



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

Family Health Strategy professionals' view on the effects of Hansen's disease training

La visión de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia acerca de los efectos del entrenamiento de hanseniasis

Ana Lúcia Alves de Souza¹, Katia Virginia de Oliveira Feliciano¹, Marina Ferreira de Medeiros Mendes²

* Extraído da dissertação "Efetividade do treinamento de hanseníase em três municípios do estado de Pernambuco: a visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família", Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2013.

¹ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Evaluating how professionals of family health teams from three municipalities of Pernambuco perceive and interpret the effects of Hansen's disease training. **Methods:** A qualitative study using the perspective of Habermas. Six focus groups, totaling 33 nurses and 22 doctors were formed. The guide consisted of: reactions to training, learning, transfer of knowledge and organizational results. **Results:** There were recurrent positive opinions on instructor performance, course materials, and an alert attitude to the occurrence of cases; the negative points were about lack of practical teaching, a lot of information in a short period of time and little emphasis on basic content. Low perceived self-efficacy and low *locus of control*, ambiguity, conflict of skills and the lack of support for the learning application. Nurses showed greater dissatisfaction with the organizational support. **Conclusion:** The low effectiveness of training reveals the need to negotiate structured training from work problematization, considering performance conditions.

DESCRIPTORS

Leprosy; Patient Care Team; Family Health Strategy; Training; Effectiveness; Health Evaluation.

Autor correspondente:

Ana Lúcia Alves de Souza
Rua Larga do Feitosa, 30 – apto. 1503 – Encruzilha
CEP 52030-140 – Recife, PE, Brasil
souzaala@uol.com.br

Recebido: 03/11/2014
Aprovado: 06/04/2015

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma prioridade entre as doenças negligenciadas, termo que se aplica às enfermidades transmissíveis endêmicas em condições de pobreza, com indicadores inaceitáveis e deficiência no acesso a serviços de saúde. A capacitação e a integração das ações de controle na Atenção Básica (AB) são essenciais para fortalecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos⁽¹⁾. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o eixo organizador central da AB no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

No Brasil, os investimentos em treinamentos para o controle da hanseníase convivem com a falta de avaliação dessas atividades educativas. A produção científica nacional e internacional sobre o tema também é modesta, tendo sido identificados quatro estudos que avaliaram o treinamento para a abordagem da doença na atenção primária à saúde. Um foi realizado em Mali, tendo constatado o incremento da capacidade de suspeição da hanseníase⁽³⁾. Nos demais, efetuados no Nordeste e Sudeste do país, a maioria dos profissionais da ESF admitiu a utilidade do treinamento para detecção de casos, mas persistiu a insegurança para diagnosticar a doença⁽⁴⁻⁶⁾.

Em Pernambuco, estado classificado pelo Ministério da Saúde (MS) como de endemicidade muito alta para detecção geral da hanseníase (20,0 a 39,9 casos/100.000 habitantes) e hiperendêmico em menores de 15 anos ($\geq 10,0$ casos/100.000 habitantes), o treinamento de profissionais da ESF tem sido priorizado desde 2010, sem que seja avaliado. A busca em oferecer conhecimentos dirigidos à melhoria do desempenho individual em curto prazo⁽⁷⁾ torna essencial avaliar a efetividade dos treinamentos de hanseníase para indicar as mudanças requeridas, visando contribuir para alcançar melhores resultados nas ações educativas voltadas ao controle da doença.

A efetividade de um programa se mede pelas alterações que pretende provocar na realidade em que incide. As alterações são de dois tipos: os impactos referem-se às mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém, sendo medidos, por exemplo, pela variação de taxas de incidência de doenças. Os efeitos reportam-se às mudanças produzidas nos agentes que executam as ações e nas instituições às quais se vinculam⁽⁸⁾.

Nas avaliações da efetividade de treinamentos, os efeitos são agrupados em duas dimensões: (1) individual – relacionada às consequências diretas e específicas sobre o treinando, atinente à opinião acerca do treinamento (reação); às capacidades adquiridas; ao desempenho do instrutor; às estratégias pedagógicas; à aplicabilidade e utilidade do treinamento e conveniência da sua disseminação; ao aprendizado obtido (aprendizagem); à assimilação do conhecimento; a oportunidades de melhorar o desempenho e a capacidade de transmitir os conhecimentos; e à aplicação no trabalho dos conhecimentos e habilidades adquiridos na ação instrucional (transferência da aprendizagem), e (2) organizacional – associada à melhoria das capacidades da organização para fornecer condições ao desenvolvimento continuado das ações que os treinamentos pretendem qualificar (resultados organizacionais)^(7,9-10).

