



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ANA LÚCIA ALVES DE SOUZA

EFETIVIDADE DO TREINAMENTO DE HANSENÍASE EM TRÊS
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO:
A VISÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECIFE - 2013
ANA LÚCIA ALVES DE SOUZA

**EFETIVIDADE DO TREINAMENTO DE HANSENÍASE EM TRÊS
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO:
A VISÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Orientador: Katia Virginia de Oliveira Feliciano

Coorientador: Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

S729e Souza, Ana Lúcia Alves de

Efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do estado de Pernambuco: a visão de profissionais da estratégia saúde da família / Ana Lúcia Alves de Souza; orientadora Katia Virginia de Oliveira Feliciano; coorientadora Marina Ferreira de Medeiros Mendes. – Recife: Do Autor, 2013.

78 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2013.

1. Assistência à saúde – Hanseníase. 2. Informação em saúde. - Hanseníase. 3. Saúde da Família – Treinamento e estratégia de ação – Avaliação. 4. Programa de Saúde – Treinamento – Efetividade. I. Feliciano, Katia Virginia de Oliveira, orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros, coorientadora. IV. Título.

CDD 362.1

ANA LÚCIA ALVES DE SOUZA

**EFETIVIDADE DO TREINAMENTO DE HANSENÍASE EM TRÊS
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO:
A VISÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em 25 de outubro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sílvia Wanick Sarinho
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Prof^a. Dr^a. Katia Virginia de Oliveira Feliciano
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas especialmente importantes para mim: aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, pelas palavras de conforto e por sempre terem acreditado no meu potencial e a toda minha família, pelo estímulo.

AGRADECIMENTOS

Embora sejam muitas as pessoas a quem quero agradecer esta conquista, prefiro iniciar agradecendo a Deus, que deve ser o grande responsável não apenas por eu ter conseguido realizar este objetivo, mas, principalmente, por eu ter tido a coragem de ir buscá-lo, trilhando um caminho novo e desconhecido que só tem me dado alegrias e realizações.

À Prof^a. Dr^a. Katia Virginia de Oliveira Feliciano, a quem, a enorme sorte de apenas conhecer já seria uma honra. Mas, como tudo que acontece na minha vida supera as expectativas iniciais (que em geral já são boas), fui contemplada com a oportunidade de ser sua orientanda. Agradeço pelas direções oferecidas, pelos ensinamentos, pelas oportunidades de desenvolvimento propiciadas e, principalmente, pelo exemplo de pessoa e profissional que me guiou nesta nova etapa da minha vida de trabalho.

À Prof^a. Marina Ferreira de Medeiros Mendes, minha coorientadora, pela solicitude e disponibilidade dispensadas e por acreditar nas possibilidades de realização deste trabalho.

Aos profissionais que participaram dos grupos focais, pela disponibilidade, atenção, presteza e valiosa contribuição à compreensão buscada neste trabalho.

Aos gestores dos municípios de Olinda, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes, pelas informações disponibilizadas e por terem propiciado às condições necessárias para realização do trabalho de campo.

Às Residentes Denise Melo e Thaís Carine da Silva pela simpatia e apoio inestimável na captação dos participantes e desenvolvimento dos grupos focais.

A Marileide Vieira da Costa, pela cuidadosa transcrição dos grupos focais.

Às Prof^{as.} Dr^{as.} Silvia Wanick Sarinho, Ana Cláudia Figueiró, Lygia Carmen de Moraes Vanderlei pela gentileza em participar de minhas bancas examinadoras, oferecendo sugestões valiosas para o aprimoramento do trabalho.

Aos colegas do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pelos momentos compartilhados, pelo muito trabalho, pelas angústias e alegrias, parceria, apoio, confiança e contribuição em todas as fases desta minha nova trajetória.

A todos os professores, pelos ensinamentos, contributo científico e oportunidades de reflexão.

À Coordenação do Curso e aos funcionários, pelo jeito acolhedor para com os mestrandos.

Aos meus colegas de trabalho pela paciência e compreensão.

À Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco pelo suporte financeiro e operacional e à Associação Brasileira de Saúde Coletiva pelo apoio financeiro.

Ao Dr. Eronildo Felisberto e a Roselene Hans, pelo apoio incondicional, motivação, orientação, aprendizado durante todos esses anos e oportunidade de ser mestre.

A Jacyra, minha velha amiga, grande parceira sempre, pelo incentivo e exemplo iniciais, pela paciência e ajuda ao longo desta caminhada.

Desejo a todos vocês que cruzaram o meu caminho a mesma sorte que eu tive e que eu possa, um dia, retribuir tudo que sempre fizeram por mim.

O futuro é construído pelas nossas decisões
diárias, inconstantes e mutáveis, e cada evento
influencia todos os outros.

Alvin Toffler

RESUMO

Cenário: O Brasil encontra-se em terceiro lugar no mundo em casos de hanseníase e o estado de Pernambuco é prioritário para controle da doença no País. A capacitação é uma das estratégias centrais para reduzir a prevalência da endemia. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), nos últimos três anos, intensificou a realização de treinamentos, mas nunca avaliou a efetividade desta intervenção. **Objetivo:** Avaliar como os profissionais treinados da Estratégia Saúde da Família (ESF) percebem e interpretam os efeitos do treinamento de hanseníase. **Método:** Estudo qualitativo baseado na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas que utilizou modelo teórico-lógico da efetividade do treinamento de hanseníase fundamentado em Borges-Andrade e Abbad, desenvolvido em três municípios da Região Metropolitana do Recife: Olinda, Jaboatão dos Guararapes e São Lourenço da Mata, selecionados por ser hiperendêmico ou de alta endemicidade para hanseníase, fazer parte do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas e contar com profissionais da ESF treinados nos últimos dois anos. Foram selecionados profissionais que participaram do treinamento em clínica de hanseníase ministrado, em 2011, pela SES-PE. Em abril de 2013, foram realizados seis grupos focais, por município e categoria profissional, totalizando 22 médicos e 33 enfermeiras. Uma equipe composta por mediador, observador e relator efetuou coleta de informações. As gravações foram transcritas na íntegra. Os temas do roteiro e da análise referiram-se às reações ao treinamento, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais. Buscou-se compreender os sentidos manifestos e latentes para encontrar elementos comuns e variantes dentro e entre os grupos. Respeitaram-se os princípios éticos em pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Foram recorrentes opiniões positivas sobre desempenho do instrutor, material didático e desenvolvimento de atitude de alerta à ocorrência de casos, e negativas sobre falta de ensino prático, grande volume de informação em curto tempo e pouca ênfase em conteúdos básicos. A percepção de baixa autoeficácia e baixo *locus* de controle, de ambiguidade e conflito de competências comprometia desempenho individual e coletivo. Na visão geral faltava suporte à transferência de aprendizagem com as instituições distanciadas das necessidades de pacientes e equipes. Não foram identificadas, entre municípios, diferenças importantes nas opiniões sobre efeitos individuais do treinamento, mas num destes os profissionais tinham maior conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase, dispunham de kit para exame de sensibilidade e de mais apoio dos serviços de referência para diagnóstico. As enfermeiras mostravam maior insatisfação com suporte organizacional. Os médicos, sobretudo, questionavam a adequação da descentralização das ações. **Conclusão:** Os efeitos individuais e organizacionais ficaram aquém do esperado, mostrando a baixa efetividade do treinamento. O que aponta a necessidade de negociar processos de capacitação estruturados a partir da problematização do trabalho, com base na integração teoria-prática, considerando as condições para o desempenho.

Palavras-chave: Hanseníase, Treinamento, Transferência de Aprendizado, Efetividade, Avaliação, Educação.

ABSTRACT

Scenario: Brazil is in third place worldwide of leprosy cases and the State of Pernambuco is a priority to control the disease countrywide. The training is one of the central strategies to reduce the endemic prevalence. In the past three years, the State Health Department of Pernambuco (SHDP) intensified the implementation of training, but never evaluated the effectiveness of this intervention. **Objective:** To evaluate how the professionals of the Family Health Strategy (FHS) perceive and interpret leprosy training effects. **Method:** A qualitative study based on the Theory of Communicative Action Habermas, utilizing theoretic-logic model of the leprosy training effectiveness funded in Borges-Andrade and Abbad, was carried out in three municipalities in the Metropolitan Region of Recife, Pernambuco: Olinda, Jaboatão Guararapes and São Lourenço da Mata, selected to be hyperendemic or high endemicity for leprosy, part of the Program to Combat Neglected Diseases, and rely on trained professionals FHS in the past two years. Were selected professionals who in 2011 have performed clinical training in leprosy, administered by the SHDP. In April 2013 there were six focal groups by municipality and professional category, totaling 22 physicians and 33 nurses. The team consisting of mediator, observer and reporter developed the information collection. The recordings were transcribed verbatim. The interview guide and the analysis themes were referred to training reactions, learning, learning transfer and organizational results. We sought to understand the manifest and latent senses to find common and variants elements within and between groups. The principles for ethical research with humans were respected. **Results:** The recurrent opinions were positive on instructor's performance, teaching material and attitude alerting occurrence of cases, and negatively, lack of practical teaching, much information in short time and little emphasis on basic content. The perception of low self-efficacy and low *locus* of control, ambiguity and competence conflict committed individual and collective performance. In overview lacked support the transfer of learning to the institutions distanced needs of patients and staff. Were not identified among municipalities, important differences in opinions about the individual effects of training, but one of these the professionals had greater knowledge of the leprosy epidemiological situation, had the kit to test sensitivity and more support of the diagnostic reference services. The nurses showed greater dissatisfaction with the organizational support. Physicians mainly questioned the appropriateness of actions decentralization. **Conclusions:** The individual and organizational effects were lower than expected, showing the low training effectiveness. It's pointed out the need to negotiate structured training processes from work problematization, based on the integration of theory and practice, considering performance conditions.

Keywords: Leprosy, Training, Transfer of Learning, Effectiveness, Evaluation, Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
IMPACT	Modelo Avaliativo do Impacto do Treinamento
MAIS	Modelo Avaliativo Integrado Somativo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PE	Pernambuco
PCEDN	Programa de Controle e Eliminação das Doenças Negligenciadas
PPA	Plano Plurianual
PQT	Polioquimioterapia
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
SANAR	Programa de Enfrentamento das Doenças Negligenciadas
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico1: Coeficiente de detecção na população geral e em menores de 15 anos, por 100.000 habitantes, Pernambuco, 2001 a 2012.	04
Quadro1: Modelo teórico-lógico para análise da efetividade de treinamento de hanseníase	52

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
I. APRESENTAÇÃO	01
II. INTRODUÇÃO	03
III. JUSTIFICATIVA	15
IV. OBJETIVOS	16
4.1. OBJETIVO GERAL	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
V. MÉTODO	17
5.1. TIPO DE ESTUDO	17
5.2. CAMPO DA PESQUISA	17
5.3. TRABALHO DE CAMPO	18
5.4. ANÁLISE DO MATERIAL	21
5.5. ASPECTOS ÉTICOS	23
VI. RESULTADOS	24
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	52
APÊNDICE-1: Modelo teórico-lógico	52
APÊNDICE-2: Caracterização dos profissionais de saúde	53
APÊNDICE-3: Roteiro do grupo focal	54
APÊNDICE-4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
ANEXOS	58
ANEXO-1: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	58
ANEXO-2: Instruções para autores dos Cadernos de Saúde Pública	59

I. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, apresentada no âmbito do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, tem como objeto a efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do estado de Pernambuco, na visão de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Os estudos realizados durante a pós-graduação e a experiência em gestão me permitiram construir uma visão sobre os vínculos entre a gestão, os serviços de saúde e as formas adequadas de gerenciá-los. Os frutos da experiência prévia, das interações com colegas, das observações de outros gestores, da formação acadêmica e das correntes de pensamentos com as quais tenho afinidade, direcionaram meu olhar para algumas questões que, agora, me instigam na pesquisa da dissertação do Mestrado.

Essa condição exigiu um permanente esforço para manter uma postura crítica, em relação às escolhas que foram realizadas e as posições que foram assumidas. A opção por efetivar um estudo desta modalidade requer do pesquisador maturidade intelectual e renúncia à suposta neutralidade, colocando o desafio de indagar sobre seus pressupostos e interesses, a fim de reconhecer o lugar do outro. Requer, ainda, a responsabilidade para com o ambiente pesquisado, para evitar que a posição transitória na gerência do Programa de Controle da Hanseníase venha a criar expectativas que não poderão ser satisfeitas.

O desenvolvimento desta pesquisa avaliativa foi relevante tanto pelo seu produto final como pelo processo de sua construção, que articulou o saber próprio de cada sujeito do estudo com o saber científico, para compreender os desafios e os modos de enfrentamento no cotidiano da prática profissional. A combinação do avaliador interno e externo, estimulando uma visão cooperativa por meio de um processo coletivo de análise e reflexão, visou atenuar desvantagens atribuídas ao avaliador interno por ser parte da estrutura de poder.

O marco teórico do estudo foi construído progressivamente, a partir de um conjunto de leituras pertinentes que permitiram estabelecer um diálogo entre autores que tinham diferentes pontos de vista. Os seus objetivos foram alcançados com rigor teórico-metodológico, respeitando o compromisso profissional e ético. O delineamento metodológico utilizado está descrito de forma detalhada. Nele consta o contexto em que a pesquisa foi realizada, a caracterização dos sujeitos participantes, o trabalho de campo e a análise das informações produzidas. Apresentam-se os resultados da investigação no sentido de responder aos objetivos formulados. Finalmente, as conclusões são mostradas, destacando os aspectos mais relevantes da presente dissertação e as principais contribuições oferecidas.

