UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAQUELINE PASCHOINI DE PÁDUA NEVES

**Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde
em doenças sexualmente transmissíveis, no município de
São Sebastião do Paraíso- MG**

RIBEIRÃO PRETO
2016

JAQUELINE PASCHOINI DE PÁDUA NEVES

**Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde
em doenças sexualmente transmissíveis, no município de
São Sebastião do Paraíso- MG**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde

Orientador: Maria José Bistafa Pereira

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Neves, Jaqueline Paschoini de Pádua

Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em doenças sexualmente transmissíveis, no município de São Sebastião do Paraíso-MG. Ribeirão Preto, 2016.

179 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Maria José Bistafa Pereira

1. Agente de Saúde (capacitação).
2. Doenças sexualmente transmissíveis.
3. Estudos de validação.

NEVES, Jaqueline Paschoini de Pádua

Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em doenças sexualmente transmissíveis, no município de São Sebastião do Paraíso- MG

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, amigo, companheiro e grande amor, Daniel. Com admiração e gratidão pelo carinho, apoio e compreensão e principalmente por me auxiliar a escolher sempre o melhor caminho diante dos obstáculos encontrados, no longo processo de elaboração deste trabalho. Amo você!

Aos meus pais, Rita de Cássia e Jair, que sempre me apoiaram, acreditaram em minha capacidade e me deram amor incondicional. Minha admiração, respeito e amor por vocês não têm medida.

Às minhas irmãs Érika e Natália, que mesmo a distância acreditaram em mim e me dão forças para lutar sempre. Obrigada pela alegria de seus sorrisos.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, com quem convivi todos esses anos e aprendi a confiar. Descrevê-la como especial, dedicada e maravilhosa é pouco para dizer quem realmente é, pelo que faz e pelo exemplo de profissional que levarei por toda a minha carreira. Sem a sua credibilidade, confiança, apoio e paciência nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve ao meu lado em todos os momentos me proporcionando paciência, força e perseverança para a realização deste sonho.

A todos os meus familiares, que sempre estiveram ao meu lado, acreditando em minha capacidade, sempre me incentivando.

À Secretaria de Saúde e a todos os profissionais das equipes das Unidades Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso, que nunca disseram um não sequer e empenharam todos os meios possíveis para a viabilidade do projeto.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde, que tiveram papel fundamental neste projeto, propiciando os meios para a realização do mesmo, por meio da colaboração e disponibilidade que tiveram no decorrer do estudo. Obrigada pela atenção e colaboração.

À direção da Libertas Faculdades Integradas de São Sebastião do Paraíso que cedeu a sala de aula para a realização das seis semanas de capacitação deste estudo, pois sem um local adequado as capacitações não poderiam acontecer.

À Profa. Dra. Renata Karina Reis pelas valiosas contribuições com sugestões que enriqueceram o meu trabalho, no exame de qualificação. E à profa. Maria do Socorro por sua revisão gramatical.

A todos os profissionais da Comissão Julgadora, que auxiliaram e contribuíram na validação do instrumento de pesquisa empregado neste trabalho, pois foi de extrema importância a participação dos vários especialistas para a realização deste trabalho.

À Professora Dra. Cláudia Benedita dos Santos gostaria de agradecer pelo seu empenho e disponibilidade em me auxiliar com os cálculos estatísticos e sugestões que foram de extrema importância para o andamento deste trabalho e também por acreditar neste projeto e sugerir a minha transferência do mestrado para o doutorado direto.

À Professora Dra. Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves gostaria de agradecer pela atenção, sugestões e auxílio que realizou em relação aos planos de aula a serem ministrados para os agentes comunitários de saúde que foram de extrema importância para a efetivação deste trabalho.

A todos os professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, em especial a Shirley Figueiredo, que sempre foi atenciosa e auxiliou em vários momentos.

A todos os alunos da pós-graduação que conheci, durante a minha vida de doutoranda, e em especial: Clarissa, Viviane, Juliane, Marina, Mariana, Patrícia, Laís, Leandra e José Renato que foram verdadeiros anjos sempre me apoiando, durante a vida de pós-graduanda.

A todos os familiares da Zezé Bistafa: Paulo, Paula, Tiago, Adriana e João Henrique pela atenção e compreensão que tiveram comigo, durante a minha permanência na casa da Zezé e durante as orientações deste trabalho.

A todos vocês, o meu mais sincero e profundo agradecimento!

É fundamental que o estudante adquira uma compreensão e uma percepção nítida dos valores. Tem de aprender a ter um sentido bem definido do belo e do moralmente bom. Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.

Albert Einstein

RESUMO

NEVES, J. P. P. **Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis, no município de São Sebastião do Paraíso- MG.** 2016. 179 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Trata-se de um estudo misto metodológico e analítico com delineamento quase-experimental, com objetivos de elaborar e validar um instrumento para avaliar conhecimento de agentes comunitários de saúde sobre um conjunto de doenças sexualmente transmissíveis quanto à aparência, ao conteúdo e à semântica, elaborar e validar quanto a conteúdo e estratégia de sistematização e aplicação do processo de capacitação destes profissionais e avaliar o impacto de um processo de capacitação, em São Sebastião do Paraíso- MG, no ano de 2015. Os dados foram obtidos por meio do instrumento elaborado e validado para avaliar o conhecimento desses profissionais em relação a um conjunto de doenças sexualmente transmissíveis, por meio de livro de registros para avaliar o número de orientações em sala de espera dessas doenças pelos agentes, por meio de livro de registros para avaliar o número de encaminhamentos de portadores desses agravos para tratamento e por meio de fichas de notificações realizadas pelas equipes das unidades saúde da família dessas doenças. A população do estudo foi constituída de 134 Agentes Comunitários de Saúde pertencentes às 20 unidades saúde da família que receberam capacitação no tema, com emprego de metodologia ativa, sendo o processo educativo realizado pela própria pesquisadora. Os resultados da validação aparente e de conteúdo do instrumento mostraram que foi necessário mudar duas palavras em dois itens, sendo os demais itens avaliados positivamente por 100% dos participantes. Na validação semântica, foram empregados formulários adaptados do DISABKIDS® para 24 agentes do ensino fundamental e médio que participaram da mesma, e 91,3% de ambos os grupo acharam os itens do instrumento relevantes, relataram dificuldades em relação a três itens. Os participantes da capacitação referiram adquirir novos conhecimentos por meio da metodologia empregada. O intervalo de tempo para a coleta de dados foi de 12 meses. Em relação aos resultados do conhecimento em doenças sexualmente transmissíveis, houve aumento estatisticamente significativo com mudanças de erros para acertos dos 24 itens do instrumento pelos agentes, no período pós-capacitação. Houve aumento da média de 4,2% para 23,4% ($p < 0,0001$) no número de orientações realizadas pelos agentes, em sala de espera, no período pós-capacitação. Houve aumento da média de 5,2 para 17,9% ($p < 0,0001$) do número de encaminhamentos de portadores de doenças sexualmente transmissíveis para tratamento e aumento da média de 2,5% para 18,7% ($p < 0,0001$) do número de notificações realizadas desses agravos, no período pós-capacitação. Frente aos resultados obtidos, conclui-se que a capacitação produziu mudanças positivas no conhecimento e nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao conjunto das doenças sexualmente transmissíveis estudadas, e espera-se que este estudo torne relevante o desenvolvimento de futuras capacitações nesse tema, possibilitando aos profissionais de saúde repensarem suas condutas, fortalecerem o trabalho em equipe e transformarem suas práticas profissionais.

Palavras-chave: Agente de Saúde (capacitação). Doenças sexualmente transmissíveis. Estudos de validação.

ABSTRACT

NEVES, J. P. P. **The impact assessment of the Community Health Agents' training in relation to sexually transmitted diseases, in São Sebastião do Paraíso - MG.** 2016. 179 f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

This is a mixed methodological and analytical joint study with quasi-experimental design, which aims to develop and validate an instrument to assess knowledge of community health agents on a range of sexually transmitted diseases according to the appearance, content and semantics, develop and validate as the content and strategy of systematizing and implementation of the training of these professionals process, and evaluate the impact of a training process in São Sebastião do Paraíso - MG. Data were obtained through the elaborated and validated tool to assess these professionals' knowledge in relation to a set of sexually transmitted diseases. A book of records was also used to assess the number of waiting room orientations for these diseases by the health agents, and to assess the number of referrals of patients with these diseases for treatment. The notification forms filled out by members of the family health units' teams were also considered. The study population consisted of 134 Community Health Workers belonging to 20 family health units who received training on the subject, with active methodology and the educational process was carried out by the researcher. The results of the apparent validation and of the instrument contents showed that it was necessary to change two words in two items. The remaining items were evaluated positively by 100% of participants. In semantic validation, forms adapted from DISABKIDS® were applied to 24 agents working in Brazilian basic education (primary school and high school), and 91.3% of both groups found the instrument questions relevant and, in the specific part of the form, the difficulty both groups presented in relation to three items. Participants of the training mentioned they acquired new knowledge through this study methodology. The time interval for the data collection was 12 months. Regarding the results of knowledge on sexually transmitted diseases, there was a statistically significant increase with changes from errors to correct answers of the 24 items of the instrument, by the health community agents, in the post-training period: there was an increase in the average of 4.2% to 23.4% ($p < 0.0001$) in the number of orientations performed by agents in the waiting room; an increase average of 5.2 to 17.9% ($p < 0.0001$) in the number of referrals of patients with sexually transmitted diseases for treatment; and, an increased average of 2.5% to 18.7% ($p < 0.0001$) in the number of these diseases notifications. Given the results, it is concluded that the training produced positive changes in knowledge and practices of community health agents in respect of all the sexually transmitted diseases studied, and it is hoped that this study becomes important to develop future trainings in this theme, allowing health professionals to rethink their behavior, to strengthen teamwork and to change their professional practices.

Key-words: Health Agents (training). Sexually transmitted diseases. Validation Studies.

RESUMEN

NEVES, J. P. P. **Evaluación del impacto de la formación de agentes comunitarios de salud en relación con las enfermedades de transmisión sexual, en São Sebastião do Paraíso - MG.** 2016. 179 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Se trata de estudio mixto metodológico y analítico con un diseño casi- experimental, con objetivos para desarrollar y validar un instrumento para evaluar el conocimiento de agentes comunitarios de salud relacionado con las enfermedades de transmisión sexual para el aspecto, el contenido y la semántica, desarrollar y validar como el contenido y la estrategia sistemática e implementación del proceso de formación de estos profesionales, y evaluar el impacto del entrenamiento en São Sebastião do Paraíso - MG. Los datos se obtuvieron de la herramienta desarrollada y validada para evaluar los conocimientos de estos profesionales en relación con un conjunto de enfermedades de transmisión sexual. También hubo, a través de un libro de registros, la evaluación del número de orientaciones para estas enfermedades en la sala de espera por los agentes. Incluso se utilizó el libro de registros para evaluar el número de remisiones de pacientes con estas enfermedades para el tratamiento. Fueron utilizados también los formularios de notificación de estas enfermedades, rellenos por equipos de las unidades de salud de la familia. La población del estudio fue 134 trabajadores de salud comunitaria que pertenecen a 20 unidades de salud de la familia y que recibieron entrenamiento sobre el tema, a través de metodología activa. El proceso educativo fue llevado a cabo por el investigador. Los resultados de la validación aparente y del contenido del instrumento mostraron que era necesario cambiar dos palabras de dos cuestiones. El restante de los elementos fueron evaluados positivamente por el 100% de los participantes. En la validación semántica, se emplearon formas adaptadas de DISABKIDS® a 24 agentes de escuela primaria y secundaria, el 91,3% de ambos grupos refirieron que las preguntas del instrumento estaban pertinentes, y, en la parte específica del instrumento, la dificultad de ambos grupos se presentó en las preguntas en relación con tres elementos. Los participantes del entrenamiento mencionan adquirir nuevos conocimientos a través de la metodología empleada. El intervalo de tiempo para la recogida de datos fue de 12 meses. En cuanto a los resultados de los conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual, hubo un aumento estadísticamente significativo con cambios de los errores para las respuestas adecuadas por los agentes en las 24 artículos del instrumento, en el período posterior al entrenamiento. En el período posterior al entrenamiento: hubo un aumento en el promedio de 4,2% a 23,4% ($p < 0,0001$) en el número de orientaciones realizadas por los agentes en la sala de espera; un aumento promedio de 5,2 a 17,9% ($p < 0,0001$) en el número de remisiones de pacientes con enfermedades de transmisión sexual para el tratamiento y el aumento promedio de 2,5% a 18,7% ($p < 0,0001$) en el número de notificaciones presentadas en estas condiciones. Teniendo en cuenta los resultados, se concluye que el entrenamiento produce cambios positivos en el conocimiento y en las prácticas de los agentes comunitarios de salud en relación con todas las enfermedades de transmisión sexual estudiadas, y se espera que este estudio se vuelve importante para desarrollar las capacidades futuras en este tema, permitiendo a los profesionales de la salud a reconsiderar su comportamiento, fortalecer el trabajo en equipo y cambiar sus prácticas profesionales.

Palabras-clave: Agente de Salud (entrenamiento). Enfermedades de transmisión sexual. Estudios de validación.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1-	Distribuição percentual das respostas do instrumento pelos ACSs, em relação ao conhecimento das DSTs, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	77
Gráfico 2-	Valores mínimos, máximos e quartis em relação às orientações em DST, em sala de espera, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.....	78
Gráfico 3-	Valores mínimos, máximos e quartis em relação ao número de encaminhamentos de portadores de DST para tratamento em ambulatório de especialidades em infectologia, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	79
Gráfico 4-	Valores mínimos, máximos e quartis em relação às notificações das DSTs enviadas das unidades da ESF para ambulatório de especialidades em infectologia, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da população assistida por cada uma das Unidades da Estratégia da Família, segundo unidade, número de pessoas, de famílias cadastradas e área de abrangência. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	43
Tabela 2-	Avaliação dos atributos do instrumento na etapa de validação da aparência e conteúdo. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	55
Tabela 3-	Resultados de “Impressão Geral” à validação semântica para ACS. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	57
Tabela 4-	Resultados obtidos por meio das respostas à folha “Específica” na fase de validação semântica do instrumento para ACS do ensino fundamental. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	58
Tabela 5-	Resultados obtidos por meio das respostas à folha “Específica” à validação semântica do instrumento para ACS do ensino médio. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	60
Tabela 6-	Valores de mudanças de acertos para erros e valores de mudanças de erros para acertos das questões do instrumento em relação ao conhecimento dos ACSs, no período pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	76
Tabela 7-	Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de orientações de DST realizadas em sala de espera pelos ACSs, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.	77
Tabela 8-	Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de encaminhamentos de usuários portadores de DST para tratamento em ambulatório de especialidades em infectologia, nos períodos pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	79
Tabela 9-	Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de notificações de DST realizadas em unidade da ESF e enviadas para ambulatório de especialidades em infectologia, nos períodos pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015	80

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EE-USP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus Papiloma Humano
HSV-2	Vírus Herpes Simples- Tipo 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MISP	Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-Nascido

SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statisticals Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidades Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 A problemática das doenças sexualmente transmissíveis, no Brasil	21
1.2 A Estratégia Saúde da Família e a capacitação do agente comunitário de saúde como estratégia para prevenção e controle das DSTs	26
1.3 Metodologias ativas como estratégia na capacitação do ACS em relação às DSTs.....	32
2 OBJETIVOS	38
2.1 Objetivo geral	38
2.2 Objetivos específicos	38
3 MÉTODO	41
3.1 Tipo de pesquisa	41
3.2 Local do estudo.....	42
3.3 Cenário do estudo	43
3.4 População do estudo	44
3.5 Período pré e pós- capacitação	44
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	45
3.7 Processo de capacitação dos ACSs.....	50
3.8 Tratamento e análise dos dados	51
3.9 Procedimentos éticos	52
4 RESULTADOS	54
4.1 Validação do instrumento	54
4.1.1 Validação da aparência e conteúdo	54
4.1.2 Validação semântica	56
4.2 Processo de capacitação em DST para os ACSs	61
4.3 Resultados da aplicação do instrumento.....	74
4.3.1 Conhecimento sobre DST, no período pré e pós-capacitação	75
4.4 Orientações de DST pelos ACSs em sala de espera, nos períodos pré e pós-capacitação.....	77

4.5 Número de usuários portadores de DST encaminhados para tratamento, no período pré e pós- capacitação	78
4.6 Número de notificações das DSTs pelas USFs, no período pré e pós- capacitação.....	80
5 DISCUSSÃO	83
5.1 Elaboração e validação do instrumento de pesquisa	83
5.2 Processo de capacitação dos ACSs em DST	86
5.3 Avaliação do impacto da capacitação em DST	100
6 CONCLUSÕES.....	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	140
APÊNDICE A - Instrumento para avaliação do conhecimento do ACS em DST	140
APÊNDICE B - Roteiro específico para validação da aparência e conteúdo	147
APÊNDICE C - Folha de impressão geral adaptada do DISABKIDS® GROUP	150
APÊNDICE D - Folha de validação semântica específica adaptada do DISABKIDS® GROUP.....	151
APÊNDICE E - Plano de curso para capacitação do ACS em DST	155
APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido	174
APÊNDICE G - Termo de autorização para utilização do material DISABKIDS	177
ANEXO.....	179
ANEXO A - Comitê de ética em pesquisa da EERP-USP	179

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto da capacitação de 134 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), trabalhadores das 20 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de São Sebastião do Paraíso- MG, em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): sífilis, gonorreia, uretrite não gonocócica (clamídia), tricomoníase, cancro mole, vírus papiloma humano (HPV), linfogranuloma venéreo e herpes genital (HSV-2).

Este trabalho foi resultado de uma parceria de formação profissional e de assistência em serviço de saúde da pesquisadora com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a Coordenação Municipal das unidades da ESF, do município de São Sebastião do Paraíso- MG, da Libertas Faculdades Integradas deste mesmo município que cedeu o espaço para que as capacitações pudessem ocorrer e com o Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Em minha prática profissional, como enfermeira e pesquisadora, o que me motivou a pesquisar este tema, ou seja, a necessidade de capacitar os ACSs, em DST, foi que por trabalhar no ambulatório de especialidade em infectologia, do município, detectei que, desde o ano de 2009, havia poucos encaminhamentos de usuários portadores das doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase, cancro mole, HPV, linfogranuloma venéreo e HSV-2 enviados pelas unidades saúde da família (USF) para tratamento nesse ambulatório e, portanto, surgiu a hipótese: será que essas doenças estavam sendo negligenciadas, no seu aspecto de detecção precoce e diagnóstico? Pois muitas vezes os encaminhamentos de usuários pelas USFs para esse ambulatório ocorria com mais frequência de portadores de hepatites virais e HIV/ aids. Ou será que realmente essas DSTs citadas não estavam ocorrendo, nos usuários atendidos nas respectivas USFs?

No município de São Sebastião do Paraíso- MG o tratamento desses agravos é realizado no ambulatório de especialidades em infectologia e a escassez de encaminhamentos para tratamento me chamou muita atenção, pois a realidade dessas DSTs, nesse município não estava acompanhando a tendência de crescimento das mesmas, a nível mundial e também com a realidade brasileira.

Outro fato também, que me chamou atenção é que mesmo com os poucos encaminhamentos dessas doenças para o ambulatório, a realização das fichas notificações não

compulsória, desses agravos, criadas pelo ambulatório de especialidades em infectologia eram pouco realizadas também, pelas unidades da ESF. Isso dificultava esse ambulatório, de auxiliar as unidades de realizar busca ativa, por exemplo, de indivíduos encaminhados pelas unidades, mas que não procuravam tratamento no serviço, pois essas fichas propiciam investigar se o portador de alguma DST foi tratado em algum serviço de saúde ou não, proporcionando busca ativa de faltosos, facilitando o tratamento das mesmas e consequentemente, sua diminuição no número de casos desses agravos.

Percebi que, as hepatites virais (hepatite B e hepatite C) e o HIV/aids são doenças mais abordadas na prática profissional, na área da saúde e por averiguar que são também mais investigadas nas pesquisas científicas, decidi por abordar neste estudo apenas as DST: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorréia, uretrite não gonocócica, tricomoniase, HPV e HSV-2, que também são importantes e que acabam muitas vezes sendo negligenciadas. E além do mais, este conjunto de DSTs estudadas pode ser porta de entrada para o vírus HIV e ocasionam uma série de complicações para o indivíduo, se não tratadas corretamente.

O fato de ter escolhido o ACS para auxiliar no combate dessas doenças se deu pela oportunidade de trabalhar, no ano de 2002 até o ano de 2007, como enfermeira na ESF, no município de São Sebastião do Paraíso- MG e desde essa época já se observava a dificuldade que esses profissionais tinham para orientar a população, e uma das causas, referidas pelos próprios ACSs era o pouco conhecimento deles sobre vários assuntos entre os quais se destacavam as DSTs. Outro motivo de destaque para se capacitar esses profissionais é o fato de que os mesmos são o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, no qual por meio de visitas domiciliares e orientações sobre vários assuntos ligados à promoção de saúde e prevenção de doença, conseguem atingir toda a comunidade com que trabalham e que, por ser um profissional que quase não recebe capacitações sobre esse tema, decidi investir nos mesmos, pois essas doenças devem ser prevenidas, e os portadores devem ser tratados para ocorrer a quebra da cadeia de transmissão das mesmas.

O desejo de realizar a capacitação surgiu também pelo fato de já ser professora em uma faculdade de enfermagem do município de São Sebastião do Paraíso- MG, já tendo aproximação com a área de ensino, desde o ano de 2008.

Em relação ao tipo de metodologia de ensino utilizada neste estudo, o que me motivou realizá-la baseada em metodologia ativa foi pelo fato de que tanto na minha formação de graduação como de profissional e docente na área da enfermagem percebi que, quando foi utilizado esse tipo de metodologia, a mesma proporcionou uma melhor relação dialógica, maior horizontalidade no processo ensino-aprendizagem, houve mais interesse por parte dos

participantes, motivando os mesmos e possibilitando uma aprendizagem significativa. Devido a isso escolhi esse tipo de metodologia, pois fez muita diferença na minha vida e na vida das pessoas que também receberam a mesma.

Percebi que, quando foram utilizadas estratégias de aprendizagem mais interativas, tanto na minha formação profissional, quanto no emprego das mesmas na educação em saúde para usuários dos serviços de saúde, e durante as aulas que ministrei na faculdade, o conhecimento dos participantes foi melhor do que quando eram utilizadas metodologias mais tradicionais que utilizavam aulas expositivas e palestras para transmissão do conhecimento, não havendo reflexão durante o processo ensino-aprendizagem, ocorrendo apenas a memorização dos conteúdos e não culminando para ação- reflexão-ação tão importante para a construção do mesmo.

Portanto, foi por meio de observação da prática profissional que me despertou interesse em realizar pesquisa nessas áreas, combinando a temática das doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase, cancro mole, HPV, linfogranuloma venéreo e HSV-2 que trabalho atualmente, com a ESF, em destaque o ACS que também pode ser um grande aliado para o combate das mesmas com a metodologia ativa que poderá proporcionar um melhor conhecimento dessas mazelas para esses profissionais atuarem de forma eficaz na sua prática profissional.

Diante dos aspectos tratados anteriormente: ACSs, DSTs e metodologia ativa considera-se necessário também que houvesse a possibilidade de avaliar o impacto da capacitação dos ACSs em DSTs, por meio das metodologias mais ativas, no município de São Sebastião do Paraíso- MG.

Por meio deste estudo, portanto, espera-se que a capacitação dos ACSs em doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase, cancro mole, HPV, linfogranuloma venéreo e HSV-2, possa auxiliar a pesquisa na área da AB como na área das doenças transmissíveis, bem como ser útil na prática de profissionais que trabalham tanto com os ACSs como também com esses agravos e contribuir com os conhecimentos na área da saúde. Dessa forma, a capacitação dos ACSs em relação a essas DSTs se constitui em uma necessidade que poderá ser benéfica no cotidiano do trabalho da prática assistencial e na pesquisa.