Os condicionantes dos efeitos almejados de treinamentos relacionam-se ao contexto, às características do treinamento e dos treinados^(7,9-14). No pós-treinamento é essencial o suporte organizacional porque as variáveis de contexto apresentam o maior poder explicativo da transferência do aprendizado^(7,10-11). As características do treinamento dizem respeito ao planejamento instrucional, à execução do treinamento⁽⁹⁻¹⁰⁾ e aos treinados, no que diz respeito a comprometimento no trabalho, percepção da capacidade de realizar com sucesso uma dada atividade (autoeficácia), percepção dos resultados advirem das práticas da pessoa ou de forças externas (*locus* de controle) e satisfação laboral^(7,10-12,14).

Ao permitir olhar as organizações como construções históricas e sociais, a Teoria da Ação Comunicativa trouxe sugestões valiosas para a reflexão da efetividade dos treinamentos. A ação é comunicativa quando os participantes procuram conciliar os interesses e os planos de ação mediante discussão, buscando o consenso. A argumentação tem um papel essencial, pois mobiliza visões distintas e a tomada de posição passa necessariamente pela avaliação crítica de pretensões de validade controversas, que podem ser aceitas ou rejeitadas em diferentes contextos, considerando-se as capacidades de: (a) desenvolver ações legítimas (correção ou adequação normativa); (b) compartilhar certezas sobre fatos e acontecimentos (verdade proposicional); e (c) estabelecer efetiva comunicação entre diferentes perspectivas subjetivas em interação (autenticidade expressiva)⁽¹⁵⁾.

Este estudo avaliativo buscou compreender como profissionais treinados de equipes de saúde da família no estado de Pernambuco percebem e interpretam os efeitos individuais e organizacionais do treinamento de hanseníase. A inclusão de três municípios, com diferentes arranjos organizacionais e especificidades no processo de trabalho, permitiu constatar variações na efetividade do treinamento, potencializando a capacidade de evidenciar de modo mais seguro os aspectos essenciais do problema avaliado e aumentando a utilidade dos resultados.

MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório, realizado em Olinda, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes, municípios da Região Metropolitana do Recife, PE, utilizando abordagens teóricas sobre efetividade de treinamento^(7,9-10) e a Teoria da Ação Comunicativa⁽¹⁵⁾. 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 casos aglomerados no tempo ou no espaço; integrar o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR); 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 incluídos foram aqueles da ESF, treinados em clínica de hanseníase pela Secretaria Estadual de Saúde, em 2011, com carga horária de 16 horas, contemplando: diagnóstico, classificação dos casos, tratamento, prevenção de incapacidades e avaliação neurológica, reações e

recidivas, vigilância epidemiológica e operacionalização do programa. As estratégias pedagógicas usadas foram aulas expositivas e exercícios. Os treinamentos seguiram o modelo proposto pelo MS. Com autorização dos municípios, convidaram-se os profissionais mediante contato pessoal, durante visita às unidades onde atuavam, considerando a diversidade de distritos sanitários. O convite por telefone foi excepcional. Houve 10 recusas de médicos e duas de enfermeiras, além de duas perdas de médicos.

Em abril de 2013, realizaram-se seis grupos focais, dois em cada município, por categoria profissional: sete médicos e 11 enfermeiras em Olinda; 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 dos grupos focais, que contaram com a presença de mediador, observador e relator. Antes de iniciar os grupos, os participantes responderam um questionário autoaplicável e anônimo sobre formação profissional, inserção na ESF e treinamentos de hanseníase.

O roteiro dos grupos focais enfocou os componentes da efetividade norteadores deste estudo: reação ao treinamento, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais^(7,9), sendo usado com flexibilidade para favorecer a expressão de ideias e sentimentos. Cada grupo durou em média 1 hora e 30 minutos. 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.

Na análise, o discurso foi interpretado dentro de um quadro de referências que possibilitou ultrapassar a mensagem manifesta e alcançar os significados latentes⁽¹⁶⁾. Para isso, buscou-se: a) conhecer o *todo* dos discursos de cada grupo e visualizar o conjunto dos discursos; b) identificar as percepções, os argumentos e as contradições presentes em cada grupo; c) identificar os elementos comuns e variantes entre os grupos, delineando diferenças entre municípios e categorias profissionais; e d) interpretar os discursos mediante questionamento por três pesquisadoras de ideias e sentimentos dos participantes, estabelecendo um diálogo entre a dimensão subjetiva e os referenciais teóricos do estudo para compreender os significados implícitos. As áreas temáticas estavam presentes no roteiro.