O resultado final da avaliação alcançado mediante o privilegiado observatório de quem está no “olho do furacão” da aplicação da aprendizagem sobre a hanseníase, fornece, sem dúvida, uma oportunidade especial de trazer à luz a visão de fragilidades e fortalezas do treinamento. Espera-se, assim, poder auxiliar no planejamento de capacitações que qualifiquem o desempenho profissional nas ações de controle da doença.

II. INTRODUÇÃO

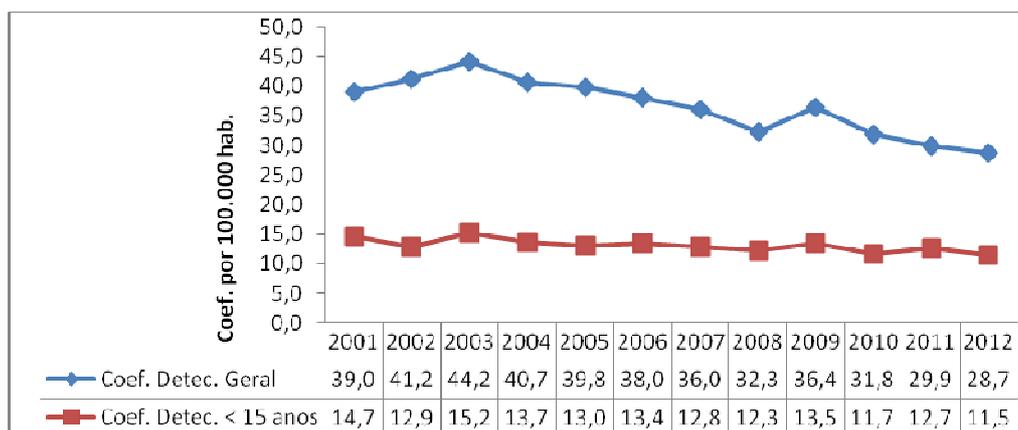
O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para a redução da morbidade por hanseníase: doença infectocontagiosa, crônica, de alto potencial incapacitante, com história milenar de estigma e preconceito contra os doentes.¹ No Brasil, em todas as regiões do País, houve decréscimo no coeficiente de prevalência de hanseníase de, em média, 1,3 casos/10 mil habitantes nos últimos 10 anos, mas não se conseguiu atingir o índice aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de menos de um caso/10 mil habitantes.² Na maioria dos estados, a doença permanece como um relevante problema de saúde pública, sendo imprescindível continuar à intensificação dos esforços empreendidos, em todas as esferas de governo, para fortalecer as ações de vigilância à saúde, com ênfase na capacitação e integração das ações de controle da endemia à atenção básica de saúde (ABS).^{1,2}

No estado de Pernambuco, entre 2001 e 2012, constata-se um discreto declínio do coeficiente geral de detecção de casos de hanseníase e do coeficiente de detecção em menores de 15 anos, os quais em 2012 corresponderam a, respectivamente, 28,7 e 11,5 casos/100 mil habitantes (Gráfico1). Neste ano, Pernambuco foi o responsável por 8,5% dos casos novos no Brasil, na população geral, e 12% dos casos em menores de 15 anos, ocupando a 9ª colocação na detecção geral e a 5ª em menores de 15 anos. Aproximadamente 62% desses casos concentravam-se na Região Metropolitana do Recife (RMR).³

O coeficiente de detecção do estado permite classificá-lo, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (MS), como de endemicidade muito alta para detecção geral (20,0 a 39,9 casos/100.000 habitantes) e hiperendêmico em menores de 15 anos ($\geq 10,0$ casos/100.000 habitantes) e ratifica sua condição de prioritário para o controle da doença no País. Segundo a Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do

MS, 25 dos 253 municípios prioritários para o controle da hanseníase estavam localizados em Pernambuco.⁴

Gráfico1: Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos por 100.000 habitantes, Pernambuco, 2001 a 2012.



Fonte: Sinan/SES/PE

O perfil epidemiológico da hanseníase, nos âmbitos nacional e estadual, indica a necessidade de priorizar o diagnóstico precoce da doença, sobretudo em menores de 15 anos, que podem ser os contactantes de casos ainda não identificados pelos serviços de saúde. O coeficiente de detecção alto sugere prevalência oculta como responsável pela manutenção de fontes de contágio na população. As mais altas taxas de detecção e prevalência da doença têm sido observadas nos estados e municípios com grandes desigualdades sociais.²

Em 2000, os Estados-membros das Nações Unidas aprovaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que estabelecem metas para a redução da pobreza, estando a saúde diretamente relacionada a três dos oito objetivos acordados. No objetivo nº 6, o Brasil incluiu a hanseníase entre as “outras doenças”, por reconhecer sua grande magnitude no território nacional.⁵ Para fortalecer as ações voltadas à doença, a Portaria Ministerial nº 1073/GM, de 26 de setembro de 2000, orienta sobre a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) na ABS.⁶

O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase ratifica, em 2002, o compromisso assumido pelo governo brasileiro na reunião da Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase.¹ Para organizar a atuação governamental, a Portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, inclui a hanseníase no Pacto pela Saúde que se desdobra no Pacto pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão.⁷ Desde 2007, o PCH está estruturado com base em cinco eixos estruturadores (Gestão, Vigilância Epidemiológica, Pesquisa, Comunicação e Educação e Atenção Integral) que orientam o planejamento, o monitoramento e a avaliação, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde. As ações requerem atuação em conjunto com outras áreas técnicas do MS e órgãos de governo, organizações não governamentais nacionais e internacionais, instituições de ensino e pesquisa, centros colaboradores, movimentos sociais e usuários do SUS.⁸

A hanseníase foi inserida no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, conforme a Lei 11.653, de 07 de abril de 2008, cujas ações pautam-se pela Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.⁹ A partir de 2011, como parte do Programa de Controle e Eliminação das Doenças Negligenciadas (PCEDN), coordenado na esfera internacional pela OMS, a hanseníase foi incluída no Plano Brasil sem Miséria. Ainda neste ano, a SVS criou a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE), elaborando o “Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase e Doenças Negligenciadas: Plano de Ação 2011-2015”, para apoiar a formulação e execução de Planos Integrados locais de eliminação da hanseníase, em todo o território brasileiro, coerentes com os princípios norteadores do SUS e os ODM.¹⁰

A operacionalização das ações por meio de uma rede integrada e regionalizada de atenção, tendo a ABS como porta preferencial do sistema de saúde, continua sendo considerada a melhor estratégia para eliminação da doença.¹¹ A Norma Operacional Básica do

SUS/1996 (NOB/96) definiu as responsabilidades do município na ABS, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para a mudança do modelo assistencial. A NOB/96 e o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciado em 2003, representaram instrumentos fundamentais para induzir a substituição, em nível nacional, da atenção tradicional.^{12,13}

As equipes da ESF buscam articular a ação individual e a ação coletiva, em um dado território. A todos os membros da equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) compete: intervir nos fatores de risco presentes na comunidade; prestar assistência integral, permanente e de qualidade, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, cura e reabilitação, no serviço e no domicílio; proceder a escuta qualificada das necessidades dos usuários; e coordenar a assistência da população adstrita mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.^{11,14}

A grande reorganização da assistência aos pacientes com hanseníase, a partir da ABS, iniciou-se na década de 80 na Secretaria de Ações Básicas de Saúde (SABS), recebendo um grande impulso quando, em 2002, o Departamento de Atenção Básica (DAB) aliou-se a esse esforço por meio, sobretudo, das equipes da ESF. A ESF tem um papel muito importante nas ações de controle da hanseníase, facilitando o acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento, à prevenção de incapacidades e às atividades educativas voltadas à diminuição do estigma e da exclusão social.¹

Para que os municípios assumam, de fato, as ações acima mencionadas, proporcionando os resultados esperados pelo PNCH, entre outros aspectos, os profissionais que atuam na ESF necessitam ser capacitados. Nesse sentido, no estado de Pernambuco, o PCH da Secretaria Estadual de Saúde (SES), desde 2008, tem intensificado os treinamentos, dando primazia aos municípios com as mais altas taxas de detecção da doença. No entanto,

esse investimento não tem produzido os resultados esperados em relação ao desempenho individual e organizacional.

Nesse ponto, torna-se relevante esclarecer a opção pelo conceito de “treinamento” na pesquisa atual. Apesar da capacitação para o controle da hanseníase ter como perspectiva teórica a aprendizagem baseada na educação permanente, a sua operacionalização é representativa do que se conceitua como treinamento. A educação permanente em saúde tem como pressuposto pedagógico a vinculação do aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização do trabalho.¹⁵ Por sua vez, o treinamento é a educação profissional que visa oferecer à pessoa, em curto prazo, os elementos essenciais para o exercício profissional, preparando-a adequadamente para exercer um cargo ou função. A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades estão dirigidos à melhoria do seu próprio desempenho, da área onde trabalha e de toda instituição.¹⁶

No Brasil, ainda é incipiente a realização de pesquisas avaliativas que contemplem a efetividade de treinamentos de hanseníase, tendo sido identificados, até o momento, dois estudos quantitativos no âmbito da ABS. Naquele efetuado no estado do Rio de Janeiro, o treinamento foi considerado efetivo, uma vez que, após a sua realização, houve um aumento estatisticamente significativo dos médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam no controle da hanseníase.¹⁷ O desenvolvido no estado do Rio Grande do Norte constatou que a maioria dos participantes, profissionais da ESF, tinha uma opinião positiva dos aspectos pedagógicos do treinamento e 99% afirmaram que ele contribuiu para aumentar a detecção de casos de hanseníase. No entanto, persistia a insegurança para diagnosticar a doença.¹⁸ Em ambos os estudos, as recomendações indicavam a necessidade de treinamento sistemático.^{17,18}

Para Borges-Andrade¹⁶, o aumento do volume de investimentos em treinamento pelas organizações e a necessidade de mensuração de sua efetividade têm levado a uma crescente preocupação entre os pesquisadores e os profissionais acerca da avaliação. Segundo Contandriopoulos et al.¹⁹:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (1997: 31).

Nesse sentido, avaliar treinamentos significa lhe atribuir o valor e termos de contribuições para o desempenho do indivíduo, do grupo e da organização, bem como identificar as condições necessárias para que um evento de treinamento gere os efeitos esperados, apontando as alterações que precisam ser efetuadas para a promoção de melhores resultados no futuro. A avaliação da efetividade de capacitações é importante para qualificar as decisões relacionadas ao planejamento, execução, transferência de aprendizagem e mudanças organizacionais.¹⁶

Segundo Draibe²⁰, a efetividade de um programa se mede pelas quantidades e níveis de qualidade com que realiza seus objetivos específicos, ou seja, pelas alterações que pretende provocar na realidade sobre a qual o programa incide. As alterações são de dois tipos: impactos e efeitos. Os impactos referem-se às mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém, requerendo comparação do tipo “antes-depois”, com seus indicadores medindo a variação de taxas de incidência e/ou prevalência de agravos e doenças. Os efeitos reportam-se às mudanças provocadas nos agentes que desenvolvem as ações e nas instituições as quais estão vinculados.

Nos estudos avaliativos da efetividade de treinamentos, os efeitos são agrupados em duas dimensões: (1) individual, que trata das consequências diretas e específicas produzidas

sobre o treinando, dizendo respeito à opinião sobre o treinamento, ao aprendizado alcançado e à aplicação no trabalho dos conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos na ação instrucional; (2) organizacional, que se refere às mudanças ocorridas na organização, estando relacionada às melhoras de suas capacidades de fornecer condições ao desenvolvimento continuado das ações que os treinamentos pretendem qualificar.^{21,22}

Avaliar treinamento não é uma preocupação recente. Um modelo clássico é o sugerido por Kirkpatrick (1976), citado por vários autores,^{16,21} que define quatro níveis de avaliação: reações, aprendizagem, comportamento no cargo e resultados. As reações representam medidas de satisfação com o treinamento em termos de qualidade do programa, instalações e desempenho do instrutor. A aprendizagem diz respeito à avaliação das diferenças de desempenho do treinando antes e depois do treinamento, em termos dos objetivos instrucionais. O comportamento no cargo aborda as melhorias no desempenho do treinando no trabalho, decorrentes da aplicação do que foi aprendido no treinamento. Os resultados enfocam as mudanças ocorridas no nível da organização em função do treinamento.

A partir deste modelo, Borges-Andrade¹⁶ concebeu o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS) que inclui os seguintes elementos: insumos, procedimentos, processos, resultados e ambiente. O insumo corresponde a fatores anteriores ao treinamento relacionados aos treinandos que podem afetar seus resultados: motivação, experiências na organização, etc. Os procedimentos são as operações realizadas para alcançar os resultados instrucionais: planejamento do treinamento e atuação do instrutor. Os processos abrangem as ocorrências significativas resultantes dos procedimentos: participação, dedicação e estudo, aprendizagem durante treinamento. Os resultados remetem à aprendizagem alcançada ao final do treinamento. O ambiente remete ao contexto organizacional antes e depois do treinamento: necessidades de treinamento, apoio à realização, disseminação da oportunidade de treinamento e resultados de longo prazo.