1 INTRODUÇÃO¹

¹ Esta tese foi revisada de acordo com a nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A problemática das doenças sexualmente transmissíveis, no Brasil

As doenças sexualmente transmissíveis já são conhecidas há mais de dois mil anos antes de Cristo e até no século XVI foram chamadas de doenças dos indecentes. Após esse século, passaram a ser denominadas de doenças venéreas em homenagem a Vênus (deusa do amor), pois acreditavam que eram transmitidas somente por relação sexual. Somente a partir do século XX, em que os agentes etiológicos dessas doenças ficaram conhecidos, as mesmas foram divididas em doenças venéreas que eram aquelas transmitidas exclusivamente pela via sexual (gonorreia, cancro mole, linfogranuloma venéreo, clamídia e sífilis) e em paravenéreas (sífilis congênita, HSV-2, tricomoníase e HPV) que, além da via sexual, podem ser transmitidas por outras vias. Somente no ano de 1983, passaram a ser chamadas de doenças sexualmente transmissíveis, caracterizando afecções de transmissão sexual, de caráter endêmico e de múltiplas expressões (NADAL; MANZIONE, 2003; SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

As DSTs podem ser causadas por vírus, bactérias e protozoários transmitidos por via sexual, mas algumas também por via congênita (sífilis congênita, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites B e C) e líquidos corporais como: sangue e leite materno (HIV e hepatites B e C) e manifestam-se por meio de lesões (feridas, verrugas, vesículas) ou secreções nos órgãos genitais de ambos os sexos, que se não tratadas adequadamente, podem atingir outras partes do corpo, ocasionando uma série de complicações para o indivíduo (SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

Devido às DSTs serem causadas por um grande número de micro-organismos com evoluções clínicas bastante específicas e pelo fato de algumas delas se apresentarem assintomáticas em algum momento, como é o caso do HSV-2, HPV, portador do vírus HIV, sífilis latente e hepatites B (HBV) e C (HCV) (BASTOS; CUNHA; HACKER, 2008; JAMILSON et al., 2006; PASSOS et al., 2010), desde 1999 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a denominar as DSTs em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), por incorporar melhor aquelas DSTs que apresentam as infecções assintomáticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

No Brasil, mesmo com essa denominação pela OMS de DST para IST, ainda se utiliza o termo DST, sendo evidente a permanência dessa sigla pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites virais (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b). Devido a isso e por trabalhar neste estudo com o profissional de saúde ACS que recebe recomendações do MS sobre esses agravos, sendo essas doenças conhecidas pela sigla DST pelos próprios ACSs, decidiu-se manter essa denominação da sigla “DST” ao longo do presente estudo.

As DSTs tomaram novo vulto e importância marcante nos idos da década de 1980 com o advento da epidemia da infecção causada pelo vírus HIV que ocasiona a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (sida) (TAVARES; MARINHO, 2005). A relevância dessas doenças é que, além de ocasionarem complicações clínicas, possuem modos semelhantes de transmissão do HIV e ainda podem propiciar um aumento na suscetibilidade em até 18 vezes o risco de contaminação do mesmo (COHEN, 2004; FREEMAN et al., 2006; PASSOS et al., 2010).

As DSTs como sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia, uretrite não gonocócica (clamídia), tricomoníase, HSV-2 e HPV são consideradas um importante agravo de saúde pública (BRASIL, 2001c). Estimativas da OMS citam um total de 340 milhões de casos novos por ano de DSTs curáveis em todo o mundo (tricomoníase, sífilis, clamídia, gonorreia, cancro mole e linfogranuloma venéreo) (PASSOS et al.; 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) e outros tantos milhões de casos de DSTs não curáveis (herpes genital e HPV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) onde esse aumento tem alarmado a comunidade internacional, pois ocasiona grande impacto psicossocial e econômico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nos países em desenvolvimento, as DSTs estão sempre presentes como determinantes de doença da população (JAMILSON et al., 2006). No Brasil, segundo dados da OMS, estima-se que as DSTs vêm aumentando e cerca de 12 milhões dessas doenças são diagnosticadas a cada ano (SOUSA; BARROSO, 2009). Por meio de dados do Programa Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais (PNDST/AIDS e Hepatites Virais), estima-se que ocorram cerca de 4.400.000 novos casos de tricomoníase, 1.967.200 de clamídia, 1.541.800 de gonorreia, 937.000 de sífilis, (BRASIL, 2003a; PASSOS et al., 2010), 685.900 de HPV e 640.900 de herpes genital (BRASIL, 2010a).

Internacionalmente, a vigilância das DSTs tem sido muito negligenciada, na qual a fiscalização e financiamento das mesmas são escassos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Portanto, deve-se levar em consideração que esse número das

mesmas citadas acima ainda pode ser maior, pois apenas 200 mil casos/ano desses agravos são notificados (SOUSA; BARROSO, 2009), pois 70% dos portadores de DST não procuram atendimento nas unidades de saúde e somente DSTs como: HIV na gestação, aids, hepatites virais, sífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação e uretrite não gonocócica (clamídia) possuem notificação compulsória, sendo, portanto, baixo o número de notificações das outras DSTs, apresentando dificuldades de mensuração de dados das mesmas (BRASIL, 2006a; GUEDES et al., 2009), pois o perfil epidemiológico para as outras DSTs não existe e há dificuldades em se implantar um sistema de vigilância adequado para essas doenças (CAMPOS; MOHERDAU, 2005). No entanto, a inclusão recente das DSTs sífilis e síndrome do corrimento uretral (clamídia), na lista de doenças de notificação compulsória, tem demonstrado esforços em relação aos dados dessas doenças (BRASIL, 2010b).

Se realmente houvesse fiscalização por meio de notificação, as DSTs como HPV, HSV-2 e infecção pelo vírus HIV representariam um número três vezes maior do que realmente é citado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Concorrem para a manutenção e acréscimo dessas doenças, principalmente em países desenvolvidos como o Brasil: a pobreza, desintegração social, prostituição e promiscuidade sexual, idade precoce do início da atividade sexual, falta do uso adequado do preservativo, uso de drogas lícitas e ilícitas durante as relações sexuais, aumento da população de pouco poder socioeconômico e que devido à baixa escolaridade, geralmente não tem informação sobre a prevenção, transmissão e tratamento dessas doenças (NADAL; MANZIONE, 2003; VARELLA; FILHO; PASSOS, 2012).

Outro fator de crescimento dessas doenças é a família não estar preparada para lidar com o assunto que envolva sexo e muitas vezes a mesma não consegue ter diálogo em casa sobre essa temática devido ao desconhecimento das DSTs, vergonha e falta de liberdade em que para uma grande parcela da população esse assunto ainda é um tabu (BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2006; NADAL; MANZIONE, 2003).

Aliado a isso, a culpa e a vergonha das pessoas em se saber que está com uma DST (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; NAVES et al., 2010) fazem com que a maioria dos portadores se automedique ou procure profissionais não qualificados como, por exemplo, balconistas de farmácia para solucionarem o problema, fazendo complicar ou retardar o tratamento das mesmas (NAVES; HAMANN; SILVER, 2005; NAVES et al., 2010).

Outro fator é a má situação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso da população portadora de DST a esses serviços (ARAÚJO; LEITÃO, 2005) e também da maioria dos profissionais de saúde não saber abordar esse assunto e não atuar ativamente,

conhecendo e buscando essa clientela, em atividades de promoção e prevenção dessas doenças (KOERICH et al., 2010; NADAL; MANZIONE, 2003).

Frente ao elevado número de casos das DSTs (sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoniase, HSV-2 e HPV), no Brasil, citados anteriormente e por existirem várias causas desse aumento, e pelas mesmas terem forte inter-relação com infecção pelo vírus HIV, ações de prevenção dessas doenças são de essencial importância, pois as multiplicidades de parceiros incentivadas pela própria sociedade e a facilidade de locomoção colocam cada vez mais as pessoas vulneráveis a essas doenças (ALENCAR; GRECCO; RIBEIRO, 2009; NADAL; MANZIONE, 2003; SOUZA et al., 2007).

No Brasil, as ações de prevenção e controle em relação a essas doenças ainda são muito falhas (CAMPOS et al., 2010; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; LIMA; VIANA, 2009; MACEDO et al., 2009; SZWARCOWALD et al., 2007). Isso pode ser comprovado por meio de estudos que demonstram alta prevalência de DST como clamídia e gonorreia em pessoas jovens tanto do sexo masculino como feminino, bem como a sífilis e sífilis gestacional e congênita que necessitam de controle sobre as mesmas (ARAÚJO et al., 2006; COOK et al., 2004; DOMINGUES et al., 2014; FERNANDES et al., 2009; JALIL et al., 2008) e

O combate às DSTs: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoniase, HSV-2 e HPV deve passar pela prevenção de casos novos e também pela quebra na cadeia de transmissão realizada por um diagnóstico e tratamento correto dessas doenças (NAVES; HAMANN; SILVER, 2005), pois apresentam alta morbidade e se não tratadas adequadamente ocasionam uma série de complicações como: infertilidade tanto no sexo masculino (BEZOLD et al., 2007; ELEY et al., 2005; KARINEN et al., 2004) quanto no sexo feminino (MARDH, 2004), doenças neonatais, abortos, espontâneos, gravidez ectópica, mutilação de órgãos genitais, câncer cervical (MAUCORT-BOULCH; FRANCESCHI; PLUMMER, 2008; ROSA et al., 2009), câncer de pênis (REIS, 2005) e câncer anal (NADAL; MANZIONE, 2006), podendo ocasionar óbito (VARELLA; FILHO; PASSOS, 2012).

A estratégia mais eficaz de prevenção dessas DSTs é a capacitação dos indivíduos por meio da informação dos fatores de risco dessas doenças e a conscientização sobre a mudança de comportamento por meio do uso de métodos seguros, (BESERRA et al., 2008; NAVES; HAMANN; SILVER, 2005) pois a maioria das pessoas ainda acredita, por exemplo, que a pílula anticoncepcional previna gravidez e também as DSTs e não utilizam os métodos de barreira (preservativo masculino e feminino), por simplesmente não gostarem desse método ou por não

terem informação correta da função do preservativo que além de prevenção da gravidez é utilizado como proteção do indivíduo dessas doenças (NADAL; MANZIONE, 2003).

Como já referido, o único método capaz de prevenir as DSTs, quando utilizados corretamente, são os métodos de barreira: preservativo masculino e feminino. Todos os indivíduos, principalmente os adolescentes por serem os mais vulneráveis a essas doenças, devem ser instruídos, pela família, escola e pelos profissionais de saúde sobre a importância e utilização correta desse método, pois o desconhecimento é grande, e eles não se preocupam com essas doenças e muitas vezes a sociedade não está preparada para instruir sobre isso (BESERRA et al., 2008). Por isso faz-se necessário o serviço de saúde intervir no âmbito familiar para realizar orientações adequadas, a fim de diminuir o número de casos das mesmas (SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

Por ainda existirem muitas dificuldades na utilização do preservativo tanto para pessoas do sexo masculino quanto feminino, cabe ao profissional de saúde facilitar para diminuir as barreiras frente ao uso do mesmo, facilitando o acesso ao preservativo, onde o mesmo deve ser distribuído em todos os serviços de saúde e ainda possibilitar a superação de obstáculos pessoais, culturais e de negociação do seu uso e por meio de oficinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, pela atenção básica orientar por meio de técnicas de intervenção designadas para atividades de educação sobre sexo seguro, DST/aids e gravidez por meio do diálogo, possibilitando a diminuição da vulnerabilidade das mesmas (BESERRA et al., 2008; SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

Assim como é necessário, no Brasil, realizar estratégias de promoção da saúde por meio de um trabalho preventivo e educativo para diminuição de casos de DST, em USF, não se pode deixar de considerar que a cura das mesmas, por meio de um diagnóstico baseado na abordagem sindrômica das DSTs, bem como em um tratamento adequado, também contribui para o declínio dessas doenças e consequente diminuição da contaminação pelo vírus HIV (SOUZA et al., 2009).

A detecção e o tratamento precoce das DSTs curáveis são de extrema importância para estratégias de prevenção da transmissão do vírus HIV, pois as correlações entre essas doenças e o vírus HIV se dão tanto no âmbito comportamental, como epidemiológico e biológico (ALENCAR; GRECCO; RIBEIRO, 2009).

No âmbito comportamental, tanto as DSTs quanto o HIV são de transmissão sexual vaginal, oral e anal e ocorrem pela mesma causa: falta de orientação quanto ao uso de preservativo e da promiscuidade sexual. No âmbito epidemiológico, detecta-se que quando eleva o número de casos de DST aumenta também o da infecção pelo HIV. E no âmbito

biológico é pelo fato de a presença de uma DST provocar alterações imunológicas e na mucosa, facilitando a aquisição e transmissão do vírus HIV, bem como diminuindo a resistência do organismo e contribuindo para a evolução da fase de portador do vírus HIV para doente de aids (ALENCAR; GRECCO; RIBEIRO, 2009).

O MS, desde o ano de 1993, preconiza o diagnóstico e tratamento das DSTs por médicos e enfermeiros capacitados por meio da abordagem sindrômica (BRASIL, 2006b; JAMISON et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) das úlceras genitais, corrimento uretral, vaginal e cervical e doença inflamatória pélvica, bem como o tratamento dos parceiros que pode ser realizado também nas unidades de saúde da atenção básica onde os profissionais de saúde têm a função de aconselhar e oferecer exames de rotina para detecção das DSTs bem como seu tratamento e ainda monitorarem continuamente a prevalência das mesmas, na população em geral (ALENCAR; GRECCO; RIBEIRO, 2009).

Portanto, a prevenção primária e o controle das DSTs se apresentam como desafios a serem enfrentados por todo o mundo. Mesmo que as DSTs não sejam doenças da atualidade ainda representam um grande problema de saúde (RAMOS et al., 2007). Um estudo em seis capitais brasileiras (BRASIL, 2008a) demonstrou um aumento de DST bacteriana acima dos padrões internacionais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2004), o que vem reafirmar a necessidade de ações mais efetivas de prevenção, controle e diagnóstico e tratamento adequado que devem ser realizados principalmente por profissionais da rede da AB, sendo ferramentas essenciais para o combate das mesmas (CAVALCANTE, 2010).

1.2 A Estratégia Saúde da Família e a capacitação do agente comunitário de saúde como estratégia para prevenção e controle das DSTs

A implementação de atividades de prevenção e controle das DSTs: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase, HSV-2 e HPV por meio da rede da atenção básica vem sendo incorporada desde 1994 por intermédio das propostas recomendadas pela Plataforma de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito. Essa plataforma propôs a inclusão de ações de prevenção e combate às DSTs, bem como aconselhamento e distribuição de preservativos realizados por profissionais da atenção básica, sendo isso um componente priorizado pela política brasileira (FERRAZ; NEMES, 2009).

As DSTs como HIV/aids e hepatites virais possuem ainda as ações de assistência a esses portadores em ambulatorios de especialidades, sendo o tratamento das mesmas realizado em um nível secundário da assistência, diferente das outras DSTs citadas acima em que as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento podem ser realizadas na atenção básica (FERRAZ; NEMES, 2009).

O Brasil, atualmente, prioriza o programa saúde da família (PSF) hoje renomeada de estratégia saúde da família (ESF) como o modelo de estruturação da atenção básica que tem como objetivo reorientar o modelo de atenção, antes centrado no indivíduo e na doença para um modelo que venha atender ao coletivo e que priorize a qualidade de vida das pessoas, com enfoque na família, a partir de seu desenvolvimento físico e social por meio da adscrição da clientela em um território de abrangência da equipe e priorizando as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação e que aprimore as relações dos profissionais com a comunidade por meio de vínculos de compromisso e corresponsabilidades, concretizando o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES, 2005; BORNSTEIN; STORZ, 2008; FARIA, 2008; MERHY; FRANCO, 2002). Segue, portanto, a definição de atenção básica (BRASIL, 2011), segundo a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde instituída pela Portaria Ministerial nº 2.488 de 21/10/2011.

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Mesmo não estando explicitamente estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica sobre a prevenção das DSTs como área prioritária na atenção básica, o PNDST/AIDS e hepatites virais traz em documentos referenciais que a atenção básica, por meio da ESF, é a melhor alternativa para prevenção e combate das DSTs e consequente diminuição da infecção pelo vírus HIV (FERRAZ; NEMES, 2009), pois a ESF visa a atender o núcleo familiar e busca realizar ações integrais de saúde à população, desenvolvendo ações nas unidades de saúde, nos espaços comunitários e também no domicílio (PEDROSA; TELES, 2001).

Tomando como apoio as informações contidas no documento do PNDST/AIDS e hepatites virais, tem-se que as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs realizadas na ESF devem se pautar em aconselhamento para a população em geral, orientações em atividades educativas dentro e fora da unidade sobre sexo seguro, disponibilização de preservativos, assistência a diagnóstico e tratamento das DSTs, encaminhamento de casos que não competem a esse nível de assistência, acolhimento de indivíduos vulneráveis como: profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas, por meio da ética profissional e sigilo das informações (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b).

Segundo o MS, todos os componentes da equipe mínima da ESF: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS devem conhecer e trabalhar com a população adscrita na sua área de abrangência, bem como detectar problemas de saúde e realizar ações educativas para prevenção e controle dos mesmos (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; ESCOREL; GIOVANELLA; SENNA, 2007) e devem realizar ações na prevenção e combate das DSTs: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase, HSV-2 e HPV. Profissionais estes que devem possibilitar facilidade de acesso para os usuários e que incorporem na sua rotina preocupações de identificar indivíduos em situação de maior vulnerabilidade, identificar portadores de DST, encaminhar para tratamento e estabelecer uma relação de confiança com os mesmos, sendo capazes de promover um impacto na incidência das mesmas bem como na epidemia do HIV/aids (BRASIL, 2006b).

Outra função importantíssima da equipe saúde da família é notificar as DSTs, pois, somente por meio dessa informação, pode-se partir para ação de combate às mesmas. Sabe-se que existe notificação compulsória apenas para aids, hepatites virais, sífilis, uretrite não gonocócica, sífilis congênita, gestante HIV e criança exposta ao vírus HIV, portanto, segundo o MS deve-se criar um sistema de notificação por meio de uma ficha de investigação individual para as outras DSTs, para se ter um indicativo da realidade das mesmas em cada área de abrangência das unidades (BRASIL, 2006b).

Visto que o MS atribui à equipe saúde da família o papel de responsável por todas as ações a essas doenças descritas acima, o mesmo elege o ACS como um membro da equipe importante para ação contra essas doenças (BASTIANI; PADILHA, 2007), pois esse agente é considerado o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, desenvolvendo ações de caráter educativo (KOIASHIKI; ALVES-SOUZA; GARANHANI, 2008; MENDONÇA, 2004; NUNES et al., 2002).

A importância que esse profissional tem para o SUS é que ele trabalha na comunidade onde mora e já é um velho conhecido, tendo sua identidade já formada, desde 1943, por meio

de sua função na fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em que ficaram conhecidos como visitantes sanitários. Depois esse profissional ressurgiu com a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e que devido a sua expansão e evolução do PACS e à demanda crescente gerada por tal programa, o mesmo acabou necessitando da inserção em algo maior, surgindo então em 1994 o PSF em que esse ACS passa a ser integrante dessa equipe (FERRAZ; AERTS, 2005; SOUZA, 2002).

Ainda que a existência desse ACS remonte há alguns anos, somente no ano de 2002, foi criada a profissão para esses indivíduos por meio da Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

O profissional ACS como integrante da equipe da ESF vem para contribuir com a nova proposta da reorientação do modelo de saúde do país (FERRAZ; AERTS, 2007), pois é um profissional que possui várias atribuições estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Dentre as atribuições destacam-se: acompanhar aproximadamente 750 pessoas, morar na comunidade em que trabalham, realizar visitas domiciliares, realizar a territorialização e mapeamento da sua microárea de abrangência, cadastrar famílias, identificar famílias em maior situação de vulnerabilidade, realizar ações educativas e mobilização comunitária (BASTIANI; PADILHA, 2007; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2007b; CARDOSO, 2010; PEDROSA; TELLES, 2001), acompanhar e encaminhar pessoas para atendimento médico como: gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, DST entre outras (FERRAZ; AERTS, 2007; MARTINES; CHAVES, 2007).

Sabendo-se que o ACS tem tantas atribuições, estudos já demonstraram que esse profissional tem uma grande importância na vigilância em saúde da população (FERRAZ; AERTS, 2007) e que devido a isso devem ser oferecidas mais capacitações para esse profissional, pois é exigido do mesmo para trabalhar na unidade apenas o primeiro grau completo e não há necessidade de conhecimentos prévios na área da saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BRASIL, 2001b) e, segundo a Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, a capacitação dos profissionais da ESF deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Geralmente, quando o ACS é empregado para trabalhar na ESF, esse profissional recebe apenas um treinamento denominado de introdutório recomendado pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, treinamento este realizado pelos

polos de capacitação estruturados por instituições de ensino ou serviços de saúde (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; MOROSINI; CORBO, 2007).

A capacitação realizada nesse curso introdutório não é suficiente para dar subsídios para esse profissional desenvolver de fato seu trabalho, pois é uma capacitação que não aborda aspectos da integralidade da assistência proposta pelo SUS e ainda está pautada na visão do modelo biomédico e mesmo que se proponha realizá-la com outro enfoque, tomando o conceito ampliado do processo saúde-doença, somente o curso introdutório acaba não sendo suficiente para abordar tantos temas pertinentes à saúde, necessitando de vários investimentos educacionais (NUNES et al., 2002; ROSA; CAVICCHIOLI; BRETAS, 2004).

Devido a isso, o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel que tem como principal foco a promoção da saúde e prevenção de doenças (GOMES et al., 2010; SANTOS, 2010; TOMAZ, 2002).

E uma das funções do ACS, entre tantas, inseridos na ESF, designadas pelo MS desde o ano 2000 é trabalhar no combate às DSTs (BASTIANI; PADILHA, 2007), tendo o mesmo uma série de atribuições em relação a esse assunto como: informar conceito de DST para a população, conversar com as pessoas sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais e demonstrar sua utilização correta, identificar pessoas que apresentem sinais e sintomas dessas doenças e encaminhá-las para tratamento, falar sobre a importância do tratamento do parceiro. Explicitar que nem sempre as pessoas com DST apresentam sinais e sintomas, verificar se as pessoas encaminhadas para a unidade realmente procuraram atendimento, acolher os portadores de DST e promover as orientações necessárias (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2001c). Todas essas orientações podem ser realizadas em VD e salas de espera que são espaços públicos onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, sendo um território dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas à espera de um atendimento de saúde no qual o ACS deve realizar orientações de diversos temas, inclusive sobre DST, e registrá-las em um livro (SANTOS et al., 2012).

As recomendações que o MS atribui ao ACS para a prevenção e combate das DSTs ainda precisam de muito investimento, pois devido à baixa escolaridade e sem um treinamento adequado, o ACS torna-se um mero mensageiro entre a equipe e a comunidade, deixando de exercer sua função de informação e orientação para a comunidade, principalmente no que se diz respeito a essas doenças (SILVEIRA; SENA, 2005), pois as mesmas possuem mitos, tabus e preconceitos, e se faz necessário conhecimento não somente da patologia, mas também de instrumentos éticos e pedagógicos para instruir os indivíduos,

levando em consideração: o sigilo profissional, respeito, imparcialidade, austeridade e compromisso profissional (BASTIANI; PADILHA, 2007).

Portanto, é de suma importância que esses profissionais recebam capacitações em relação a esse tema, pois trabalhar com essas doenças requer entendimento sobre a patogenia desses agravos, sexualidade, etnia, gênero, conhecimento dos insumos de prevenção, abordagem, sigilo e construção de valores que levam a cada indivíduo e à comunidade auxiliarem no combate das mesmas (BRASIL, 2006b).

Dessa forma, considerando que se desenvolva um trabalho com enfoque mais específico e com mais possibilidade de construir sentidos para determinados temas para ações no cotidiano, foi proposto neste estudo que os processos de capacitação dos ACSs sejam estruturados e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2003b).

Devido a várias atribuições que o ACS tem, sendo uma delas o de desenvolver processos de ensino-aprendizagem sobre prevenção de doenças e promoção de saúde, é preciso que se desenvolvam com eles projetos de educação que faça com que os ACSs estejam comprometidos com o desenvolvimento de metodologias do processo ensino-aprendizagem que possibilitem e incentivem esses profissionais a recorrer a uma prática educativa mais ativa (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007), sendo que, segundo Freire (1987), essas práticas educativas mais ativas reconhecem o educando como responsável direto pela construção do seu saber, desenvolvendo seu poder de compreensão do mundo, estabelecendo uma forma autêntica de pensamento, em que as ideias são compartilhadas.

As práticas educativas com metodologias ativas têm como objetivo potencializar o conhecimento do indivíduo onde o próprio detecta problemas e busca soluções para o mesmo e propõe uma nova lógica de ensino por meio de reflexões entre o aprendiz e educador, sendo que esse último serve de mediador no processo ensino-aprendizagem (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Devido a isso, o processo de capacitação do ACS em relação às DSTs deve se pautar em uma capacitação baseada na lógica da produção social da saúde, indo ao encontro dos princípios do SUS, sendo preciso romper com a formação baseada na concepção bancária na qual o aprender aqui é apenas o ato de transmitir conhecimentos, formando indivíduos passivos e acríticos (FREIRE, 2004; GOMES et al., 2009).

Portanto, a capacitação do ACS em DST deve ser baseada em métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no indivíduo onde as demandas

individuais de cada grupo de agentes sejam escutadas e se tornem objetos de reflexão dos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2003b; TOMAZ, 2002) e, ainda nesta capacitação sejam articulados conteúdos que permitam introduzir noções básicas patológicas, epidemiológicas, de ética em saúde e que, venham qualificar o ACS como um multiplicador das ações preventivas (BRASIL, 2000b), capazes de transformá-lo em sujeito proativo (GOMES et al., 2009).

1.3 Metodologias ativas como estratégia na capacitação do ACS em relação às DSTs

O modelo educativo vem passando por várias mudanças ao longo dos tempos, passando de um modelo pedagógico tradicional baseado apenas em transmissão de conteúdos para um modelo baseado em construção do conhecimento na qual se leva em consideração o saber prévio do indivíduo (CORIOLANO et al., 2012).