Como uma das pesquisadoras desenvolve funções gerenciais no programa de controle da hanseníase na esfera estadual, ela não participou do trabalho de campo. Ao longo do estudo, sobretudo na análise do material, estimulou-se uma visão cooperativa mediante um processo coletivo de reflexão para superar possíveis dificuldades na abordagem dos problemas cotidianos e questionar conceitos e práticas vigentes no programa, por ser parte da estrutura de poder⁽¹⁷⁾.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob o nº 3363, em 09 de janeiro de 2013, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

As enfermeiras eram todas mulheres, 40,6% tinham até 9 anos de profissão e 54,6% entre 1 e 9 anos de inserção na ESF; 39,4% entre 1 e 4 anos de atuação no município do estudo e 54,6% entre 1 e 4 anos na equipe atual. Entre os médicos, 59,1% eram homens, metade exercia a profissão há mais de 40 anos e 59,1% tinham entre 10 e 19 anos de inserção na ESF. Metade tinha de 5 a 9 anos de atuação no município e 45,4% entre 5 e 9 anos na equipe atual. Nos últimos 5 anos, ao redor de 54,5% dos médicos e 66,7% das enfermeiras haviam participado de dois ou três treinamentos sobre aspectos da prática clínica em hanseníase (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos profissionais, segundo o gênero, tempo de profissão, inserção no modelo assistencial e treinamento de hanseníase - Recife, PE, Brasil, 2013.

Variáveis	Enfermeiras (N=33)		Médicos (N=22)	
Sexo				
Feminino	33	100,0	9	40,9
Masculino	-	-	13	59,1
Tempo de profissão (anos)⁽¹⁾				
1-9	13	40,6	-	-
10-19	9	28,2	3	13,6
20-39	10	31,2	8	36,4
40-49	-	-	11	50,0
Tempo de atuação na Saúde da Família (anos)				
1-4	7	21,2	3	13,6
5-9	11	33,3	6	27,3
10-19	12	36,4	13	59,1
20-29	3	9,1	-	-
Tempo na Saúde da Família no município (anos)				
1-4	13	39,4	5	22,7
5-9	11	33,3	11	50,0
10-19	9	27,3	6	27,3
Tempo na equipe atual (anos)				
Menos de um	3	9,1	1	4,5
1-4	18	54,6	7	31,9
5-9	7	21,2	10	45,4
10-19	5	15,1	4	18,2
Treinamentos de hanseníase nos últimos cinco anos				
Nenhum	-	-	2	9,1
Um	5	15,1	6	27,3
2-3	22	66,7	12	54,5
4-5	6	18,2	2	9,1

⁽¹⁾ Uma enfermeira não informou o tempo de profissão.

REAÇÕES AO TREINAMENTO

No que se refere à programação do treinamento, os profissionais mostraram satisfação com a qualidade dos conteúdos ministrados, mas enfatizaram o pouco destaque dado à classificação clínica, aos diagnósticos diferenciais, ao diagnóstico em crianças, a reações e à incapacidade, citados pelos profissionais como fundamentais ao exercício qualificado da clínica.

Na definição dos conteúdos, indicaram ser preciso: *pensar na diversidade do pessoal que está na atenção primária (M2-GM), considerando as diferentes competências das categorias profissionais e a crescente inserção de recém-formados e especialistas aposentados na ESF. Uma enfermeira diferenciou-se ao solicitar a discussão de alternativas para adesão ao tratamento: Ideias, opções, se fez na AB uma proposta diferente e conseguiu êxito (M2-GE).*

Nos grupos foram comuns os comentários sobre o número grande de treinandos e a carga horária pequena para o volume de informação, dedicada somente ao ensino teórico, o que dificulta a assimilação. Segundo declararam, a falta de contato com o paciente comprometeu a assimilação e a retenção do aprendizado. A simultaneidade do ensino teórico e prático foi solicitação unânime para superar essa lacuna.

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

Em relação às estratégias pedagógicas adotadas no ensino teórico, os profissionais tenderam a avaliar as fotografias exibidas como distanciadas da realidade das equipes. Aprovaram a leitura e a discussão de casos clínicos, reconhecendo a insuficiência do uso isolado desse recurso para o aprendizado. Em geral, a exposição rebuscada do conteúdo dificultou a inteligibilidade: *para ele (instrutor) é a coisa mais fácil, mas para gente não (M1-GE).* O desempenho do instrutor despertou elogios, por seu domínio teórico e vivência no tema, que transmitiu segurança, possibilitando o esclarecimento de dúvidas.

O treinamento foi considerado proveitoso, apesar da afirmação corriqueira: *Eu não tenho segurança para fazer (M2-GM),* advertindo sobre a complexidade do diagnóstico de hanseníase, inclusive para os especialistas. Os questionamentos da pretensão de descentralizar as ações, sobretudo por parte dos médicos, enfatizaram as restrições à transferência do aprendizado 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 do treinamento para outros integrantes da equipe, a menção aos ACS foi expressão recorrente. Para as enfermeiras, os dentistas e os técnicos de enfermagem também deveriam ser treinados.