Abbad²³ desenvolveu o Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento (IMPACT), tem sete componentes: percepção de suporte organizacional, características do treinamento, características da clientela, reação, aprendizagem, suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. A percepção de suporte organizacional traduz a opinião dos treinandos sobre a gestão do desempenho, valorização profissional e apoio ao treinamento. As características do treinamento remetem aos objetivos, duração, conteúdo, material didático, bibliografia recomendada e desempenho do instrutor. As características da clientela estão relacionadas aos aspectos demográficos, funcionais, motivacionais e atitudinais.

A reação diz respeito à opinião dos treinados sobre o treinamento: programação, apoio ao desenvolvimento, desempenho do instrutor, aplicabilidade e utilidade. A aprendizagem remete à assimilação e retenção dos conteúdos ensinados no treinamento. O suporte à transferência indica o respaldo dado pela instituição para que os conhecimentos adquiridos sejam postos em prática. O impacto do treinamento no trabalho se constitui na autoavaliação do treinado sobre os efeitos que percebeu em seus níveis de desempenho, motivação, confiança e abertura à mudança.

Os elementos que condicionam os resultados esperados de treinamentos estão relacionados ao contexto, às características do treinamento e dos treinados.^{16,21,22,24-28} O contexto está referido aos fatores presentes no ambiente organizacional, antes e depois do treinamento. Antes do treinamento ressalta-se a percepção de suporte organizacional. No contexto pós-treinamento adquire importância o suporte à transferência de treinamento ou clima para transferência, o qual abrange: o suporte psicossocial - o apoio dos chefes e colegas à aplicação no trabalho dos conhecimentos, habilidades e atitudes; e o suporte material: disponibilidade de recursos e informações necessárias à aplicação da aprendizagem, incluindo espaço físico adequado. As variáveis de contexto são as que apresentam o maior poder de

explicação da transferência de treinamento. O suporte psicossocial apresenta relações significativamente positivas com o nível de aplicação do treinamento.^{21,22,24,25}

As características do treinamento dizem respeito ao planejamento instrucional e execução do treinamento.^{25,27,28} As características dos treinados que influenciam o processo de transferência do treinamento são: motivação para o treinamento, comprometimento no trabalho, auto-eficácia, *locus* de controle e satisfação no trabalho.^{21,22,24,25,27} Pesquisas brasileiras e estrangeiras constataram que as variáveis motivacionais eram mais fortes predictoras de sucesso individual em treinamento do que as capacidades cognitivas e as características demográficas da clientela. A motivação pode ser definida como a direção, o esforço, a intensidade e a persistência com que os treinandos se engajam nas atividades orientadas para aprendizagem antes, durante e depois do treinamento.^{24,25}

A percepção de autoeficácia resulta de autoavaliações dos indivíduos acerca de suas capacidades para obter sucesso em suas realizações. Pesquisas apontam para a autoeficácia como importante variável explicativa dos resultados de aprendizagem e desempenho pós-treinamento.²⁹ O *locus* de controle refere-se à percepção dos indivíduos sobre o caráter externo ou interno das fontes que controlam seu próprio comportamento, as recompensas esperadas e os resultados de ações pessoais, relacionando-se com a motivação para o treinamento e a transferência de aprendizagem.^{29,30}

Para esta pesquisa avaliativa foi elaborado um modelo teórico-lógico da efetividade do treinamento de hanseníase (Apêndice-1), constando: (1) **insumos**, correspondentes aos recursos humanos, financeiros, materiais, técnicos, etc., requeridos para executar treinamento; (2) **atividades**, equivalentes aos passos indispensáveis para o treinamento gerar os produtos esperados; (3) **produtos**, referidos aos indicadores dos serviços prestados; (4) **resultados em curto prazo**, remetendo às mudanças ou benefícios mais proximais ao treinamento; (5) **resultados intermediários**, relativos às conseqüências advindas da aplicação dos

resultados em curto prazo; e (6) **resultados finais**, relacionados aos benefícios gerados pela capacitação na organização.³¹ Elementos que serão analisados utilizando as categorias **reação, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais**, considerando fatores contextuais e individuais, mediante o diálogo entre os modelos de avaliação desenvolvidos por Borges-Andrade¹⁶ e Abbad²³.

A abordagem adotada neste estudo considera a visão de treinados sobre os efeitos em médio prazo do treinamento. A concretização das mudanças desejadas pelo treinamento possui uma dinâmica própria, estando condicionada por vivências, estruturas e processos que constituem a prática institucional, nas quais as inter-relações entre atores distintos são atravessadas por antagonismos e consensos.^{32,33} Nesses contextos, as desigualdades de autoridades técnicas, científicas e políticas afetam as possibilidades de participar da construção da efetividade do treinamento de hanseníase. A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas apresenta sugestões valiosas para a reflexão sobre esse tema.^{34,35}

Aplicada aos contextos de trabalho, a ótica da ação comunicativa proposta por Habermas³⁴ permite recuperar as organizações como construções históricas e sociais, onde a tomada de posição frente aos processos de capacitação passaria pela avaliação crítica dos participantes. Nessa teoria, a ação é comunicativa quando a linguagem é o elemento mediador das relações entre duas ou mais pessoas que procuram, expressamente, chegar a um acordo voluntário sobre algo no mundo. A prática da argumentação desempenha um papel importante na tematização de aspectos que mobilizam pontos de vistas distintos, permitindo o questionamento das pretensões de validade controversas sobre discursos e práticas. Em um dado contexto, a aceitação das pretensões de validade origina os fatos sociais e os perpetua, tornando a construção de acordos e pactos em uma questão central.

As pretensões de validade dizem respeito a diferentes domínios da realidade: (a) ao mundo objetivo, que se refere a algo que pode ser identicamente visto e percebido como algo

no mundo, corresponde à pretensão de *verdade*, reivindicando que o enunciado de afirmações sobre fatos e acontecimentos seja verdadeiro; (b) ao mundo social, relacionado às regras que norteiam as formas de vida dos indivíduos, está associada à pretensão de *correção* ou *adequação*, ou seja, ao desenvolvimento de ações legítimas no âmbito de dado contexto; e (c) ao mundo subjetivo, relativo aos desejos e sentimentos provocados pelas situações, correlaciona-se à pretensão de *autenticidade expressiva*, isto é, ao estabelecimento de efetiva comunicação entre as diferentes perspectivas em interação.^{34,35}

A ação é estratégica quando é orientada ao êxito, ou seja, quando as relações entre os diversos sujeitos passam a subordinar-se à lógica meio-fins, em que um visa a persuadir o outro a tomar uma decisão pré-definida. A linguagem é utilizada como um meio para transmissão de informações indutoras do comportamento. Habermas³⁴ alerta que toda ação, ainda que inconscientemente, está voltada para uma determinada finalidade, mas, quando se trata da ação comunicativa, os sujeitos só podem alcançar o almejado mediante o entendimento. Diante da desigualdade nas relações, identifica a negociação como alternativa para a solução de conflitos. Ele defende, como proposta para a sociedade, que transitemos progressivamente da ação estratégica para a ação comunicativa.

Nesse novo âmbito, os sujeitos procuram a conciliação de interesses e planos de ação por meio de um processo de discussão, buscando um consenso (ou um dissenso). Nota-se que, embora os dois tipos de orientação possuam a marca da racionalidade humana, a grande diferença é que, na ação estratégica a definição da finalidade não abre espaço para ouvir os argumentos dos outros, enquanto no agir comunicativo há um espaço de diálogo entre pessoas e entre grupos sociais, onde se pensa em conjunto sobre os melhores objetivos a serem buscados e os caminhos para alcançá-los. O entendimento mútuo, provindo do agir comunicativo, será um importante facilitador da coordenação de ações, e servirá de base para

a defesa da democracia no cenário político, com a crítica da repressão, censura e de outros modos de agir que não propiciam o diálogo dentro da sociedade.^{34,35}

III. JUSTIFICATIVA

Os aspectos que se seguem evidenciam a relevância desta pesquisa:

1. A hanseníase está inserida no Programa de Controle e Eliminação das Doenças Negligenciadas, em nível internacional e nacional. A capacitação e a integração das ações de controle da hanseníase à ABS são estratégias centrais na busca de garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos da doença.
2. O estado de Pernambuco é prioritário para o controle da hanseníase no País. No período de 2010 a 2012, o PCH/SES/PE intensificou os treinamentos, abrangendo 1.500 profissionais da ESF em 70,8% dos municípios. Nenhuma avaliação dessa intervenção educacional foi realizada.
3. No Brasil, os crescentes investimentos em treinamentos para o controle da hanseníase convivem com a carência de produção científica sobre a sua efetividade, segundo os resultados das buscas realizadas, até o momento, nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs.
4. A originalidade da abordagem que recorrerá à utilização simultânea de um modelo teórico-lógico e da perspectiva habermasiana para possibilitar uma compreensão mais abrangente de como profissionais da ESF, que foram treinados, percebem e interpretam os efeitos individuais e organizacionais do treinamento de hanseníase.
5. As recomendações produzidas, conjugando distintos e complementares olhares, que poderão contribuir com a formulação de políticas e estratégias educacionais e organizacionais que potencializem o controle da hanseníase.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar como os profissionais treinados das equipes de saúde da família, dos municípios de Olinda, Jaboatão dos Guararapes e São Lourenço da Mata, no estado de Pernambuco, percebem e interpretam os efeitos do treinamento da hanseníase.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. Compreender a percepção dos profissionais sobre os efeitos individuais do treinamento (reação, aprendizagem e transferência de aprendizagem).

4.2.2. Entender os modos de pensar e sentir dos profissionais relacionados aos efeitos institucionais do treinamento (resultados organizacionais).

4.2.3. Conhecer as propostas dos profissionais para melhorar a efetividade do treinamento de hanseníase.

V. MÉTODO

5.1. Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa que utilizou a abordagem qualitativa baseada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas³⁴, devido às suas potencialidades para aprofundar a compreensão dos efeitos do treinamento de hanseníase como uma construção coletiva que envolve sujeitos diversos, portadores de diferentes projetos e poderes no mundo, a partir de elementos das abordagens de Borges-Andrade⁴ e Abbad⁹ sobre a efetividade de treinamento.

5.2. Campo de estudo

O estudo foi realizado em três municípios do estado de Pernambuco: Olinda, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes, localizados na Região Metropolitana do Recife (RMR), área onde estão concentrados 62% dos casos de hanseníase. A seleção teve como base os seguintes critérios: ser hiperendêmico (coeficiente de detecção geral $\geq 40,0$ casos/100.000 habitantes) ou de alta endemicidade (20,0 a 39,9 casos/100.000 habitantes) para hanseníase, ser prioritário para o MS, ter área onde casos da doença se aglomeram no tempo e/ou no espaço (cluster) e fazer parte do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR); dispor de gestores municipais mobilizados para avançar no controle da doença; desenvolver as ações da hanseníase nos níveis primários e secundários de atenção e contar com médicos e enfermeiros da ESF treinados nos últimos dois anos.

O município de Olinda, no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, tinha uma população de 375.559 habitantes, configurando-se como o terceiro maior em porte populacional da RMR. O seu território é subdividido em 31 bairros

que estão, uniformemente, distribuídos em dois distritos sanitários. Com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,792, ocupa a quarta posição no ranking estadual. Em 2011, o coeficiente de detecção geral de hanseníase foi de 60,9 casos por 100.000 habitantes, classificando-se como município hiperendêmico para a doença. Os bairros de Alto da Conquista, Varadouro e Bultrins apresentavam as maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase. A rede básica é composta de 42 USF onde atuam 56 equipes.

De acordo com dados do IBGE, em 2010, o município de São Lourenço da Mata contava com 102.895 habitantes, sendo dividido em três distritos. O seu IDH de 0,707 coloca o município em 16^o no ranking estadual. No ano de 2011, o coeficiente de detecção geral de hanseníase foi de 31,1 casos por 100.000 habitantes, caracterizando uma endemicidade muito alta para a doença. As maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase foram identificadas nos bairros de Penedo e Nova Tiúma. A rede básica é composta de 21USF onde atuam 22 equipes.

Em 2010, o município do Jaboatão dos Guararapes tinha 644.699 habitantes, representando a segunda maior população do estado, conforme o IBGE, sendo dividido espacialmente em sete distritos. O IDH de 0,777 situa o município na quinta posição no ranking estadual. No ano de 2011, o coeficiente de detecção geral de hanseníase foi de 29,9 casos por 100.000 habitantes, apresentando uma endemicidade muito alta para a doença. As maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase foram encontradas nos bairros de Prazeres, Cavaleiro e Piedade. A rede básica é composta de 64 USF onde atuam 81 equipes.

5.3. Trabalho de campo

As informações foram coletadas em Abril de 2013, utilizando como técnica de pesquisa o grupo focal, cuja eleição deveu-se ao fato de sua essência ser, segundo Gatti³⁶, a

interação de seus participantes para colher informações sobre opiniões, valores e relações peculiares de um determinado grupo. Cruz-Neto et al.³⁷ definem o grupo focal como:

“uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico” (2002:5).

