%) e à transmissão da doença (80%), podendo ser explicados talvez pela maior divulgação dessas informações. O menor percentual de acerto se deu na questão referente a sinais e sintomas da doença (42%).

Entre os AZ, provavelmente por tratar-se de uma zoonose, alvo do trabalho desses profissionais, o percentual de acerto antes da capacitação foi superior a 93% em todas as questões, com exceção da questão sobre sinais e sintomas, cujo percentual de acerto foi de 64%. Nesta questão, antes da capacitação, verificou-se que as AE (41%), ACS (27%) e AZ (28%) associaram LV à presença de feridas no corpo. Tal associação pode ter sido feita por muitos entenderem que a LV é uma complicação da leishmaniose tegumentar, conforme também observado na entrevista com as AE. Houve associação com os sinais e sintomas da dengue: AE (17%), ACS (22%) e AZ (8%). Este fato também foi observado por Luz et al. (2005) na análise do conhecimento sobre a doença entre profissionais de saúde, estudantes e professores ⁽¹²⁾. Provavelmente esta associação foi feita devido à

divulgação mais freqüente dos sintomas da dengue, além disso, no início do quadro clínico, a LV apresenta sinais e sintomas inespecíficos⁽⁹⁾.

Na questão referente à sinonímia, a LV foi identificada principalmente como leptospirose por 10% (3) das AE e 16% (44) dos ACS, talvez devido à semelhança de som e grafia. Quanto à transmissão da doença, a associação mais freqüente foi com a mordedura de cão, encontrada em 12% (31) dos ACS e 10% (3) das AE. Esta associação também foi observada na entrevista com as AE, podendo ser explicada talvez por ser o cão o principal reservatório da doença em regiões urbanas.

Na questão sobre o que é necessário para a prevenção e controle da doença, 11% (30) dos ACS, 7% (4) dos AZ e 10% (3) das AE indicaram o tratamento de cães; 10% (28) dos ACS e 7% (2) das AE indicaram a vacinação dos cães. Entretanto, sabe-se que, de acordo com as orientações da Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, o tratamento de cães é proibido e a vacinação de cães ainda não é recomendada⁽⁹⁾.

Nas questões referentes a como podemos ajudar no controle e como é feito o controle da transmissão da doença foi observado que as AE e ACS fizeram associação principalmente com a necessidade de evitar o acúmulo de água parada, além de indicarem novamente a vacinação de cães e tratamento dos doentes. Essa associação do controle da LV ao acúmulo de água pode ser em função de ser o transmissor um inseto com características “parecidas” ao mosquito. Um dos seus nomes populares é mosquito palha⁽⁹⁾. Como o agente transmissor da dengue é um mosquito e o transmissor da LV também é chamado mosquito palha, no raciocínio das AE a medida deve ser a mesma, pois ambos são mosquitos.

Ceccim (2005) alerta para a importância da capacitação continuada dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde. Entretanto, é importante ressaltar que não basta apenas ter a informação correta sobre a doença. É importante que além do conhecimento formal sobre a doença, o profissional também saiba lidar com questões sócio culturais, como valores e crenças, para o repasse de forma adequada à população⁽⁴⁸⁾.

De modo geral, de acordo com a análise dos enfermeiros que acompanharam o repasse das AE para os ACS e AZ, o desempenho das AE no repasse da informação nas unidades foi considerado bom, sendo que a maioria delas estava motivada e foi preparada para a atividade. Também foi considerada boa a participação dos ACS e AZ. A intervenção do enfermeiro para esclarecimento de dúvidas foi necessária em poucas unidades. Entretanto, esta foi ao final da aula. Na

avaliação das enfermeiras a principal dificuldade das AE foi a de falar em público por causa de certo nervosismo inicial.

A opinião das AE obtidas no último GF sobre o repasse foi a mesma. Estas avaliaram positivamente o repasse aos ACS e AZ, considerando a atividade interessante e promotora do aprendizado. No GF as AE apontaram o nervosismo como dificuldade, mas relataram também que o repasse foi prejudicado pela falta de horário estabelecido na Unidade para capacitação de profissionais e a falta de entendimento da população desta necessidade. Esse transtorno ocorreu porque no projeto houve a necessidade de fazermos os repasses nas unidades de SF, de acordo com o cronograma de atividades das equipes para suas reuniões. Entretanto, à medida que este modelo seja incorporado na rotina do serviço, horários mais adequados podem ser estabelecidos, pois o processo de formação permanente nas equipes de SF é fundamental ⁽⁴⁵⁾.