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

APRENDIZAGEM NO TREINAMENTO

Nos discursos sobre a assimilação dos conhecimentos, predominou um forte sentimento de embaraço frente ao diagnóstico de hanseníase devido à aprendizagem insuficiente da avaliação neurológica e dos diagnósticos diferenciais. A maior dificuldade de suspeição ocorria nos casos paucibacilares e em crianças, e era percebida como uma 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 mostrou-se um obstáculo à identificação de necessidades e ao preenchimento da ficha de notificação. De modo geral, os profissionais sentiam-se pouco preparados para acompanhar o tratamento, sobretudo pela ocorrência de reações, revelando baixa autoeficácia percebida na atenção ao doente de hanseníase.

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).

Embora preferissem que um instrutor experiente assumisse a responsabilidade pelo treinamento dos ACS, as enfermeiras disseram instruir esses membros da equipe para buscar casos suspeitos de hanseníase. Porém, de modo semelhante aos médicos, expuseram as limitações no conhecimento deles.

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

O conhecimento clínico limitado dos enfermeiros e a desvalorização do ensino de dermatologia no curso médico, com abordagem restrita da hanseníase, foram apontados como dificultadores da aprendizagem.

TRANSFERÊNCIA DA APRENDIZAGEM PARA O TRABALHO

Em geral, os profissionais integravam equipes que cobriam um número excessivo de famílias, vivenciando a rotatividade e a redução da carga horária de trabalho dos médicos. Atribuía grande importância às condições de trabalho para utilizar os conhecimentos adquiridos, relatando as repercussões negativas da sobrecarga laboral nas atividades de controle da hanseníase.

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

A baixa frequência e a descontinuidade na ocorrência de casos na área adstrita eram percebidas como grandes obstáculos à manutenção do aprendizado. Portanto, frente às varia-

das apresentações da doença, que dificultava o diagnóstico e as reações que complicavam o tratamento, os profissionais afirmaram: *A gente não tem prática suficiente pra se sentir seguro* (M3-GM). Os dos M1 e M2, sobretudo, desconheciam a situação epidemiológica da hanseníase e, à parte a procedência, não sabiam interpretar os indicadores da doença.

Sob a pressão do tempo, com a visão disseminada de deficiência no desempenho e no 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 referidos. Submetidas à cobrança institucional por resultados, com baixo *locus* de controle percebido, era comum sentirem-se desamparadas por 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 para o treinamento, porque a maioria não vai (M1-GE).

Conforme os depoimentos, em algumas equipes a discussão de casos era rotineira, em outras era eventual ou inexistente, ocorrendo ainda situações em que: *you fica mandando para ele (médico) e ele mandando pra você* (M3-GE). No M3, quando a equipe não tinha médico ou este não tinha sido treinado, as enfermeiras prestavam assistência clínica, com apoio especializado. Raramente, nos M2 e M3, os profissionais realizavam a consulta e notificavam o agravo em conjunto. Faltava tempo para monitoramento das ações. As enfermeiras ainda treinavam e supervisionavam os ACS que, segundo elas, nem sempre demonstravam compromisso, mas eram considerados fundamentais no processo de busca ativa.

Os médicos revelaram pouco envolvimento no acompanhamento dos casos, atividades administrativas (medicação, articulação com referência), sistema de informação, busca ativa e vigilância dos contactantes. A falta de articulação interna das equipes foi percebida como um forte obstáculo para aplicação do aprendizado sobre hanseníase no trabalho e um elemento importante da sobrecarga laboral, em especial da enfermeira.

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

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 a ambiguidade de competências foi uma questão central para a maioria das enfermeiras devido à insatisfação com a desigualdade de direitos e deveres entre as categorias profissionais. Para elas, com maior ênfase no M3, a aplicação do aprendizado exigia olhar para *como* o trabalho estava dividido na equipe e pensar *qual* o lugar de 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 falta de corresponsabilidade de pacientes e contactantes domiciliares foi outro grande obstáculo à transferência dos conhecimentos para a prática cotidiana. Os profissionais apontaram como barreiras para responsabilização: (1) a escassa percepção das manifestações iniciais da hanseníase; (2) a reduzida percepção da vulnerabilidade pessoal à doença devido ao descompasso entre desvalorização da mancha e visão da hanseníase como enfermidade deformante; (3) o temor da discriminação advinda do estigma (escondia doença, solicitava sigilo aos profissionais e tratava-se noutro serviço); e (4) o alcoolismo e o uso de outras drogas. As equipes tendiam a olhar com insatisfação a chegada de um caso novo de hanseníase.

Todo mundo [diz] – Putz! É aquele paciente pesado, enfadonho, que a gente sabe que vai ter que ficar em cima e a equipe já fica com um pé atrás (M2-GM).