A principal característica da técnica de grupos focais reside no fato dela trabalhar com a reflexão expressa mediante a “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. Em decorrência, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo.³⁶

O PCH/SES/PE, no ano de 2011, ministrou treinamento em clínica de hanseníase aos profissionais da ESF, com carga horária de 16 horas, tendo como conteúdo programático: diagnóstico e classificação clínica e operacional, tratamento, noções básicas de prevenção de incapacidades e avaliação neurológica, episódios reacionais e recidivas, além de vigilância epidemiológica/ operacionalização do programa, utilizado as estratégias pedagógicas de aulas expositivas e exercícios (estudos de casos). Desse treinamento participaram 22 médicos e 31 enfermeiros de Olinda, 38 médicos e 62 enfermeiros de Jaboatão e 19 médicos e 21 enfermeiros de São Lourenço da Mata.

A população do estudo foi constituída por médicos e enfermeiros, da ESF, treinados em clínica de hanseníase, em 2011, pelo PCH/SES/PE. Elaborou-se uma listagem que contemplou o nome do profissional treinado e a equipe da ESF ao qual estava vinculado. Nos meses de março e abril de 2013, com o consentimento dos gestores municipais, os profissionais foram convidados mediante contato pessoal, durante visita às unidades onde

atuavam, levando em conta a diversidade dos distritos sanitários. Excepcionalmente, foram convidados por telefone. Nos municípios, finalizou-se a seleção quando, no mínimo, oito profissionais de cada categoria aceitaram participar da pesquisa, considerando a possibilidade de perdas. Houve 10 recusas de médicos e duas de enfermeiras. Para evitar as perdas, na véspera do encontro foram feitos contatos telefônicos e enviados e-mail àqueles que haviam aceitado participar. Ocorreram duas perdas de médicos. As instituições formalizaram a liberação dos participantes da pesquisa.

Seis grupos focais foram realizados, dois em cada município, divididos segundo a categoria profissional: sete médicos e 11 enfermeiras em Olinda; quatro médicos e 12 enfermeiras em São Lourenço da Mata e 11 médicos e 10 enfermeiras em Jaboatão dos Guararapes, totalizando 22 médicos e 33 enfermeiras. Em cada município foi providenciada uma sala de fácil acesso que dispunha das condições adequadas para o desenvolvimento da discussão e a qualidade da gravação. Antes de iniciar as atividades grupais, os participantes responderam questionário autoaplicável e anônimo, contendo informações sobre: categoria profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na ESF, tempo de trabalho na equipe atual, participação em treinamentos de hanseníase nos últimos cinco anos (Apêndice-2).

A coleta de informações foi efetuada por uma equipe com três pessoas – mediador, observadora e relatora, este último também se responsabilizou pela qualidade da gravação. O roteiro contemplou os componentes da efetividade que nortearam este estudo: reação ao treinamento, aprendizagem no treinamento, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais,^{16,23} bem como os sentimentos diante do trabalho realizado no controle da hanseníase, que permitiu aprofundar a reflexão sobre os dois últimos temas (Apêndice-3).

Esse instrumento guiou a discussão no grupo para que as sessões fossem mais bem direcionadas e nenhum tema deixasse de ser mencionado, sendo utilizado com flexibilidade: a equipe de pesquisa escolheu a questão que iniciou a sessão, mas a sequência decorreu da

dinâmica do grupo. A mediadora procurou intervir no sentido de reconduzir a discussão para o tema central e propor perguntas para que os sentidos dos discursos fossem explicitados e desdobrados. Além disso, foi importante a abertura para a absorção de novos temas e questões trazidas pelos participantes.^{38,39}

Nas gravações, que foram transcritas na íntegra por profissionais habilitados, utilizaram-se dois gravadores digitais, colocados nas extremidades da mesa ao redor da qual se sentaram os participantes. A duração de cada sessão foi, em média, de 01h30min. No momento da observação, as anotações de campo de caráter descritivo e reflexivo ficaram restritas a notas breves sobre os aspectos relevantes. O relator tomou notas de modo resumido de ideias e falas. Após finalizar cada sessão, as anotações foram cuidadosamente detalhadas. A equipe se reuniu, imediatamente, após encerrar as sessões, para conversar sobre o processo de produção do material, visando aprimorar o registro dos aspectos importantes.³⁶

5.4. Análise do material

Na análise do material adotou-se a perspectiva habermasiana, partindo dos parâmetros da interpretação apresentados por Minayo³⁸, com base em Habermas: compreensão do contexto em que as informações são geradas; valorização do material a ser interpretado; compreensão das razões do interlocutor; ponderação das diferenças e semelhanças entre o contexto dos pesquisados e do pesquisador; perguntar “por que” e “sob que condições” o sujeito de linguagem valoriza determinadas coisas, dedicando atenção aos antagonismos e contradições presentes nas relações sociais.

A pré-análise contemplou a avaliação da qualidade do material produzido e a ordenação dos dados.^{38,39} Na avaliação foi fundamental a definição de que as informações eram suficientes para a interpretação, ou seja, para a reflexão sobre os aspectos considerados

importantes, tendo em vista os objetivos do processo avaliativo. Na ordenação, o material foi organizado em dois subconjuntos diferenciados de discursos, por município e categoria profissional.

O primeiro passo da interpretação foi a classificação das informações por meio da leitura minuciosa e repetida do material produzido em cada grupo focal, deixando-se impregnar por seu conteúdo para alcançar uma visão do conjunto, compreender e agrupar os significados relevantes manifestos.^{38,39,40} Nessa etapa, o ideal é o pesquisador manter cuidadosa vigilância das suas preconcepções acerca do objeto, aspecto fundamental para identificar as categorias empíricas. Também se buscou compreender os sentidos latentes para identificar, entre outros aspectos, contradições e ambiguidades, iniciando o diálogo entre material empírico e referencial teórico da efetividade de treinamentos e ação comunicativa habermasiana.

O segundo passo correspondeu à leitura transversal que permitiu aprimorar o processo classificatório, buscando encontrar os elementos comuns e variantes dentro e entre os grupos. No terceiro passo, processou-se a análise final do material, procurando aprofundar as articulações estabelecidas entre o material empírico e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos.

A interpretação dos resultados mediante questionamento, por três pesquisadoras, dos pontos de vista e sentimentos dos participantes dos grupos possibilitou trazer à luz os sentidos implícitos. Essa triangulação foi realizada por meio da troca de impressões e informações sobre as categorias empíricas, fazendo-se uma nova incursão à teoria que baseou a investigação, de modo a ampliar a visão sobre o objeto de estudo.³⁹

As áreas temáticas da análise foram as contempladas no roteiro, as quais se fundamentaram na abordagem teórica da efetividade de treinamento utilizada nesta pesquisa^{16,23}: (1) reação ao treinamento; (2) aprendizagem no treinamento; (3) transferência

da aprendizagem e (4) resultados organizacionais. Na apresentação dos resultados para assegurar o anonimato dos pesquisados, codificaram-se os municípios como “M1”, “M2” e “M3” e os discursos, produtos da reflexão coletiva, como “GE” - grupo de enfermeiras e “GM” - grupo de médicos.

Como uma das pesquisadoras desenvolve funções gerenciais no PCH/SES/PE, realizou-se a combinação do avaliador interno e externo. Ela não se integrou à equipe responsável pelo trabalho de campo. Ademais, durante todo o estudo, especialmente na análise do material, por meio de um processo coletivo de reflexão, estimulou-se uma visão cooperativa para superar possíveis dificuldades na abordagem dos problemas cotidianos e questionar os conceitos e as práticas vigentes no programa, por ser parte da estrutura de poder.³²

5.5. Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo implicou a observância da Resolução 169/96 (do Conselho Nacional de Saúde) segundo os postulados da declaração de Helsinque (emendada em Hong-Kong, 1989). Desse modo, só participaram do estudo os profissionais que, após receberem explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, riscos, benefícios e confidencialidade da informação, concordaram, de forma voluntária, em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice-4). Após a obtenção da carta de anuência da Secretaria de Saúde de Olinda, Jaboatão e São Lourenço da Mata, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sendo aprovado com o nº 3363-12, em 09 de janeiro de 2013 (Anexo-1).

VI. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em formato de artigo original: *A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase*, que será enviado aos Cadernos de Saúde Pública (Anexo-2) – Qualis A2, ano base 2012.

A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase

La visión de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia sobre los efectos del entrenamiento de lepra

The Family Health Strategy professionals' vision on leprosy training effects

A visão de profissionais sobre efeitos do treinamento de hanseníase

Ana Lúcia Alves de Souza¹

Katia Virginia de Oliveira Feliciano²

Marina Ferreira de Medeiros Mendes³

¹ Diretoria Geral de Controle de Agravos Agudos. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi. CEP: 50751-530 Recife, PE. Brasil.

² Diretoria de Ensino, Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista. CEP: 50070-550 Recife, PE. Brasil.

³ Diretoria de Ensino, Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista. CEP: 50070-550 Recife, PE. Brasil.

Resumo

Estudo qualitativo que utilizou perspectiva habermasiana para avaliar como profissionais das equipes de saúde da família, de três municípios de Pernambuco, percebem e interpretam os efeitos do treinamento de hanseníase. Em abril de 2013, realizaram-se seis grupos focais, por município e profissão, perfazendo 22 médicos e 33 enfermeiras. Constaram do roteiro: reações ao treinamento, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais. Foram recorrentes opiniões positivas sobre desempenho do instrutor, material didático e atitude de alerta à ocorrência de casos, e negativas sobre falta de ensino prático, muita informação em curto tempo e pouca ênfase em conteúdos básicos. Perceberam baixa autoeficácia e baixo *locus* de controle, ambiguidade e conflito de competências e falta de suporte à aplicação do aprendido. As enfermeiras mostravam maior insatisfação com suporte organizacional. A baixa efetividade do treinamento aponta necessidade de negociar capacitação estruturada a partir da problematização do trabalho, considerando as condições para o desempenho.

Palavras-chave: Hanseníase, Treinamento, Transferência de Aprendizado, Efetividade, Avaliação.

Resumen

Estudio cualitativo que evaluó de la perspectiva habermasiana como profesionales de salud de la familia, de tres municipios de Pernambuco, perciben e interpretan los efectos del entrenamiento de lepra. En abril de 2013, se realizaron seis grupos focales, por municipio y profesión, considerando 22 médicos y 33 enfermeras. Constaron de lo guía: reacciones al entrenamiento, aprendizaje, transferencia de aprendizaje y resultados organizacionales. Fueron recurrentes opiniones positivas sobre desempeño del instructor, material didáctico y actitud de alerta a la ocurrencia de casos, y negativas sobre falta de enseñanza práctica, mucha información en corto tiempo y poco énfasis en contenidos básicos. Percibieron baja autoeficacia y bajo *locus* de control, ambigüedad y conflicto de competencias y falta de soporte a la aplicación de aprendizaje. Las enfermeras mostraban mayor insatisfacción con soporte organizacional. La baja efectividad del entrenamiento apunta necesidad de negociar capacitación estructurada a partir de la problematización del trabajo, considerando condiciones para el desempeño.

Palabras-chave: Lepra, Entrenamiento, Transferencia de Aprendizaje, Efectividad, Evaluación.

Abstract

This qualitative study used a Habermasian perspective to evaluate how professionals of the family health team in three municipalities in Pernambuco, perceive and interpret leprosy training effects. In April 2013, there were six focal groups by municipality and profession, totaling 22 physicians and 33 nurses. In the interview guide constrained: training reactions, learning, transfer on learning and organizational results. The recurring opinions were positive on instructor's performance, teaching material and attitude alerting occurrence of cases, and negatively, lack of practical teaching, much information in short time and little emphasis on basic content. They perceived low self-efficacy and low *locus* control, ambiguity and competence conflict and lack of support on applying what was learned. Nurses showed greater dissatisfaction with the organizational support. The low effectiveness in training pointed out the need to negotiate structured training from work problematization, considering performance condition.

Keywords: Leprosy, Training, Transfer of Learning, Effectiveness, Evaluation.

Introdução

A hanseníase é uma prioridade entre as doenças negligenciadas: enfermidades transmissíveis, endêmicas em condições de pobreza que apresentam indicadores inaceitáveis e deficiência no acesso a serviços de saúde. A capacitação e integração de suas ações de controle à atenção básica de saúde (ABS) são fundamentais para fortalecimento do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos.¹ A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal eixo organizador da ABS, segundo preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).²

Em Pernambuco, estado prioritário para controle da hanseníase no País, classificado pelo Ministério da Saúde como de endemicidade muito alta para detecção geral (20,0 a 39,9 casos/100.000 habitantes) e hiperendêmico em menores de 15 anos ($\geq 10,0$ casos/100.000 habitantes),³ desde 2010, o treinamento de médicos e enfermeiros da ESF tem prioridade. Busca-se oferecer, em curto prazo, conhecimentos dirigidos à melhoria do desempenho individual.⁴ Porém, esse investimento não mudou, significativamente, a detecção de casos e adesão ao tratamento, tornando necessário avaliar a efetividade do treinamento para indicar as mudanças que precisam ser efetuadas para alcançar melhores resultados no futuro.