O modelo educativo tradicional é criticado por Freire, pois o educador apenas deposita informações aos educandos (concepção bancária). Na visão de Paulo Freire, a educação deve promover uma reflexão no sujeito, a ponto de provocar mudanças na sua prática social, transformando o mundo e as relações com outros sujeitos e seu ambiente (CORIOLANO et al., 2012).

O novo modelo de ensino-aprendizagem é complexo e baseia-se em metodologias ativas que presumem que o indivíduo seja ativo na busca do conhecimento, sendo o educador um mediador neste processo (SANTOS, 2005). O ato de ensinar-aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais diferentes atores compartilham cada vez mais parcelas de responsabilidade, portanto é essencial ao educador a superação da concepção bancária e a valorização da educação libertadora, reflexiva, crítica, criativa, responsável e comprometida. Neste novo contexto, é necessário que o educador estruture cenários problematizados, assim, os indivíduos tornam-se mais ativos, interativos e corresponsáveis por seu aprendizado (BATISTA, 2005).

Em contraposição ao modelo tradicional de ensino no qual o indivíduo é passivo no seu processo de aprendizagem, a metodologia ativa dá ênfase a uma aprendizagem significativa que tem como uma das estratégias de ensino-aprendizagem a problematização, já propostas por Paulo Freire que faz com que o aprendiz seja ativo e reflita sobre o seu problema, levando em consideração a sua experiência prévia para a busca de solução para a

realidade em que vive e ao mesmo tempo transforma sua ação em conhecimento (ZANOTTO; ROSA, 2003).

Nos tempos remotos, o conhecimento fragmentado (modelo tradicional da educação) foi uma necessidade conjuntural e, hoje, enquanto metodologia está sendo revisto, buscando responder a uma nova demanda da sociedade. Esse novo milênio vem exigindo dos indivíduos grande capacidade para lidar com o desafio da complexidade do conhecimento que se transforma muito rapidamente, além do desafio de ter de lidar com o impacto de milhares de fatos transmitidos em tempo real para as mais diversas partes do mundo. Essa enorme teia que entrelaça informações, experiências, descobertas e inovações traz uma nova dinâmica para as relações interpessoais, que já são complexas por si só, nos diferentes contextos de trabalho seja na busca de conhecimento seja na aplicação dos mesmos na prestação de serviços à sociedade (AIUB, 2006).

Nas práticas de ensino na área da saúde, no Brasil, a situação não é diferente, pois o conhecimento nessa área também vem se transformando muito rapidamente, e a metodologia tradicional não está mais correspondendo com a evolução da sociedade, pois, com essa metodologia a educação dos profissionais de saúde era baseada apenas em técnicas de ensino conservadoras com influência do método cartesiano, fragmentada e reducionista que separa corpo da mente, razão do sentimento e a ciência da ética, para apenas o saber técnico (CAPRA, 2006). Ocorre, portanto, que nesse método, o indivíduo tinha de memorizar os conteúdos transmitidos pelo educador para demonstrar que aprendeu, ou seja, decorava-se hoje e amanhã já esquecia, não havendo o processo ação- reflexão-ação que faz com que o indivíduo se torne crítico e ativo no seu processo de aprendizagem (BEHENS, 2005).

Foi por meio das práticas sanitárias brasileiras que o Brasil passou por transformações no que se refere à educação em saúde e o marco foi a Reforma Sanitária Brasileira, na qual antes de 1970 a educação em saúde se baseava apenas em transmissão de conhecimento e após 1970 vem sendo incorporados conceitos como: a humanização da assistência, valorização da educação popular em saúde e o “empoderamento” do indivíduo advindo da concepção da educação de Paulo Freire (BOGUS, 2007).

Portanto, a ideia de Paulo Freire não fica restrita apenas à pedagogia, mas extrapola para a área da saúde no que se diz respeito ao SUS, na qual as relações entre os profissionais de saúde e usuários são transformadas em uma relação dialógica, promovendo reflexão nos usuários para melhor lidarem com o processo saúde-doença, com base na reflexão, consciência e autonomia (CORIOLANO et al., 2012).

Para que haja reflexão e mudança de comportamento dos usuários que utilizam os serviços de saúde, para melhor conseguirem lidar com seus problemas de saúde, o profissional de saúde deve receber na sua formação profissional conhecimentos que valorizem a horizontalidade do cuidado, a humanização e a articulação entre os saberes científicos e populares (CORIOLANO et al., 2012), no qual no modelo tradicional de ensino isso não é estimulado, pois nessa metodologia aprende-se que na relação profissional de saúde e usuário, o profissional de saúde é o detentor do saber e impõe ao usuário o que deve ser feito para melhorar sua condição de saúde, não levando em consideração o saber popular, utilizando a dominação e colocando toda responsabilidade no indivíduo, para reduzir os riscos de sua saúde, não contribuindo para a consolidação da integralidade e para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde tão preconizadas, no SUS, pela atenção primária (MENDES et al., 2007).

É nesse contexto que a formação dos profissionais da área da saúde deve ser realizada por meio de uma metodologia desenvolvida para uma prática de educação libertadora, para capacitar um profissional apto a aprender a aprender e conseguir levar adiante os desafios que encontrar na sua prática profissional. Nesta construção do conhecimento se faz necessária uma metodologia que realmente capacite o profissional da saúde competente tanto na sua área do conhecimento teórico, prático e que desenvolva a humanização e acolhimento no trato com o cliente e que também saiba conviver bem em equipe (FERNANDES et al., 2003).

Para o profissional de saúde se desenvolver como sujeito social com competências éticas, políticas e técnicas do conhecimento, crítica, responsabilidade e sensibilidade voltadas para as questões da vida, a capacitação na área da saúde deve enfatizar as abordagens progressivas que vêm sendo construídas e favorecendo também para reforçar a mudança para o paradigma da integralidade na saúde, com isso tem-se como exemplo a metodologia ativa na qual o ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada sujeito, ou seja, de indivíduo que constrói a sua própria história, onde o educador e o educando se reconhecem mutuamente e não se reduzem à condição de objeto um do outro (MITRE et al., 2008).

As metodologias ativas proporcionam que o profissional de saúde, no contato com as informações, leve à produção de conhecimento, pois o sujeito ativo precisa ter uma situação autêntica de experiência que estimule ir buscar e utilizar informações e instrumentos, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática (MITRE et al., 2008).

A metodologia ativa vem permitindo articulação entre formação dos profissionais de saúde, o serviço e a comunidade (FEURWERKER; SENA, 2002) e no contexto da ESF, que

se refere o estudo em questão, as capacitações dos profissionais de saúde que atuam nessa área, sendo realizadas com base nas metodologias ativas, contribuem muito para a substituição de práticas de saúde verticalizadas onde o profissional detém o saber e o saber do usuário do serviço não é valorizado e nem mesmo reconhecido. A capacitação baseada em metodologias ativas possibilita uma maior aproximação entre usuário do serviço de saúde e o profissional (tendo aqui como foco o ACS) no qual irão valorizar o conhecimento prévio do usuário (BOGUS, 2007), permitindo abertura dos canais de comunicação, motivando os indivíduos envolvidos e fortalecendo os princípios do SUS (CORIOLANO et al., 2012).

Na equipe saúde da família, uma figura que se destaca é o do ACS, pois é o elo entre os outros profissionais da estratégia com a comunidade, mas que não tem aprendizagem específica para poder trabalhar com as ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação. Trabalha numa prática alicerçada apenas no conhecimento do senso comum e nas poucas capacitações que recebe, as mesmas são baseadas prioritariamente, na metodologia da transmissão e ainda com um conteúdo voltado apenas para a cura de doenças, o que não potencializa processos reflexivos e de transformação de práticas e aproximação de construção de vínculos junto aos usuários dos serviços de saúde, para facilitar a abordagem de vários temas da saúde e principalmente os das DSTs que envolvem o estudo (SILVA; DAMALSO, 2002).

Levando em consideração as DSTs que são doenças carregadas de tabus e mitos, as orientações dos ACSs na comunidade não podem ser baseadas apenas nas características do modelo curativo, pois são doenças que necessitam de ações de prevenção e promoção e não somente a cura. Portanto é necessário utilizar um programa de capacitação dos ACSs que desenvolva a criticidade desses indivíduos, levando a uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença das mesmas (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

A capacitação desses profissionais por meio de metodologias ativas deve ser baseada em dinâmicas e estratégias participativas do ACS no seu processo de aprendizagem, possibilitando a esse profissional aplicar o conhecimento construído junto à comunidade no que se diz respeito às DSTs (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Deve-se estimular o ACS a considerar o saber dos usuários e a ter habilidades comunicacionais e relacionais para introduzir outros conhecimentos que levem à reflexão daquilo que eles têm como conhecimento, e este processo reflexivo potencialize revisão e reelaboração de um saber construído que o ACS achava e que agora passou a incorporar outros sentidos em relação às DSTs, na qual a prática do ACS irá passar por uma transformação não imposta do saber, mas sim a partir da problematização das mesmas para

eles reelaborarem o seu conhecimento (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b; DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007; VALENTIM; KRUEL, 2007).

Devido não ter encontrado estudos específicos que abordam o tema DSTs: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorréia, uretrite não gonocócica, HPV, HSV-2 e tricomoniase sobre capacitação das mesmas para ACSs e pelo fato dessas doenças serem negligenciadas, sendo ainda um grande problema de saúde pública, foi proposto pelo presente estudo uma capacitação dessas doenças para ACSs, que segundo o MS é também um profissional da ESF que após capacitação baseada em metodologias ativas podem contribuir para melhorar seus conhecimentos nessa área e aplicarem o que aprenderem na sua prática profissional, contribuindo para o combate desses agravos.

Frente ao processo de investimento da capacitação dos ACS do município de São Sebastião do Paraíso- MG em DST, baseada em metodologia ativa são hipóteses da pesquisa: que os ACSs aumentem as orientações em sala de espera em relação a essas doenças após capacitação, que os profissionais da unidade da ESF aumentem a realização das notificações das DSTs, após capacitação realizada, que aumentem a identificação e encaminhamento de portadores de DST pelas unidades da ESF para ambulatório de especialidade em infectologia e que os ACSs tenham melhor desempenho no instrumento de aferição de conhecimento sobre essas doenças, após capacitação realizada.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto da capacitação dos agentes comunitários de saúde, do município de São Sebastião do Paraíso - MG, de 20 unidades da estratégia saúde da família em relação às doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar instrumento de pesquisa em doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital para agentes comunitários de saúde.

- Validar instrumento de pesquisa em doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital, quanto à aparência, conteúdo e semântica.

- Elaborar processo de capacitação em doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital para agentes comunitários de saúde, do município de São Sebastião do Paraíso- MG.

- Validar o conteúdo e a estratégia de sistematização e aplicação do processo de capacitação em doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital para agentes comunitários da saúde, do município de São Sebastião do Paraíso- MG.

- Comparar o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital pelos agentes comunitários de saúde, entre o período pré e pós-capacitação.

- Comparar o número de orientações em relação às doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital, realizadas pelos agentes comunitários da saúde, em sala de espera, entre o período pré e pós-capacitação.

- Comparar o número de usuários de São Sebastião do Paraíso- MG encaminhados pelas 20 unidades da estratégia saúde da família para o ambulatório de especialidade em infectologia desse município para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, vírus papiloma humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital, entre o período pré e pós-capacitação.

- Comparar o número das notificações das doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, papiloma vírus humano, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e herpes genital, realizadas pelas 20 unidades da estratégia saúde da família e enviadas para o ambulatório de especialidade em infectologia do município de São Sebastião do Paraíso- MG , entre o período pré e pós-capacitação.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Estudo com delineamento misto. “A investigação por métodos mistos é uma investigação sistemática de métodos qualitativos e quantitativos num único estudo, com o objetivo de se obter uma visão mais abrangente e uma compreensão mais profunda do fenômeno em estudo” (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007).

Estudo metodológico, na fase de elaboração e validação de conteúdo, aparência e semântica do instrumento de pesquisa utilizado nesse estudo. E também na fase de elaboração do processo de capacitação em relação à validação do conteúdo e estratégias de sistematização e aplicação desse processo.

Tal estudo possui foco no desenvolvimento, na avaliação e no aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas. Consiste na utilização de maneira sistemática dos conhecimentos existentes para elaborar um instrumento válido e fidedigno, que possa ser utilizado por outros pesquisadores e para o próprio público a que se destina (POLIT; BECK, HUNGLER, 2004).

Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se pretende medir. Os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens (BRAGA, 2004; POLIT; BECK, 2011). A validade de aparência é uma técnica que proporciona julgamento sobre relevância e adequação dos itens (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação semântica tem por finalidade verificar, quanto à clareza dos itens, a facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação por aqueles que se utilizarão destes itens e a necessidade de modificação dos mesmos segundo sua percepção (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

Vale destacar que a validação do instrumento não é um processo que se encerrará em um estudo, mas sim pressupõe continuidade e pode ser repetida inúmeras vezes para o mesmo instrumento (RAYMUNDO, 2009).

Já, na fase de avaliação de impacto do programa de capacitação oferecida aos ACSs, trata-se de uma pesquisa analítica quase experimental de intervenção, do tipo antes e depois. A pesquisa é do tipo analítica, pois os estudos analíticos pretendem testar hipóteses.

De acordo com Polit e Beck (2011), os quase experimentos envolvem uma intervenção sem randomização, não havendo grupo controle, como no presente estudo.

Estudos do tipo quase experimental têm sido muito utilizados em pesquisas relacionadas ao ensino, quando se quer avaliar a eficácia de uma capacitação com abordagem metodológica inovadora. Esse delineamento quase experimental permite avaliar o impacto de uma intervenção em três fases: pré-teste, intervenção e pós-teste, avaliando o conhecimento, mas também as ações e atitudes dos sujeitos submetidos à mesma. Neste estudo aplicou-se um instrumento no período de pré-capacitação para avaliar o conhecimento em DST e foi também realizada coleta de dados sobre o número de orientações em DST, encaminhamento e notificações das mesmas, e esses ACSs foram submetidos a uma capacitação, e aplicou-se, então, um pós-teste para o mesmo grupo, sendo o mesmo observado antes e depois de um novo método de ensino que nesse caso foi a metodologia ativa. Diferenças entre o pré-teste e o pós-teste evidenciam a eficácia ou ineficácia da intervenção (CAMPBELL; STANLEY, 1979; MOREIRA, 2003).

3.2 Local do estudo

São Sebastião do Paraíso, um município do sudoeste mineiro, com aproximadamente 69.574 habitantes (IBGE, 2015) possui serviços de saúde nos três níveis da rede de atendimento, gestão plena do sistema municipal, 100% de cobertura pela unidade da ESF. Possui pela rede pública um Ambulatório de Especialidades, um Ambulatório de especialidade em Infectologia, um Pronto-Atendimento, um Hospital Filantrópico Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso, um Hospital Psiquiátrico Filantrópico Fundação Gedor Silveira e diversas clínicas particulares, contando com um total de 101 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2015).

3.3 Cenário do estudo

O município de São Sebastião do Paraíso- MG possui, como unidades da atenção básica, 20 unidades da ESF pertencentes à administração municipal. Cada unidade possui: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, oito ACSs, cada duas unidades possuem: uma equipe de saúde bucal e há duas equipes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) para atender as 20 unidades, contando com psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionistas. As unidades funcionam de 2º a 6º feira, no horário das 7:00 hs às 16:00 hs e realizam atendimento de clínica médica, puericultura, pré-natal, saúde da mulher, consultas de hipertensos e diabéticos, realizam atividades preventivas, como grupos, palestras em escolas, empresas, visitas domiciliares, orientações em sala de espera, reuniões de equipe e eventos em datas comemorativas.

No estudo, foram selecionadas as 20 unidades da ESF do município de São Sebastião do Paraíso- MG, que estão distribuídas segundo número de pessoas, famílias cadastradas e área de abrangência (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da população assistida por cada uma das Unidades da Estratégia de Saúde da Família, segundo unidade, número de pessoas e de famílias cadastradas e área de abrangência. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Unidade Saúde da Família	Número de pessoas cadastradas	Número de famílias acompanhadas	Área de abrangência
Unidade A	3691	1112	Periferia
Unidade B	3470	1030	Periferia
Unidade C	3479	976	Periferia
Unidade D	3585	1167	Periferia
Unidade E	3383	1161	Periferia
Unidade F	3412	1217	Periferia
Unidade G	2738	811	Periferia
Unidade H	2771	846	Periferia
Unidade I	4094	1204	Periferia
Unidade J	3256	1115	Periferia
Unidade K	3465	1096	Periferia
Unidade L	3312	1061	Periferia
Unidade M	4012	1287	Periferia
Unidade N	2875	931	Periferia
Unidade O	4112	1280	Periferia
Unidade P	2742	779	Periferia
Unidade Q	3986	950	Centro
Unidade R	2970	976	Centro
Unidade S	2000	680	Área distrital
Unidade T	3765	953	Zona rural

Dados fornecidos pela coordenação da atenção básica do município de São Sebastião do Paraíso- MG, 2015.

3.4 População do estudo

As unidades da ESF, do município de São Sebastião do Paraíso- MG, contam com 160 ACSs distribuídos em oito ACSs por unidade. Esses ACSs possuem contrato de trabalho temporário pela Prefeitura desse município, no qual o mesmo é renovado anualmente e no ano de 2013 houve, desses 160 ACSs, entrada de 40 novos agentes por meio de processo seletivo. O ACS para trabalhar em uma USF tem de residir na sua área de abrangência, sendo essa uma exigência do próprio MS e, portanto, os 160 ACSs residem na área de abrangência em que trabalham.

Dos 160 ACSs do estudo, constituíram-se como participantes desta investigação 134 ACSs das 20 unidades da ESF, pois 24 desses profissionais participaram da validação semântica do instrumento de pesquisa, não podendo, portanto, serem utilizados para o processo de capacitação do estudo e houve duas perdas de participantes no decorrer do estudo, no qual o estudo inicialmente era constituído de 136 participantes, mas devido a óbito de uma ACS e licença-saúde de outra, o estudo contou com a participação, portanto, dos 134 sujeitos. Desses 134 ACSs, 132 são do sexo feminino e 02 são do sexo masculino, 50 fizeram o 1º grau completo e 62 ACSs possuem o 2º grau completo e 22 ACSs o 2º grau incompleto. Não há ACS contratado com formação no curso técnico nem com ensino superior.

Esses profissionais possuem como funções nas unidades da ESF: realizar visitas domiciliares, realizar relatórios de visitas domiciliares, educação em saúde tanto no domicílio, como em sala de espera dentro das unidades e também em escolas por meio de temas preconizados pelo MS que englobam: saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher e do idoso, realizar busca ativa de indivíduos da comunidade para consultas na unidade e notificar agravos existentes, na sua área de abrangência.

3.5 Período pré e pós- capacitação

O marco para avaliação do impacto da capacitação do ACS, no período pré-capacitação foi o mês de março de 2013 até fevereiro de 2014, pois levou em consideração os 40 ACSs que entraram no mês de fevereiro de 2013. A capacitação desses profissionais ocorreu em todo o mês de maio de 2014 e nas duas primeiras semanas de junho de 2014,

totalizando seis semanas de treinamento. O marco para avaliação do impacto da capacitação do ACS, no período pré-capacitação, foi do mês de julho de 2013 até junho de 2014, e no período pós- capacitação foi de julho de 2014 até junho de 2015.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Foi confeccionado e utilizado um instrumento (APÊNDICE A) de coleta de dados que recebeu como título: “Avaliação da capacitação do Agente Comunitário de Saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis” para ser aplicado para os ACSs do estudo, no período pré e pós-capacitação.

Esse instrumento contém perguntas fechadas de múltipla escolha com apenas uma resposta correta em cada questão que avalia o conhecimento das DSTs: sífilis, uretrite não gonocócica, tricomoníase, cancro mole, gonorreia, linfogranuloma venéreo, HPV e HSV-2. Foi elaborado nas recomendações do MS em relação às atribuições do ACS para a prevenção e controle das mesmas (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). O instrumento consta de quatro perguntas pessoais para o ACS sobre variáveis sociodemográficas, sete perguntas sobre variáveis profissionais e 24 questões relacionadas ao conhecimento sobre as DSTs: sífilis, gonorreia, HSV-2, HPV, cancro mole, linfogranuloma venéreo, uretrite não gonocócica e tricomoníase, distribuídas em temas sobre: definição das DSTs, prevenção, transmissão, diagnóstico, patogenia e tratamento dessas doenças.

A validação desse instrumento “Avaliação da capacitação do Agente Comunitário de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis” foi realizada por meio da técnica da validação da aparência, validação do conteúdo e da validação semântica.

A validade de aparência é uma técnica que proporciona julgamento sobre relevância e adequação dos itens. A validação de conteúdo consiste no julgamento do instrumento por juízes com experiência no assunto em questão, para determinar se o conteúdo de um instrumento explora os quesitos de mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação semântica consiste na verificação da compreensão dos conceitos existentes, no instrumento da pesquisa por meio de entrevista cognitiva realizada com os participantes da pesquisa. Visa a identificar problemas de entendimento e aceitação dos termos (DEON et al., 2011).

Para a realização da validação da aparência e do conteúdo do instrumento de pesquisa, foram utilizadas estratégias para a realização das mesmas que estão descritas a seguir.

Na validação de aparência e conteúdo, submete-se o instrumento de pesquisa à apreciação de um conjunto de especialistas no assunto, no qual foi solicitado que fizessem sugestões, correções, acrescentassem ou modificassem os itens apresentados no instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Para escolha dos juízes para a validação da aparência e conteúdo, foi utilizada primeiramente a técnica metodológica conhecida como “snowball” (bola de neve) utilizada para recrutar os juízes que validaram o instrumento, ou seja, essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto e foi por meio dessa técnica que os juízes foram sendo convidados (BERNARD, 2002).

Com o instrumento foram enviados para os juízes, por email, no dia 26 de abril de 2012, o projeto do estudo e um roteiro de avaliação do instrumento (APÊNDICE B) para facilitar a validação do mesmo, onde foram utilizados itens de avaliação como: organização, análise do conteúdo, clareza, objetividade, abordagem do tema e também espaços para os juízes fazerem observações, sugestões de itens para serem incluídos ou excluídos do formulário (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2011; RAYMUNDO, 2009). Todos os juízes enviaram o roteiro. A entrega do roteiro pelo último juiz foi no dia 28 de maio de 2012.

As sugestões e alterações enviadas pelo roteiro foram analisadas quantitativamente, verificando-se a concordância entre os juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e utilizando a fórmula de número de juízes que concordaram pelo número total de juízes em porcentagem.

Após avaliação dos juízes em relação à aparência e conteúdo do instrumento, foi realizada a validação semântica.

Para realização da validação semântica, primeiramente foram selecionados por meio de sorteio ACSs das 20 unidades da ESF, levando em consideração o nível de escolaridade. Após esse sorteio, foi agendada uma data para a realização da validação semântica, na qual os ACSs selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (APÊNDICE F). Após assinado o TCLE, os ACSs responderam a todos os itens do instrumento, não havendo intervenção da pesquisadora, nesse momento.

Depois de respondido o instrumento (APÊNDICE A), os ACS responderam primeiramente à folha de impressão geral adaptada (APÊNDICE C) e em seguida à folha de

impressão específica adaptada (APÊNDICE D) do instrumento DISABKIDS® (DISABKIDS® GROUP, 2002).

Depois de realizadas todas as etapas da validação semântica, foram identificados todos os problemas quanto à compreensão dos itens e das categorias do instrumento. Os dados foram categorizados em tabelas, levando em consideração os dados existentes na folha de impressão geral, contendo o item, a alternativa de resposta e a porcentagem de resposta dos ACSs. Para os dados existentes na folha de impressão específica, os mesmos também foram distribuídos em tabela, contendo: o item, a importância dos itens para o ACS, a dificuldade para responder à questão e se as opções de resposta são de fácil entendimento para responder à mesma. Os resultados foram divulgados por meio de dados em porcentagens.

Após analisar os resultados da validação semântica, foram realizados os julgamentos e alterações, se necessário, para adequar o instrumento a um melhor nível de compreensão.

Aplicação do instrumento de pesquisa

O instrumento já validado foi aplicado entre o período pré e pós- capacitação para os 134 ACSs, contando com a colaboração de enfermeiras coordenadoras das unidades saúde da família do município para a aplicação do mesmo.

O instrumento foi entregue em envelope lacrado para cada enfermeira das USFs, padronizando dia e horário de atividades de capacitação da equipe, mantendo o local de cada unidade e não prejudicando, portanto, a rotina do serviço. O mesmo foi respondido pelos 134 ACSs, após assinatura do TCLE (APÊNDICE F). Após o término do preenchimento, cada enfermeira entregou os envelopes com os instrumentos respondidos para a avaliação da pesquisadora.