A capacitação nas Unidades de SF promoveu um início de diálogo entre as AE, ACS e AZ, porque na maioria das vezes o AZ não é visto pelos demais profissionais da unidade como participante da equipe de saúde, não havendo troca de informações entre eles ou parceria na execução das ações de vigilância e prevenção no território. Do ponto de vista formal, de fato, o AZ não faz parte da equipe de SF, entretanto, este atua no mesmo território, com ações de vigilância à saúde, prevenção e controle de endemias. Portanto, sua atuação tem relação com o trabalho da equipe, já que um dos fundamentos da estratégia SF é a prevenção de agravos e a vigilância à saúde ⁽³⁵⁾. Há que se ampliar o diálogo para esta integração. Como afirma Araújo (2007) o trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, pressupondo o estabelecimento de um canal de comunicação. Esta necessidade foi, de certa forma, percebida pelas AE e consistiu numa das propostas do plano de ação ⁽⁴⁴⁾.

A equipe de apoio do nível central promoveu um encontro das AE com a coordenação do serviço de controle de zoonoses para esclarecimentos das dúvidas levantadas quanto à apreensão de cães, canil municipal, relação com os AZ nas unidades de saúde. Quanto ao controle da LV torna-se fundamental a integração de todos os profissionais de saúde dentro e fora do serviço, visando potencializar as ações de prevenção e controle direcionadas à comunidade. Fato ocorrido no repasse em uma das unidades de SF retrata a desarticulação do sistema e a falta de integração que há entre os profissionais de saúde: apesar de ter sido uma das propostas do plano de ação que foi elaborado nas oficinas, uma AE inicialmente se

recusou a repassar a informação com a presença de AZ no grupo, com a justificativa de que esses não faziam parte da equipe. Houve necessidade de intervenção da enfermeira da unidade, que esclareceu o que havia sido acordado na oficina. Após o esclarecimento, o repasse transcorreu sem outros problemas.

As informações tanto das AE quanto da equipe do nível central sobre todo o processo (último GF) apontaram para a adequação do modelo. Na visão das AE, todo o processo foi interessante e principalmente o repasse nas unidades, pois o desempenho delas foi bom. Tal fato, em conjunto com a construção coletiva para elaboração do plano de ação e do material informativo, fez com que as profissionais se sentissem valorizadas.

Para a equipe de nível central chamou atenção a repercussão positiva do trabalho no Sistema de Saúde, desencadeando outras ações paralelas ao projeto de pesquisa, importantes para a organização do serviço de saúde para o controle da LV. Por exemplo, a equipe organizou um dia de mobilização em todas as Unidades de Saúde do Município voltada para a prevenção da LV junto à comunidade, com a realização de várias atividades programadas pelos profissionais de SF, como teatro, brincadeiras, sala de cinema. A articulação da equipe de apoio, na tentativa de discutir e melhorar o controle da doença no município, também envolveu discussões entre as áreas de Controle de Zoonoses e Vigilância Sanitária para adequações no código sanitário, chegando até às Secretarias de Planejamento e Meio Ambiente, com o objetivo de discutir estratégias para intervenção na comunidade. Esta atividade ocorreu após o repasse das AE para os ACS e AZ.

Um ponto importante levantado pela equipe durante o GF foi que o modelo precisa ser institucionalizado de fato, para que tenha continuidade. Esta foi uma fragilidade no processo, em relação, especialmente ao nível regional. A participação não ocorreu como um todo. Um pouco disso tem a ver com a substituição de alguns desses profissionais. Além disso, na proposta inicial as enfermeiras das Unidades não estavam incluídas no modelo como parte integrante das equipes distritais com participação nas reuniões, discussões, acompanhamento. A inclusão delas foi feita no decorrer do processo, especialmente no momento de repasse para os ACS e AZ. A inclusão desta profissional na equipe de acompanhamento parece importante para a sustentabilidade do modelo.

Uma das preocupações da equipe foi com a normatização no protocolo de enfermagem do papel da AE voltado às ações educativas, visando garantir que as AE continuem a atuar como multiplicadoras após o término deste trabalho.

Aspecto interessante observado foi o do orgulho das AE de serem profissionais de saúde do SUS. Para as AE é preciso ter muita responsabilidade com as atividades que exercem, pois elas entendem que o seu papel é fundamental no trabalho da equipe. Este papel está diretamente associado ao cuidado que prestam ao usuário, quase sempre no plano individual, seja na escuta, na orientação, no direcionamento aos outros profissionais da equipe ou na atividade técnica de enfermagem.

No discurso das AE percebeu-se que elas têm uma relação de proximidade com o usuário, preocupando-se em enxergar o sujeito para além da queixa, entendendo que este deve ser visto de forma integral, sendo este um dos fatores que garante o vínculo que têm com a comunidade. Esse enfoque do cuidado centrado na pessoa é discutido na literatura. Ceccim (2005) alerta que ainda que o crescimento científico e tecnológico no setor da saúde esteja associado ao desenvolvimento de formas sofisticadas de prevenção e tratamento das doenças e medidas verdadeiramente efetivas de intervenção ordenadas em práticas gerenciadas por serviços de saúde e equipes multiprofissionais, não se pode confiar nas mais refinadas tecnologias sem escutar a vida concreta e cotidiana, como individualmente vivida, daqueles que vêm aos serviços e às equipes de saúde ^(48, 77). Para Campos (1994) a saúde, por ser encontro, produz afetos e que a atenção clínica não será adequada sem o mínimo de escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde ⁽⁷⁸⁾.