No Brasil, dois estudos avaliaram a efetividade do treinamento de hanseníase no âmbito da ABS, utilizando outras perspectivas teórico-metodológicas.^{5,6} Naquele efetuado no Sudeste do País, o treinamento foi considerado efetivo porque promoveu aumento, estatisticamente significativo, dos médicos e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam no controle da doença.⁵ No Nordeste, a maioria dos profissionais da ESF manifestou satisfação com os aspectos pedagógicos do treinamento e reconheceu a contribuição dele para aumentar a detecção de casos de hanseníase, mas persistia a insegurança para diagnosticar a doença.⁶

Para Draibe⁷, a efetividade de um programa se mede pelas alterações que pretende provocar na realidade sobre a qual o programa incide. As alterações são de dois tipos: os impactos referem-se às mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém, sendo medido, por exemplo, pela variação de taxas de incidência de doenças. Os efeitos reportam-se às mudanças provocadas nos agentes que desenvolvem as ações e nas instituições às quais estão vinculados.

Nas avaliações da efetividade de treinamentos, os efeitos são agrupados em duas dimensões que conformam o modelo teórico-lógico desta pesquisa⁸, cujos componentes foram definidos a partir das abordagens de Borges-Andrade⁴ e Abbad⁹: (1) dimensão individual, relacionada às consequências diretas e específicas sobre treinando, concernente à opinião acerca do treinamento (reação), ao aprendizado alcançado (aprendizagem) e à aplicação no

trabalho dos conhecimentos e habilidades adquiridos na ação instrucional (transferência da aprendizagem); (2) dimensão organizacional, associada às melhorias das capacidades da organização de fornecer condições ao desenvolvimento continuado das ações que os treinamentos pretendem qualificar (resultados organizacionais).

Os condicionantes dos efeitos esperados de treinamentos relacionam-se ao contexto, às características do treinamento e dos treinados.^{4,9-18} No pós-treinamento é essencial o suporte da organização à transferência de aprendizagem. As variáveis de contexto apresentam o maior poder de explicação da transferência do aprendido.^{10-13,15-17} As características do treinamento dizem respeito ao planejamento instrucional e execução do treinamento^{10,16} e dos treinados ao comprometimento no trabalho, percepção da capacidade de realizar com sucesso determinada atividade (autoeficácia), percepção dos resultados decorrerem das práticas da pessoa ou de forças externas (*locus* de controle) e satisfação laboral.^{10-14,16-18}

A construção da efetividade de treinamentos envolve inter-relações entre atores distintos, sendo afetada pelas desigualdades de autoridades técnica e política.¹⁹ A perspectiva da ação comunicativa de Habermas^{20,21}, permitindo olhar as organizações como construções histórico-sociais, trouxe sugestões valiosas à reflexão deste tema. A ação é comunicativa quando os participantes procuram conciliar os interesses e os planos de ação mediante discussão, buscando um consenso (ou um dissenso). Nesta, a argumentação tem um papel fundamental, mobilizando visões distintas, com a tomada de posição passando, necessariamente, pela avaliação crítica de pretensões de validade controversas.

As pretensões de validade podem ser aceitas ou rejeitadas em determinados contextos, considerando-se as capacidades de: (a) desenvolver ações legítimas (correção ou adequação normativa); (b) enunciar certezas que são compartilháveis sobre fatos e acontecimentos (verdade proposicional) e (c) estabelecer efetiva comunicação entre diferentes perspectivas subjetivas em interação (autenticidade expressiva). A sua aceitação é que cria os fatos sociais e os perpetua, embora estejam sempre expostas ao questionamento mediante argumentos melhores e processos de aprendizagem que transformam os contextos.^{20,21}

Este estudo avaliativo buscou compreender como os profissionais treinados de equipes de saúde da família, de três municípios no estado de Pernambuco, percebem e interpretam os efeitos individuais e organizacionais do treinamento de hanseníase.

Método

Estudo qualitativo realizado em três municípios da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco: Olinda, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes, utilizando elementos

das abordagens de Borges-Andrade⁴ e Abbad⁹ sobre efetividade de treinamento e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas²⁰. Os critérios de seleção dos municípios foram: ser hiperendêmico ($\geq 40,0$ casos/100.000 habitantes) ou de alta endemicidade para detecção geral de hanseníase (20,0 a 39,9 casos/100.000 habitantes); ter áreas de aglomeração de casos no tempo e/ou no espaço; integrar o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR); contar com gestores mobilizados para controlar doença; desenvolver ações de controle da hanseníase nos níveis primário e secundário de atenção e contar com médicos e enfermeiros da ESF treinados nos últimos dois anos.

Os profissionais foram aqueles inseridos na ESF, treinados em clínica de hanseníase, em 2011, pelo Programa de Controle da Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde. Esse treinamento teve carga horária de 16 horas, constando de diagnóstico, classificação clínica e operacional, tratamento, noções de prevenção de incapacidades e avaliação neurológica, reações e recidivas, vigilância epidemiológica, operacionalização do programa. Utilizaram-se aulas expositivas e exercícios como estratégias pedagógicas. Com consentimento dos gestores municipais, os profissionais foram convidados mediante contato pessoal, durante visita às unidades onde atuavam, considerando diversidade de distritos sanitários. Excepcionalmente, foram convidados por telefone. Nos municípios, finalizou-se seleção quando, no mínimo, oito profissionais por categoria aceitaram participar da pesquisa, devido à possibilidade de perdas. Houve 10 recusas de médicos e duas de enfermeiras, além de duas perdas de médicos.

Em abril de 2013, foram realizados seis grupos focais, dois em cada município, por categoria profissional: sete médicos e 11 enfermeiras em Olinda; respectivamente, quatro e 12 em São Lourenço da Mata e 11 e 10 em Jaboatão dos Guararapes, totalizando 22 médicos e 33 enfermeiras. As salas utilizadas nos municípios ofereceram condições adequadas ao debate e à gravação. A equipe foi composta por mediador, observador e relator. Antes de iniciar os grupos, os participantes responderam questionário autoaplicável e anônimo, contendo informações sobre formação profissional, inserção na ESF e treinamentos de hanseníase.

O roteiro contemplou os componentes da efetividade norteadores deste estudo: reação ao treinamento, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais,^{4,9} sendo usado com flexibilidade para favorecer a expressão de ideias e sentimentos. Cada grupo durou, em média, 01h30minutos. Para assegurar o anonimato dos pesquisados, codificaram-se os municípios como “M1”, “M2” e “M3” e os discursos, produtos da reflexão coletiva, como “GE” - grupo de enfermeiras e “GM” - grupo de médicos.

A análise constou de: (a) leitura compreensiva para conhecer o “todo” dos discursos de cada grupo e visualizar o conjunto dos discursos; (b) identificação das percepções,

argumentos e contradições que se assemelhavam ou diferenciavam no interior de cada grupo; (c) identificação dos elementos comuns e variantes entre os grupos, delineando diferenças entre municípios e categorias profissionais e (d) interpretação mediante questionamento por três pesquisadoras de ideias e sentimentos dos participantes, estabelecendo diálogo entre dimensão subjetiva, referencial teórico da efetividade de treinamentos e ação comunicativa habermasiana, para compreender os significados implícitos. As áreas temáticas foram as contempladas no roteiro.

Nesta pesquisa, como uma das pesquisadoras desenvolve funções gerenciais no programa de controle da hanseníase, na esfera estadual, realizou-se a combinação do avaliador interno e externo. Ela não integrou à equipe responsável pelo trabalho de campo. Ademais, ao longo do estudo, sobretudo na análise do material, estimulou-se uma visão cooperativa mediante processo coletivo de reflexão, para superar possíveis dificuldades na abordagem dos problemas cotidianos e questionar os conceitos e as práticas vigentes no programa, por ser parte da estrutura de poder.¹⁹

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes dos grupos. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, com o nº 3363-12, em 09 de janeiro de 2013.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

Aproximadamente 59,1% dos médicos eram homens, com tempo de formado maior do que 40 anos (49,9%) e entre 10 e 14 anos de inserção na ESF (54,5%). Metade tinha de cinco a nove anos de atuação no município do estudo e 45,4% entre cinco e nove anos na equipe atual. Ao redor de 54,5% realizaram dois ou três treinamentos de hanseníase nos últimos cinco anos.

As enfermeiras eram todas mulheres, 40,6% tinham até nove anos de formadas e 54,5% entre um e nove anos de inserção na ESF. Proporção de 39,4% tinha entre um e quatro anos de atuação no município e 54,5% entre um e quatro anos na equipe atual, sendo maior no M3 (81,8%). Aproximadamente 66,7% participaram de dois ou três treinamentos de hanseníase nos últimos cinco anos.

Reações ao treinamento

Os resultados sobre utilidade das medidas de reação como predictoras de aprendizagem e transferência do aprendido são inconclusivos, mas é fundamental avaliar as reações para identificar necessidades de treinamento.^{10,16,22} Ao abordar a **programação do treinamento**, os profissionais afirmavam a qualidade dos conteúdos ministrados, mas referiram o pouco destaque conferido à classificação clínica, diagnósticos diferenciais, diagnóstico em crianças, quadros reacionais e incapacidade. A fala de uma enfermeira diferenciou-se ao solicitar a discussão de alternativas para adesão ao tratamento: *“Ideias, opções, se fez na atenção básica uma proposta diferente e conseguiu êxito”* (M2-GE). Na definição dos conteúdos indicaram ser preciso: *“pensar na diversidade do pessoal que tá na atenção primária”* (M2-GM), considerando tanto a crescente inserção de recém-formados e especialistas aposentados na ESF, como as diferenças na competência das categorias profissionais.

Nos grupos falaram da carga horária pequena para o volume grande de informação, dificultando assimilação, e dedicada exclusivamente ao ensino teórico. Como o objetivo do treinamento era qualificar o desempenho clínico, a simultaneidade do ensino teórico e prático foi solicitação unânime, pois, a falta de contato com o paciente comprometia a retenção da aprendizagem, necessária ao desenvolvimento das competências exigidas.¹⁶ A experiência direta é uma das principais fontes de informação para avaliar as próprias capacidades.²³

“Tinha fixado mais, entendeu? Porque ele deu o manejo clínico, a parte do acompanhamento, a avaliação do paciente em si, aí quebrou, entendeu? A gente fez a teoria e cadê a prática?” (M1-GM).

Em relação às **estratégias pedagógicas** empregadas no ensino teórico, os profissionais tenderam a avaliar as fotografias apresentadas como distanciadas da realidade das equipes. Aprovaram a leitura e discussão de casos clínicos, reconhecendo a insuficiência do uso isolado desse recurso para aprendizagem. Em geral, a exposição rebuscada do conteúdo dificultou a inteligibilidade: *“pra ele (instrutor) é a coisa mais fácil, mas pra gente não”* (M1-GE). O **desempenho do instrutor** despertou elogios, pelo domínio teórico e vivência no tema, que transmitiu muita segurança, e a disponibilidade de esclarecer dúvidas.

Quanto ao **apoio ao desenvolvimento do treinamento**, a adequação do local utilizado suscitou comentários isolados. Não houve distribuição de material didático para todos os profissionais, mas aqueles que receberam destacaram sua qualidade e até a sua utilização no processo de trabalho na equipe. A consulta na situação de trabalho do material distribuído é um indicativo de satisfação com treinamento.¹⁶

A avaliação da **aplicabilidade e utilidade** do treinamento expressa a apreciação do seu valor instrumental, estando correlacionada à transferência da aprendizagem.^{9,20} Neste estudo, o treinamento foi proveitoso, apesar da afirmação corriqueira: *“Eu não tenho segurança pra fazer”* (M2-GM), advertindo sobre a complexidade do diagnóstico de hanseníase inclusive para os especialistas. Os questionamentos da pretensão de descentralizar as ações, sobretudo dos médicos, fortaleciam as restrições à transferência do aprendido para o trabalho.

“Essas capacitações são dadas com o intuito da gente fazer tudo lá no posto, né? Não tem condição...” (M1-GM).

Ao abordar a **conveniência da disseminação para outros integrantes** da equipe, a necessidade dos ACS receberem treinamento foi expressão corrente e as enfermeiras entendiam que odontólogos e técnicos de enfermagem, também, deveriam ser treinados, pois, toda a equipe precisava participar do controle da hanseníase.

“Se todos da equipe tivessem essa visão, os casos seriam detectados mais precocemente” (M3-GE).

Estudos demonstram que a valorização das reações ao treinamento representa um caminho promissor para articulação das necessidades individuais e organizacionais.^{10,16,24} Para Zerbini & Meneses²⁴, os investimentos podem ser desperdiçados devido aos problemas na avaliação de necessidades e planejamento instrucional. Ao avaliar necessidades de treinamento, as instituições costumam identificar as competências individuais indispensáveis ao desempenho visado, desconsiderando a situação de aplicação da aprendizagem. Porém, o predomínio da perspectiva individual não significa escutar as necessidades percebidas por treinandos e treinados. A racionalidade que costuma ser utilizada na avaliação das necessidades de treinamento, da perspectiva habermasiana, tem caráter estratégico, pois, descontextualiza a ação, visando aos resultados pré-definidos.^{20,21}

Aprendizagem no treinamento

Habitualmente a aprendizagem é avaliada ao finalizar o treinamento.¹⁰ Esta pesquisa examinou a percepção dos treinados em médio prazo, quando procuravam utilizar o aprendido no trabalho, conferindo maior concretude à avaliação dos objetivos de aprendizagem do treinamento.