Após correção do instrumento tanto no período pré quanto na pós-capacitação, os dados foram analisados, sendo descritos os resultados encontrados relacionados às características sociodemográficas e profissionais do mesmo. E por meio de estatística exploratória com a elaboração de um banco de dados contendo variáveis relacionadas ao conhecimento do instrumento, se compararam, por meio de porcentagens, as mudanças de acertos e erros das 24 questões, no período pré e pós- capacitação, determinando se houve aumento ou diminuição dos acertos das mesmas.

Para isso os dados foram categorizados, em tabela e gráfico, levando em consideração as 24 questões do instrumento que avaliam o conhecimento sobre as DSTs: sífilis, HPV, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoniase, cancro mole, linfogranuloma venéreo e HSV-2.

A coleta de dados sobre as demais variáveis do estudo: número de orientações de DSTs em sala de espera, número de encaminhamentos de usuários das unidades da ESF para o ambulatório de especialidade em infectologia e o número de notificações das DSTs: sífilis, HSV-2, HPV, gonorreia, tricomoniase, cancro mole e linfogranuloma venéreo das unidades da ESF para esse ambulatório estão descritos a seguir.

As orientações, em sala de espera, pelo ACS é uma função do mesmo dentro da unidade da ESF e deve ser realizada, conforme recomendação do MS (BRASIL, 2001a). Essas orientações que os ACSs devem realizar ocorrem durante o período em que o cliente espera para atendimento médico dentro da unidade e deve contemplar diversos temas de promoção da saúde e prevenção de doenças, na qual o tema DST também deve ser abordado. As orientações em sala de espera devem ser realizadas diariamente e comprovadas por meio de assinaturas dos clientes que assistiram às orientações, ficando registradas em livro denominado sala de espera.

O cálculo da amostra foi baseado no número das orientações em DSTs realizadas pelos ACSs, em sala de espera e registradas em cadernos específicos sobre as atividades desenvolvidas, nessas salas de espera, por esses trabalhadores.

Para esse cálculo, foi adotada a suposição de que em que 50% dos dias úteis o tema sobre DST seja abordado pelos ACSs das 20 unidades da ESF. Considerando um erro de estimativa de 5% para mais ou para menos, um nível de significância $\alpha = 0,05$ e 5% de perdas por registros sem informação ou qualquer informação com impossibilidade de leitura, o número de amostra, obtido para orientações em sala de espera de acordo com os dias úteis, num período de um ano, para o período pré e pós-capacitação foi de 427 registros.

Frente a isso a coleta desses dados da sala de espera foi contabilizada em números, pela própria pesquisadora em relação à quantidade de orientações que abordaram o conjunto das DSTs estudadas, tanto no período pré quanto na pós- capacitação. Foram levados em consideração os cinco dias úteis semanais (2º a 6º feira) de cada mês, que são os dias de funcionamento das equipes, tanto no período pré quanto no pós-capacitação.

O resultado dos dados obtidos em relação às orientações em sala de espera foi categorizado em tabela e gráfico apresentado por meio de porcentagens.

Em relação ao encaminhamento dos usuários para tratamento das DSTs, o ambulatório de especialidade em infectologia do município de São Sebastião do Paraíso-MG atende a todos os usuários que são encaminhados pelas 20 unidades da ESF, em relação ao diagnóstico e tratamento das DSTs: cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, sífilis, gonorreia, HPV, HSV2 e uretrite não gonocócica. O ambulatório tem

um livro de registro que contém nome do usuário, endereço, data do encaminhamento, nome da USF que encaminhou bem como a patologia e, portanto, por meio desse livro de registro foi possível coletar o número de encaminhamentos dos usuários provenientes das unidades da ESF que são trazidas pelo usuário para marcação da consulta com o médico infectologista.

Por meio desse livro de registro, os dados coletados no período pré e pós-capacitação, foram contabilizados em números pela somatória de encaminhamentos de todo o conjunto de DST estudada das 20 USF no período pré e pós-capacitação, o resultado foi categorizado por meio de tabela e gráfico apresentados em porcentagens.

Em relação às notificações das DSTs estudadas, como essas não são doenças de notificação compulsória, apenas as DSTs: aids, hepatites virais, sífilis congênita, gestante HIV e criança exposta ao vírus HIV são DST de notificação compulsória, foi criada desde 2007 pelo ambulatório de infectologia de São Sebastião do Paraíso- MG, uma ficha de notificação que contempla essas outras doenças do estudo em questão, e as mesmas desde sua criação foram distribuídas para as 20 unidades da ESF para profissionais da equipe notificarem e enviarem para o ambulatório de infectologia os casos dessas doenças para auxílio epidemiológico dos casos das mesmas.

Essa ficha de notificação criada contém dados de: identificação da unidade de saúde, nome do usuário, idade, sexo, endereço, profissão, número de parceiros, estado civil e local para o profissional assinalar a DST em que o usuário é portador ou da suspeita da mesma e data do diagnóstico e data do envio da mesma para o ambulatório de especialidade.

A coleta de dados dessas notificações foi realizada pela própria pesquisadora por meio da contagem numérica das fichas de notificação enviadas pelas 20 unidades.

Frente a isso, os dados em relação às fichas de notificação não compulsória das DSTs: cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, sífilis, gonorreia, HPV, HSV2 e uretrite não gonocócica foram contabilizados em números por meio da somatória do envio de todas as fichas de notificação dessas DSTs pelas 20 unidades da ESF para o ambulatório de infectologia no período pré e pós-capacitação, e o resultado foi categorizado por meio de tabela e gráfico apresentados em porcentagens.

3.7 Processo de capacitação dos ACSs

A capacitação em DST para os ACSs, do município de São Sebastião do Paraíso-MG, ocorreu após a aplicação do instrumento de pesquisa validado, no período pré- capacitação.

Foi realizada pela própria pesquisadora, enfermeira que trabalha no ambulatório de especialidades em infectologia, do município. Foi realizada no mês de maio de 2014 e finalizada no dia 16 de junho de 2014.

Participaram do processo de capacitação apenas os ACSs que não fizeram a validação semântica desse instrumento, contando, portanto, com 134 indivíduos dos 160 ACSs, lembrando que houve perda de dois participantes.

A capacitação teve duração de 40 horas semanais, com duração de 08 horas por dia, no horário de trabalho dos ACSs (7:00 hs às 11:00 hs e das 12:00 hs às 16:00 hs), nos quais os mesmos foram liberados das suas atividades para esse treinamento. Foram realizados, portanto, 10 encontros (manhã e tarde), ou seja, 05 dias no total para cada grupo.

Para uma melhor aprendizagem dos conteúdos, e até para contribuir com a metodologia utilizada no processo de aprendizagem, os 134 ACSs selecionados para a pesquisa foram divididos em 06 grupos (02 grupos de 24 ACSs e 04 grupos de aproximadamente 22 ACSs), dando um número aproximado de 03 USFs em cada capacitação. O tempo total da capacitação foi de 06 semanas, ou seja, 01 semana para cada grupo.

As capacitações foram realizadas, no prédio da faculdade do município (Libertas Faculdades Integradas), em sala de aula, onde foi desenvolvido o processo de capacitação das DSTs: cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, sífilis, gonorreia, HPV, HSV-2 e uretrite não gonocócica, para que os conteúdos abordados sobre essas DSTs sejam incorporados na educação em saúde. Os ACSs foram divididos em quatro grupos de aproximadamente seis componentes para realização das atividades propostas. Para essa divisão, foram realizadas, em cada encontro, várias técnicas descritas nos planos de aula (APÊNDICE E). Essas técnicas têm como objetivo evitar que se formem sempre os mesmos grupos de pessoas e favorecem uma maior integração do grupo e a troca de experiências dos participantes.

No decorrer dos encontros, foram abordados conteúdos como: definição de DST, tipos de DST que existem, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico, epidemiologia, tratamento, abordagem, sigilo e ética, ao se trabalhar com essas doenças, e importância da realização da notificação desses agravos. Foi dada ênfase para a importância e utilização dos métodos de

barreira (preservativo masculino e feminino) e sobre o papel do ACS como um membro da equipe da ESF em relação a essas doenças, tanto no domicílio, como em relação às orientações em sala de espera nas unidades de saúde e escolas.

Para a realização desses conteúdos, foram utilizadas técnicas de ensino como: tempestade de ideias, trabalhos em pequenos grupos, trabalho em plenária, estudo de caso, dramatização, demonstrações da utilização dos preservativos, seminários, dinâmicas de grupo, oficina e síntese reflexiva em cada encontro. Nessa capacitação não serão abordadas as DSTs: HIV/aids e hepatites virais, pois essas DSTs não são o tema do estudo.

Todo o processo de capacitação está detalhado no planejamento em relação às DSTs estudadas, no plano de curso (APÊNDICE E). O planejamento deste curso de capacitação foi realizado pela própria pesquisadora, baseado em referências preconizadas pelo MS, sendo validado o seu conteúdo e as estratégias de ensino por meio das metodologias ativas por profissional da área da pedagogia.

3.8 Tratamento e análise dos dados

Inicialmente foi elaborado um banco de dados contendo um dicionário inventariando todas as variáveis contidas no instrumento de coleta de dados. Adicionalmente o banco incluiu mais duas planilhas para a implantação do processo de validação por dupla entrada (digitação) de dados. Após a validação, este banco foi importado no aplicativo software IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) v. 22, série: 10101151049.

Os resultados foram representados em distribuição de frequência e gráficos. A análise estatística exploratória incluiu (média, mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis quantitativas, assim como distribuições de frequência para várias categóricas. Por se tratar de variável dicotômica, foi empregado o teste não paramétrico dos sinais, com aproximação para distribuição para análise do conhecimento dos ACSs, no período pré e pós-capacitação. No caso das variáveis quantitativas discretas em relação ao número das orientações dos ACSs em DST, nas salas de espera, no período pré e pós-capacitação, para o número de encaminhamentos de usuários portadores dessas doenças no período pré e pós-capacitação e também para o número de notificações desses agravos também no período pré e pós-capacitação, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon.

O nível de significância considerado foi de $\alpha = 0,05$ em um teste de hipóteses bilateral.

3.9 Procedimentos éticos

Este projeto foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso- MG e pela coordenadora das Unidades Saúde da Família, do município de São Sebastião do Paraíso e submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP sob Protocolo de nº. 1346/2011 1 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) foi elaborado pela pesquisadora e composto por justificativas, objetivos da pesquisa, procedimentos utilizados, responsáveis, meios para contato, liberdade do sujeito em participar da pesquisa sem danos e prejuízos para o mesmo e garantia de sigilo.

A utilização dos formulários de validação semântica geral e específico disponibilizados pelo grupo DISABKIDS® no Brasil foi autorizada pela coordenadora dos processos de adaptação cultural e validação dos Instrumentos DISABKIDS® no Brasil e no México (APÊNDICE G).

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os resultados da validação do instrumento (APÊNDICE A), do processo da capacitação e os resultados dos outros objetivos propostos no presente estudo. O instrumento de pesquisa elaborado se encontra no (APÊNDICE A) e sua descrição na página 45.

4.1 Validação do instrumento

Os resultados da validação do instrumento estão descritos abaixo:

4.1.1 Validação da aparência e conteúdo

Para a validação da aparência e conteúdo, procurou-se no total por onze juízes dentre estes: juízes *experts* em doenças sexualmente transmissíveis, juízes que compõem a equipe mínima multiprofissional do PNDST/AIDS e hepatites virais de acordo com a Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013 (além de médico infectologista e enfermeiro, a equipe pode ser composta de psicólogo e assistente social) (BRASIL, 2013), juízes especialistas em educação permanente e juízes especialistas em atenção básica.

A escolha desses profissionais se baseou em critérios próprios estabelecidos pela pesquisadora, direcionados aos objetivos deste estudo e que conferissem maior exatidão da avaliação (MELO et al., 2011). Alexandre e Coluci (2011), em seu artigo sobre validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas, referem que o número e a qualificação dos juízes são pontos que apresentam controvérsias na literatura. Alguns autores recomendam um mínimo de cinco e um máximo de dez juízes. Outros autores sugerem a seleção de seis a vinte profissionais.

Após aceitação do convite, participaram do processo de validação da aparência e conteúdo: médico da área de doenças sexualmente transmissíveis e educação permanente, médico referência do MS em DST, enfermeira docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (EERP-USP), do departamento Materno-Infantil e Saúde

Pública (MISP), docente e pedagoga da EERP-USP, docente e enfermeira da EERP-USP da área de doenças sexualmente transmissíveis, uma enfermeira da saúde pública da Escola de Enfermagem-Universidade de São Paulo (EE-USP), com experiência em trabalhos na atenção básica, voltados para os ACSs, enfermeira-coordenadora do setor de infectologia da cidade de Ribeirão Preto, com experiência em educação permanente para profissionais da área da atenção básica, enfermeiro-coordenador da atenção básica do município de São Sebastião do Paraíso- MG, com experiência em educação permanente na atenção básica, dois psicólogos do serviço de atendimento especializado (SAE) de infectologia do município de São Sebastião do Paraíso- MG e uma assistente social do SAE também desse município.

As respostas e sugestões de alteração propostas pelos juízes por meio do roteiro de observação (APÊNDICE B) foram analisadas uma a uma, verificando-se os consensos na avaliação de cada item pelos mesmos e os comentários mais relevantes ao instrumento em estudo. Na Tabela 2, estão os resultados da validação de aparência e conteúdo com destaque para a concordância, discordância e sugestão de alteração por item.

Tabela 2- Avaliação dos atributos do instrumento na etapa de validação da aparência e conteúdo. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Item	Avaliação dos juízes				Total
	Concorda	Discorda	Alteração	Não respondeu	
Organização	11	0	0	0	11
Objetividade	11	0	0	0	11
Clareza	06	0	5	0	11
Análise do conteúdo	11	0	0	0	11
Abordagem do tema	11	0	0	0	11

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), ao se utilizar o método de cálculo baseado na porcentagem de concordância, considera-se como uma taxa aceitável de concordância de 90% entre os juízes.

Vale ressaltar que nenhum juiz discordou dos itens avaliados em relação ao instrumento (APÊNDICE A). Dos onze juízes, cinco sugeriram alterações. Diante disso, foi realizada a análise das porcentagens de concordância e apresentadas as sugestões de alteração apontadas pelo Comitê de Juízes para qualificação do instrumento.

Em relação aos itens- organização, objetividade, análise do conteúdo e abordagem do tema, todos os juízes concordaram que o instrumento possui estrutura e conteúdos adequados abordados em todas as questões do mesmo, portanto não foi sugerida necessidade de alterações em relação a esses itens.

Em relação ao item clareza, a porcentagem de concordância entre os juízes foi de 55%.

Mudanças foram sugeridas por 05 (45%) dos juízes nas questões de número 12 e 22 do instrumento. A sugestão foi trocar a palavra “acomete” por “adquire”, na questão 12 e “atinge” na questão 22. Ficando, portanto, a questão de número 12: Quem deve tratar uma pessoa que adquire alguma Doença Sexualmente Transmissível? Substituindo a antiga: Quem deve tratar uma pessoa acometida por alguma Doença Sexualmente Transmissível? E a questão de número 22: A tricomoníase é uma DST que atinge: substituindo a antiga: A tricomoníase é uma DST que acomete.

4.1.2 Validação semântica

O processo de validação semântica ocorreu no dia 24 de janeiro de 2014, em sala de aula do prédio da Libertas Faculdades Integradas, no horário das 13:00 hs.

Dessa fase participaram do estudo 24 ACSs, não havendo recusas. Desses 24 ACSs, apenas um do sexo masculino com nível fundamental de escolaridade e um do sexo masculino com nível médio de escolaridade, 22 ACSs do sexo feminino com distribuição de 11 ACSs para cada nível de escolaridade.

A finalidade desta fase do estudo foi identificar possíveis problemas em relação à compreensão dos itens e categorias do instrumento (APÊNDICE A). Para isso foi realizada uma entrevista com os 24 ACSs, no qual todos concordaram em participar do estudo, após explicação do mesmo, e assinaram o TCLE (APÊNDICE F) em duas vias e responderam aos seguintes formulários:

a-) Instrumento de coleta de dados: “Avaliação da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis”.

b-) Formulário de impressão geral adaptado do instrumento DISABKIDS® , cujo objetivo era descrever características gerais do instrumento (APÊNDICE C).

c-) Formulário específico da validação semântica, adaptado do instrumento DISABKIDS® divididos em seis itens cada, do item 01 a 06 respectivamente, para verificar a relevância e compreensão destes itens (APÊNDICE D).

Após responderem ao instrumento de coleta de dados, os ACSs foram selecionados, incluindo todos os níveis de escolaridade, sendo divididos em dois grupos, sendo formados,

portanto, um grupo de 12 sujeitos pertencentes ao nível fundamental e um grupo de 12 sujeitos pertencentes ao ensino do nível médio. Não houve sujeitos do ensino técnico e nem superior.

Após essa divisão, cada grupo de 12 ACSs foi dividido em quatro subgrupos de três integrantes para responderem aos instrumentos adaptados de impressão geral (APÊNDICE C) e específicos (APÊNDICE D) do instrumento DISABKIDS® (DISABKIDS® GROUP, 2002).

O instrumento com as 24 perguntas (APÊNDICE A) foi dividido em quatro subconjuntos de seis itens: 01 a 06, 07 a 12, 13 a 18 e 19 a 24 para cada três ACSs responderem à folha adaptada do instrumento DISABKIDS® de impressão específica da validação semântica (APÊNDICE D) (DISABKIDS® GROUP, 2002).

Após responderem à folha de impressão geral (APÊNDICE C), os mesmos subgrupos responderam, seguindo a mesma divisão acima, à folha adaptada de impressão específica do instrumento DISABKIDS® (APÊNDICE D) (DISABKIDS® GROUP, 2002).

De maneira geral, o instrumento “Avaliação da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis” foi bem aceito e de fácil compreensão pelos ACSs, após aplicação do formulário adaptado de impressão geral do instrumento DISABKIDS®. Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3- Resultados de “Impressão Geral” à validação semântica para ACS. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Item	Alternativa das respostas	% das respostas ACS nível fundamental (n=12)	% das respostas ACS nível médio (n=12)
O que você achou do questionário em geral?	Muito bom	83,3	83,3
	Bom	16,7	16,7
	Regular	0,0	0,0
As questões são compreensíveis?	Fáceis de entender	79,2	91,7
	Às vezes difíceis	20,8	8,3
Você teve alguma dificuldade?	Nenhuma dificuldade	83,3	83,3
	Alguma dificuldade	16,7	16,7
As questões são relevantes para sua vida profissional?	Muito relevantes	91,7	91,7
	Às vezes relevantes	8,3	8,3

O que se percebe, em face desses resultados de impressão geral do instrumento, é que o mesmo foi considerado muito bom por 83,3% dos ACSs, tanto os de nível fundamental como os ACSs de nível médio, e os mesmos responderam que os itens são muito relevantes para sua vida profissional, fáceis de entender e com categorias de opções de respostas apropriadas no que se diz respeito às DSTs relativas ao estudo.

Parte específica

Para realização desta etapa do processo de validação semântica, o instrumento com as 24 perguntas foi dividido em quatro subconjuntos de seis itens: 01 a 06, 07 a 12, 13 a 18 e 19 a 24 para cada três ACSs responderem à folha adaptada do instrumento DISABKIDS de impressão específica da validação semântica (APÊNDICE D) (DISABKIDS® GROUP, 2002).

Os 12 ACSs do ensino fundamental foram divididos em três subgrupos para responderem aos itens do instrumento. O mesmo aconteceu com os ACSs do nível médio. Os resultados da parte específica da validação semântica para esses profissionais pertencentes ao nível fundamental são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Resultados obtidos por meio das respostas à folha “Específica” na fase de validação semântica do instrumento para ACS do ensino fundamental. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Item		Isso é relevante para sua profissão? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes? (%)	
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/às vezes/muitas vezes/sempre	Sim	Às vezes	Não	Não	Sim	Sim	Não
1	O que são DSTs?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
2	Quem pode pegar uma Doença Sexualmente transmissível?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
3	Em relação à prevenção dessas doenças o Agente Comunitário de Saúde:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
4	Para que serve a camisinha?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
5	Como utilizar corretamente o preservativo masculino?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
6	Quais os cuidados com a camisinha que o ACS deve orientar aos usuários?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
7	As DSTs podem apresentar-se:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
8	As DSTs podem ter como sintomas?	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0
9	O que o ACS deve orientar alguém esteja com algum sinal ou sintoma que possa sugerir uma DST?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
10	Quais as orientações sobre as DSTs devem ser realizadas pelo ACS em relação às mulheres?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
11	Quais as complicações que uma DST pode ocasionar se não tratada?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
12	Quem deve tratar uma pessoa que adquire alguma DST?	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0

Continua

Conclusão

Item		Isso é relevante para sua profissão? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes? (%)	
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/às vezes/muitas vezes/sempre	Sim	Às vezes	Não	Não	Sim	Sim	Não
13	A qual local deve ser encaminhado um usuário portador de DST?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
14	O que é sífilis?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
15	Quem deve fazer exame para sífilis?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
16	O que pode acontecer com o bebê que pegar sífilis na gestação?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
17	O herpes genital é uma DST que tem como característica:	66,7	0,0	33,3	100	0,0	100	0,0
18	Em relação ao herpes genital pode-se afirmar:	66,7	0,0	33,3	100	0,0	100	0,0
19	O HPV (vírus papiloma humano) é uma DST que:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
20	A gonorreia é uma DST que tem como sinal e sintoma:	100	0,0	0,0	100	0,0	66,7	33,3
21	A clamídia é uma DST:	100	0,0	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3
22	A tricomoniase é uma DST que atinge:	100	0,0	0,0	33,3	66,7	66,7	33,3
23	O cancro mole é uma DST que:	100	0,0	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3
24	Em relação ao linfogranuloma venéreo:	66,7	33,3	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3

Diante desses resultados, 08 (66,7%) dos ACSs acharam as questões de número 08, 12, 17, 18 e 24 totalmente relevantes para sua vida profissional.

Em relação à dificuldade de entendimento às questões de números- 21, 23 e 24, 04 (33,3%) dos 12 ACS apresentaram dificuldades em entender.

Os ACSs que apresentaram dificuldades de entendimento justificaram essas respostas pelo fato de desconhecem essas DSTs como relataram na folha de impressão específica, assim a dificuldade não foi de entendimento e sim de desconhecimento dessas doenças.

Em relação à clareza e à consistência das respostas, de acordo com as perguntas do instrumento, 04 (33,3%) dos ACSs referiram que as questões de números- 20 a 24 não estavam totalmente claras ou consistentes e isso também foi por eles justificado, devido ao desconhecimento dessas doenças abordadas nessas questões.

Os resultados da parte específica da validação semântica para ACS do nível médio são representados na Tabela 5.

Tabela 5- Resultados obtidos por meio das respostas à folha “Específica” à validação semântica do instrumento para ACS do ensino médio. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Item		Isso é relevante para sua profissão? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes? (%)	
		Sim	Às vezes	Não	Não	Sim	Sim	Não
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/às vezes/muitas vezes/sempre							
1	O que são DSTs?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
2	Quem pode pegar uma doença sexualmente transmissível?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
3	Em relação à prevenção dessas doenças o agente comunitário de saúde:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
4	Para que serve a camisinha?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
5	Como utilizar corretamente o preservativo masculino?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
6	Quais os cuidados com a camisinha que o ACS deve orientar aos usuários?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
7	As DSTs podem apresentar-se:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
8	As DSTs podem ter como sintomas?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
9	O que o ACS deve orientar alguém que esteja com algum sinal ou sintoma que possa sugerir uma DST?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
10	Quais as orientações sobre as DSTs devem ser realizadas pelo ACS em relação às mulheres?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
11	Quais as complicações que uma DST pode ocasionar se não tratada?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
12	Quem deve tratar uma pessoa que adquire alguma DST?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
13	A qual local deve ser encaminhado um usuário portador de DST?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
14	O que é sífilis?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
15	Quem deve fazer exame para sífilis?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
16	O que pode acontecer com o bebê que pegar sífilis na gestação?	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
17	O herpes genital é uma DST que tem como característica:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
18	Em relação ao herpes genital pode-se afirmar:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
19	O HPV (vírus papiloma humano) é uma DST que:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
20	A gonorreia é uma DST que tem como sinal e sintoma:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
21	A clamídia é uma DST:	100	0,0	0,0	100	0,0	100	0,0
22	A tricomoníase é uma DST que atinge:	66,7	0,0	33,3	66,7	33,3	66,7	33,3
23	O cancro mole é uma DST que:	66,7	33,3	0,0	66,7	33,3	66,7	33,3
24	Em relação ao linfogranuloma venéreo:	66,7	0,0	33,3	66,7	33,3	66,7	33,3

Em relação à relevância, quanto às respostas dos ACSs de nível médio, houve semelhança com os ACSs de nível fundamental que também consideraram as questões totalmente relevantes para sua vida profissional.

Em relação à dificuldade de entendimento, somente nas questões de número- 22, 23 e 24, 04 (33,4%) dos ACSs tiveram dificuldades em entender. Esses resultados são devido ao fato de também não conhecerem essas DSTs como relataram na folha de impressão específica, portanto a dificuldade não foi de entendimento e sim relacionada ao desconhecimento dessas doenças.