A difícil adesão do paciente ao processo diagnóstico e terapêutico exige esforço redobrado, em especial de enfermeiras e ACS. Os contactantes domiciliares também resistem às ações de vigilância. O preconceito contra os doentes de hanseníase é tido como empecilho à aplicação do aprendido e, sobretudo, as profissionais de enfermagem sentiam a necessidade de mais tempo para informar e esclarecer dúvidas, visando à corresponsabilidade. Nos grupos predominou 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 [diz]: – Ufa! (M3-GE).

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

(...) 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).

RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

O conjunto dos participantes manifestou insatisfação com a falta do apoio ao trabalho em equipe, mas foram as enfermeiras que detalharam mais os motivos da insatisfação. Frequentemente, relataram que a atitude da coordenação de

hanseníase era de muita cobrança e pouco suporte operacional, obstaculizando o desenvolvimento das ações. Inexistia suporte técnico regular, com esclarecimento de dúvidas em tempo hábil, apesar da grande insegurança técnica. Apenas os profissionais do M3 dispunham de kits para exame da sensibilidade. Nos três municípios, algumas equipes não dispunham de formulários ou utilizavam modelos obsoletos. O sistema de informação (preenchimento e regularidade do fluxo) foi apontado como o foco da instituição, vista como desatenta às necessidades do paciente e ao trabalho em equipe.

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 gestão do trabalho médico na ESF, priorizando a produtividade, dificultava compromissos sólidos com as ações programáticas. As enfermeiras enxergavam a instituição como avalista da pequena participação dos médicos no controle da hanseníase, inclusive no exercício da clínica. A percepção de falta do suporte após o treinamento 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 perda de pacientes. No M3, o atendimento do paciente encaminhado no dia em que demandava era um facilitador. Em geral, compartilhavam 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). Apesar da necessidade de monitoramento para prevenir as sequelas e a limitação funcional, 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. Existia a percepção de abandono, sobretudo dos casos em alta. Houve menção à carência de psicólogos e assistentes sociais.

Quem é que está dando respaldo para essa paciente? Ninguém mais, ela está lá com que restou dos pés, fazendo ferida, com necessidade de sapato, não tem, né, por quê? (...) Virou número, tratou, não vai passar para 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 e fundamentado nas vivências cotidianas. O entendimento

de que faltava diálogo e o desejo de ser escutado estavam difundidos, mas foram as enfermeiras as que mais questionaram o caráter predefinido das ações gerenciais.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram a recorrência de opiniões indicativas de que eram pequenos os efeitos individuais e organizacionais do treinamento, resultando em sua baixa efetividade. Nos últimos 5 anos, uma proporção importante dos participantes dos grupos tomou parte de no mínimo outros dois treinamentos que abordaram a clínica da hanseníase, semelhantes em conteúdo, carga horária e ênfase no ensino teórico semelhantes ao aqui avaliado. Portanto, os resultados sugerem que para alcançar os efeitos desejados é preciso atentar para a articulação das necessidades individuais e organizacionais⁽¹⁸⁾.

Os investimentos em treinamentos podem ser desperdiçados devido a problemas na avaliação de necessidades e no planejamento instrucional. Ao definir as necessidades de treinamento, as instituições identificam as competências individuais indispensáveis ao desempenho visado, não sendo usual a escuta das necessidades percebidas pelos profissionais⁽¹⁸⁾. Com base na Teoria da Ação Comunicativa, pode-se argumentar sobre o caráter estratégico da racionalidade habitualmente utilizada na avaliação de necessidades, que descontextualiza a ação visando resultados preestabelecidos⁽¹⁵⁾.

A avaliação das reações ao treinamento representa um caminho promissor para articular necessidades individuais e organizacionais^(8-9,18). Neste estudo, evidenciaram-se opiniões positivas sobre a qualidade dos conteúdos teóricos, desempenho do instrutor, material didático e estímulo à adoção de uma atitude de alerta à ocorrência de casos. Porém, foram negativas as visões quanto à assimilação e à retenção de conhecimentos: falta de ensino prático, muita informação em curto tempo, explanação sucinta de conteúdos básicos para lograr as competências exigidas e heterogeneidade dos treinandos. Este último elemento é importante em termos do domínio de pré-requisitos, o que pode tornar o treinamento desinteressante por ser pouco desafiador ou muito difícil.

Comumente a aprendizagem é avaliada ao finalizar o treinamento⁽⁷⁾, embora seja reconhecida a importância de realizar avaliações por um tempo mais prolongado⁽¹⁹⁾. Esta pesquisa examinou a percepção dos treinados em médio prazo, quando buscavam utilizar o aprendido no trabalho, dando maior concretude à avaliação dos objetivos de aprendizado do treinamento.

A experiência direta é uma das principais fontes de formação para autoavaliar as capacidades. A autoeficácia percebida afeta os modos de sentir, pensar e agir que influenciam o desempenho individual⁽²⁰⁾, constituindo uma variável moderadora da relação entre a aquisição e a transferência do aprendido em treinamento^(9,13).