Nos discursos sobre **assimilação dos conhecimentos**, predominou um forte sentimento de embaraço frente ao diagnóstico de hanseníase devido à aprendizagem

insuficiente da avaliação neurológica e diagnósticos diferenciais. A maior dificuldade de suspeição que ocorria nos casos paucibacilares e em crianças, constituiu-se numa barreira importante ao diagnóstico precoce da doença.

“a dificuldade que eu vejo dos médicos é o diagnóstico daquelas lesões, quanto mais simples a lesão, mais complicado é o diagnóstico. [...] Em criança é mais difícil ainda” (M1-GM).

Amplamente relatado, o despreparo para proceder à classificação clínica e do grau de incapacidade dos casos, constituía-se num obstáculo à identificação de necessidades e ao preenchimento da ficha de notificação. Os profissionais, em geral, sentiam-se pouco preparados para acompanhar o tratamento, principalmente, pela ocorrência de quadros reacionais. Eles revelaram baixa autoeficácia percebida na atenção ao portador de hanseníase. A autoeficácia afeta os modos de sentir, pensar e agir, relacionando-se ao desempenho individual.²³ Pesquisas mostram a autoeficácia como variável moderadora do relacionamento entre aquisição e transferência dos conhecimentos adquiridos em treinamento.^{13,14,16}

“a classificação das formas clínicas, eu ainda sinto bastante dificuldade. [...] o tratamento é mais complicado ainda, pra quem não tem a especialidade... As reações, né?” (M3-GM).

Apesar das limitações percebidas na aprendizagem, o treinamento propiciou aos profissionais **oportunidades de melhorar o desempenho**, beneficiando a suspeição de hanseníase.

“[...] antes de fazer essa capacitação sobre hanseníase, eu não sabia muita coisa não, mas hoje estou mais alerta para o problema, quando chega um paciente com manchas, já penso na possibilidade de hanseníase, embora não esteja muito seguro” (M3-GM).

Relativamente à **capacidade de transmitir os conhecimentos a outros**, as enfermeiras disseram instruir aos ACS para buscar casos suspeitos de hanseníase. Contudo, semelhante aos médicos, consideravam que ACS desconheciam as características das lesões atribuíveis à hanseníase.

“As capacitações que eu recebo, eu repasso pra os agentes de saúde, embora eles não tenham, assim, aquela visão que a gente tem... [...] até pano branco eles mandam” (M1-GE).

O limitado conhecimento clínico dos enfermeiros e a desvalorização do ensino de dermatologia na graduação em medicina, com abordagem restrita da hanseníase, foram apontados como dificultadores da aprendizagem. A literatura identifica forte correlação da aprendizagem com características do treinando e suporte organizacional recebido por ele, elementos sobre os quais o treinamento não tem capacidade direta de intervenção. A aprendizagem é condição necessária, mas não suficiente, para transferência no trabalho.²⁴

Aplicação da aprendizagem no trabalho

Comumente, neste estudo, os profissionais integravam equipes que cobriam um número excessivo de famílias, vivenciando a rotatividade e redução da carga horária de trabalho dos médicos. Atribuíaam grande importância às condições de trabalho para utilizar os conhecimentos adquiridos, mencionando as repercussões negativas da sobrecarga laboral no desempenho das atividades de controle da hanseníase.

“Quantos pacientes chegam que realmente eu mando tirar a roupa pra olhar? Quantos? Eu não posso examinar todos os pacientes como é o protocolo” (M2-GM).

Havia uma forte percepção de baixa frequência e descontinuidade na ocorrência de casos na área adscrita, como obstáculos à manutenção do aprendido. Portanto, frente às variadas apresentações da doença que dificultava diagnóstico e os quadros reacionais que complicavam tratamento os profissionais afirmaram: *“A gente não tem prática suficiente pra se sentir seguro” (M3-GM)*. Nos M1 e M2, sobretudo, desconheciam a situação epidemiológica da hanseníase e, independentemente da procedência, não sabiam interpretar os indicadores da doença. Cabe lembrar que os municípios incluídos eram hiperendêmicos ou de alta endemicidade com os participantes, quase sempre, atuando em áreas que, apesar das limitações reconhecidas por eles na detecção de casos, não tinham alcançado o índice de menos um caso de hanseníase/10 mil habitantes aceito pela Organização Mundial de Saúde.²⁵

Sob a pressão do tempo, com a visão disseminada de deficiência no desempenho e de longo tempo gasto na avaliação neurológica, a maioria dos médicos receava tomar decisões clínicas em hanseníase, encaminhando os casos suspeitos aos serviços de referência: *“Nós não temos condição de estabelecer um diagnóstico de certeza” (M1-GM)*. As enfermeiras tendiam a considerar que apenas os casos de difícil decisão deviam ser encaminhados. Submetidas à cobrança institucional por resultados, com baixo *locus* de controle percebido, era comum sentirem-se desamparadas pela **falta de corresponsabilidade dos médicos**. Elas afirmaram não contar com suporte técnico na equipe para esclarecer dúvidas e dividir a responsabilidade com os casos.

“Os médicos de modo geral têm dificuldade de dar o diagnóstico, ficam sempre esperando o dermatologista. [...] principalmente aquele que não vai pra o treinamento, porque a maioria não vai” (M1-GE).

Os discursos evidenciaram que, usualmente, a atenção ao paciente era pouco articulada e a comunicação entre profissionais exercida apenas como instrumentalização da técnica, experimentando, às vezes, tensão nas relações interpessoais. Nesses contextos, em

algumas equipes a discussão de casos era rotineira, em outras era eventual ou inexistente, também, ocorrendo situações em que: “*você fica mandando pra ele (médico) e ele mandando pra você*” (M3-GE). Quando a equipe não tinha médico ou este não tinha sido treinado, as enfermeiras prestavam assistência clínica, no M3 com apoio do especialista. Raramente, nos M2 e M3, os profissionais consultavam e notificavam conjuntamente. Não havia tempo para monitoramento das ações.

Os médicos revelaram pouco envolvimento no acompanhamento dos casos, atividades administrativas (medicação, articulação com referência), sistema de informação, busca ativa e vigilância dos contactantes. As enfermeiras ainda treinavam e supervisionavam os ACS, que nem sempre demonstravam compromisso, mas eram considerados fundamentais na busca ativa de casos e contactantes.

“Tem lugar que a enfermeira atende tudo, dá remédio... E quando prepara papelada pra preencher? Enfermeira do posto de saúde da família é um burrinho de carga” (M1-GM).

Esses arranjos explicitavam a convivência e reprodução da fragmentação da organização do trabalho, dos saberes e da interação entre profissionais, apresentando características do que Peduzzi²⁶ denomina de equipes agrupamento. A falta de articulação interna das equipes era percebida como um forte obstáculo para aplicação do conhecimento sobre hanseníase no trabalho e um elemento importante da sobrecarga laboral, em especial da enfermeira.

A falta de flexibilização na divisão do trabalho e a definição das atribuições na equipe raramente foram questionadas pelos médicos. Em contrapartida, o **conflito e ambiguidade de competências** representava questão central para maioria das enfermeiras devido à insatisfação com desigualdade de direitos e deveres entre as categorias profissionais. Para elas, com maior ênfase no M3, a aplicação da aprendizagem exigia olhar para *como* esse trabalho estava dividido na equipe e pensar *qual* o lugar ocupado por cada trabalhador.

“a gente vai deixar o paciente sem assistência? Há muito tempo a gente tá fazendo muita coisa que não deve. [...] a gente tem que exigir que eles (os médicos) assumam o caso deles, a clínica. Porque as doenças negligenciadas estão todas com as enfermeiras” (M3-GE).

A comunicação é o veículo que possibilita a articulação das ações e a interação entre integrantes da equipe.²⁶ Para as práticas comunicativas constituírem-se como princípio organizador do trabalho, os envolvidos precisam, mediante o diálogo, buscar o entendimento e reconhecimento mútuo. No âmbito da ação comunicativa, para Habermas²⁰, o entendimento é determinante para coordenação das ações, visando ao resultado que o trabalho precisa

perseguir e atingir. O desempenho individual pretendido pelo treinamento de hanseníase vincula-se ao desempenho da equipe, no tocante à comunicação interna, solução de problemas e tomada de decisão.²⁷

Em contextos onde os acordos com a instituição parecem distanciar os médicos das ações programáticas, não foram negociadas as competências e responsabilidades de cada categoria profissional no controle da hanseníase, quando do planejamento do treinamento.²⁴ Essa atitude favoreceu a ambiguidade no processo de trabalho cotidiano, com efeitos negativos nos desempenhos individuais e coletivos, pois, dificultava a implicação de profissionais e equipes com os pacientes. Campos²⁸ alerta que delegação de responsabilidade ao profissional é fundamental para aproximá-lo dos resultados do seu trabalho, comprometendo-o com os pacientes.

A falta de corresponsabilidade de pacientes e contactantes domiciliares representava outro grande obstáculo à transferência no trabalho. Os profissionais identificaram barreiras para responsabilização: (1) escassa percepção das manifestações iniciais da hanseníase; (2) reduzida percepção da vulnerabilidade pessoal à doença resultante do descompasso entre desvalorização da mancha e visão da hanseníase como enfermidade deformante; (3) temor da discriminação advinda do estigma (escondia doença, solicitava sigilo aos profissionais e tratava-se noutro serviço) e (4) alcoolismo e uso de outras drogas. As equipes tendiam a olhar com insatisfação a chegada de um caso novo de hanseníase.

“todo mundo - putz! É aquele paciente pesado, enfadonho, que a gente sabe que vai ter que ficar em cima, a equipe já fica com um pé atrás” (M2-GM).

A difícil adesão do paciente ao processo diagnóstico e terapêutico exigia esforço redobrado, principalmente, de enfermeiras e ACS. Os contactantes domiciliares, também, resistiam às ações de vigilância. O preconceito contra os doentes de hanseníase era tido como empecilho à aplicação do aprendido e sentiam a necessidade de mais tempo para informar e esclarecer dúvidas, visando à responsabilização. Ao valorizarem apenas a dimensão informativa da comunicação, os profissionais demonstraram o caráter estratégico das suas ações. Para Habermas²⁰, nesse tipo de ação, a linguagem é utilizada como um meio para transmissão de informações indutoras de um comportamento predefinido, sem abrir espaço aos argumentos dos outros.

O predomínio da lógica meio-fins nas práticas dos participantes dificultava à compreensão das necessidades presentes nos contextos locais e minimizava a importância da negociação de projetos terapêuticos individuais.²⁹ A necessária corresponsabilidade de

pacientes e contactantes com os resultados das ações, o compromisso com a resolutividade, reiterada nos grupos como elemento fundamental para aplicação do aprendido, pressupõem o diálogo e a compreensão dos diferentes significados que o adoecimento e as práticas em saúde têm para os sujeitos.³⁰ Chama a atenção que o treinamento não contemplou a comunicação em saúde.

A desconsideração dos conflitos entre valores e interesses norteadores das decisões de pacientes e contactantes, certamente, favorecia a percepção de esgotamento dos recursos conhecidos utilizados na tentativa de fazer agir conforme as orientações recebidas. Também aumentava a impressão da ascendência de forças externas, não controláveis por eles, que tolhiam os resultados positivos. Nos grupos predominava a frustração pela distância entre investimento feito e resultado alcançado.

“Convocar os comunicantes é a maior dificuldade, a gente fica naquela insistência, mas muitas vezes escapou contatos que não foram vistos” (M2-GE).

“É trabalho, trabalho, mas você não consegue chegar lá na sua meta, quando consegue, finalmente, concluir um tratamento num paciente de hanseníase, você - Ufa!” (M3-GE).

As tentativas infrutíferas de garantir a adesão levavam a imputar o agravamento dos casos e persistência do contágio à falta de consciência de pacientes e contactantes, resultando, particularmente entre enfermeiras, em sentimentos de impotência, desvalorização do cuidado e temor das cobranças institucionais.

“[...] menina, você quer me comprometer? Você quer que eu vá responder por você? Porque quem vai responder por você sou eu. Eu é que sou responsável por você” (M1-GE).

Estudos constataam que a capacidade de controlar o desempenho influencia a motivação para transferência da aprendizagem.^{12,13,14} As variáveis motivacionais, afetando esforço e persistência no engajamento nas atividades, mostram-se mais fortes preditores de sucesso individual do que capacidades cognitivas e características demográficas dos treinados.¹⁶ Embora o suporte à transferência seja o principal preditor do desempenho individual resultante de treinamento.^{10,16,17}

Resultados organizacionais

A transferência da aprendizagem para o trabalho vincula-se ao desempenho das equipes e organizações.²⁷ O suporte à transferência é fator crítico para geração de condições específicas necessárias à aplicação do aprendido, provocando mudanças no trabalho.^{10,17} A infraestrutura, a comunicação, o controle, os conflitos e a confiança são condicionantes

importantes da percepção do ambiente organizacional.^{10,16,17} Neste estudo, a falta do **apoio ao trabalho em equipe** provocava enorme insatisfação no conjunto dos profissionais.

A atitude da coordenação de hanseníase de muita cobrança e pouco suporte operacional foi, largamente, identificada como obstáculo ao desenvolvimento das ações. Igualmente inexistia suporte técnico regular com esclarecimento de dúvidas em tempo hábil, apesar da grande insegurança técnica. Apenas no M3 dispunham de kits para exame de sensibilidade. O sistema de informação (preenchimento e regularidade do fluxo) foi apontado como o foco da instituição, desatenta às necessidades relativas ao paciente e ao trabalho em equipe. Em algumas equipes faltavam formulários ou se utilizavam modelos obsoletos.