Em relação à clareza e à consistência das respostas de acordo com as perguntas do instrumento, 04 (33,3%) dos ACSs referiram que as questões de número- 22, 23 e 24 não estavam totalmente claras ou consistentes e isso foi também devido ao desconhecimento dessas doenças abordadas nessas questões, relatado por eles.

Após analisados os resultados desta fase, não se julgou ser necessário realizar alterações no instrumento, pois mais de 50% dos ACSs tanto de nível fundamental quanto os ACSs de nível médio acharam as perguntas do instrumento como relevantes, fáceis de entendimento e claras ou consistentes.

4.2 Processo de capacitação em DST para os ACSs

Após a elaboração dos planos de aula e da validação do seu conteúdo e estratégias de ensino por profissional pedagoga da EERP-USP (APÊNDICE E) a aplicação do processo de capacitação das DSTs: sífilis, gonorreia, tricomoníase, HPV, linfogranuloma venéreo, cancro mole, uretrite não gonocócica e HSV-2 para os 134 ACS ocorreu no mês de maio de 2014 e nas duas primeiras semanas de junho de 2014, totalizando seis semanas de capacitações. Os 134 ACSs foram divididos em seis grupos (dois grupos de 24 ACSs e aproximadamente quatro de 22 ACSs), no qual cada grupo teve a capacitação com duração de uma semana.

As capacitações foram realizadas em sala de aula cedida pela Libertas Faculdades Integradas, pertencente ao município de São Sebastião do Paraíso- MG, e contaram com a colaboração da coordenação das equipes da estratégia saúde da família, que liberou os ACSs das suas atividades para essa capacitação e disponibilizou o café da manhã e o lanche da tarde. A Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso- MG ofereceu os recursos materiais

que foram necessários para as aulas ocorrerem, no qual foi possível desenvolver as atividades com os seis grupos.

A própria pesquisadora foi a responsável por conduzir os encontros com os ACSs e contou com a colaboração de alunos do curso de enfermagem da Libertas Faculdades Integradas para auxílio nos registros e também contou com a participação de fisioterapeuta do NASF para atividades de alongamento com esses profissionais, bem como psicóloga do ambulatório de especialidade em infectologia para atividades de relaxamento com os mesmos.

Cada capacitação teve duração de 08 horas diárias e 40 horas semanais para cada grupo de ACS. A capacitação dos seis grupos teve início às 7:00 hs com intervalo de 60 minutos para almoço e término às 16:00 hs.

Foi utilizada a metodologia ativa de ensino e estratégias como: trabalho em pequenos grupos, dinâmicas, trabalhos com desenhos, oficina, tempestade de ideias, seminário, demonstração prática do uso de preservativos, estudo de caso e dramatização.

Serão descritos a seguir os principais resultados dos cinco encontros dos seis grupos de ACS, relacionando os assuntos abordados bem como as estratégias de ensino utilizadas nos planos de aula (APÊNDICE E).

O primeiro encontro da capacitação dos seis grupos teve como objetivo trabalhar o conceito de DST e o papel do ACS frente a essas doenças, na ESF. Teve como ponto de partida uma dinâmica para entrosamento dos participantes para facilitação dos trabalhos em pequenos grupos e na troca de conhecimentos, durante todo o curso. Nessa dinâmica foi orientado para que cada indivíduo falasse seu nome e uma qualidade que possui começando com a primeira letra de seu nome. Em todos os grupos, os ACSs falaram suas qualidades e foi possível fazer associação das mesmas com o papel que esse profissional realiza, na unidade da ESF. As qualidades que mais se destacaram foram, por exemplo: aconselhador, acolhedor, humana, responsável, discreta, atenciosa, facilitadora, desinibida, educada, cuidadosa e organizada. Após essa dinâmica, foi discutido em plenária sobre as qualidades faladas por eles e sua associação com o papel que o ACS desempenha dentro da equipe das USFs. Após isso foi firmado o contrato de trabalho, na qual foram destacadas regras quanto ao horário de chegada, almoço e término, com consenso de todos e explicado sobre as propostas de trabalho, ao longo da semana.

Foi orientado pela pesquisadora que para todo o trabalho em grupo, os ACSs teriam de escolher: um líder, um redator e um relator para as apresentações para facilitar o andamento

das atividades e organização da mesma, proporcionando a participação de todos durante as atividades propostas.

Dando seguimento às atividades matutinas, foi realizada a técnica de tempestade de ideias, na qual foi sugerido para que cada ACS falasse o que vinha em mente sobre o significado que as DSTs têm para eles. Foram escritas, em quadro branco, as palavras relatadas, na qual muitas se repetiram e que foram, por exemplo: vergonha, preconceito, preservativo, prevenção, desinformação, promiscuidade, homossexualidade, drogas, Carnaval, campanhas educativas, orientações em visitas domiciliares, distribuição de preservativos em *pit stop* e morte. Após essa técnica, foi orientado aos ACSs que se voltaria a discutir as mesmas no final desse primeiro encontro, deixando as palavras escritas no quadro.

Após essa atividade, os ACSs foram divididos em quatro grupos de seis integrantes, na qual foram distribuídos papéis coloridos (verde, azul, rosa e amarelo) para auxiliar na divisão dos mesmos. Após a divisão dos grupos, foi explicada a próxima tarefa, na qual cada grupo teria de expressar na forma de desenhos sobre situações vivenciadas, dificuldades enfrentadas na vida profissional deles como ACS, em relação às DSTs. Foram entregues materiais (APÊNDICE E) para a realização da atividade. Foi estipulado tempo de 40 minutos para realização da atividade e após o intervalo do café (20 minutos) deu-se início às apresentações dos trabalhos. Foi explicado que haveria duas etapas da apresentação dos trabalhos. Na primeira etapa, cada grupo iria apenas expor os desenhos e na segunda etapa, o grupo em plenária iria adivinhar o significado dos mesmos.

Nos seis encontros, os grupos de ACSs conseguiram mostrar os desenhos associando as DSTs com a sua função como profissionais de saúde e conseguiram, na maioria das vezes, adivinhar o que cada grupo quis mostrar com os mesmos.

Nos desenhos, foram abordados pelos ACSs temas como: prevenção por meio de distribuição de preservativos em visitas domiciliares, alguns grupos desenharam orientações de DST para os usuários dentro das unidades da ESF, outros desenharam grupos de risco para essas doenças: profissionais de sexo, caminhoneiros, usuários de drogas, adolescentes, outros grupos desenharam ACSs em campanhas de Carnaval e no dia primeiro de dezembro com *pit stop*, alguns grupos desenharam ACSs realizando orientações em DST, nas escolas e praças. Em todos os desenhos, foram mostrados os preservativos. Após as apresentações, foi discutido com os grupos, em plenária, que a vivência da maioria dos ACSs era principalmente na prevenção das DSTs, pois a entrega de preservativos foi presente em todos os desenhos, mas alguns grupos associaram essa prevenção apenas em campanhas, como Carnaval e dia primeiro de dezembro. Foi discutido também que atualmente não existe grupo de risco e sim

comportamento de risco para essas doenças. Chegou-se à conclusão em todos os seis grupos que, para a maioria dos ACSs, o preservativo é sinônimo de prevenção às DST, o que vem certificar a importância do mesmo, sendo único método de barreira capaz de prevenir as mesmas quando utilizados corretamente, mas que não deve ser orientado apenas em campanhas educativas e que o papel do ACS vai além da prevenção desses agravos, mas também se relaciona com a busca ativa de portadores e parceiros para tratamento das mesmas e sobre a importância de se comunicar a ocorrência de alguns desses agravos por meio de notificações.

Após discussão em plenária, todos os seis grupos chegaram à conclusão por meio da associação que a palavra prevenção, desinformação e preservativos falados na técnica de tempestades de ideias caracterizaram os desenhos dos grupos. Portanto para os seis grupos de ACS, quando se fala em DST, o que faz sentido para eles é prevenção das mesmas por meio do uso dos preservativos, mas que a partir daquela atividade concluíram que o combate dessas doenças vai além da prevenção.

Após o período do almoço, os ACSs foram divididos em quatro pequenos grupos de seis integrantes (APÊNDICE E). Após essa divisão, foi distribuído xérox com material sobre “Manual de ACS sobre DST” e livro “Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis”, ambos do MS. Após distribuição dos textos, pediu-se para que cada grupo realizasse a leitura dos mesmos e sintetizasse a ideia principal, levando em consideração as DSTs e o papel do ACS frente às mesmas. Após isso, cada grupo apresentou o que entendeu dos textos, e todos os grupos conseguiram identificar palavras-chaves relacionadas às DSTs como: definição de DST, transmissão, prevenção, sinais e sintomas, diagnóstico, vulnerabilidade e tratamento.

E em relação ao papel do ACS frente às DSTs, os grupos compreenderam que a função primordial deles é a atuação na prevenção (uso da camisinha, sexo seguro), por meio de orientações nas casas durante visitas domiciliares e salas de espera e busca ativa de casos suspeitos das mesmas com encaminhamento dos usuários para tratamento desses agravos. Em seguida, foram discutidas, em plenária, dúvidas de alguns participantes sobre o local de tratamento desses agravos e foi esclarecido que apenas pessoas com hepatites virais e aids devem ser encaminhadas para o ambulatório de especialidades em infectologia do município e que as outras deveriam ser tratadas na própria unidade, mas que infelizmente isso ainda não é realidade no município. Foi também discutido sobre a importância de notificação dessas DSTs e que as mesmas poderiam ser realizadas pelo próprio ACS ou por qualquer outra pessoa. Foi enfatizado que o tratamento das DSTs é

realizado apenas pelo médico e que nenhum outro profissional pode medicá-las. Surgiu com isso a discussão da medicação dessas doenças por balconistas de farmácias por alguns ACSs e foi orientado por alguns desses profissionais que isso também é errado e muitas vezes as pessoas procuram a farmácia ou outros meios de tratamento por vergonha de ser portador de alguma DST.

Para encerrar o primeiro encontro, foi realizada com os seis grupos uma dinâmica (APÊNDICE E) com todos os participantes, com o objetivo de reflexão sobre as DSTs e o papel do ACS no combate das mesmas. Após a realização da mesma, foi incentivado para que os ACSs em plenária pudessem falar o que significou essa dinâmica para eles. Alguns participantes interpretaram a dinâmica como “as DST não marca quem tem quem não tem”, alguns até falaram: “não está escrito na testa quem tem essas doenças”, outros falaram que “qualquer pessoa pode pegar uma DST se não usar preservativo” e relacionaram a importância do profissional da saúde frente ao combate das mesmas. Foi enfatizado pela pesquisadora que o papel do ACS frente a essas doenças vai além da prevenção das mesmas, sendo que a busca ativa e o encaminhamento para tratamento das mesmas são também primordiais, e foi dada ênfase à importância da notificação desses agravos que são importantes para nortear todo o processo de trabalho no combate dos mesmos. Após essas discussões, o primeiro encontro foi finalizado.

O segundo encontro de capacitação dos seis grupos de ACSs teve como objetivo: promover uma reflexão coletiva acerca do conhecimento geral das doenças sexualmente transmissíveis, bem como transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento.

No período da manhã, foi discutido, em plenária, sobre o encontro anterior e as respostas dos seis grupos de ACSs foram positivas, caracterizando o primeiro encontro como: dia produtivo, novos conhecimentos, aprendizagem, importância para vida profissional, aula diferente, dinâmica legal e nova forma de aprender. A maioria dos participantes disse ter gostado da dinâmica e dos trabalhos com desenhos, pois disseram que essas duas atividades proporcionaram melhor fixação do tema DST.

Após essa discussão, foi explicada a proposta da atividade seguinte, na qual foram distribuídas várias tarjas para todos os ACSs e orientado para cada um escrever as DSTs que conhecem, e após escreverem, as mesmas foram coladas no quadro branco. Foi realizada a leitura das tarjas pela pesquisadora, e as DSTs que mais apareceram nos seis grupos foram: HPV, sífilis, gonorréia, aids, herpes e hepatites.

Após isso, foi discutido, em plenária, sobre essas doenças que apareceram nas tarjas e se associou o conhecimento das mesmas pelos ACSs pelo fato de serem doenças mais faladas nos meios de comunicação e com mais número de casos, segundo esses próprios profissionais relataram. Foi informado pela pesquisadora que aids e hepatites B e C são DSTs, mas não serão abordadas nessa capacitação. As DSTs: cancro mole, tricomoníase, linfogranuloma venéreo, uretrite não gonocócica como não apareceram nas tarjas foi informada pela pesquisadora que essas também são DSTs e que em relação à herpes somente a genital é DST. Muitos ACSs disseram nunca terem ouvido falar no linfogranuloma venéreo e no cancro mole, e a pesquisadora informou para os mesmos que realmente são doenças menos frequentes em relação a seu aparecimento na clínica, mas não menos importantes.

Dando seguimento às tarefas do dia, dividiu-se o grupo em quatro de seis participantes cada- (APÊNDICE E) e foi entregue papel craft e pincel atômico e orientado para cada grupo escrever o que sabiam sobre: transmissão, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs e depois cada grupo apresentou os resultados dessa atividade. Todos os seis grupos dos ACSs tiveram facilidades em escrever sobre a transmissão e prevenção dessas doenças.

No primeiro grupo da capacitação, alguns grupos não souberam falar do tratamento e diagnóstico; no segundo e quinto grupo da capacitação, alguns ACSs ficaram em dúvida para descrever todos os sinais e sintomas das mesmas, o terceiro grupo da capacitação conseguiu falar de quase todos os sinais e sintomas, mas tiveram dúvidas também no diagnóstico, e no quarto e sexto grupo da capacitação, alguns participantes tiveram dúvidas em relação ao tratamento das DSTs.

Após as apresentações, houve discussão em plenária, na qual alguns ACSs relataram que a transmissão das DSTs é mais fácil de saber, pois a própria sigla DST já mostra que se transmite pelo sexo e a prevenção também que é o mais falado na televisão e nas unidades de saúde que é o uso da camisinha. Em relação ao diagnóstico e tratamento, a pesquisadora informou que é conduta médica e que realmente pode gerar muitas dúvidas que serão sanadas na próxima atividade.

Após o almoço, os ACSs foram divididos em quatro grupos novamente, e foi entregue texto-base sobre DST para cada grupo e explicada a tarefa (APÊNDICE E). Após atividade, cada grupo apresentou as comparações realizadas das respostas das tarefas da parte da manhã com as respostas do exercício atual.

Foram realizadas as discussões em plenária, na qual todos os seis grupos da capacitação se certificaram de que, em relação à transmissão e prevenção das DST, a maioria deles conseguiu chegar às respostas sem ajuda do instrumento. Em relação aos sinais e sintomas das DSTs, o que mais ficou faltando nas respostas deles foram as características de ardência e vesículas que algumas dessas doenças apresentam. Já em relação ao diagnóstico, a maioria dos participantes se surpreendeu ao pesquisar no material de apoio que pelo exame de Papanicolau pode também fazer diagnóstico de algumas dessas doenças. O tratamento após a consulta ficou esclarecido e que quem realiza é apenas o médico e aprenderam que para cada DST se utiliza uma medicação específica.

O segundo encontro foi finalizado com cada ACS falando uma palavra que caracterizasse o dia, e vários deles consideraram o encontro como: produtivo, complexo, informações novas, conhecimento, sexo seguro, características das DSTs, transmissão dessas doenças.

O terceiro encontro dos seis grupos de capacitação teve como objetivo promover uma reflexão coletiva acerca do conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis que ocasionam feridas, secreções e verrugas. O período da manhã teve início com uma técnica de relaxamento realizada por psicóloga que foi convidada para isso. A técnica teve duração de 30 minutos e foi desenvolvida utilizando música relaxante, na qual com a música a psicóloga fez uma espécie de meditação com os participantes e após esse relaxamento foi explicado pela pesquisadora que era para aliviar o estresse, para que os trabalhos do dia pudessem ocorrer de forma tranquila e produtiva. Muitos ACSs relataram como ótimo o relaxamento desenvolvido pela profissional.

Depois disso, os trabalhos deram continuidade com a divisão dos grupos e com a explicação da tarefa, na qual foram sorteados temas como: DSTs que causam feridas, DSTs que causam verrugas e vesículas, e DSTs que causam secreções. Foi oferecido para todos os grupos material sobre essas doenças e recursos materiais para a realização de apresentação de seminário (APÊNDICE E).

Após o almoço, os ACSs tiveram ainda um tempo para realizar a tarefa já estabelecida pela manhã e depois disso houve o início das apresentações, na qual o primeiro grupo de cada capacitação apresentou sobre doenças ocasionadas por feridas: sífilis, cancro mole e linfogranuloma venéreo, e em seguida, foi discutido sobre esse seminário, em que a pesquisadora esclareceu dúvidas sobre a sífilis congênita nos quais vários participantes quiseram saber mais detalhes sobre as alterações que a doença ocasiona no recém-nascido e em seguida foi abordado o linfogranuloma venéreo que para a maioria dos ACSs ainda era

uma DST totalmente desconhecida. Após esclarecimentos e discussões, deu-se seguimento com a apresentação do segundo grupo de cada capacitação que foram as DSTs ocasionadas por secreções: gonorreia, uretrite não gonocócica e tricomoniase.

Após a apresentação, a pesquisadora atentou a todos para a diferença da uretrite não gonocócica com a gonorreia. A explicação sobre a diferença de ambas foi importante também, pois muitos dos ACSs achavam que eram a mesma doença e com o auxílio dos participantes em plenária foi explicado que o agente etiológico e os sinais e sintomas são diferentes e muitas vezes até assintomáticos, como no caso da infecção por clamídia. Em relação à tricomoniase foi discutido em plenária que a mesma se transmite também por objetos íntimos, pois a maioria deles não abordou sobre isso na apresentação do seminário, mas somente que a transmissão desta DST se dá pelo sexo. Foi destacada aqui por alguns a importância do tratamento do casal acometido por qualquer uma dessas doenças.

Por último, após o intervalo do café, o terceiro grupo de cada capacitação representado pelas DSTs ocasionadas por vesículas e verrugas: herpes genital e HPV finalizaram as apresentações. Em relação à discussão, a pesquisadora auxiliou os ACSs em plenária sobre a diferença do herpes genital, com a labial e zoster, pois surgiram muitas dúvidas em relação a essas doenças.

Em seguida, foi discutido em plenária sobre as outras maneiras de se contrair HPV. A pesquisadora explicou a importância de conhecer os sinais e sintomas dessas doenças bem como suas diferenças, pois auxiliará os mesmos a ajudar na busca ativa de portadores e também para as orientações dessas doenças em sala de espera e para esclarecimento de dúvidas para os cadastrados, durante as visitas domiciliares. Foi orientado pela pesquisadora que essas doenças citadas não têm cura e que, na maioria das vezes, podem estar assintomáticas e devido a isso a sigla DST passou a ser denominada IST pela OMS. Alguns participantes relataram a importância que agora essas doenças estavam tendo para eles, ou seja, referiram que após esses aprendizados estavam tendo outra visão das mesmas bem como sua importância e sentido.

O terceiro encontro das seis capacitações finalizou com uma síntese, em plenária, sobre o aproveitamento do dia e alguns ACSs descreveram esse encontro como enriquecedor, elogiaram a técnica de relaxamento, explicando que ela foi adequada nesse dia, pois os trabalhos foram mais complexos, gostaram da apresentação dos seminários, pois referiram estarem mais ativos no processo da aprendizagem sobre essas doenças e que conseguiram compreender a importância que eles têm frente a esses agravos, pois alguns relataram que não davam a importância merecida para as mesmas, nas suas práticas profissionais.

O resultado dessa atividade foi muito proveitoso, pois as dúvidas da maioria dos ACSs eram em relação à diferença dos tipos de herpes, sobre o linfogranuloma venéreo, sobre a diferença da gonorreia e clamídia e isso foi esclarecido com a participação de todos, no processo de ensino- aprendizagem. Com a utilização dos seminários e com as discussões em plenária, foi possível atingir o objetivo desse dia.

O quarto encontro dos seis grupos de capacitação teve como objetivo promover uma reflexão coletiva acerca da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do papel do ACS frente a esse tema.

Teve início com técnica de alongamento realizada pelo fisioterapeuta do NASF, no qual foi avaliado como muito bom pela maioria dos participantes e após isso foi discutido sobre os aprendizados da aula anterior, no qual nenhum ACS referiu ter ficado com dúvidas. Muitos relataram que gostaram das atividades realizadas.

Após a retomada dos conteúdos da aula anterior, foi explicada a próxima tarefa e divididos os 24 ACSs em dois grupos, para a realização da atividade sobre realizar cartazes contendo imagens tipo propagandas que abordassem os preservativos como método de prevenção das DSTs.

Após a tarefa realizada, nas apresentações dos seis grupos, houve muita criatividade por parte dos integrantes. Realizaram propagandas chamando atenção para o uso adequado do preservativo, outros grupos abordaram sobre a segurança do mesmo, outros relacionaram o preservativo feminino com o modernismo da mulher que também deve levar consigo esse preservativo. Outros abordaram os motivos que muitas pessoas não gostam de utilizar o insumo, outros apresentaram que é um insumo que deve ser utilizado por qualquer faixa etária: jovens, adultos, idosos, independente do *status* civil e também apresentaram que o preservativo feminino é uma boa sugestão, quando o homem não quer usar o preservativo masculino.

Depois das apresentações, foram realizadas as discussões em plenária, na qual a pesquisadora elogiou a criatividade do grupo e enfatizou a importância dos ACSs, nas orientações desses insumos de prevenção das DSTs. Os ACSs discutiram a importância de como armazenar a camisinha, pois nos casos de rompimento da mesma a causa disso pode ser também a falta de cuidado em relação ao seu armazenamento. Em relação ao preservativo feminino, foi discutida a importância de a mulher se proteger com esse insumo, pois na maioria das vezes se o homem não quer usar ela tem essa opção de proteção.

Portanto, dentre todas essas apresentações sobre a importância desses insumos de prevenção, os seis grupos puderam concluir com a pesquisadora que o meio mais eficaz de

prevenção das DSTs é a informação e a conscientização sobre esses métodos de barreira para a população.

No encontro da tarde, foi explicada a tarefa, na qual foi realizada a divisão em dois grupos, sendo o grupo 01 como grupo representado pelo preservativo masculino que teve de eleger um representante do mesmo para demonstrar para os demais sobre como utilizar um preservativo masculino, e o grupo 02 representado pelo grupo do preservativo feminino que teve de realizar o mesmo processo do grupo um. Foi estipulado tempo para os grupos discutirem sobre as demonstrações e distribuídos prótese peniana e preservativo masculino para o grupo 01 e pelve feminina e preservativo feminino para o grupo 02.

Após as discussões em grupo, cada representante escolhido apresentou a demonstração dos insumos, no qual alguns grupos da capacitação em relação à utilização do preservativo feminino conseguiram colocar corretamente esse insumo, mas equivocaram quando acharam que se o homem quiser pode usar o preservativo masculino também, alguns grupos abriram a embalagem com o dente e não se atentaram para a data de validade do mesmo.

Alguns grupos que apresentaram a demonstração da utilização do preservativo masculino enfatizaram a necessidade de orientar o local de armazenamento do preservativo e colocaram adequadamente o mesmo. Outros também utilizaram o dente para cortar a embalagem e houve grupos que colocaram o preservativo masculino do avesso e também não se atentaram para a validade desse insumo. Após isso, foi discutido em plenária sobre o que estava correto e incorreto em relação à colocação dos preservativos.

Na discussão, em plenária, foi sugerido pelos participantes sobre a importância de não cortar os insumos com o dente e nem tesoura, não guardar em carteira e nem molhar ou deixar no sol para evitar a perda da integridade do material e que jamais se usam dois preservativos em uma só relação, seja feminino com masculino ou dois do mesmo tipo. Em relação a colocar o preservativo do avesso, alguns ACSs auxiliaram os grupos que realizaram a demonstração incorreta a colocar de forma adequada os mesmos. A pesquisadora atentou os grupos sobre a necessidade de orientar para seus cadastrados a importância de averiguar a data de validade dos preservativos, antes de sua utilização.

A próxima tarefa foi explicada para os ACSs (APÊNDICE E), na qual foi realizada uma oficina com objetivo de reflexão sobre classificação de riscos em relação a ações de envolvimento amoroso/sexual. No decorrer da oficina, alguns ACSs não conseguiram descobrir a palavra que estava grudada nas suas costas, e passado o tempo da atividade, a pesquisadora encerrou e pediu para que todos que não conseguiram adivinhar a palavra tirassem das costas, e foram coladas no quadro branco as palavras: alto risco, médio risco,

baixo risco e nenhum risco, na qual cada ACS colou a sua tarja, fazendo a classificação que achava cabível.