As AE percebem a sua relação com o paciente/usuário como sendo de confiança e cumplicidade e de acordo com o grupo esta não é observada na relação do paciente com os demais profissionais. Esta relação é importante considerando o potencial deste profissional.

As AE não relataram na entrevista o desenvolvimento de ações coletivas ou voltadas à vigilância em saúde. Shimisu et al. (2004) verificaram também que o AE executa poucas ações de orientação sanitária, seja no âmbito individual ou coletivo, o que deveria ser, de acordo com as diretrizes do programa, uma de suas principais funções ⁽⁵⁵⁾.

Como pontos negativos para o desenvolvimento do seu trabalho no serviço de saúde, as AE ressaltaram que não são ouvidas, não são valorizadas pela equipe ou pelo sistema. Shimisu et al. (2004) encontraram dado semelhante, enfatizando o potencial do auxiliar na equipe e a necessidade de maior investimento em sua formação. Entretanto, o formato que se adota para essa formação pode ser crucial

para definir a ação ⁽⁵⁵⁾. Fontoura (2004) avaliou os processos educativos vividos pelos ACS, observando que esses não têm sido capazes de produzir a aprendizagem e o conhecimento necessários a uma atuação crítica e que problematize a realidade. Assinala que uma ação educativa pode se aproximar ou se afastar das reais necessidades ou problemas surgidos no cotidiano do trabalho, dependendo da forma como, neste processo, os sujeitos são reconhecidos e valorizados como agentes de transformação ou meros transmissores de informações ⁽⁷⁹⁾.

Trabalho realizado por Bornstein & Stoz (2008) que procurou caracterizar as diferentes formas de mediação presentes no cotidiano do trabalho dos ACS verificou que estas oscilaram entre o convencimento, por meio da qual se busca transmitir ou repassar informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos, retificando os desvios existentes e a transformação, na qual se enfatiza a transformação da sociedade numa perspectiva democrática. O conteúdo desta mediação se baseou principalmente no conhecimento sobre a situação de saúde e condições de vida da população que eram disponibilizadas aos demais profissionais; no conhecimento biomédico disponibilizado à população; na viabilização do acesso dos moradores aos serviços de saúde e na facilitação do funcionamento do serviço local de saúde. Os autores assinalam que a função mediadora desempenhada pelos agentes pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial, pelo acesso que têm ao saber popular e ao tecnocientífico, na medida em que assumam um caráter transformador ⁽⁷⁶⁾.

AS AE entendem que para o desempenho de suas funções na perspectiva da atenção integral ao indivíduo e da estratégia SF devem-se estabelecer fluxos dentro da unidade e na rede e melhorar a retaguarda do Sistema de Saúde às diversas demandas que se apresentam. Estudo realizado por Escorel et al. (2007) sobre a implementação da estratégia SF em 10 municípios com população acima de 100.000 habitantes de quatro regiões do país revelou que não há uniformidade quanto às modalidades implementadas. Em quatro casos, constituiu-se em um programa paralelo, com superposição de redes assistenciais básicas, dirigindo-se apenas a grupos populacionais muito pobres e realizando algumas ações educativas e preventivas, sem articulação à rede assistencial, não garantindo atenção integral. Nos outros casos, foi implementado como uma estratégia para mudar o modelo assistencial na atenção primária, substituindo total ou parcialmente as unidades básicas tradicionais preexistentes. Foram observados avanços na incorporação de

novas práticas profissionais, na atenção primária e na criação de vínculos entre a equipe de SF e as famílias adscritas. No entanto, sua expansão nos grandes centros urbanos enfrenta uma série de obstáculos. A garantia da integralidade foi apontada como um importante nó crítico a ser equacionado, sendo que a referência era pouco estruturada ⁽⁷⁴⁾.

As AE também entendem que há necessidade de maior integração da equipe, com definição de papéis. Segundo Araújo (2007) o trabalho em equipe no contexto da estratégia SF implica na divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. Dessa forma, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe ⁽⁴⁴⁾.

Na análise dos pontos positivos de ser profissional do Sistema, as AE relataram a possibilidade do trabalho em equipe, com a divisão de tarefas. Almeida e Mishima (2001) relatam que um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na estratégia SF é a necessidade de se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe, caso contrário, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos ⁽⁴²⁾.