No presente estudo, apesar do reconhecimento do valor instrumental do treinamento, elemento que é correlacionado à transferência do aprendizado⁽⁷⁾, ambas as categorias profissionais revelaram grande insegurança para assumir a responsabilidade pelo diagnóstico presuntivo, particularmente nos casos paucibacilares e em crianças. Entretanto, o perfil

epidemiológico da hanseníase indica a necessidade de priorizar os menores de 15 anos, que podem ser os contactantes de casos ainda não identificados pelos serviços de saúde.

A falta de confiança para diagnosticar e iniciar o tratamento foi comprovada em avaliações da efetividade do treinamento da hanseníase realizadas no país⁽⁴⁻⁶⁾, bem como em investigação sobre o processo de trabalho em hanseníase na ESF⁽²¹⁾.

Nesta pesquisa, os discursos indicaram o desejo de continuidade da capacitação de uma perspectiva que se aproximava da educação permanente em saúde, que 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⁽²⁾.

Estudos sobre efetividade de treinamentos realizados em outros contextos mostram a importância do apoio durante a transferência da aprendizagem, estimulando a reflexão sobre o próprio desempenho e a troca de informações sobre as vivências no trabalho⁽²²⁻²³⁾. A possibilidade de ampliação do conhecimento é maior quando há algum conhecimento prévio sobre o assunto⁽²⁴⁾. Convém lembrar a ausência de conteúdos sobre hanseníase nos currículos desses profissionais⁽²⁵⁾.

A aplicação no trabalho do conhecimento sobre hanseníase usualmente se ressentia de desarticulação interna das equipes e comunicação instrumental entre profissionais, o que às vezes leva a tensão nas relações interpessoais. A fragmentação da organização do trabalho, dos saberes e da interação entre membros, que caracteriza as equipes com baixa integração⁽²⁶⁾, representa um elemento importante da sobrecarga laboral, em especial da enfermeira, tal como verificado noutro estudo⁽²¹⁾.

A comunicação é o veículo que possibilita a articulação das ações e a interação entre os componentes da equipe. Para que as práticas comunicativas sejam um princípio organizador do trabalho é preciso buscar o entendimento e o reconhecimento mútuos. No âmbito da ação comunicativa, o entendimento é determinante para a coordenação das ações, visando ao resultado que o trabalho precisa perseguir e atingir⁽¹⁵⁾. O desempenho individual pretendido pelo treinamento vincula-se ao desempenho da equipe no tocante à comunicação interna, solução de problemas e tomada de decisão⁽¹³⁾.

Em contextos onde os acordos com as instituições parecem distanciar os médicos das ações programáticas, quando do planejamento do treinamento de hanseníase, não foram negociadas competências e responsabilidades que se diferenciam e as que são comuns aos médicos e enfermeiros. Isso favorece a ambiguidade no trabalho cotidiano, com efeitos negativos nos desempenhos individuais e coletivos. A delegação de responsabilidade ao profissional é essencial para aproximá-lo dos resultados do seu trabalho, comprometendo-o com os pacientes⁽²⁶⁾.

Os desafios vivenciados por esses profissionais para aumentar a detecção de casos e a adesão ao tratamento trazem à luz um aspecto importante: o treinamento não estimulou uma reflexão sobre as repercussões da percepção da hanseníase

na aplicação da aprendizagem. A valorização apenas da dimensão informativa da comunicação dificultou a compreensão das necessidades presentes nos contextos locais e minimizou a importância da negociação de projetos terapêuticos individuais⁽²⁷⁾.

No enfrentamento de uma enfermidade que provoca o preconceito e a discriminação, pode-se argumentar da perspectiva da Teoria da Ação Comunicativa que a linguagem é utilizada como um meio para transmissão de informações indutoras de um comportamento predefinido, sem abrir espaço aos argumentos de pacientes e contactantes⁽¹⁵⁾. A necessária corresponsabilidade com os resultados das ações, o compromisso com a resolutividade, reiterada nos grupos como elemento fundamental para aplicação do aprendido, pressupõe o diálogo e a compreensão dos diferentes significados que o adocimento e as práticas em saúde têm para os sujeitos⁽²⁸⁾.

A desconsideração dos conflitos entre valores e interesses norteadores das decisões de profissionais, pacientes e contactantes certamente favoreceu a percepção de esgotamento dos recursos usados na tentativa de persuasão para agir conforme as orientações fornecidas. Sobretudo entre as enfermeiras fez-se presente a impressão da ascendência de forças externas, não controláveis, que tolhiam os resultados positivos.

Sabe-se que a capacidade de controlar o desempenho influencia a motivação para transferência da aprendizagem⁽¹²⁻¹³⁾. As variáveis motivacionais, afetando esforço e persistência no engajamento nas atividades, mostram-se mais fortes preditoras de sucesso individual que as capacidades cognitivas e as características demográficas dos treinados⁽¹¹⁾. Porém, o suporte à transferência é o principal preditor do desempenho individual resultante de treinamento^(7,9-10,14).