“A cobrança é em cima da alimentação do sistema, eu acho que devia ser em cima do paciente em si. [...] muitos pacientes somem, não voltam, aí a gente avisa, notifica, mas fica vago” (M1-GE).

A consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos nos programas de saúde pública devem ser parte do trabalho coletivo. Contudo, as enfermeiras percebiam a instituição como avalista da pequena participação dos médicos no controle da hanseníase, inclusive no exercício da clínica. Faltava o suporte pós-treinamento, indispensável ao desenvolvimento da colaboração profissional, condição necessária ao aumento da autonomia da equipe como um todo diante dos problemas no enfrentamento da doença. Para Furtado³¹, a deliberada vontade dos integrantes é necessária, mas insuficiente para o trabalho cooperativo em equipe, cabendo à instituição assegurar o desenvolvimento da cooperação intraequipes. A gestão do trabalho médico na ESF, priorizando a produtividade, dificulta compromissos sólidos com as ações programáticas. Nessas circunstâncias, o debate exacerbado sobre a definição do diagnóstico e tratamento como atividades privativas dos médicos aumentava o sentimento de vulnerabilidade no trabalho.

“O respaldo legal que a gente não tem. [...] na hora que tá dando tudo certo, essa enfermeira é ótima, né? No dia que der errado - prática ilegal da medicina” (M3-GE).

Com o diagnóstico de hanseníase vinculado aos dermatologistas, foram muito mencionadas as **conexões formais entre serviços**. Nos M1 e M2, os longos intervalos para agendamento e realização da consulta ocasionavam a perda de pacientes. No M3, o atendimento do paciente encaminhado no dia em que demandava era um facilitador. Compartiam o caráter eventual da contrarreferência, com as enfermeiras buscando informação junto ao serviço ou ao paciente.

“a gente manda o agente de saúde ir atrás do paciente pra saber se foi fechado o diagnóstico, se já iniciou o tratamento” (M2-GE).

Algumas equipes no M3 dispunham do suporte de fisioterapeutas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), viabilizado mediante contato telefônico da enfermeira com profissional. Não havia fluxos de referência definidos para portadores de incapacidade e os profissionais estavam desinformados sobre os serviços que poderiam atender aos necessitados de reabilitação. Houve menção à carência de psicólogos e assistentes sociais. Pesquisa mostra a necessidade de monitoramento, sobretudo de casos em alta, para prevenir sequelas e limitação funcional.³²

“Quem é que tá dando respaldo pra essa paciente? Ninguém mais, ela tá lá com que restou dos pés, fazendo ferida, com necessidade de sapato, não tem né, por quê? [...] Virou número, tratou, num vai passar pra mais ninguém, acabou-se” (M2-GM).

Para agir com mais segurança, os profissionais solicitaram **ampliação do contexto de aprendizagem**, dando continuidade aos treinamentos com ênfase no ensino prático fundamentado nas vivências cotidianas. Os discursos indicaram uma aproximação à perspectiva teórica da aprendizagem baseada na educação permanente. Esta tem como pressuposto pedagógico a vinculação do aprendizado a elementos significativos para os envolvidos, com os processos de capacitação estruturados a partir da problematização do trabalho.³³

Os profissionais, nesta pesquisa, desejavam uma supervisão como estratégia gerencial para organização do trabalho, voltando-se às necessidades dos pacientes e das equipes. A compreensão de que faltava diálogo e o desejo de ser escutado estavam difundidos, mas eram as enfermeiras que mais questionavam o caráter predefinido das ações gerenciais. Praticamente inexistia espaço para compreensão dos distintos horizontes abertos pelas vivências, permitindo questionar pretensões de validade controversas sobre necessidades e características dos treinamentos, aprendizagem, condições de trabalho para transferência do aprendido e suporte organizacional. Portanto, nesses contextos, a linguagem não se constitua num elemento mediador de relações que visam à negociação de pactos.^{20,21}

O forte valor explicativo de variáveis relativas ao suporte à transferência, especialmente do suporte psicossocial e material, foi constatado em pesquisas. Para os gestores interessados em melhorar os efeitos do treinamento no desempenho dos treinados, aspecto fundamental a considerar é o apoio dos chefes e colegas à aplicação no trabalho dos conhecimentos aprendidos.^{13,15,17}

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa mostraram a recorrência, independentemente de município e categoria profissional, de opiniões indicativas de que foram pequenos os efeitos individuais e organizacionais do treinamento, resultando em sua baixa efetividade. A transferência do aprendido para o trabalho é o principal indicador da efetividade do treinamento no nível individual.¹¹ A pequena autonomia técnica para realizar o diagnóstico presuntivo, particularmente, nos casos paucibacilares e em crianças, representa um enorme obstáculo ao diagnóstico precoce da hanseníase. Convém atentar-se que o perfil epidemiológico da doença indica a necessidade de priorizar os menores de 15 anos, que podem ser os contactantes de casos ainda não identificados pelos serviços de saúde.

Ao investir em treinamento, as instituições tendem ao superdimensionamento da capacidade dos indivíduos de provocar mudanças na equipe e na organização.^{13,27} A desconsideração da influência do contexto de trabalho na aplicação da aprendizagem limita os efeitos do treinamento. Saber e querer fazer alguma coisa de modo eficaz não é condição suficiente para instituir a rotinização no trabalho do treinado dos desempenhos aprendidos no treinamento.¹⁷

A correção de rumo, visando à qualificação do desempenho clínico para assegurar detecção precoce e tratamento adequado dos casos de hanseníase, pressupõe o avanço das negociações para: (1) definir competências e responsabilidades de cada categoria profissional no controle da doença; (2) estruturar a capacitação na perspectiva da educação permanente, a partir da problematização do trabalho, com base na integração teoria-prática, considerando as condições do desempenho no indivíduo, equipe e organização; (3) introduzir conteúdos sobre comunicação em saúde, destacando sua dimensão dialógica, sem minimizar a importância da comunicação informativa; (4) capacitar outros integrantes da equipe, considerando a responsabilidade diferenciada do ACS; (5) apoiar o município na supervisão sistemática voltada ao fornecimento de suporte técnico, psicossocial, material e informacional às equipes e (6) monitorar as ações com base, também, em indicadores dos efeitos de treinamento.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.111). 89p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.556/GM de 28 de Outubro de 2011. [acesso em: 15 jul. 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html
4. Borges-Andrade JE. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estud. psicol.* 2002; 7: 31-43.
5. Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansen. Int.* 2002; 27: 70-76.
6. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev Bras Enferm* 2008; 61: 671-675.
7. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p.13-42.
8. Meneses PPM, Abbad G. Proposta para Desenvolvimento de Modelos de Avaliação da Efetividade de Programas de Treinamento. *RAC-Eletrônica* 2009; 3:105-122. [acesso em: 11 de mai. 2012]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac-e>
9. Abbad G. Um modelo de avaliação do impacto do treinamento no trabalho – IMPACT. [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1999.
10. Scorsolini-Comin F, Inocente DF, Miura IK. Avaliação de programas de treinamento, desenvolvimento e educação no contexto organizacional: modelos e perspectivas. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2011; 11: 37-53.
11. Pilati R, Abbad G. Análise fatorial confirmatória do impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2005; 21: 043-051.
12. Meneses PPM, Abbad G. *Locus* de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estud. psicol.* 2004; 9: 441-450.
13. Freitas IA, Borges-Andrade JE. Efeitos de treinamento nos desempenhos individual e organizacional. *Revista de Administração de Empresas* 2004; 44: 44-56.
14. Meneses PPM, Abbad G. Preditores individuais e situacionais de auto e heteroavaliação de impacto do treinamento no trabalho. *Rev. adm. contemp.* 2003; Edição Especial: 185-204.
15. Pantoja MJ, Porto JB, Mourão L, Borges-Andrade JE. Valores, suporte psicossocial e impacto do treinamento no trabalho. *Estud. psicol.* 2005; 10: 255-265.
16. Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. *R Adm.* São Paulo 2003; 38: 205-218.

17. Zerbini T, Abbad G. Transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho: análise crítica da literatura. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2010; 10: 97-111.
18. Filho GMS, Mourão L. A relação entre comprometimento organizacional e impacto do treinamento no trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2011; 11: 75-89.
19. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliações centradas nos participantes. *Avaliação de Programas: Concepções e Práticas*. São Paulo. Editora Gente; 2004. p.223-243.
20. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa*. Tomo I. 2ed. Madrid (España): Taurus; 1988.
21. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. 3ed. Madrid: Ed. Cátedra; 1997.
22. Abbad G, Gama ALG, Borges-Andrade JE. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. *Rev. adm. contemp.* 2000; 4: 25-45.
23. Bandura A, Locke EA. Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology* 2003; 88: 87-99.
24. Zerbini T, Meneses PPM. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. *Análise* 2009; 20 (2): 50-64.
25. World Health Organization. Leprosy global situation. *Wkly Epidemiol Rec* 2005; 34:289-296.
26. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Públ.* 2001; 35: 103-109.
27. Pantoja MJ, Borges-Andrade JE. Contribuições teóricas e metodológicas da abordagem multinível para o estudo da aprendizagem e sua transferência nas organizações. *Rev. adm. contemp.* 2004; 8: 115-138.
28. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (orgs.): *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª edição, São Paulo: Hucitec, 2002. p.229-266.
29. Feliciano KVO. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10 (Supl.1): S219-S227.
30. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009; 18 (sup.2): 11-23.
31. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2007; 11: 239-55.

32. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga CP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29:909-920.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa mostraram a recorrência, independentemente de município e categoria profissional, de opiniões indicativas de que foram pequenos os efeitos individuais e organizacionais do treinamento. Os antecedentes individuais da aplicação no trabalho revelaram a percepção de baixa autoeficácia e baixo nível de controle sobre o trabalho, bem como ambiguidade e conflito de competências e sobrecarga laboral. Apesar da atitude alerta à ocorrência de casos de hanseníase, a pequena autonomia técnica, de ambas as categorias profissionais, para assumir a responsabilidade pela decisão quanto ao diagnóstico presuntivo, particularmente, nos casos paucibacilares, representa um obstáculo importante para o diagnóstico precoce da doença.

O suporte à transferência é o principal preditor do desempenho individual resultante de treinamento, mas a percepção de insuficiência do apoio técnico e operacional era generalizada. A ausência de responsabilidade coletiva no trabalho (corresponsabilidade) decorre, ao menos em parte, do conflito e ambiguidade de competências e responsabilidades que competem aos médicos e enfermeiros, bem como do baixo grau de interação entre as categorias profissionais. As instituições não asseguravam o desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes que favorecessem práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações. Ademais faltava suporte material e informacional.

As relações entre profissionais, pacientes e contactantes, entre os integrantes das equipes e entre as equipes e os níveis gerenciais eram sistematicamente voltadas à indução de um comportamento preestabelecido. Portanto, nesses contextos, a linguagem não se constitui num elemento mediador de relações que visam à discussão de pretensões de validade controversas para chegar a um acordo voluntário ou negociar pactos.^{20,21} As necessidades

percebidas não encontravam espaço de expressão, originando uma grande insatisfação entre os profissionais.

Não foram identificadas diferenças importantes entre municípios, nas opiniões sobre efeitos individuais do treinamento, mas os profissionais no M3 contavam com alguns poucos diferenciais no suporte à transferência de aprendizagem: maior conhecimento da situação epidemiológica da hanseníase, disponibilidade de kit para exame de sensibilidade e, apesar das limitações, recebiam mais apoio dos serviços de referência para diagnóstico. Submetidas às cobranças institucionais, com maior percepção do baixo nível de controle sobre o trabalho, vulneráveis frente à indefinição de competências e responsabilidades, as enfermeiras valorizavam mais a fragmentação do trabalho na equipe e a insuficiência do suporte organizacional. Assim, mostravam-se muito mais insatisfeitas. Os médicos, sobretudo, questionavam a adequação da descentralização das ações de controle da hanseníase.

Os efeitos individuais e organizacionais ficaram aquém do esperado, resultando na baixa efetividade do treinamento. A correção de rumo pressupõe o avanço das negociações para:

- Avaliar com seriedade o suporte organizacional fornecido para seus empregados antes de submetê-los a treinamentos que podem não surtir efeito, caso não haja qualidade no delineamento do contexto pós-treinamento.
- Definir competências e responsabilidades de cada categoria profissional no controle da doença, durante o planejamento do treinamento, sem que a organização perca de vista a importância da flexibilização na divisão do trabalho, visando ao aumento da colaboração profissional, com os integrantes da equipe negociando as decisões clínicas e a integralidade da atenção.