Segundo Hartz e Contrandriopoulo (2004), o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, diante da constatação de que nenhum deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população. A mesma autora relata como indispensável uma dupla leitura sobre a natureza do objeto “rede”: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. Entretanto, apesar da integralidade ser um dos princípios constitucionais norteador da formulação de políticas de saúde, prevalece a fragmentação dos modelos assistenciais, tornando-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e

coordenação de atores e organizações autônomas visando atender às necessidades de saúde individuais e coletivas⁽⁴⁹⁾.

No modelo proposto neste trabalho pretendíamos criar uma metodologia factível de ser utilizada na rotina do serviço. Um dos problemas que os serviços enfrentam é a descontinuidade dos processos de capacitação por estes exigirem infra-estrutura complexa, deslocamento do profissional, ausência do profissional no serviço. Com o modelo, estes problemas seriam minimizados, criando assim condições mais favoráveis para a capacitação continuada de maiores contingentes de profissionais. Além disso, a intenção era criar uma rede integrando diferentes áreas do serviço na tentativa de trabalharmos com um conhecimento mais abrangente, mais efetivo e estabelecer um processo mais inclusivo.

Conforme já mencionado, a lógica que adotamos não foi a lógica da simples multiplicação, como chamam a atenção Albuquerque e Stotz (2004) . Para estes autores é preciso estar atento para não estabelecermos mecanismos nos quais o profissional seja apenas aquele que facilita a transmissão da informação da equipe para a população⁽⁸⁰⁾. Tentamos com a presente proposta estabelecer um processo de trabalho compartilhado, com problematização, na perspectiva de Paulo Freire (1970)⁽⁸¹⁾.

Ceccim (2005) argumenta que cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais⁽⁴⁸⁾.

7 Conclusões

- 1) O modelo foi adequado para a capacitação das auxiliares de enfermagem.
- 2) Com o processo de capacitação o nível de informação sobre a doença, de modo geral, melhorou entre os auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses.
- 3) O modelo estimulou a discussão da importância da integração da Atenção Básica, Epidemiologia e Zoonoses para o controle da leishmaniose visceral no município.
- 4) O modelo pode ser utilizado na rotina dos serviços de saúde.
- 5) O auxiliar de enfermagem tem potencial para ser multiplicador da informação sobre a leishmaniose visceral para os demais auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses.

8 Considerações finais e perspectivas

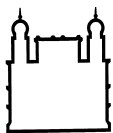
O presente trabalho gerou alguns produtos, como cartilha e folder sobre a doença para ser utilizado pelos auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de zoonoses na rotina do serviço. O trabalho com a população faz parte deste projeto e será executado na próxima etapa do estudo. Para isso, está sendo feito um levantamento do conhecimento, atitudes e práticas de moradores com relação à LV. Estes dados irão subsidiar o desenvolvimento de estratégias para a abordagem preventiva da LV junto à comunidade. Nesta próxima etapa, o objetivo será avaliar o impacto do modelo na rotina do serviço e junto à população. Os profissionais já capacitados irão repassar a informação para indivíduos da população com o objetivo de reduzir a transmissão e a letalidade da doença. Para isso será dada ênfase no manejo ambiental e na procura precoce pelo serviço de caso sugestivo da doença. Além disso, com os resultados observados, pretendemos fortalecer o modelo. Uma das modificações será a inclusão dos enfermeiros para fazer parte da equipe de profissionais que acompanham e monitoram o trabalho, juntamente como os representantes do nível central e distrital.

9 Anexos

9.1 Cronograma de atividades

Ano	Mês	Dia	Atividade
2007	ago	23	Apresentação da proposta do projeto ao gestor do SUS local e coordenadores
2007	out	18	Discussão inicial do projeto com coordenadores da epidemiologia, atenção básica, zoonose e supervisores regionais e formação de equipe de apoio ao projeto
2007	out	30	Apresentação do projeto e do CD-rom à equipe de apoio, discussão do plano de ação da equipe
2007	nov	05,06,08	Apresentação do projeto, leitura e assinatura do termo de consentimento. Realização de grupo focal
2007	dez	17,18	Piloto: oficina para capacitação dos 10 primeiros multiplicadores. Elaboração do plano de ação local
2007	dez	20	Discussão do plano de ação local com equipe de apoio
2008	jan	03,04,17	Oficina para repasse da informação sobre LV aos demais auxiliares de enfermagem
2008	fev	15	Oficina para repasse da informação sobre LV aos demais auxiliares de enfermagem
	fev	29	Reunião com equipe de apoio para planejamento do repasse da informação sobre LV aos agentes de endemias e agentes comunitários de saúde
	fev	29	Apresentação do projeto aos enfermeiros das unidades de saúde
2008	abr	10	Oficina para repasse da informação sobre LV aos auxiliares de enfermagem recém admitidos na rede
	abr	25	Capacitação dos ACS e AZ pelos multiplicadores nas unidades de saúde
2008	ago	21	Reunião com equipe de apoio para apresentar os resultados preliminares do trabalho e organizar intervenção na comunidade
2008	set	24	Reunião com equipes de saúde da família selecionadas para intervenção na comunidade
2008	set	15	Grupo focal com multiplicadores
2008	out	13	Grupo focal com multiplicadores
2008	dez	04	Grupo focal com equipe de apoio de nível central, regional e gestor do SUS local
2008	jan	28	Apresentação dos resultados do trabalho desenvolvido aos multiplicadores