Submetidas às pressões institucionais, com maior percepção do baixo *locus* de controle, sentindo-se vulneráveis pela falta de suporte técnico e a indefinição de competências e responsabilidades, as enfermeiras revelaram-se muito mais insatisfeitas com o suporte organizacional.

Ao investir em treinamento, as instituições tendem a superdimensionar a capacidade dos indivíduos de provocar mudanças na equipe e na organização. Saber e querer não são condições suficientes para rotinização no trabalho dos desempenhos aprendidos no treinamento⁽¹⁴⁾. A vontade dos integrantes é necessária, mas insuficiente para o trabalho cooperativo em equipe, cabendo à instituição assegurar a cooperação intraequipes⁽¹⁰⁾. O apoio organizacional é imprescindível para garantir as condições necessárias para aumentar a autonomia da equipe como um todo, buscando a sustentabilidade das mudanças no trabalho. Infraestrutura, comunicação, controle, conflitos e confiança são condicionantes importantes da percepção do ambiente organizacional^(7,9-11,14).

A visão dos profissionais sobre as relações com os níveis gerenciais indica que praticamente inexistem espaços para compreensão das vivências, restringindo o questionamento às necessidades relacionadas ao treinamento e às condições de trabalho para transferência do aprendido. Na concepção da Teoria da Ação Comunicativa⁽¹⁵⁾, nesses contextos, a ge-

rência obscurece o conflito de interesses do cotidiano que torna necessária a discussão prática. Porém, as instituições precisam aprender a lidar com os diferentes grupos de interesses, buscando maior flexibilidade no trato das questões relativas aos processos de capacitação. As negociações são essenciais para melhorar o desempenho no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase.

CONCLUSÃO

A visão dos treinados da baixa efetividade do treinamento clínico de hanseníase evidencia obstáculos importantes à detecção precoce e ao tratamento oportuno dos casos da doença. A qualificação do desempenho pressupõe negociações para: 1) definir as competências e as responsabilidades de cada categoria profissional; 2) estruturar a capacitação a partir da problematização do trabalho, com

base na integração teoria-prática, considerando as condições do desempenho do indivíduo, da equipe e da organização; 3) introduzir conteúdos sobre comunicação em saúde, destacando sua dimensão dialógica, sem secundarizar a comunicação informativa; 4) capacitar outros integrantes da equipe, atentando para o papel diferenciado 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.

Com as recomendações acima apresentadas, resultantes da conjugação de olhares distintos e complementares que permitiram trazer à luz as fragilidades e as fortalezas do treinamento de hanseníase, espera-se contribuir para a formulação de estratégias educacionais e organizacionais que potencializem o controle da doença.

RESUMO

Objetivo: Avaliar como os profissionais das equipes de saúde da família de três municípios de Pernambuco percebem e interpretam os efeitos do treinamento de hanseníase. **Método:** Estudo qualitativo que utiliza perspectiva habermasiana. Formalizaram-se seis grupos focais, perfazendo 33 enfermeiras e 22 médicos. Constaram do roteiro: reações ao treinamento, aprendizagem, transferência de aprendizagem e resultados organizacionais. **Resultados:** Foram recorrentes as opiniões positivas sobre o desempenho do instrutor, o material didático, a atitude de alerta à ocorrência de casos, 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, conflito de competências e a falta de suporte à aplicação do aprendido. As enfermeiras mostraram maior insatisfação com o suporte organizacional. **Conclusão:** A baixa efetividade do treinamento revela a necessidade de negociar a capacitação a partir da problematização do trabalho, considerando as condições para o desempenho.

DESCRIPTORIOS

Hanseníase; Equipe de Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família; Capacitação; Efetividade; Avaliação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar cómo los profesionales de los equipos de salud de la familia de tres municipios de Pernambuco perciben e interpretan los efectos del entrenamiento de hanseniasis. **Método:** Estudio cualitativo que utiliza la perspectiva habermasiana. Se formalizaron seis grupos focales, totalizando 33 enfermeras y 22 médicos. Figuraron en el guión: reacciones al entrenamiento, aprendizaje, transferencia de aprendizaje y resultados organizativos. **Resultados:** Fueron recurrentes las opiniones positivas acerca del desempeño del instructor, el material didáctico, la actitud de alerta a la ocurrencia de casos, negativas sobre falta de enseñanza práctica, mucha información a corto plazo y poca énfasis a los contenidos básicos. Notaron baja autoeficacia y bajo *locus* de control, ambigüedad, conflicto de competencias y la falta de soporte a la aplicación de lo aprendido. Las enfermeras mostraron mayor insatisfacción con el soporte organizativo. **Conclusión:** La baja efectividad del entrenamiento revela la necesidad de negociar la capacitación desde la problematización del trabajo, considerando las condiciones para el desempeño.