Após isso, foi discutido, em plenária, sobre as classificações de riscos e todos os grupos chegaram ao consenso para trocar de risco o sexo oral sem camisinha e lubrificante à base de óleo, ou seja, no lugar de nenhum risco colocá-los em altos riscos, pois alguns ACSs levantaram a hipótese de se romper o preservativo com lubrificante à base de óleo e a trocar o sexo oral sem camisinha de baixo risco para alto risco, pois enfatizaram que DSTs também pegam por sexo oral sem camisinha. Foi concluído pelos grupos que lubrificantes à base de óleo não podem ser usados com os preservativos, pois podem romper os mesmos, durante a relação sexual, e que o indicado são os lubrificantes à base de água.

Em seguida, foi explicada, para todo o grupo, a próxima atividade, na qual todos deveriam escrever na ordem que deveria ser negociado o sexo seguro, levando em consideração as palavras descritas no quadro branco: negociar o sexo seguro, dançar, acariciar, tirar a roupa, penetração, orgasmo, ir até minha casa ou a outro local apropriado, beijar, convidar para tomar um suco ou sorvete, apresentar-se, ver alguém bonito, ficar excitado.

Após o término da atividade, a pesquisadora pediu para ACS voluntário dos seis grupos da capacitação colocar as palavras na ordem que fez, e o resultado de alguns grupos foi: dançar, ver alguém bonito, apresentar-se, convidar para tomar sorvete, beijar, ir até a minha casa, tirar a roupa, acariciar, ficar excitado, negociar o sexo seguro, penetração e orgasmo. Já de outros grupos foi de colocar o negociar sexo antes de tirar a roupa.

Frente a isso a conclusão dos seis grupos em plenária foi que concordavam colocar o negociar sexo antes de tirar a roupa, pois devido à excitação pode não dar tempo nem de colocar o preservativo. A pesquisadora concluiu o 4º encontro, orientando sobre a importância de todas as pessoas negociarem o uso do preservativo antes da excitação sexual, e que o ACS pode no domicílio e nas salas de espera orientar sobre a importância do sexo seguro e de sua negociação, bem como sua distribuição e demonstração da utilização correta desses insumos.

O quinto encontro finaliza a capacitação dos seis grupos de ACSs e teve como objetivo avaliar se os ACSs conseguiram analisar e abordar casos de pessoas acometidas com as DSTs, lançando mão da ética e sigilo das informações.

Foi primeiramente realizada técnica de relaxamento com a psicóloga, e após isso divididos os ACSs em três grupos e distribuídos estudos de casos para eles analisarem e depois apresentarem em plenária os resultados (APÊNDICE E).

Após as discussões, alguns grupos apresentaram as respostas e chegaram a conclusões corretas de cada caso. Em outros grupos de ACS, houve confusão da resposta da DST gonorreia com a uretrite não gonocócica, alguns grupos ainda se esqueceram da importância do tratamento do parceiro de um portador com DST e outros grupos ainda tiveram dúvidas em relação ao contágio do HPV, se foi atual ou não.

Em plenária foi explicada por alguns ACSs a diferença das uretrites e reforçado pela pesquisadora sobre a importância da busca ativa pelo ACS do parceiro da pessoa portadora por alguma DST, pois um dos papéis do ACS é identificar indivíduos de maior vulnerabilidade, que nesse caso seriam os parceiros de portadores de DST e encaminhar para tratamento.

Em relação à dúvida do contágio do HPV, se a mulher adquiriu do marido atual ou com algum parceiro antes, foi esclarecido com auxílio da pesquisadora que o HPV é uma DST altamente prevalente, principalmente no sexo feminino e que a ocorrência do mesmo em alguma época da vida pode ser devido à baixa imunidade, podendo haver a reativação do vírus na pessoa, pois é uma doença que não tem cura. Portanto, essa dúvida foi sanada.

No período da tarde, foi orientado pela pesquisadora sobre a atividade de dramatização, na qual todo grupo teve de criar uma história contendo elementos sobre: DST, prevenção, papel dos ACSs frente a essas doenças, abordagem e sigilo, não se esquecendo de levar em consideração a equipe da ESF, na prevenção e combate dessas doenças. Entregues vários materiais (APÊNDICE E) para o grupo desenvolver a atividade.

O primeiro grupo da capacitação deu enfoque aos adolescentes e DST, demonstraram a prevenção e o encaminhamento de uma adolescente para tratamento no serviço de saúde e retrataram que, por serem os adolescentes os mais vulneráveis a essas doenças, devem ser instruídos, pela família, escola e pelos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção e tratamento dessas doenças.

O segundo grupo da capacitação enfocou uma dramatização baseada na sífilis gestacional, pois foi o que chamou atenção do grupo pelo fato do grande aumento do número de sífilis gestacional, no ano de 2014, e abordaram o encaminhamento dessa gestante para a unidade de saúde, para o pré-natal bem como o tratamento do marido.

O terceiro grupo da capacitação enfocou uma mulher com HPV, na qual apresentava verrugas vaginais, e o ACS encaminha a mesma para tratamento e mantém ética e sigilo das

informações, destacando a importância de ser comunicado o caso apenas para os profissionais da USF.

O quarto grupo de ACS também enfocou a dramatização, baseando nos adolescentes no qual os ACSs tiveram de orientar uma mãe a como lidar com filhas adolescentes a respeito das DSTs e gravidez na adolescência.

O quinto grupo de ACS representou, em um primeiro momento, uma reunião de equipe em que foi discutido o número elevado das DSTs na sua área de abrangência e devido a isso ficou decidido que o papel do ACS para auxílio na diminuição dessas doenças seria lançar mão de orientações em DST, durante as visitas domiciliares, sala de espera, escolas, campanhas educativas e casas noturnas, atingindo assim toda a população. Esse grupo focou nas ações e locais propícios que o ACS deve estar para combater essas mazelas.

O sexto grupo de ACS abordou as DSTs representando várias cenas de prevenção, tratamento das mesmas e abordaram indivíduos de várias faixas etárias, sexo e atividades coletivas, como orientações envolvendo os profissionais da unidade saúde da família. Esses ACSs sintetizaram bem as funções da equipe saúde da família em combate a essas doenças.

Após dramatização, foi realizada plenária, na qual a pesquisadora parabenizou todos os grupos e esclareceu que conseguiram atingir o objetivo da tarefa, abordando os temas como sigilo, ética e demonstrando o papel do ACS que é de orientação das DSTs e encaminhamento dos casos suspeitos para diagnósticos e lembrou a importância do ACS não se esquecer de notificar DST, caso ocorra, pois não houve abordagem na dramatização sobre a notificação das mesmas.

Com a estratégia da dramatização, os ACSs, durante as discussões em plenária, referiram ter dramatizado histórias relacionadas com a temática que já vivenciaram na prática profissional e isso enriqueceu muito o encontro, pois, a partir das experiências prévias dos mesmos com as DSTs, os assuntos foram sendo teorizados e concluídos de uma maneira que facilitou a aprendizagem dos mesmos.

Em todos os encontros, foi possível discutir os assuntos abordados, no qual foi estimulada a participação de todos os presentes e sempre foram deixados espaços para os participantes darem opiniões, contarem exemplos de experiências que tiveram na prática profissional em relação a essas doenças. A pesquisadora serviu de mediadora no processo de ensino-aprendizagem, auxiliando durante as atividades em plenária somente em caso de dúvidas ou de assuntos que todos estavam apresentando alguma dificuldade.

Os ACSs dos seis grupos encerraram as atividades referindo estarem satisfeitos com a capacitação, gostaram das dinâmicas realizadas durante as mesmas, da dramatização e destacaram que irão empregar os materiais visuais para orientarem a comunidade sobre as DSTs, como álbum seriado, pôsteres e panfletos. Elogiaram a pesquisadora pelo modo da condução dos encontros.

Os ACSs de todos os grupos avaliaram a capacitação em DST realizada neste estudo como uma nova forma de aprender devido às estratégias utilizadas e relataram a necessidade de continuar recebendo treinamentos sobre diversos assuntos, pois encontram muitas dificuldades na prática profissional para orientarem os usuários, principalmente em relação a essas doenças.

Após isso, foram entregues certificados para cada grupo de capacitação.

4.3 Resultados da aplicação do instrumento

Os resultados da aplicação do instrumento (APÊNDICE A), no período pré e pós-capacitação, após coleta de dados estão descritos a seguir.

Participaram do estudo os 134 ACSs, não havendo recusas. Todos assinaram o TCLE (APÊNDICE F). O instrumento foi aplicado no mês de abril de 2014, no período pré-capacitação e no mês de julho de 2015, no período pós-capacitação pelas enfermeiras de cada USF.

Em relação às características sociodemográficas dos 134 ACSs que responderam ao instrumento, 132 são do sexo feminino e 02 do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, 51 (38,1%) dos ACSs possuem de 20 a 30 anos de idade, 65 (48,5%) possuem de 31 a 41 anos de idade e 18 (13,4%) possuem de 42 a 52 anos de idade.

Em relação à escolaridade, 50 (37,3%) dos ACSs possuem o 1º grau completo, 22 (16,4%) possuem o 2º grau incompleto e 62 (46,3%) possuem o 2º grau completo de ensino. Não houve ACS com curso técnico e nem com ensino superior.

Nos períodos pré e pós-capacitação, 17 (12,7%) ACSs referiram continuar os estudos para terminarem o 2º grau.

Em relação às características profissionais, tanto no período pré e pós-capacitação, 91(67,9%) dos ACSs possuíam tempo de atuação profissional de 01 a 03 anos, 34 (25,4%)

possuíam o tempo de atuação de 04 a 06 anos, e 09 (6,7%) possuíam tempo de atuação profissional de 07 a 09 anos.

Identificou-se que 79 (58,9%) dos ACSs receberam alguma capacitação no início de sua vida profissional, sendo essa denominada de curso introdutório, mas apenas 26 (19,4%) desses referiram ter aplicado o que aprenderam na prática profissional.

No período pré-capacitação, em relação à capacitação recebida em DST, dos 134 ACSs apenas 32 (23,9%) referiram receber capacitação nesse tema, e 111 (82,8%) dos 134 ACSs referiram não realizar orientações para a população dessas doenças e 118 (88,1%) referiram encontrar alguma dificuldade para orientarem as mesmas. Portanto o número de ACSs que receberam capacitação em DST nesse período foi baixo e consequentemente a dificuldade dos mesmos em orientarem e abordarem esses agravos foi elevada.

Em relação às variáveis profissionais, relacionadas às orientações em DSTs e suas dificuldades em abordar esse tema, no período pós-capacitação, foi identificado que 115 (85,8%) dos ACSs referiram realizar orientações das DSTs e 19 (14,2%) ainda referiram apresentar dificuldade na abordagem dessas doenças.

4.3.1 Conhecimento sobre DST, no período pré e pós-capacitação

O teste estatístico utilizado para comparar o conhecimento dos ACS em DST foi o Teste não Paramétrico dos Sinais, utilizado para significância de mudanças no caso de duas amostras dependentes com aproximação para distribuição normal (Z), visto o número de mudanças ser superior a 30.

As respostas em relação à questão de número 05 foram comparadas segundo Teste Binomial pelo fato de o número de mudanças ser inferior a 25, pois 111 (82,8%) dos ACSs responderam a essa questão certa tanto no período pré como no pós-capacitação.

Houve aumento estatisticamente significativo de mudanças de erros para acertos dos ACSs em todas as questões, comparando o período pré e pós-capacitação. Esses dados estão representados na Tabela 6 e no Gráfico 1.

Tabela 6- Valores de mudanças de acertos para erros e valores de mudanças de erros para acertos das questões do instrumento em relação ao conhecimento dos ACSs, no período pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

	Item	Mudança do número de acertos para o número de erros (%)	Mudança do número de erros para o número de acertos (%)	P*
1.	O que são DSTs?	0,0	29,8	0,01 < p < 0,05
2.	Quem pode pegar uma DST?	0,0	23,8	0,01 < p < 0,05
3.	Em relação à prevenção dessas doenças o agente comunitário de saúde:	0,0	25,3	0,01 < p < 0,05
4.	Para que serve a camisinha?	1,5	53,0	0,01 < p < 0,05
5.	Como utilizar corretamente o preservativo masculino?	0,7	16,4	0,01 < p < 0,05
6.	Quais os cuidados com a camisinha que o ACS deve orientar aos usuários?	2,9	40,2	0,01 < p < 0,05
7.	As DSTs podem apresentar-se	0,0	34,3	0,01 < p < 0,05
8.	As DSTs podem ter como sintomas:	0,0	64,9	0,01 < p < 0,05
9.	O que o ACS deve orientar a alguém que esteja com algum sinal ou sintoma que possa sugerir uma DST?	0,0	44,0	0,01 < p < 0,05
10.	Quais as orientações sobre as DSTs devem ser realizadas pelo ACS em relação às mulheres?	0,0	61,9	0,01 < p < 0,05
11.	Quais as complicações que uma DST pode ocasionar se não tratadas?	0,0	57,5	0,01 < p < 0,05
12.	Quem deve tratar alguma pessoa que adquira alguma DST?	0,7	29,1	0,01 < p < 0,05
13.	Qual o local deve ser encaminhado um usuário portador de DST?	1,5	44,0	0,01 < p < 0,05
14.	O que é sífilis?	0,0	64,2	0,01 < p < 0,05
15.	Quem deve fazer exame para sífilis?	0,0	31,3	0,01 < p < 0,05
16.	O que pode acontecer com bebê que pegar sífilis na gestação?	0,0	53,0	0,01 < p < 0,05
17.	O herpes genital é uma DST que tem como característica:	1,5	40,2	0,01 < p < 0,05
18.	Em relação a herpes genital pode-se afirmar:	1,5	46,2	0,01 < p < 0,05
19.	O HPV (vírus papiloma humano) é uma DST que:	0,0	46,2	0,01 < p < 0,05
20.	A gonorreia é uma DST que tem como sinal e sintoma:	2,2	55,2	0,01 < p < 0,05
21.	A clamídia é uma DST:	2,2	65,7	0,01 < p < 0,05
22.	A tricomoníase é uma DST que atinge:	0,0	60,4	0,01 < p < 0,05
23.	O cancro mole é uma DST que:	1,5	58,2	0,01 < p < 0,05
24.	Em relação ao linfogranuloma venéreo:	0,7	58,2	0,01 < p < 0,05

*valor de p para o Teste dos Sinais

Gráfico 1- Distribuição percentual das respostas do instrumento pelos ACSs, em relação ao conhecimento das DSTs, no período pré e pós- capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

4.4 Orientações de DST pelos ACSs em sala de espera, nos períodos pré e pós-capacitação

Os valores médios, respectivos desvios-padrão, medianos, mínimo e máximo em relação ao número de orientações de DSTs realizadas em sala de espera pelos ACSs, nos períodos pré e pós-capacitação estão mostrados na Tabela 7.

Tabela 7- Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de orientações de DST realizadas em sala de espera pelos ACSs, nos períodos pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Estatísticas	Pré-capacitação (%)	Pós-capacitação (%)
Média	4,2	23,7
Mediana	3,7	23,2
Desvio-padrão	3,4	4,0
Mínimo	4,0	13,9
Máximo	11,5	31,6

O teste estatístico utilizado para comparar o número de orientações dos ACSs em DST, em sala de espera, antes e após capacitação, foi o Teste não Paramétrico de Wilcoxon.

O resultado obtido foi estatisticamente significativo p (0,0001), com o aumento das orientações em sala de espera, após a realização da capacitação.

Esses dados estão representados no Gráfico 2.

Gráfico 2- Valores mínimos, máximos e quartis em relação às orientações em DST em sala de espera, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

4.5 Número de usuários portadores de DST encaminhados para tratamento, no período pré e pós- capacitação

Os valores médios, respectivos desvios-padrão, medianos, mínimo e máximo em relação ao número de encaminhamentos de usuários portadores de DST para tratamento em ambulatório de especialidades em infectologia, nos períodos pré e pós-capacitação estão mostrados na Tabela 8.

Tabela 8- Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de encaminhamentos de usuários portadores de DST para tratamento em ambulatório de especialidade em infectologia, nos períodos pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Variáveis Estatísticas	Pré-capacitação (%)	Pós-capacitação (%)
Média	5,2	17,9
Mediana	4,7	17,9
Desvio-padrão	2,5	5,6
Mínimo	1,6	9,3
Máximo	9,8	28,7

O teste estatístico utilizado para comparar o número de usuários portadores de DST encaminhados para tratamento das mesmas, antes e após capacitação, foi o Teste não Paramétrico de Wilcoxon.

O resultado obtido foi estatisticamente significativo $p (0,0001)$, com aumento de encaminhamento, no período pós-capacitação.

Esses dados estão representados no Gráfico 3.

Gráfico 3- Valores mínimos, máximos e quartis em relação ao número de encaminhamentos de portadores de DST para tratamento em ambulatório de especialidades em infectologia, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

4.6 Número de notificações das DSTs pelas USFs, no período pré e pós- capacitação

Nesse caso a análise estatística foi realizada por meio do somatório de todas as notificações das DSTs: sífilis, uretrite não gonocócica, cancro mole, tricomoníase, linfogranuloma venéreo, HPV, gonorreia e HSV-2, pois não é objetivo deste estudo dar ênfase para alguma dessas doenças, ou seja, todas aqui têm a mesma importância. Os valores médios, respectivos desvios-padrão, medianos, mínimo e máximo em relação ao número de notificações das DSTs realizadas pelas unidades da ESF para o ambulatório de especialidades em infectologia estão mostrados na Tabela 9.

Tabela 9- Valores médios, respectivos desvios-padrão, mediano, mínimo e máximo em relação ao número de notificações de DST realizadas em unidades da ESF e enviadas para o ambulatório de especialidade em infectologia, nos períodos pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

Variáveis Estatísticas	Pré-capacitação (%)	Pós-capacitação (%)
Média	2,5	18,7
Mediana	2,7	16,9
Desvio-padrão	2,1	6,4
Mínimo	0,0	9,3
Máximo	6,1	31,6

O teste estatístico utilizado para comparar o número de notificações do conjunto de DSTs estudadas, antes e após a capacitação, foi o Teste não Paramétrico de Wilcoxon.

O resultado obtido foi estatisticamente significativo $p (0,0001)$, havendo um aumento das notificações das DSTs estudadas, na pós- capacitação. Esses resultados estão apresentados no Gráfico 4.

Gráfico 4- Valores mínimos, máximos e quartis em relação às notificações das DSTs enviadas das unidades da ESF para ambulatório de especialidades em infectologia, no período pré e pós-capacitação. São Sebastião do Paraíso, MG, 2015.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência da apresentação dos resultados.

Primeiramente será discutida a elaboração, validação de aparência, conteúdo e semântica do instrumento de pesquisa. A seguir, será discutido o resultado do processo capacitação dos ACSs em DST e após isso os dados obtidos nos outros objetivos propostos no presente estudo.

5.1 Elaboração e validação do instrumento de pesquisa

O ACS é um elo importante na cadeia de ações de prevenção a doenças e de promoção da saúde, entre a comunidade e o próprio sistema de saúde. No entanto para que se possa otimizar sua atuação e coordenar as necessidades de capacitação dos mesmos, bem como as próprias ações de saúde, faz-se necessário aferir o grau de conhecimento destes agentes frente a um determinado tema. Neste caso específico, em DST.

A importância de um instrumento para mensurar esse conhecimento é primordial e há uma carência na literatura, não havendo instrumento dedicado a essa categoria profissional que avalie o seu conhecimento específico sobre as DSTs: sífilis, cancro mole, gonorreia, uretrite não gonocócica, linfogranuloma venéreo, HPV e HSV-2 com conteúdos preconizados pelo MS.

A maioria dos instrumentos encontrados na literatura avalia o comportamento de risco para aquisição de uma DST, e não o conhecimento sobre esse tema. No site *Measurement Instrument Database for the Social Sciences* (MIDSS), que hospeda mais de 500 instrumentos validados, apenas dois instrumentos abordam o tema DST, o *General Sexual Knowledge Questionnaire* (QSKQ) (TALBOT; LANGDON, 2006) e o Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (STD-KQ) (JAWORSKI; CAREY, 2007).

O questionário QSKQ avalia o conhecimento sobre anatomia e fisiologia humana, relação sexual, gravidez, contracepção, sexualidade e DST (TALBOT; LANGDON, 2006), portanto não é específico para as DSTs e não aborda aspectos relacionados à cadeia de transmissão, sinais e sintomas das mesmas, não sendo adequado para avaliar o conhecimento dos ACSs e necessário para sua prática profissional. O questionário STD-KQ foi desenvolvido para avaliar o conhecimento sobre as DSTs (JAWORSKI; CAREY, 2007),

relacionando as mesmas com perguntas sobre HIV/aids e hepatite B, além de não abordar todas as doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis por exemplo. Portanto, assim como o QSKQ, não se adapta às necessidades profissionais dos ACSs. Assim sendo, fez-se necessário criar um instrumento que atendesse a estas demandas, sendo capaz de mensurar os conhecimentos específicos sobre o tema, embasados pelas recomendações do MS em relação à função desses profissionais no combate a essas doenças.

Este instrumento do presente estudo contém perguntas fechadas, de múltipla escolha com apenas uma resposta correta. Esse tipo de instrumento tem sido empregado em diferentes estudos para avaliar conhecimentos (FAUSTINI et al., 2003; FLORES; DREHMER, 2003; MARQUES, 2005). No estudo de Marques (2005), a opção pela construção de um instrumento fechado, contendo apenas uma resposta correta em cada questão e as demais erradas, foi escolhida pela maior facilidade de correção e análise dos dados, o que permitiu maior uniformidade na interpretação dos mesmos, conferindo controle apropriado da aplicação nos dois momentos previstos, ou seja, no antes e depois da capacitação.

Um instrumento construído é considerado confiável e aplicável, depois de realizados sua validação em aparência, conteúdo (FRANÇA; SCHELINI, 2014; JUNIOR; MATSUDA, 2012) e semântica (DISABKIDS® Project, 2012).

A validação de aparência e conteúdo é uma etapa imprescindível no desenvolvimento de novos instrumentos (FRANÇA; SCHELINI, 2014). A validação da aparência verifica se os conceitos estão representados de modo adequado (POLIT; BECK, 2011). A validação do conteúdo consiste na análise do instrumento quanto à clareza e compreensão dos itens (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Em relação à validação de aparência e conteúdo, foi possível verificar se todos os itens- organização, objetividade, análise do conteúdo e abordagem do tema do instrumento do presente estudo- estavam referindo as características do comportamento em questão, com auxílio de especialistas na área, denominados juízes (FRANÇA; SCHELINI, 2014). Foram escolhidos especialistas no tema, pois somente indivíduos com perfil específico são capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou relevância da aparência e conteúdo do instrumento submetido (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e optou-se por número ímpar de juízes, pois segundo Vianna (1982) evita empate de opiniões.

A validação da aparência e do conteúdo do instrumento foi feita por meio da concordância das respostas dos 11 juízes. Utilizando o método de cálculo baseado na porcentagem desta concordância, sendo considerada uma taxa aceitável de 90% ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Salvo pelas questões 12 e 22 do instrumento, onde no item clareza houve sugestão de alterações, todos os juízes foram unânimes em aprovar o instrumento apresentado. Nas referidas questões 12 e 22, cinco dos onze juízes sugeriram no item clareza a troca de palavras para uma compreensão facilitada das questões por meio de um vocabulário mais popular e acessível. Acatando tais sugestões trocou-se a palavra “acomete” por “atinge” e “adquire,” nas questões 12 e 22 respectivamente.

Há total pertinência nesta sugestão dos juízes, pois ao se tratar de um público com nível de instrução cuja exigência para o cargo é de 1º grau (BORSNTEIN; STOTZ, 2008), a utilização de termos mais difíceis pode diminuir o entendimento dos mesmos, diminuindo a fidedignidade do instrumento (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação da aparência e do conteúdo realizada pelos juízes é de extrema importância, pois evita possíveis equívocos dos participantes, melhorando a compreensão dos itens de um instrumento (FRANÇA; SCHELINI, 2014). Isso ficou comprovado na medida em que não houve dificuldade de entendimento, durante a validação semântica realizada pelos ACSs.

Na validação semântica, foram utilizados formulários adaptados do DISABKIDS GROUP (DEON et al., 2011) com a autorização da coordenadora dos processos de adaptação cultural e validação dos instrumentos DISABKIDS® no Brasil e no México. Esta compreendeu uma amostra de 12 ACSs pertencentes à escolaridade de nível fundamental e 12 ACSs pertencentes ao nível médio. Foi realizada com a intenção de verificar se o instrumento é compreensível à população a que se destina (MOURA, 2008).

Com finalidade de avaliar o grau de compreensão e aceitação das perguntas do instrumento, os ACSs responderam ao mesmo de forma auto aplicada, seguida do formulário de impressão geral.

Percebeu-se que os itens foram considerados de fácil entendimento por 79,2% e 91,7% dos ACSs de nível fundamental e nível médio, respectivamente. Em ambos os grupos, 91,3% acharam as perguntas relevantes. Isto demonstra que o vocabulário usado foi adequado à população-alvo do estudo e que desde que utilizadas palavras e expressões habituais para esta, o grau de instrução acadêmica não é determinante para a compreensão da pergunta.