9.2 Termo de consentimento



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO DE PROJETO

Desenvolvimento e avaliação de modelo de capacitação de agentes comunitários de saúde, agentes de zoonoses e auxiliares de enfermagem como multiplicadores da informação sobre a leishmaniose visceral.

INFORMAÇÕES AO VOLUNTÁRIO

Você, _____, está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa sobre conhecimento sobre a leishmaniose visceral, tendo o direito de estar ciente dos procedimentos que serão realizados durante sua participação.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

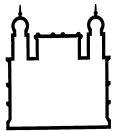
Dra. Zélia Profeta, pesquisadora do Laboratório de Pesquisas Clínicas / Centro de Referência em Leishmanioses Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

INFORMAÇÕES GERAIS: Estamos dando início a uma pesquisa em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e vimos pedir a sua colaboração. Trata-se de um levantamento sobre o conhecimento dos moradores do município (nome do município) sobre a leishmaniose visceral que é uma doença com casos na região. Além disso, faz parte do trabalho um levantamento das condições locais de moradia. A partir das informações obtidas, o Centro de Referência em Leishmanioses do Centro de Pesquisas René Rachou e a Secretaria de Saúde irão desenvolver atividades educativas (palestras, distribuição de material, informativo, reuniões) para evitar que a leishmaniose ocorra.

DESCRIÇÃO DA PESQUISA:

Você receberá a visita de um agente de saúde da Secretaria que fará perguntas sobre a doença. Serão quatro visitas nas quais você terá que responder a um questionário com seis perguntas, marcando a resposta certa com um **X**. Além disso, para o levantamento das condições locais de moradia, o agente de saúde terá que fazer perguntas sobre a sua casa, observar e anotar algumas características do seu lote incluindo o jardim e o quintal. A sua participação na pesquisa é voluntária e você não receberá qualquer pagamento para participar.

BENEFÍCIOS: Com este levantamento, o Centro de Referência em Leishmanioses e a Secretaria de Saúde poderão desenvolver atividades educativas como palestras, distribuição de material informativo, entre outras, para evitar que a doença ocorra.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO DE PROJETO (continuação)

RISCOS POTENCIAIS: A participação na pesquisa não trará nenhum risco para você ou os outros moradores da casa, e você pode desistir de continuar participando a qualquer momento, por qualquer motivo.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados referentes à sua identificação não serão revelados e ficarão sob a responsabilidade da coordenadora geral da pesquisa. Mas, é importante informar que o acesso a essas informações pode ser permitido a um número limitado de integrantes da equipe de pesquisadores.

ENTENDIMENTO POR PARTE DOS PARTICIPANTES: Se você tiver alguma dúvida sobre o trabalho, por favor, faça contato com uma das seguintes pessoas que são os responsáveis pela pesquisa no seu município (Zélia M Profeta da Luz/ Centro de Pesquisa René Rachou: Av Augusto de Lima, 1715-Barro Preto, telefone- 3133497808 ou 7700, e-mail: profeta@cpqr.fiocruz.br; nome do responsável do município/telefone/e-mail/endereço institucional).

Eu pude fazer perguntas relacionadas com todas as etapas da pesquisa e os pesquisadores responderam a todas as minhas dúvidas. Autorizo, por este documento, à Dra. Zélia Maria Profeta da Luz ou (nome do responsável no município) a me incluir neste projeto.

CONSENTIMENTO:

Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar voluntariamente desta pesquisa.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Local _____

Data: ____/____/____

9.3 QUESTIONÁRIO SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL

Identificação:

Data:

1) Distrito e Unidade que trabalha:

2) Idade: _____

3) Sexo: [] Masculino [] Feminino

4) Estudou até que série

Por favor, responda as questões abaixo.

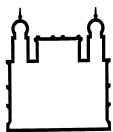
- 1) Explique como se dá a transmissão vetorial da leishmaniose Visceral?

- 2) Descreva os sintomas e tratamento da leishmaniose Visceral no ser humano e reservatório?

- 3) Descreva as medidas de prevenção e controle da leishmaniose visceral. Explique os motivos de serem estas as medidas.