DESCRIPTORIOS

Lepra; Grupo de Atención al Paciente; Estrategia de Salud Familiar; Capacitación; Efectividad; Evaluación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2014 jul. 03]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniasis.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. PNB - Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 4ª ed. Brasília; 2012 [citado 2014 jul. 03]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Faye O, Hay RJ, Ryan TJ, Keita S, Traore AK, Mahe A. A public health approach for leprosy detection based on a very short term-training of primary health care workers in basic dermatology. *Lepr Rev.* 2007;78(1):11-6.
4. 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(2):70-6.
5. 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(n.esp):671-5.
6. Lima, MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica versus comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad Saúde Colet.* 2008;16(2):293-306.

7. Scorsolini-Comin F, Inocente DF, Miura IK. Avaliação de programas de treinamento, desenvolvimento e educação no contexto organizacional: modelos e perspectivas. *Rev Psicol Organ Trab [Internet]*. 2011 [citado 2014 out. 15];11(1):37-53. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22245/20171>
8. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB, editores. *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001. p.13-42.
9. Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. *Rev Adm USP*. 2003;38(3):205-18.
10. Zerbini T, Abbad G. Transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho: análise crítica da literatura. *Rev Psicol Organ Trab [Internet]*. 2010 [citado 2014 out. 15];10(2):97-111. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22212>
11. Balarin CS, Zerbini T, Martins LB. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. *REAd Rev Eletr Adm (Porto Alegre) [Internet]*. 2014 [citado 2015 mar. 06];78(2):341-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/read/v20n2/1413-2311-read-20-02-0341.pdf>
12. Meneses PPM, Abbad G. *Locus* de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estud Psicol*. 2004;9(3):441-50.
13. Brandão HP, Borges-Andrade JE, Puente-Palacios KJ, Laros JA. Relationships between learning, context and competency: a multilevel study. *BAR Braz Adm Rev [Internet]*. 2012 [cited 2015 Mar 05];9(1):1-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bar/v9n1/a02v9n1.pdf>
14. Santos Filho GM, Mourão L. A relação entre comprometimento organizacional e impacto do treinamento no trabalho. *Rev Psicol Organ Trab [Internet]*. 2011 [cited 2014 out. 22];11(1):66-74. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22248>
15. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa*. 2ª ed. Madrid: Taurus; 1988. Tomo 1.
16. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente; 2004. Avaliações centradas nos participantes; p. 223-43.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2013. Técnicas de análise de material qualitativo; p. 303-60.
18. Zerbini T, Meneses PPM. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. *Análise (Porto Alegre) [Internet]*. 2009 [citado 2014 out. 22];20(2):50-64. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/face/article/view/2644/5079>
19. Otrentei E, Mira VL, Bucchi SM, Borges-Andrade JE. Evaluation of formal educational processes for healthcare professional. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):103-11.
20. Tsang SKM, Hui EKP, Law BCM. Self-Efficacy as a positive youth development construct: a conceptual review. *Sci World J [Internet]*. 2012 [cited 2015 Mar 17]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351108/>
21. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20 (n.esp):238-46.
22. Ridde V, Fournier P, Banza B, Tourigny C, Ouédraogo D. Programme evaluation training for health professionals in francophone Africa: process, competence acquisition and use. *Hum Resour Health [Internet]*. 2009 [cited 2014 July 17];7:3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647897/>
23. Roos M, Kadmon M, Kirschfink M, Koch E, Jünger J, Strittmatter-Haubold V, et al. Developing medical educators - a mixed method evaluation of a teaching education program. *Med Educ Online [Internet]*. 2014 [cited 2014 Sept 17];19:23868. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969510/>
24. Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DMR, Prado MFF, Santos PT, et al. Analysis of the learning evaluation process of nursing staff factions. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2014 Oct 17];45(n.spe):1574-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en_v45nspea06.pdf
25. Alves CRP, Melo EM, Ribeiro MMF, Araújo MG. Teaching of leprosy: current challenges. *An Bras Dermatol*. 2014;89(3):454-9.
26. Ladhani Z, Stevens FJ, Scherpbier AJ. Does community health care require different competencies from physicians and nurses? *BMC Med Educ [Internet]*. 2014 [cited 2014 Sept 12];14:1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893590/>
27. Feliciano KVO. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(1 Supl):219-27.
28. Peters RMH, Dadun LM, Miranda-Galarza B, van Brakel WH, Zweekhorst MB, Damayanti R, et al. The meaning of leprosy and everyday experiences: an exploration in Cirebon, Indonesia. *J Trop Med [Internet]*. 2013 [cited 2014 Aug 15]:507034. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615632/>