O achado acima descrito pode ser bem exemplificado pelo trabalho de Deon et al. (2011), onde um estudo de validação semântica utilizando o instrumento do DISABKIDS para avaliar entendimento sobre dermatite atópica, aplicado a pais e filhos, também não encontrou diferenças quanto ao entendimento das mesmas questões apresentadas a ambos os grupos.

A partir do formulário de “impressão específica” sobre cada pergunta, verificou-se que tanto para os ACSs do nível fundamental quanto para os ACSs do nível médio, não houve dificuldade de entendimento das perguntas do instrumento. Nas questões de nº 22, 23 e 24, tanto os ACSs de nível fundamental quanto os de nível médio relataram dificuldade em responder à questão por desconhecerem as DSTs: tricomoníase, cancro mole e linfogranuloma venéreo respectivamente, pois nestas perguntas as respostas são diretas e necessitam de conhecimentos específicos sobre as patologias em questão. Assim sendo, como não houve dificuldade de entendimento e sim por desconhecimento, decidiu-se por manter tais questões inalteradas. Corroborou tal decisão o fato de 79,1% dos ACS julgarem as questões relevantes no nível fundamental e 87,5% no nível médio.

Devido ao desconhecimento em relação a algumas DSTs, relatado pelos ACSs na validação semântica, observou-se a necessidade de capacitações em relação a essas doenças, concordando com um estudo que realizou validação semântica com profissionais de saúde em relação ao tema tuberculose e também detectou fragilidades relacionadas ao conhecimento desses profissionais em relação a esse tema (SILVA et al., 2015).

Este instrumento validado toma novo vulto, na medida em que poderá ser uma importante ferramenta no futuro, a fim de mensurar o conhecimento de outros ACSs em DST, possibilitando um melhor balizamento da capacitação destes profissionais e consequentemente melhor desempenho profissional dos mesmos. Pois trabalhar com essas doenças requer entendimento sobre a patogenia desses agravos, sexualidade, etnia, gênero, conhecimento dos insumos de prevenção, abordagem, sigilo e construção de valores que levam a cada indivíduo e à comunidade, para auxiliarem no combate às mesmas (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Cabe destacar que o instrumento deste estudo foi elaborado e validado semanticamente no Brasil e para a nossa realidade nacional. Portanto, para utilizá-lo em outros países, deverá ser traduzido e adaptado culturalmente.

5.2 Processo de capacitação dos ACSs em DST

A capacitação em DST dos 134 ACSs ocorreu dentro do mês esperado, após a aplicação do instrumento para os mesmos, no período pré-capacitação. Foi baseada em uma metodologia diferente da metodologia que geralmente é empregada para esses profissionais,

no curso introdutório, quando os mesmos são admitidos para o trabalho. Nesse curso introdutório, a metodologia de escolha é a tradicional, no qual esse treinamento é baseado nos polos estruturados pelos serviços de saúde ou instituições de ensino, levando em consideração a Portaria nº648 de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; MOROSINI; CORBO, 2007). A opção de no presente estudo, não ter utilizado essa mesma metodologia desse curso introdutório foi pelo fato de a mesma ter sido considerada por vários estudos como uma metodologia fragmentada, sem associação da teoria com a prática, e os profissionais capacitados se tornam apenas um mero receptor de informações. É pautada na visão do modelo biomédico e mesmo que se proponha realizá-la com outro enfoque, toma o conceito ampliado do processo saúde-doença. (NUNES, 2002; ROSA; CAVICCHIOLI; BRETAS, 2004).

Como não era o objetivo do presente estudo apenas reproduzir informações em DST para os ACSs, a metodologia de escolha para essa capacitação foi baseada em metodologias mais ativas, nos quais vários estudos relataram que essa metodologia tem a intenção de desenvolver novas competências necessárias para o adequado desempenho do papel do ACS que teve como principal foco neste estudo as DSTs (GOMES et al., 2010; SANTOS, 2010; TOMAZ, 2002). Portanto, o processo de capacitação dos ACSs em relação às DSTs, neste estudo, se pautou em uma capacitação baseada na lógica da produção social da saúde, indo ao encontro dos princípios do SUS, no qual foi preciso romper com a formação baseada na concepção bancária na qual o aprender aqui é apenas o ato de transmitir conhecimentos, formando indivíduos passivos e acríticos (FREIRE, 2004; GOMES et al., 2009).

A capacitação do presente estudo baseada em metodologias ativas proporcionou aos ACSs a serem mais ativos no seu processo de ensino-aprendizagem, pois, segundo um estudo que avaliou essa metodologia com profissionais de saúde ficou identificado que o sujeito deve ser ativo no seu processo de ensino-aprendizagem, sendo estimulado a buscar e a utilizar informações e instrumentos, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática (MITRE et al., 2008).

Essa capacitação dos ACSs em DST teve como objetivo potencializar o conhecimento dos mesmos, na qual o próprio ACS teve de detectar problemas apresentados e os mesmos buscarem soluções por meio de reflexões entre o aprendiz e educador, sendo que o pesquisador serviu de mediador no processo ensino-aprendizagem (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Isso ficou comprovado pelo emprego das estratégias de ensino que foram utilizadas no processo da capacitação do presente estudo, como por exemplo: dinâmicas e estratégias participativas por meio de discussão do tema DST em pequenos grupos, com a

utilização de textos de apoio, oficina, emprego de desenhos coletivos, seminários, estudos de caso e dramatização, no qual em outro estudo que também utilizou essas estratégias com os ACSs em DST também tiveram a intenção de possibilitar aos mesmos se apoderarem do conhecimento e aplicarem o conhecimento construído junto à comunidade no que se diz respeito a essas doenças (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

As técnicas de alongamento e relaxamento realizadas respectivamente pelo fisioterapeuta e a psicóloga do presente estudo, nos encontros com os ACSs, proporcionaram melhor flexibilidade e relaxamento dos mesmos, contribuindo para os participantes se perceberem e se sentirem, tocando os próprios rostos e corpos, favorecendo um relaxamento total do corpo e contribuindo para a melhor apreensão dos conteúdos. Um estudo que utilizou capacitação de ACS em relação à prevenção do câncer do colo uterino também realizou essas atividades e concluiu que a música relaxante, por exemplo, alivia o estresse e acaba sendo um coadjuvante para uma melhor retenção do conhecimento (SILVA et al., 2012).

Os conteúdos das DSTs abordados na capacitação do presente estudo foram ao encontro dos assuntos preconizados pelo MS e também de um estudo que abordou o tema DST para ACS, no qual os assuntos trabalhados no combate a essas doenças relacionaram com várias atribuições que os ACSs precisam desenvolver para promover a prevenção dessas doenças, identificando sinais e sintomas bem como busca ativa dos portadores das DSTs para tratamento nos serviços de saúde bem como informar também a ocorrência das mesmas por meio das notificações (BASTIANI; PADILHA, 2007; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2001c).

A capacitação do presente estudo teve como objetivos: melhorar o conhecimento dos ACSs sobre as DSTs: sífilis, cancro mole, gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoniase, linfogranuloma venéreo, HSV-2 e HPV e também possibilitar que esses profissionais realizem orientações em sala de espera e proporcionar aos mesmos uma melhor detecção de usuários portadores desses agravos, permitindo o aumento da procura desses usuários para tratamento dessas mazelas, no âmbito individual e coletivo, além de despertar a importância nesses profissionais sobre a necessidade de notificar usuários portadores desses agravos.

Os recursos materiais utilizados nas estratégias de ensino para atingir esses objetivos foram disponibilizados pela coordenação da atenção básica e foram de extrema importância, pois, segundo Leal (2005), os recursos materiais auxiliam o professor a organizar as situações didáticas, levando em conta as reais condições dos alunos e a disponibilidades desses materiais e proporcionando o emprego de várias técnicas utilizadas nessa capacitação.

A avaliação da capacitação do presente estudo foi formativa, na qual os ACSs eram avaliados a cada encontro e foram retomados os conteúdos de um encontro para outro e as

dúvidas eram solucionadas no momento que existiam, acolhendo os mesmos e proporcionando a superação de qualquer dificuldade encontrada. Foi uma ação reflexiva que exigiu do mediador permanente investigação do assunto estudado (LEAL, 2005).

A seguir, serão discutidos, no geral, os resultados das seis semanas de encontros dessa capacitação, levando em consideração os cinco planos de aula (APÊNDICE E).

O primeiro encontro da capacitação realizado com os seis grupos teve como objetivo definir DST e o papel do ACS frente ao combate das mesmas. Para se atingir esse objetivo, a aula teve início com uma dinâmica, e os resultados da mesma estão descritos na página 64. Essas características citadas pelos participantes na dinâmica vêm ao encontro de um estudo que considerou as qualidades que um ACS deve ter para trabalhar no combate desses agravos (BASTIANI; PADILHA, 2007), e isso ficou bem orientado por meio dessa associação que a dinâmica possibilitou, pois o ACS, segundo o MS e o estudo citado anteriormente, refere que esse profissional para abordar sobre esse assunto tem de saber conversar com as pessoas sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais e demonstrar sua utilização correta. Ser atencioso, humano e educado para identificar pessoas com sinais e sintomas desses agravos. Acolher os portadores das DSTs e facilitar o encaminhamento dos portadores dessas doenças para tratamento, utilizando sempre da discrição e cuidado com os mesmos e tendo organização para que o processo do encaminhamento do indivíduo se faça de modo eficaz (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2001c).

Foi realizada com os seis grupos a dinâmica da tempestade de ideias, na qual todos os ACSs tiveram de falar uma palavra que lhe vinha à cabeça sobre DST. Foi considerado tudo que foi falado, e o objetivo foi associar as palavras faladas pelos ACSs com a definição que eles têm das mesmas. No final do encontro, houve associação das palavras da tempestade cerebral com os resultados das atividades relacionadas com o papel do ACS frente às DSTs, descritas na página 65. Essa técnica estimula a geração de novas ideias de forma espontânea e não existe certo ou errado e auxilia também para fechamento de conteúdo, ao final de um encontro (ANASTASIOU; ALVES, 2009).

Para facilitar a aprendizagem da associação do papel do ACS em DST, foi proposta a dinâmica do desenho coletivo, no qual os ACSs foram divididos em pequenos grupos, pois segundo autores a formação de pequenos grupos possibilita a discussão dos membros e é muito utilizado em turmas grandes (ANASTASIOU; ALVES, 2009), e a dinâmica do desenho coletivo resgata a importância do trabalho em grupo bem como estimula a criatividade, o associativismo (ANASTASIOU; ALVES, 2009; CÂNDIDO-SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013), a tomada de decisão e a diminuição do estresse, ao enfrentar situações

reais. O interesse pelo conhecimento permite exercitar comportamentos da vida real num universo simulado, podendo provocar mudanças de atitude e de comportamento (CÂNDIDO-SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013).

A utilização de atividades lúdicas como o desenho coletivo torna mais simples, fácil e divertido o processo de aprendizagem e, conseqüentemente, a aquisição de conhecimentos, bem como a reflexão sobre diferentes temas (CÂNDIDO-SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013).

Os seis grupos desenharam situações que associaram suas vivências em se trabalhar com as DSTs e demonstraram com os desenhos a associação dessas doenças com a sua função de ACS e foi discutido com os grupos que a vivência da maioria desses profissionais era somente na prevenção desses agravos, pois a entrega de preservativos foi presente em todos os desenhos. Um estudo realizado com adolescentes também detectou que, para a maioria desses indivíduos, o preservativo é sinônimo de prevenção às DSTs, o que vem certificar a importância do mesmo, sendo único método de barreira capaz de prevenir essas doenças, quando utilizados corretamente (BESERRA et al., 2008).

Outro ponto discutido com os ACSs do presente estudo, durante a atividade dos desenhos, foi que atualmente não existe mais grupo de risco como alguns desenharam e sim comportamento de risco, pois um estudo relatou que, com a epidemia do HIV, pessoas que tinham comportamentos desviantes eram consideradas grupos de risco para terem uma DST, como profissionais do sexo, caminhoneiros, homossexuais e usuários de drogas (GUILHEM, 2005). Atualmente, estudos mostram que qualquer pessoa que tenha relações sexuais sem proteção é considerada vulnerável a adquirir alguma dessas doenças, sendo, portanto, considerado comportamento de risco, envolvendo também heterossexuais, casados ou não, sem distinção de etnia ou classe social (JACOBOWSKI; JUNG; TREVISOL, 2010).

Dentro ainda dessa estratégia, os grupos associaram a prevenção das DSTs apenas nas datas de campanha, na qual foi discutido em plenária que o sexo não ocorre apenas no Carnaval e no dia primeiro de dezembro e que o próprio MS preconiza as orientações durante todo o ano e não apenas nessas datas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015) e, portanto, as orientações de prevenção devem ser realizadas sempre.

Foi discutido também sobre a importância de encaminhar os portadores de DST e realizar buscas ativas de parceiros também para tratamento, bem como notificar essas doenças, pois isso foi citado por poucos grupos. Um estudo mostrou que a detecção e o tratamento precoce das DSTs curáveis são de extrema importância para estratégias de prevenção da transmissão do vírus HIV, pois as correlações entre essas doenças e esse vírus

se dão tanto no âmbito comportamental como no epidemiológico e biológico (ALENCAR; GRECCO; RIBEIRO, 2009) sendo, portanto, importante sempre enfatizar sobre a detecção precoce das mesmas.

Não houve dificuldade por nenhum grupo em realizar essa atividade do desenho. De forma geral, a postura, a atenção, o interesse pelo assunto, pela atividade proposta, as respostas dos alunos e a mediação por parte da pesquisadora evidenciaram que o conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis apresentou indícios de compreensão, de novos conhecimentos adquiridos e, conseqüentemente, de aprendizagem, estando em consonância com um estudo semelhante ao atual que na capacitação dos ACSs em DST também utilizou desenhos para aprendizagem e obteve resultados positivos (GOMES, 2014).

A discussão de texto-base sobre o papel do ACS nas DSTs propiciou aos mesmos uma reflexão do papel desses profissionais em combate a esses agravos, pois autores referem que atividades como estas acabam dando a oportunidade para cada grupo expor sobre a sua experiência (ANASTASIOU; ALVES, 2009). Nos seis grupos, na discussão em plenária, novamente a palavra mais destacada por eles foi que o papel do ACS é na prevenção das doenças por meio do preservativo, e a maioria dos grupos ainda a realiza apenas em campanhas como já descrito anteriormente. A detecção precoce dessas doenças e o encaminhamento dos usuários para tratamento que é também função do ACS foram citados apenas por um grupo. Um estudo que verificou sobre o papel do ACS frente a essas doenças mostrou que a capacitação é primordial para fazer os participantes refletirem e entenderem seu real papel no combate das mesmas na prática, pois a função dos mesmos não é somente a prevenção dessas mazelas, mas também na quebra da cadeia de transmissão das mesmas por meio de tratamento adequado no que se diz respeito às DSTs, sendo realizado por meio da busca ativa de portadores dessas doenças e conscientização dos usuários por esses profissionais (SILVEIRA; SENA, 2005).

A dinâmica dos balões trouxe como mensagem, após reflexão dos participantes, que as DSTs não escolhem classe social, etnia e nem grupo de risco, beleza, idade e sexo e possibilitou o fechamento do primeiro encontro concordando com um estudo que mostrou que as DSTs não acometem apenas grupos de risco e sim qualquer pessoa que apresente comportamento de risco para as mesmas (JACOBOWSKI; JUNG; TREVISOL, 2010).

O segundo encontro da capacitação teve como objetivo desenvolver uma reflexão nos ACSs em relação ao conhecimento das DSTs e sobre as manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento das mesmas. Para isso foram realizadas atividades das tarjas que ocorreram com

todo o grupo e tiveram o objetivo de detectar o grau de conhecimento das DSTs que os ACSs conheciam. Após a atividade, foi detectado que em todos os seis grupos, DSTs como: uretrite não gonocócica, tricomoniase, cancro mole e linfogranuloma venéreo quase não foram citadas, e que a herpes, para a maioria dos ACSs, não tinha distinção entre herpes genital, zoster e labial. O desconhecimento dessas doenças é preocupante, pois por meio de dados do PNDST/AIDS e Hepatites Virais estima-se que ocorram cerca de 4.400.000 novos casos de tricomoniase, 1.967.200 de clamídia (BRASIL, 2003a; PASSOS et al., 2010) e 640.900 de herpes genital, no Brasil (BRASIL, 2010a). E as ações de prevenção e controle em relação a essas doenças ainda são muito falhas (CAMPOS, et al., 2010; FIGUEIRÓ-FILHO, et al., 2007; LIMA; VIANA, 2009; MACEDO et al., 2009; SZWARCOWALD et al., 2007). Isso pode ser comprovado por meio de estudos que demonstram alta prevalência de DST como clamídia em pessoas jovens, tanto do sexo masculino como feminino (ARAÚJO et al., 2006; COOK et al., 2004; FERNANDES, et al., 2009; JALIL et al., 2008).

Podem ser comparados os ACSs dessa capacitação com um trabalho realizado sobre o conhecimento das DSTs em adolescentes de uma escola pública de Goiânia, nos quais os mesmos também relataram conhecer também apenas: aids, gonorreia, sífilis, HPV e herpes não conhecendo também as demais (MARQUES et al., 2006), e também com um estudo em quatro municípios do Pará sobre o conhecimento dessas doenças pelos ACSs e o resultado obtido foi também o pouco conhecimento das mesmas (TEIXEIRA et al., 2012).

Após as discussões das tarjas, foi pedido para os ACSs em pequenos grupos escreverem sobre o que sabiam sobre as características das DSTs e apresentarem em plenária, e após isso foi disponibilizado um material sobre esse tema para compararem ao que responderam na primeira atividade. Autores referem que a utilização de um texto-base auxilia os sujeitos a aprenderem por meio da detecção de seus erros, sendo que eles próprios podem após isso entenderem o que erraram e fixarem com isso o aprendizado (ANASTASIOU; ALVES, 2009).

Manteve-se, na maioria dos grupos, a dificuldade em levantar todos os sinais e sintomas das DSTs, diagnóstico e tratamento. Com isso fica evidenciado que ainda ocorrem dúvidas sobre como detectar esses agravos e que o tratamento das mesmas é de responsabilidade médica. Foi refletido ao final desse encontro que a necessidade de se conhecer as características dessas doenças é primordial por meio da orientação sobre prevenção e quebrar a cadeia de transmissão das mesmas, realizando busca ativa dos portadores para diagnóstico médico e tratamento (NAVES; HAMANN; SILVER, 2005) e evitando assim complicações futuras, como: infertilidade, (BEZOLD et al., 2007; ELEY et

al., 2005; KARINEN et al., 2004) doenças neonatais, abortos, câncer (MAUCORT-BOULCH et al., 2008; ROSA et al., 2009) e até óbitos (VARELLA; FILHO; PASSOS, 2012).

Os ACSs do município do Pará submetidos a uma avaliação do conhecimento em relação às DSTs também apresentaram dúvidas como os ACSs do presente estudo, e muitos erraram em relação às manifestações e tratamento das DSTs, confirmando a necessidade de informações para ampliar e qualificar seu saber fazer na e com a comunidade em que atuam. Sobre os sintomas que indicam presença de DST e formas de transmissão, destaca-se a presença de respostas que precisam ser discutidas e ressignificadas entre os mesmos (TEIXEIRA et al., 2012).

O terceiro encontro teve como objetivo proporcionar uma reflexão nos ACSs sobre as características das DSTs divididas em doenças que ocasionam secreções, verrugas, vesículas e feridas. Para isso foi realizada a divisão em pequenos grupos para a realização de seminário. Estudo relata que o seminário possibilita aos participantes uma visão geral do tema proposto, possibilitando criatividade dos mesmos nas apresentações (ANASTASIOU; ALVES, 2009). Isso foi demonstrado por meio da interação que cada grupo teve com os participantes, conseguindo solucionar as dúvidas dos demais com auxílio da pesquisadora.

O resultado dessa atividade foi muito proveitoso, pois as dúvidas da maioria dos participantes eram em relação à diferença dos tipos de herpes, sobre o linfogranuloma venéreo e sobre a diferença da gonorreia e clamídia e por meio das discussões em plenária isso pôde ser sanado.

O esclarecimento da diferença dessas doenças citadas acima é importante para os ACSs do presente estudo conseguirem na prática orientarem os usuários, em relação às mesmas, pois muitas pessoas ainda possuem dúvidas em relação a isso. Um estudo mostrou que a maioria da população tem pouco conhecimento sobre a diferença dos vários tipos de herpes e enfatiza a importância da população em conhecer a herpes genital que é uma DST ocasionada pelo vírus tipo 2, contraída pelo sexo e as lesões (vesículas dolorosas) que atingem os órgãos genitais e podem ser porta de entrada para o vírus HIV (CLEMENS; FARHAT, 2010).

Já em relação ao linfogranuloma venéreo, a importância do ACS em se conhecer essa doença é devido à mesma ser ocasionada por uma bactéria que atinge principalmente os homossexuais (HERNANI; NADAL, 2007). A detecção precoce dessa doença é importante já que a mesma pode levar à cronicidade se não tratada e ocasionar elefantíase nos genitais, bem como fístulas nos canais do reto e ânus (GUPTA et al., 2006). Outro motivo da importância do conhecimento dessa DST se dá pelo fato de que, por não ser uma doença tão comum, os

próprios profissionais de saúde não estão familiarizados com os sinais e sintomas da mesma e, portanto, o risco de se tornar crônica nos portadores aumenta (HERNANI; NADAL, 2007). Por isso a necessidade de capacitar esses profissionais em relação a esse agravo, para auxiliá-los na detecção precoce da mesma durante as orientações desses profissionais para os usuários.

A explicação sobre a diferença da uretrite não gonocócica com a gonorreia foi necessária também, pois muito dos ACSs do estudo achavam que as duas eram a mesma doença. A importância também de se conhecer essas DSTs se dá pelo fato de que ambas podem ocasionar infertilidade, doença inflamatória pélvica, aborto e que a gonorreia ainda é responsável pela conjuntivite gonorreica em neonatos, e seus sinais e sintomas são mais comuns em homens (DUARTE et al., 2011). Devido a várias complicações das mesmas enfatiza-se a necessidade de os ACSs em despertar para os usuários sobre esses agravos e isso somente é possível por meio do conhecimento das mesmas.

As demais DSTs foram explicadas pelos grupos sem maiores dúvidas, nos quais os mesmos conseguiram durante os seminários expor sobre o HPV, sífilis e tricomoniase, e essa facilidade ocorre pelo fato de serem doenças mais abordadas no cotidiano, estando também esse resultado em consonância com resultados de um estudo em que os ACSs também não apresentaram dificuldades sobre o conhecimento das mesmas (TEIXEIRA et al., 2012).

O quarto encontro da capacitação dos ACSs teve como objetivo promover uma reflexão coletiva acerca da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do papel do ACS frente a esse tema.

Para se atingir o objetivo, os grupos tiveram de criar uma propaganda sobre os insumos de prevenção da DST. Foi uma tarefa semelhante à dinâmica dos desenhos coletivos, pois autores referem que atividades lúdicas estimulam a criatividade e associação (ANASTASIOU; ALVES, 2009) que no caso do presente estudo foi o do papel dos ACSs frente à prevenção das mesmas. As atividades lúdicas e participativas facilitam o processo grupal por desenvolverem a capacidade de ouvir, falar, comunicar-se, conviver através do lúdico e do criativo, possibilita ainda a reflexão, a construção e reconstrução das experiências e conhecimentos, e assim a participação e emponderamento dos participantes (CÂNDIDO-SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013).

Nas apresentações dos seis grupos, houve muita criatividade por parte dos integrantes. Apresentaram várias propagandas chamando atenção para a importância e o uso adequado do preservativo. Portanto, dentre todas as demonstrações da importância desses insumos de prevenção, os seis grupos puderam concluir com a pesquisadora que o meio mais eficaz de

prevenção das DSTs é a informação, a conscientização e a utilização correta desses métodos de barreira (BESERRA et al., 2008; NAVES; HAMANN; SILVER, 2005), pois um estudo mostrou que ainda existem pessoas que acham que a pílula anticoncepcional previna gravidez e DST (NADAL; MANZIONE, 2003). E foi discutido com os grupos do presente estudo que a maneira mais eficaz de prevenção dessas doenças é o preservativo masculino ou feminino e que ele deve ser distribuído e orientada sua utilização para todas as faixas etárias e em todos os setores da sociedade (escola, unidade de saúde, durante as visitas domiciliares, nas salas de espera, durante as campanhas). Um estudo também identificou que os preservativos devem ser orientados quanto a sua importância e utilização para todas as faixas etárias e sexo, pois a sociedade ainda tem pouco conhecimento e tabus na sua utilização (BESERRA, et al., 2008).

Por isso faz-se necessário o serviço de saúde intervir em toda a sociedade para realizar orientações adequadas e diminuir o número de casos dessas doenças (SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

Na demonstração da utilização da prótese masculina e pelve feminina houve, em grande parte dos grupos, dificuldades na colocação desses insumos. O que preocupa nisso tudo é que, em relação ao conhecimento dos métodos de barreira, os ACSs do presente estudo até possuem, mas a utilização correta desses preservativos muitos desses profissionais não estavam preparados para instruir sobre isso, no qual um estudo também demonstrou a dificuldade que várias pessoas ainda têm em saber utilizar os mesmos, propiciando, portanto, para uma proteção não adequada contra as DSTs (BESERRA et al., 2008).