9.4 CD-ROM avulso sobre a leishmaniose visceral

9. 5 Cartilha avulsa sobre a leishmaniose visceral



9. 6 Questionário de avaliação do material da oficina

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou

Questionário de avaliação do material utilizado nas aulas

1) você gostou do material utilizado?

Pouco

Mais ou menos

Muito

2) O que você mais gostou?

3) O que você menos gostou

4) O que você acha que deveria ser feito para melhorar o material?

5) Você entendeu tudo o que foi apresentado?

Pouco

Mais ou menos

Bastante

6) O que você não entendeu?

7) A aula preencheu suas expectativas

() sim () não () parcialmente

9. 7 Questionário fechado sobre a leishmaniose visceral

Questionário sobre Leishmaniose Visceral(LV)

1) Unidade que trabalha _____

2) Idade: _____ 3) Sexo: Masculino Feminino

4) Grau de instrução: _____ (estudou até qual série)

Marque com um X a resposta correta:

Pergunta	Resposta				
	1	2	3	4	5
1. A LV também é conhecida como:	Lepra	Malária	Dengue	Calazar	Leptospirose
2. A leishmaniose visceral é transmitida:	Mordida do cachorro	Picada do mosquito palha ou flebótomo	Picada do <i>Aedes aegypti</i>	Urina do rato	–
3. Principais sintomas da LV nas pessoas:	Febre durante muitos dias e emagrecimento	O doente apresenta feridas no corpo	Febre, dores no corpo, dores de cabeça, manchas brancas pelo corpo, dor atrás do olho.	Crescimento das unhas e queda de cabelo	–
4. Em relação à LV é necessário que:	As pessoas e os animais sejam vacinados	As pessoas e os animais sejam tratados com medicamentos específicos	As pessoas sejam diagnosticadas e tratadas na fase inicial da doença	As pessoas fiquem apenas de repouso	–
5. Como podemos ajudar no controle?	Não comer carne crua ou mal passada	Tampar bem a caixa d'água e não deixar água acumulada.	Eliminar o lixo de forma adequada e manter o ambiente limpo.	Não mexer em caixas de gordura sem luvas e botas.	Não ter contato com água contaminada.
6. Como é feito o controle da transmissão da doença?	Eliminação de focos com água parada, vacinação dos cães e tratamento dos doentes.	Eliminação de barbeiros e caramujos e tratamento dos doentes.	Eliminação de cães contaminados e tratamento dos doentes.	Eliminação de escorpiões e ratos e tratamento dos doentes	–

9. 8 Roteiro de avaliação dos observadores

Roteiro para os observadores/ avaliação do repasse da informação pelos multiplicadores

Preencher um formulário para cada multiplicador

Data do repasse: ____/____/____

Início do repasse (hora): _____

PSF treinado _____

Nome dos agentes multiplicadores e do PSF de origem:

Nome dos observadores e Gerência a qual pertencem:

Itens a serem observados em relação ao agente:

1) Conhecimento demonstrado (domínio do assunto):

() Bom () Elementar () Fraco

Principais dificuldades:

2) Motivação (apresentou com entusiasmo): () Sim () Não

Observações:

3) Controle do grupo (manteve o grupo atento, interessado): Sim Não

Observações:

4) Apresentou com desenvoltura? Sim Não

Itens a serem observados em relação aos indivíduos que estão sendo treinados

O interesse será medido pela participação da maioria dos treinados.

1) Interesse: Sim Não

2) Participação: Boa Moderada Fraca

Observações:

3) Dúvidas apresentadas pelos alunos

4) O multiplicador soube responder?

Sim Não Mais ou menos

5) Em quais itens o representante da Secretaria teve que intervir?

6) Observações gerais/sugestões:

Fim do repasse (hora): _____

9. 5 Folheto avulso sobre a leishmaniose visceral

10 Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Informe técnico institucional. Rev Bras Saúde Mater infant. 2003;3(1):113-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rbsmi> >Acesso em: 05 março 2008.
2. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília; 2005. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br> >Acesso em: 05 janeiro 2009.
3. Bermudez J, Carvalho AI. O SUS baseado em conhecimento. In: A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde – O diálogo na comissão intergestores tripartite. Coleção Escola de Governo. Rio de Janeiro; 2003.
4. Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2003;19(2):571-578. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp> >Acesso em: 05 março 2008.
5. Costa CHN, Pereira, HF, Araújo MV. Epidemia da leishmaniose visceral no estado do Piauí, Brasil, 1980-1986. Rev Saúde Pub [internet]. 1990;24(5):361-372. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >Acesso em: 07 março 2008.
6. Jerônimo SMB, Oliveira RM, Mackay S, Costa RM, Sweet J, Nascimento ET, et al. An urban outbreak of visceral leishmaniasis in Natal, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1994;88:386-388.
7. Deujeux P. The increase in risk factors for leishmaniasis worldwide. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2001;95(3)239-243.
8. Luz ZMP, Pimenta DN, Cabral ALLV, Fiúza VOP, Rabello A. A urbanização das leishmanioses e a baixa resolutividade diagnóstica em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Rev Soc Bras Med Trop. 2001;34(3)249-254.
9. Ministerio da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose visceral, Brasília; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_leish_visceral2006.pdf >Acesso em: 20 abril 2008.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasil; 2008. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/svs> >Acesso em: 8 fevereiro 2009.
11. Gama MEA, Barbosa JS, Pires B, Cunha AKB, Freitas AR, Ribeiro IR. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública [internet].1998;14(2):381-390. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp> >Acesso em: 20 agosto 2008.