- Estruturar a capacitação na perspectiva da educação permanente, a partir da problematização do trabalho, com base na integração teoria-prática, considerando as condições do desempenho individual, grupal e organizacional.
- Introduzir conteúdos sobre comunicação em saúde, destacando sua dimensão dialógica, sem minimizar a importância da comunicação informativa. Para Ayres²⁷, a escuta do outro está relacionada ao vínculo e à responsabilidade. O vínculo pode favorecer uma aproximação ao valor que o adoecimento e as práticas em saúde têm para sujeitos, sendo a verdadeira fonte de responsabilidade mútua.
- Capacitar outros membros da equipe, considerando a responsabilidade diferenciada do ACS, integrando-os ao processo de educação permanente.
- Apoiar o município na supervisão sistemática voltada ao suporte técnico, psicossocial, material e informacional, fortalecendo as ações no interior da equipe e no sistema de referência para diagnóstico e reabilitação dos casos de hanseníase.
- Monitorar as ações com base, também, em indicadores dos efeitos de treinamento, aproximando-se dos elementos que no processo de capacitação e no trabalho cotidiano criam obstáculos à aquisição, retenção e aplicação da aprendizagem.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
3. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Ano 4, nº5, Recife, Junho-2013. p 1-6.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.556/GM de 28 de Outubro de 2011. [acesso em: 15 jul. 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html
5. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000. [acesso em: 15 abr. 2012]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/sicorde/port_ms_1073.asp.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. [acesso em: 15 abr. 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. [acesso em: 15 abr. 2012]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: maio de 2007 a dezembro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle de geohelmintíase: plano de ação 2011-2015 Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2003; 3: 113-125.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PROESF-Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família; 2003 [acessado 2012 Ago 03]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: Atenção Básica. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS, v. 2).

15. Motta JIJ, Ribeiro ECO, Worzoler MCC, Barreto CMG, Candal S. Educação Permanente em Saúde. Rede Unida. Olho Mágico 2002; 9 (1):67-78.

16. Borges-Andrade JE. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estudos de Psicologia* 2002; 7: 31-43.
17. Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansen. Int.* 2002; 27: 70-76.
18. Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira Enfermagem* 2008; 61: 671-675.
19. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.
20. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB (Orgs.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p.13-42.
21. Freitas IA, Borges-Andrade JE. Efeitos de treinamento nos desempenhos individual e organizacional. *Revista de Administração de Empresas* 2004; 44: 44-56. [acesso em: 17 jun. 2012]. Disponível em: www.redalyc.org.
22. Scorsolini-Comin F, Inocente DF, Miura IK. Avaliação de Programas de Treinamento, Desenvolvimento e Educação no Contexto Organizacional: Modelos e Perspectivas. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2011; 11: 37-53.
23. Abbad G. Um modelo de avaliação do impacto do treinamento no trabalho – IMPACT. [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1999.

24. Lacerda ERM, Abbad G. Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas preditoras. *Revista de Administração Contemporânea* 2003; 7: 77-96.
25. Meneses PPM, Abbad G. Preditores individuais e situacionais de auto e heteroavaliação de Impacto do Treinamento no Trabalho. *Revista de Administração Contemporânea* 2003; Edição Especial: 185-204.
26. Pantoja MJ, Porto JB, Mourão L, Borges-Andrade JE. Valores, suporte psicossocial e impacto do treinamento no trabalho. *Estudos de Psicologia* 2005; 10: 255-265.
27. Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. *Revista de Administração* 2003; 38: 205-218.
28. Zerbini T, Abbad G. Transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho: análise crítica da literatura. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2010; 10: 97-111.
29. Meneses PPM. Autoeficácia, *locus* de controle, suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2002.
30. Meneses PPM, Abbad G. *Locus* de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estudos de Psicologia* 2004; 9: 441-450.
31. Meneses PPM, Abbad G. Proposta para desenvolvimento de modelos de avaliação da efetividade de programas de treinamento. *Revista de Administração Contemporânea - Eletrônica* 2009; 3:105-122. [acesso em: 11 de mai. 2012]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac-e>
32. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo. Editora Gente; 2004.
33. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13: 103-107.

34. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Tomo I. 2ed. Madrid (España): Taurus; 1988.
35. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. 3ed. Madrid: Ed. Cátedra; 1997.
36. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro Editora; 2005. Série Pesquisa em Educação 10.
37. Cruz-Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.
38. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17: 621-626.
39. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. (Orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.185-222.
40. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

APÊNDICE-1

Modelo teórico-lógico para análise da efetividade dos treinamentos de hanseníase

Componente: Capacitação	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados		
				Curto prazo	Intermediário	Final
				Efeitos		
				Individuais		Organizacionais
	<p>Recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - instrutores - coordenador do curso <p>Recurso físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sala de aula <p>Recursos materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - equipamentos - material didático - material educativo - material para teste de sensibilidade - material de consumo <p>Protocolos / normas</p> <p>Recursos financeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hora-aula - sala de aula - hospedagem - alimentação e transporte de alunos e instrutores - material instrucional 	<p>Planejamento:</p> <p>Identificar as necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais ao desempenho qualificado das atividades. <p>Definir os objetivos instrucionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar os profissionais para executar as ações básicas de controle da hanseníase. <p>Determinar a clientela:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família dos municípios X, Y, Z. <p>Programação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo: diagnóstico, classificação clínica e operacional, tratamento, noções de prevenção de incapacidades e avaliação neurológica, episódios reacionais e recidivas, vigilância epidemiológica e operacionalização do programa. - Carga horária: 16 horas. - Duração do curso: 02 dias. - Número de alunos por turma: 50. - Estratégias instrucionais: técnicas didáticas. - Material instrucional <p>Execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar os recursos didáticos <p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coleta sistemática de informações: reação, aprendizagem, transferência de treinamento e resultados organizacionais. 	<p style="text-align: center;">REAÇÃO</p> <p>Nº de profissionais treinados satisfeitos com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programação do treinamento - instalações/material didático - desempenho do instrutor - estratégias didáticas - ambiente de aprendizado - conhecimentos e habilidades adquiridos - aplicabilidade e utilidade do treinamento <hr/> <p>Nº de profissionais treinados para desenvolver as ações básicas de controle da hanseníase</p> <p>Nº de profissionais treinados para capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS)</p>	<p style="text-align: center;">APRENDIZAGEM</p> <p>Aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar busca ativa de casos suspeitos - efetivar o diagnóstico precoce - avaliar o grau de incapacidade - prescrever tratamento - assegurar adesão ao tratamento - efetuar vigilância dos contatos - realizar atividades educativas - registrar informações em formulários indicados - notificar os casos da doença - informar encerramento do caso - monitorar indicadores de processo e resultado 	<p style="text-align: center;">TRANSFERÊNCIA DE APRENDIZAGEM</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacitar os ACS - ampliar a busca ativa de casos - aumentar a qualidade do exame clínico - aumentar a qualidade da avaliação de incapacidade - aumentar percentual de casos com incapacidade avaliada - aumentar o número de casos com prescrições corretas - reduzir o abandono de tratamento - aumentar o número de contatos examinados - aumentar as atividades educativas individuais, grupais e comunitárias - melhorar a qualidade do registro de informações - manter fluxo regular de notificação de casos - melhorar a comunicação de encerramento do caso 	<p style="text-align: center;">RESULTADOS ORGANIZACIONAIS</p> <p>Assegurar a sustentabilidade, isto é a institucionalização do processo de trabalho da equipe voltado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - detecção precoce de casos - aumento do percentual de cura - monitoramento sistemático de indicadores

Impacto: Reduzir em 44% a prevalência e obter 90% a cura dos casos de hanseníase

APÊNDICE-2

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do estado de Pernambuco: a visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Caracterização dos profissionais de saúde

Município: _____

1. Categoria Profissional: Médico () Enfermeiro ()

2. Tempo de formado: _____ anos _____ meses

3. Tempo total de atuação em equipes da Estratégia de Saúde da Família:
_____ anos _____ meses

4. Tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, neste município:
_____ anos _____ meses

5. Tempo de pertença à equipe de saúde da família atual: _____ anos _____ meses

6. Tipo de vínculo empregatício, neste município: Efetivo () Contratado ().

7. Nos últimos cinco anos, participou de outro(s) treinamento(s) em clínica de hanseníase?
Sim () Não ()

Se SIM:

8. Número de treinamentos que participou: _____

APÊNDICE-3

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do estado de Pernambuco:
a visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Roteiro do grupo focal

Questão-chave 01: O que você achou do treinamento nas ações de controle da hanseníase realizado pela Secretaria Estadual de Saúde?

- Instalações/espço físico ()
- Programação do treinamento ()
- Desempenho do instrutor ()
- Estratégias didáticas ()
- Ambiente de aprendizado ()
- Duração do treinamento ()
- Material didático ()
- Compatibilidade entre objetivos e necessidades ()
- Apoio institucional para realizar o treinamento ()
- Sugestões para melhorar o treinamento ()

Questão-chave 02: O que você aprendeu no treinamento nas ações de controle da hanseníase?

- Diagnóstico e tratamento ()
- Avaliação Neurológica ()
- Prevenção de incapacidades ()
- Preenchimento dos formulários ()
- Interpretação dos indicadores ()
- Necessidades de aprendizagem não atendidas ()
- Sugestões para melhorar a aprendizagem ()

Questão-chave 03: Como tem sido a aplicação da aprendizagem na rotina de trabalho?

- Apoio dos colegas e chefias ()

- Suporte material ()
- Registro de informações
- Avaliação dos indicadores
- Fatores que facilitam o uso da aprendizagem ()
- Fatores que dificultam o uso da aprendizagem ()
- Sugestões para melhorar a aplicação da aprendizagem ()

Questão-chave 04: Qual tem sido a atitude da instituição frente às necessidades relacionadas ao controle da hanseníase?

- Estratégias gerenciais ()
- Organização do processo de trabalho na equipe ()
- Processos formais de referência e contrarreferência ()
- Monitoramento de ações e resultados ()
- Percepção de mudança após treinamento ()
- Sugestões para melhorar o apoio institucional ()

Questão-chave 05: Como se sentem diante do trabalho que realizam no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase?

- Motivação para o trabalho ()
- Participação nas decisões ()
- Satisfação com o trabalho ()
- Expectativas acerca do desenvolvimento do trabalho ()

APÊNDICE-4**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
PROFISSIONAIS DE SAÚDE****I. Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa**

- Nome do profissional de saúde:
- Documento de identidade:
- Endereço:
- Telefone:
- Município da pesquisa:

II. Informações sobre a pesquisa

Título da pesquisa: Efetividade do treinamento de hanseníase em três Municípios do Estado de Pernambuco: a visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadoras e telefones de contato: Ana Lúcia Alves de Souza (2122-4147), Katia Virginia de Oliveira Feliciano (2122-4122) e Marina Ferreira de Medeiros Mendes (2122-4147).

Convidamos o senhor/a senhora para participar desta pesquisa que tem como objetivo estudar a efetividade do treinamento de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados será realizada em salas cedidas pela Secretaria de Saúde do Município onde a pesquisa será efetuada. Esta pesquisa é importante porque os seus resultados poderão auxiliar na melhoria da capacitação em hanseníase, que representa um dos componentes fundamentais para o desempenho no controle da doença na atenção básica à saúde.

III. Consentimento da participação do investigado

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado/a sobre a finalidade da pesquisa “*Efetividade do treinamento de hanseníase em três Municípios do Estado de Pernambuco: a visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família*” e que estou perfeitamente consciente de que:

1. Concordei em participar da pesquisa sem que recebesse nenhuma pressão
2. Estou ciente que não serei remunerado pela minha participação.
3. Fui informado/a de que a pesquisa não representa risco para mim e de que a mesma pode ajudar na compreensão da efetividade do treinamento de hanseníase desenvolvido com profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

4. Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.
5. Participarei de um estudo no qual serão realizados grupos para debater aspectos relacionados a treinamento de hanseníase do qual tomei parte.
6. Estou ciente de que posso me recusar a dar respostas a determinadas questões do grupo focal, bem como terminar minha participação na pesquisa em qualquer tempo.
7. Dou permissão para utilizar o gravador digital para gravar os aspectos debatidos no grupo.
8. Estou ciente de que as gravações serão transcritas (a fala gravada será transformada em texto de computador), sendo me atribuído um código para preservar o anonimato.
9. Estou ciente de que alguns pesquisadores conhecerão o conteúdo para discutir os resultados, mas que essas pessoas guardarão em segredo a minha identidade.
10. Estou ciente de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados com fins acadêmicos, porém, sem que meu nome seja associado à pesquisa.
11. A pesquisadora se comprometeu a respeitar o anonimato das informações coletadas.
12. Estou ciente que após a finalização da pesquisa o arquivo digital correspondente à gravação do grupo focal será deletado.
13. Estou ciente da possibilidade de contato e acesso fácil ao Conselho de Ética e Pesquisa do IMIP (2122-4756).
14. Recebi da pesquisadora uma cópia deste documento.

Município, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisadora

ANEXO-1

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3363 -12 intitulado "Efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do Estado de Pernambuco: a visão de profissionais da estratégia saúde da família". Apresentado pelo (a) pesquisador (a) Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano, foi Aprovado sob condições pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 05 de dezembro de 2012, e tendo o(a) pesquisador(a) respondido posteriormente às solicitações exigidas, o projeto foi **APROVADO** em definitivo.

Recife, 09 de janeiro de 2013


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei. 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei. 5013 de 14/05/64
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 36238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.897-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550
PABX: (81) 2122.4100
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393
e-mail: imip@imip.org.br
www.imip.org.br

ANEXO-2



ISSN 0102-311X *versión
impresa*
ISSN 1678-4464 *versión on-
line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos

importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de

referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em

caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos

DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente

assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.