12. Luz ZM, Schall V, Rabello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2005;21:606-21. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp> > Acesso em: 22 abril 2008.
13. Costa e Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2007;23(6):1405-1414. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp> > Acesso em: 2 setembro 2008.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008 [Acessado em novembro de 2008] Disponível em:< [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) > Acesso em: 3 abril 2008.
15. Organização Mundial da Saúde. Report of the Scientific Working Group meeting on Leishmaniasis. Geneva: WHO; 2004. Disponível em:< [http:// www.who.int](http://www.who.int). > Acesso em: 4 setembro 2008.
16. Organização Mundial da Saúde. Control of leishmaniasis. Executive Board 118/4. Geneva: WHO; 2006 may. Disponível em:< <http://www.who.int> > Acesso em: 2 setembro 2008.
17. Badaró R, Duarte MIS. Leishmaniose visceral in Focaccia R (Ed). Veronesi: tratado de infectologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu.2006.p.1559-1588. Volume 2.
18. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, Ghalib H, Rijal S, Peeling RW, et al. Visceral Leishmaniasis: what are needs for diagnosis, treatment and control? *Nature*. 2007;5:873- 882.
19. Palatnik-de-Sousa cb, Santos WR, Franca-Silva JC, Costa RT, Reis AB, Palatnik M, et. al. Impact of canine control on the epidemiology of canine and human visceral leishmaniasis in brazil. *Am J Trop Med Hyg*. 2001;65(5):510–517.
20. Monteiro EM, França da Silva JC, Costa RT, Costan DC, Barata RA, Paula EV, et al. Leishmaniose visceral: estudo de flebotomíneos e infecção canina em Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005; 38(2):147-152.
21. Gontijo CMF, Melo MN. Leishmaniose Visceral no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. [internet]. 2004; 7(3):338-349. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo/php> > Acesso em: 10 abril 2008.
22. Gavgani ASM, Hodjati MH, Mohite H, Davies C. Effect of insecticide-impregnated dog collars on incidence of zoonotic visceral leishmaniasis in Iranian children: a matched-cluster randomised trial. *Lancet*. 2002 ;360(9330) :374-379.
23. Fernandes A, Costa M, Coelho E, Michalick M, Defreitas E, Melo M, et al. Protective immunity against challenge with *Leishmania (Leishmania) chagasi* in beagle dogs vaccinated with recombinant A2 protein. *Vaccine*. 2008; 26(46):5888-5895.

24. Arias JR, Monteiro PS, Zicker F. The Reemergence of Visceral Leishmaniasis in Brazil. *Emerg Infect Dis.* 1996;2(2):145-146.
25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONAS; 2003.
26. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990
27. Brasil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 1990
28. Brasil. Norma Operacional Básica NOB 01/91. Resolução INAMPS n.º 258 de 07/01/91. Promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Brasília; 1991.
29. Brasil. Norma Operacional Básica NOB 01/93. Portaria n.º. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993. Sistematiza o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e conseqüentemente do próprio Governo Federal. Brasília; 1993.
30. Brasil. Norma Operacional Básica NOB 01/ 96. Portaria n.º. 1742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996. Promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Brasília; 1996.
31. Brasil. Norma Operacional de Assistência à saúde NOAS - SUS 01/2001. Portaria n.º. 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília; 2001.
32. Brasil. Norma Operacional de Assistência à saúde NOAS-SUS 01/2002. Portaria n.º. 373 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2002.
33. Mendes, EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, org. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.p17 – 55.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília; 2006.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 2006.
36. Maciel FR. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
37. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Públ. [internet]. 2000 Jun; 34(3):316-319. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>> Acesso em: 20 abril 2008.
38. Rosa WAG, Labate, RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino- am de Enfermagem [internet]. 2005;13(6): 1.027-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 20 abril 2008.
39. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em: 6 outubro 2008.
40. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família ultrapassa a marca de 50% de brasileiros atendidos. [Notícia em 17-04-2008] Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>> Acesso em: 23 abril 2008.
41. Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. Cad Saúde Pública [internet]. 2008;24(4):169-178. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>> Acesso em: 4 novembro 2008.
42. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface (Botucatu). 2001;9(14):150-153.
43. Girardi SN, Carvalho CL. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. Formação, Brasília. 2002;2(6):15-35.
44. Araújo MBS. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2007;12(2):455 -464. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 7 maio 2008.
45. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface (Botucatu) [internet]. 2001;9(14):133-142. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10 março 2008.

46. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad de Saúde Pública [internet]. 2006;22(6): 1171-1181. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>> Acesso em: 10 março 2008.
47. Silva CM, Ronzani TM. O Programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2008;13(1):23-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 12 novembro 2008.
48. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [internet]. 2005;9(16):161-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 4 abril 2008.
49. Hartz ZMA, Contandriopoulo AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública [internet]. 2004;20Sup2:331-336. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>> Acesso em: 14 agosto 2008.
50. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saude soc. 2004(13)3:44-57. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 20 abril 2008.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS - Manual do Multiplicador. Prevenção às DST/AIDS. Brasília; 1996. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações>> Acesso em: 3 abril 2008.
52. Ayres JRJM. Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers. Interface (Botucatu) [internet]. 2003;7(12):113-128. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 2 abril 2008.
53. Onyango-Ouma W, Aagaard-Hansen J, Jensen BB. The potential of schoolchildren as health change agents in rural western Kenya. Soc Sci Méd. 2005; 61: 1711-1722.
54. Magalhães DF. Análise de modelo de repasse da informação sobre leishmaniose visceral por alunos de ensino fundamental aos seus familiares [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Veterinária da UFMG; 2008.
55. Shimizu HE. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. Revista Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2004;12(5):713-715. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 20 outubro 2007.
56. Almeida AH, SoaresCB. A dimensão política do processo de formação de pessoal auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2002;10(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 20 outubro 2008.
57. Instituto de Pesquisas Aplicadas. Universidade Federal de Minas Gerais. Diagnóstico sócio-econômico da Cidade de Ribeirão das Neves. 2007.

58. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves. Plano Municipal de Saúde. 2008.
59. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 05 de outubro de 1988. Brasília; 1988.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Portaria nº 189 de 19/11/1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. Brasília; 1991.
61. Valladares A C A, Lappann-Botti N C, Mello R, Kantorski L P, Scatena M C M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2003;5(1):04- 09. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 4 janeiro 2009.
62. Luz ZMP, Fiuza VOP, LUZ C, Menezes F C, Ladeira MM, Morais, et al. Programa de multiplicadores da informação em leishmanioses da região metropolitana de Belo Horizonte [CD-ROM] Belo Horizonte; 2005.
63. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiência precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana. 1996;120(6)(472-82).
64. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Públ. [internet]. 1996;30(3):285-293. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 30 agosto 2008.
65. Eric JF, Larry GK. Test Statistic and Sample Size for a Two-Sample. McNemar Test Biometrics. 1989;45(2):629-636.
66. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1999. 269p.
67. Luz ZMP, Carneiro M, Schall V, Rabello A. Contribution to the health service organization on visceral leishmaniasis: an integrated work to provide diagnosis and treatment of the disease. Cad. Saúde Pública. In press 2009.
68. Benzaken AS, Garcia E G, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Paiva V. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. Rev Saúde Públ [internet]. 2007;41supl2(2):118 – 126. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 agosto 2008.
69. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Rio de Janeiro; 1999. Nova Fronteira; p.1378.
70. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. Trab Educ Saúde. 2008;6(3):503-517.

71. Brassolatti RC, Andrade CFS. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. Ciênc Saúde Coletiva [internet]. 2002;7(2) 243-251. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 25 abril 2008.
72. Gonçalves EMV. Adolescência e vulnerabilidade. Interface (Botucatu) [internet]. 2000;7(173-178). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 26 abril 2008.
73. Tomasi E. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [internet]. 2008;24 sup1:193-201. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>> Acesso em: 20 abril 2008.
74. Escorel S, Giovanella L, Magalhães de mendonça MM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Public 2007;.21(2):164-176. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 18 novembro 2008.
75. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública [internet]. 2004;20(5):1400-1410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp>> Acesso em: 18 maio 2008.
76. Bornstein VJ, Stoz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. Trab Educ Saúde. 2008;6(3):457-480.
77. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J). Rev Saúde Coletiva [internet]. 2004;14(1):41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 13 novembro 2008.
78. Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. Saúde Debate. 1994;43(60-63).
79. Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Portillo JAC. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. Rev. Saúde do Dist Fed. 2004;15(3/4):67-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 9 setembro 2007.
80. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface (Botucatu) [internet]. 2004;8(15):258-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10 outubro 2008.
81. Freire, Paulo. Pedagogia do oprimido. 45ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 2005. p.213.