Nessa própria capacitação ficou comprovado e mais uma vez vem confirmar a importância de abordar esse assunto com os ACSs, pois conforme identificado em estudos os mesmos são profissionais que têm como função na atenção básica a orientação por meio de técnicas de intervenção designadas para atividades de educação sobre sexo seguro e DST por meio do diálogo, possibilitando a diminuição da vulnerabilidade das mesmas e, portanto, devem estar preparados para orientação correta sobre a utilização dos preservativos nas relações sexuais (BESERRA et al., 2008; SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

O quinto encontro da capacitação dos ACSs teve como objetivo promover uma reflexão coletiva neles acerca das doenças sexualmente transmissíveis, levando em consideração: análise, prevenção, orientações, abordagem, sigilo e ética frente a essas doenças.

Para se atingir esse objetivo, foi realizada primeiramente a estratégia de estudo de caso. Os casos foram distribuídos para os grupos, com o objetivo de se verificar a capacidade dos mesmos em analisar casos baseados em situações reais cotidianas, em relação às DSTs.

Autores revelaram que a utilização dessa estratégia propicia o envolvimento de todos os participantes para solucionar os casos propostos, auxiliando a aproximação desses problemas fictícios com os enfrentados na prática profissional (ANASTASIOU; ALVES, 2009).

Nas respostas dos estudos de caso pelos grupos, ainda houve confusão em relação à resposta da DST, sendo possível, em plenária, sanar dúvidas desses ACSs que poderiam surgir na prática profissional, reforçando conteúdos que ainda não estavam bem compreendidos. A discussão em plenária dessas dúvidas propicia a esses profissionais a recordarem o que aprenderam nos encontros anteriores, buscando elementos para a reflexão que, aliados aos conceitos teóricos, propiciassem condições não só para a aquisição de conhecimentos, mas também para a conscientização dos mesmos, levando-os a desenvolver atitudes e habilidades (CANDIDA-SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013), no combate às DSTs.

Após essa atividade, todos os ACSs foram desafiados a realizar uma dramatização que abordasse: prevenção, papel dos ACSs frente a essas doenças, abordagem e sigilo, levando em consideração a equipe da estratégia saúde da família, na prevenção e combate dessas doenças.

A estratégia da dramatização propiciou uma representação teatral após ter sido dado um tema que exigiu dos participantes: a criatividade e imaginação, pois foi um tema que eles tiveram de abordar e também ter conhecimento das DSTs. Autores referem que a dramatização requer iniciativa para divisão dos papéis; clareza, coerência e organização para representação, criatividade e pode ser utilizada para aproximação dos participantes com a prática profissional (ANASTASIOU; ALVES, 2009). A dramatização foi empregada para finalizar e resumir todo o aprendizado da capacitação com o objetivo de aproximação das ações desses profissionais nas suas práticas educativas, no combate a essas doenças.

Os seis grupos apresentaram histórias com criatividade e já demonstraram maturidade ao lidar com as DSTs, durante as apresentações. O primeiro grupo deu enfoque aos adolescentes e DST, demonstraram a prevenção e o encaminhamento para tratamento no serviço de saúde, reforçando aqui a pouca percepção de risco e limitada informação que os adolescentes têm das mesmas (BESERRA et al., 2008; MARQUES et al., 2006) e por serem os mais vulneráveis a essas doenças devem ser instruídos, pela família, escola e pelos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção e tratamento dessas doenças (BESERRA et al., 2008). O próprio MS ressalta a importância desse profissional em trabalhar com os adolescentes por meio da orientação de sexualidade e DST (BRASIL, 2009).

O segundo grupo da capacitação enfocou uma dramatização baseada na sífilis gestacional, pois foi o que chamou atenção do grupo pelo fato do grande aumento da mesma,

no ano de 2014 e abordaram o encaminhamento dessa gestante para a unidade de saúde para o pré-natal bem como o tratamento do marido. Esse enfoque que deram à sífilis gestacional foi importante, pois, segundo dados do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do MS, mostram que a cada ano o número dessa doença aumenta, e estudos nacionais apontam falhas na assistência do pré-natal relativa à sífilis gestacional (DOMINGUES et al., 2013; SZWARCWALD et al., 2007), e o tratamento do parceiro é importante para evitar a reinfecção da gestante, além de ser uma oportunidade de tratamento e prevenção de novos casos de DSTs, na população em geral, diminuindo também os casos de sífilis congênita (DOMINGUES et al., 2014).

O terceiro grupo da capacitação enfocou uma mulher com HPV. Esse é outro enfoque importante das DSTs, na qual tem destaque o HPV sendo atualmente a doença que mais acomete a população, principalmente as mulheres, pois de acordo com Myers et al. (2000), 80% de todas as mulheres sexualmente ativas terão sido expostas ao HPV, quando estiverem com 50 anos e são mais vulneráveis devido à mucosa vaginal ser menos espessa e com mais superfície de contato, e outro fator é o fato de serem oprimidas por parte de seus parceiros, não tendo acesso a informações adequadas e atualizadas (BERTOLIN et al., 2010; SILVEIRA et al., 2002), portanto a importância do ACS em orientar e encaminhá-las para o serviço de saúde é de extrema importância. Pimenta et al. (2014) apontam que devido ao desconhecimento das mulheres sobre o HPV são necessárias ações educativas, afim de informar a população de maneira clara, promovendo o autocuidado e menores taxas de morbidade, sempre lançando mão da ética e do sigilo por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b).

O quarto grupo também enfocou a dramatização, baseando-se nos adolescentes. Esse tema é bem corriqueiro, mas não pode ser desprezado, pois a família, geralmente, não está preparada para lidar com o assunto que envolva sexo e muitas vezes a mesma não consegue ter diálogo em casa sobre essa temática, devido ao desconhecimento dessas doenças, vergonha e falta de liberdade, sendo que para uma grande parcela da população esse assunto ainda é um tabu (BESERRA; ARAÚJO; BARROSO, 2006; NADAL; MANZIONE, 2003) e isso faz com que muitos jovens também não recebendo orientações sobre esse assunto acabam lançando mão da automedicação ou procurem balconistas de farmácia que não entendem do assunto para tentar resolver o problema, culminando em complicações como retardar o tratamento das mesmas (NAVES; HAMANN; SILVER, 2005; NAVES, 2010). Não se pode também deixar de comentar sobre a precocidade que os adolescentes estão iniciando a vida sexual ativa, e questões como anticoncepção também devem ser abordadas para diminuir a

gravidez na adolescência (MARQUES et al., 2006). Portanto, mais uma vez a importância dos ACSs saberem abordar esse assunto, auxiliando toda a clientela, principalmente os adolescentes pertencentes a sua área de atuação (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013; KOERICH et al., 2010; NADAL; MANZIONE, 2003).

O quinto grupo da capacitação focou nas ações e locais propícios que o ACS deve estar presente para combater essas mazelas. Isso vem reforçar o papel expressivo desses trabalhadores nas práticas educativas em saúde (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009), promovendo ações coletivas em salas de espera, escolas, empresas, casas noturnas e ações individuais nas visitas domiciliares, sabendo trabalhar com questões de preconceito, sigilo e ética em relação às DSTs e contribuindo para o combate das mesmas (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013; MARTINEZ; CHAVES, 2007).

O sexto grupo de ACSs sintetizaram bem, durante a dramatização, as funções da equipe saúde da família em combate a essas doenças, pois o MS preconiza essa equipe a trabalhar com toda a população adscrita, detectando problemas de saúde da mesma, realizando ações de prevenção e combate e facilitando o acesso da população para diagnóstico e tratamento das DSTs (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; ESCOREL et al., 2007), bem como atividades de prevenção por meio de grupos para adolescentes, idosos, mulheres, profissionais do sexo e homossexuais, estabelecendo uma relação de confiança, sigilo e ética (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013; BRASIL, 2006b; MARTINEZ; CHAVES, 2007).

Foi observada, em todos os grupos de ACSs, a dificuldade em abordar a realização das notificações das DSTs, pois essas são doenças que não possuem notificação compulsória, com exceção da sífilis congênita, sífilis e uretrite não gonocócica desse grupo de doenças estudadas e que o próprio MS encontra dificuldades em obter notificações das mesmas. Nota-se a nível nacional a dificuldade que os profissionais de saúde têm em notificar os agravos, havendo no país muitas subnotificações até mesmo das doenças de notificações compulsórias (BRASIL, 2006a; GUEDES et al., 2009). Devido a pouca abordagem das notificações das DSTs pelos ACSs, no processo de capacitação, foram enfatizadas, em todo o curso, a necessidade e a importância da comunicação via notificação desses agravos para o auxílio na prevenção e tratamento das mesmas.

O processo de capacitação dos ACSs finaliza com o sexto grupo e pode-se afirmar que, em todos os encontros, esses profissionais avaliaram a capacitação por meio de metodologias ativas como: “aprendizado, conhecimento enriquecedor, aula diferente, nova forma de aprender, dia produtivo, complexo, dinâmicas legais, aulas interativas, aprendizado importante para vida profissional, aprendizado por meio de experiências”. Isso reforça a

necessidade que esses profissionais têm de se reciclarem, pois é dada uma série de atribuições para o mesmo e exigem apenas o curso introdutório e o nível fundamental para eles trabalharem nas unidades da ESF (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013; BRASIL, 2000a; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; MOROSINI; CORBO, 2007).

Em função de sua formação simplificada, o trabalho dos ACSs é considerado simples, mas no elo com a comunidade e tendo de resolver problemas de todas as esferas, percebe-se que as suas atividades são bem mais complexas do que realmente aparentam ser (MOROSINI, 2010).

Na capacitação realizada, detectou-se que muitos ACSs ainda estavam despreparados para abordarem o tema DST com a comunidade, pois a maioria, ao responder ao instrumento na pré-capacitação, não havia tido capacitações sobre esse tema. Nessa capacitação esteve presente o discurso que eles têm vontade de acompanhar sobre a evolução do conhecimento e suas inovações quando expressaram as palavras: “conhecimento enriquecedor, aprendizado importante para a vida profissional”.

Nesse contexto a capacitação em metodologias ativas foi incorporada não apenas para que os ACSs aprendam sobre as DSTs estudadas, mas que saibam abordar e lidar com os problemas e complexidades que essas doenças têm (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009). As estratégias de ensino empregadas nessa capacitação que também entraram em consonância com outro estudo propiciaram a esses profissionais tirarem suas dúvidas e aprenderem com as experiências prévias de cada um (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007). Com o emprego de metodologia mais participativa, os ACSs puderam expor suas vivências e interagir para a construção do conhecimento (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013).

Ao analisar as atividades do presente estudo com outro estudo baseado também nessa metodologia, pode-se reconhecer uma relação horizontal e dialógica, do ponto de vista do relacionamento humano entre a equipe, que foi permeada pela confiança, facilitando a abordagem educativa dos conhecimentos relativos ao tema discutido. Em relação às possibilidades observadas na utilização deste método educativo, percebeu-se que o mesmo abriu diversas possibilidades. A criação de um espaço de livre diálogo, caracterizado pela condução não diretiva do facilitador, o que permitiu a troca de experiências e saberes entre os participantes e a reflexão sobre as dificuldades por eles vivenciadas em seu cotidiano, provocando a problematização sobre a relação de cada participante em relação às DSTs. Outro aspecto a ser mencionado foi a abordagem dialógica adotada na construção de cada etapa de aprofundamento sobre o tema, que se expressou na valorização das discussões dos participantes, marcadas pela realidade vivenciada e na adoção de estratégias pedagógicas que

propiciaram o encontro do saber técnico-científico, rompendo-se com o modelo tradicional de transmissão de informações (TORRES et al., 2010).

Os ACSs de todos os grupos do presente estudo avaliaram a capacitação em DST realizada neste estudo como uma nova forma de aprender e gostaram muito das dinâmicas com os desenhos, da dramatização e destacaram que irão empregar o visual para orientarem a comunidade sobre essas doenças, como álbum seriado, pôsteres e panfletos. O emprego do recurso visual nessa capacitação facilitou o processo de aprendizagem dos mesmos, e eles referiram que irão utilizar essa técnica nas suas práticas profissionais também. Portanto, segundo estudo que também já realizaram esse tipo de capacitação também foi avaliado de forma extremamente positiva pelos participantes. A unanimidade dos alunos considerou que o curso atingiu os aspectos considerados mais importantes em relação às temáticas abordadas, que foi importante a utilização de atividades que envolviam valores e emoções e que as atividades foram muito bem organizadas e conduzidas. Avaliaram como muito positiva a aprendizagem da metodologia participativa, valorizaram a sensibilidade e a disponibilidade da pesquisadora assim como o nível de motivação e a conscientização adquirida pelos alunos (MOSCOVICS; CALVETTI, 2008).

Essa capacitação em DST realizada contribuiu muito para o aperfeiçoamento da prática dos ACSs, pois as propostas educativas realizadas surgiram de suas dificuldades encontradas para se trabalhar com doenças tão complexas não apenas no seu enfoque biológico, mas também no enfoque social que exigem (BRASIL; AMORIM; QUEIROZ, 2013).

5.3 Avaliação do impacto da capacitação em DST

O impacto de uma capacitação de ACS com o tema das DSTs: sífilis, gonorreia, cancro mole, uretrite não gonocócica, tricomoniase, linfogranuloma venéreo, HPV e HSV-2 foi o objeto deste estudo. Mudanças relacionadas ao conhecimento das mesmas pelos ACSs, orientações em sala de espera por esses profissionais, encaminhamentos de usuários para tratamento em serviço de saúde e notificações desses agravos realizados pela equipe da unidade ESF foram os procedimentos utilizados para analisar o impacto.

Na análise dos resultados relacionados às características sociodemográficas desse instrumento dos 134 (100%) ACSs do presente estudo, 132 (98,5%) dos mesmos são do sexo

feminino. É interessante observar que, em estudos realizados com capacitação de ACS também foi encontrada, em sua caracterização, maior frequência de pessoas do sexo feminino. Pesquisadores relataram que este aspecto pode estar associado ao papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade, como responsável pela educação e alimentação das crianças e nos cuidados prestados aos membros da família (ARAKAWA et al., 2013; GOUVÊA et al., 2015; MACHADO et al., 2010; MARQUES, 2005; MOTA; DAVID, 2010; RODRIGUES et al., 2009).

Em relação ao nível de escolaridade, 62 (46,3%) dos ACSs possuem segundo grau completo e 22 (16,4%) possuem segundo grau incompleto e predominaram no estudo quando comparados com os 50 (37,3%) ACSs que possuem apenas o primeiro grau completo e que, apesar da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão do ACS continuar exigindo apenas o nível fundamental como característica para o candidato se tornar ACS, estudos que realizaram capacitação desses profissionais e relacionaram à escolaridade em sua caracterização também apresentaram resultados de uma crescente escolarização dos mesmos como um movimento transformador de reconstrução, no qual esses profissionais estão cada vez mais procurando melhorar seu nível de aprendizado (GOUVÊA et al., 2015; MACHADO et al., 2010; MARCANDAL, 2013; MOTA; DAVID, 2010). Visto que, no presente estudo, 17 (12,7%) dos 22 (16,4%) ACSs de nível médio incompleto referiram dar continuidade ao mesmo.

Não houve ACS com formação em curso técnico e nem em ensino superior, mas estudos referem que há ACS em todos os níveis de escolaridade citados anteriormente, e ainda esses autores afirmam ser também importante para a questão do aprendizado a atitude que cada pessoa apresenta durante um treinamento (WERNER; BOWCE, 1984), o que vem corroborar a atual pesquisa, pois, mesmo não havendo ACS com formação em curso técnico e superior, os mesmos conseguiram ter bom desempenho em relação à capacitação no que diz respeito à participação e interesse deles, no decorrer dos encontros.

Em relação ao tempo de atuação na prática profissional, 91 (67,9%) dos 134 (100%) ACSs que foram capacitados atuavam de 01 a 03 anos, sendo observado também esse intervalo de tempo na função de ACS em um estudo que capacitou esses profissionais com o tema aleitamento materno e verificou que, mesmo com pouco tempo na prática profissional, houve melhora no conhecimento desses profissionais, após capacitação realizada (MACHADO et al., 2010). Portanto um tempo menor de atuação profissional não interfere no resultado do conhecimento, após um treinamento.

Dos 134 (100%) ACSs, 79 (58,9%) informaram ter recebido alguma capacitação no início do trabalho, sendo a mesma denominada de curso introdutório, e apenas 26 (19,4%) informaram colocar em prática o que aprenderam. Vários estudos identificaram que o ACS na maioria das vezes recebe apenas o curso introdutório, ao ser admitido no trabalho (MARCANDAL, 2013; NUNES et al., 2002; ROSA; CAVICCHIOLI; BRETAS, 2004) e que esse curso é insuficiente e fragmentado, baseado em metodologia tradicional, não possibilitando a esse profissional desenvolver competências no seu papel de ações de saúde, dentro da estratégia saúde da família (GOMES et al., 2010; SANTOS, 2010; TEIXEIRA et al., 2012; TOMAZ, 2002;), e, portanto, justificando o motivo de poucos ACSs do presente estudo referirem colocar em prática o que aprenderam nesse curso.

Em relação à pergunta do instrumento relacionada à capacitação em DST, no período pré-capacitação, apenas 32 (23,9%) dos 134 (100%) ACSs referiram ter recebido treinamento nesse tema, no qual um estudo também identificou a dificuldade que os profissionais da saúde têm em abordar esse tema tanto para os membros da equipe quanto para os usuários, sendo escassas as capacitações relacionadas a essas doenças (SILVEIRA; SENA, 2005).

Na pergunta do instrumento relacionada à dificuldade na abordagem das DSTs pelos ACSs, no período pré-capacitação, 118 (88,1%) desses profissionais referiram apresentar problemas em relação a isso. Essa dificuldade pode estar relacionada com achados em um estudo na área realizada com ACS que identificou que as poucas capacitações que são realizadas por profissionais da saúde da atenção básica para os mesmos são muitas vezes consideradas de baixo impacto, utilizando apenas palestras como estratégia de educação em saúde e havendo apenas transmissão de conteúdo, não integrando as práticas educativas com as práticas cotidianas desses profissionais (SÁ et al., 2013), com função apenas de reprodução do conhecimento, não possibilitando, portanto, o conhecimento para esses profissionais colocarem em prática o que aprenderam (FREIRE, 1989; MITRE et al., 2008).

Com relação às dificuldades referidas pelos 111 (82,8%) dos 134 (100%) ACSs do presente estudo em realizar orientações sobre as DSTs para os usuários, devido a poucos treinamentos no tema, fez-se necessário realizar capacitação, e após à mesma, foi detectado aumento considerável do conhecimento desses profissionais, propiciando aumento no número de orientações no tema.

A melhora do conhecimento, após a capacitação realizada neste estudo, pode estar relacionada com o emprego da metodologia ativa, pois após revisão da literatura foram verificados vários estudos que avaliaram conhecimento e também encontraram melhora nos seus resultados por meio dessa metodologia em suas capacitações (AIRES, 2012; ANDRADE

et al., 2008; ARAKAWA et al., 2013; CARDOSO et al., 2011; DANTAS, 2010; GIRONDI; NOTHAFT; MALLMANN, 2006; GOMES et al., 2010; MACHADO et al., 2010; MARCANDAL, 2013; MARIN et al., 2010; MARQUES, 2005; MELO et al., 2010; MOSKOOVICKS; CALVETTI, 2008; TONDÉLO, 2006; TORRES et al., 2010; WALL; PRADO; CARRARO, 2008; XAVIER et al., 2014).

Alguns desses estudos citados acima utilizaram os ACSs como sujeitos da capacitação, mas os temas abordados foram diferentes do presente estudo, sendo eles: saúde bucal (MARQUES, 2005; TONDELO, 2006), saúde respiratória (ANDRADE et al., 2008); saúde auditiva do idoso (ARAKAWA et al., 2013); experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem com ACS (CARDOSO et al., 2011), saúde auditiva infantil (MELO et al., 2010), aleitamento materno (MACHADO et al., 2010) e saúde do idoso (MARCANDAL, 2013). Os demais autores citados utilizaram sujeitos e temas diferentes do presente estudo, mas também chegaram a resultados positivos em relação à capacitação, tendo por base as metodologias ativas e corroborando os achados do mesmo.

Em relação ao tema DST, foram encontrados estudos que abordaram capacitação em DST/AIDS por metodologias ativas com adolescentes (GOMES, 2014; MOSKOVICKS; CALVETTI, 2008; SOUZA et al., 2007) e para ACS (BASTANI; PADILHA, 2007; TEIXEIRA et al., 2014), dando ênfase apenas à importância de capacitar esses sujeitos em relação a essas doenças, devido ao baixo conhecimento dos mesmos em DST com a utilização de metodologias mais ativas, mas não fizeram avaliação do impacto da mesma em relação ao conhecimento.

Foi encontrado um estudo semelhante ao atual que capacitou os ACSs de sete municípios do Rio Grande do Sul e teve como tema a importância da redução de danos para prevenção de DST/AIDS. Utilizou oficinas para a capacitação e obteve resultados de melhora na aprendizagem, após a mesma (NARDI; KROEFF; RIGONI, 2010).

Poucos estudos contemplam a avaliação de capacitação em saúde para os ACSs (HANN; KIRCHHOF, 1999), e nenhum estudo em relação à abordagem específica das DSTs: sífilis, gonorreia, cancro mole, linfogranuloma venéreo, clamídia, tricomoniase, HPV e HSV-2, em relação à capacitação de ACS, foi encontrado nos bancos de dados: Scielo, Pubmed e nem nas home pages: <http://portal.saude.gov.br>; <http://www.aids.gov.br> o PNDST/AIDS e hepatites virais.

A metodologia ativa empregada nessa capacitação propiciou melhora no conhecimento dos ACSs deste estudo, no qual houve um aumento estatisticamente significativo dos acertos das questões contidas no instrumento. Estudos referem que a

melhora no conhecimento, após utilização dessa metodologia, é devido à mesma possibilitar a participação e vivência coletiva, favorecendo a construção coletiva do conhecimento e a valorização de todos os saberes, porque o conhecimento da realidade não é de domínio exclusivo de nenhum dos participantes e estimula a criatividade na construção de soluções; propiciando a liberdade no processo de pensar e de agir (CARDOSO et al., 2011; CORIOLANO et al., 2012; FARAH; PIERANTONI, 2003).

Em estudos que avaliaram a capacitação por meio da comparação da metodologia tradicional e da ativa, esta mostrou melhores resultados no conhecimento, quando comparada com a metodologia tradicional, pois aumentaram o nível de interesse, a atenção e o aprendizado dos alunos (DANTAS, 2010; PONSÁ et al., 2009; TOLOMEU et al., 2013). Os autores consideraram que essa melhora do interesse e aprendizado pode estar relacionada com o emprego de estratégias utilizadas na metodologia ativa que possibilitaram os participantes se tornarem mais ativos, interativos e corresponsáveis por seu aprendizado, exigindo do educador romper com a função de informante para desempenhar papel de construtor de conhecimento e estimulador dos próprios alunos (BATISTA, 2005; BERBEL, 1998; CYRINO; TORALLES- PEREIRA, 2004; DANTAS, 2010; FREIRE, 1989; GARCIA, 2001; MITRE et al., 2008 VANNUCHI; CAMPOS, 2007).

A capacitação realizada neste estudo considerou as experiências prévias dos ACSs em relação às DSTs e utilizou estratégias que colaboraram para isso como, por exemplo: discussões em pequenos grupos, tempestade cerebral, desenhos, oficina, seminários, estudo de caso, dinâmicas de grupo e dramatização. Nos vários estudos já citados anteriormente em relação ao uso da metodologia ativa nas capacitações, os mesmos também lançaram mão dessas técnicas e também obtiveram um melhor resultado do aprendizado, como por exemplo: formação de pequenos grupos para o trabalho (ANDRADE et al., 2008; ARAKAWA et al., 2013; CARDOSO et al., 2010; DANTAS, 2010; GOMES et al., 2010; MARIN et al., 2010; TONDÉLO, 2006), jogos educativos (ANDRADE et al., 2008), dramatização, grupos de discussão (TONDÉLO, 2006;), desenhos (ARAKAWA et al., 2013, MARCANDAL, 2013), estudo de caso e palavras-chaves (DANTAS, 2010) e dinâmicas e oficinas (AIRES, 2012; CARDOSO et al., 2011; GIRONDI; NOTHAFT; MALLMANN, 2006; TORRES et al., 2010; MACHADO et al., 2010).

Analisando as questões do instrumento relacionadas ao conhecimento sobre as DSTs: sífilis, gonorreia, cancro mole, uretrite não gonocócica, tricomoniase, linfogranuloma venéreo, HPV e HSV-2, foi encontrado um aumento de respostas corretas em todas as questões, no período pós-capacitação. Algumas questões tiveram um aumento mais considerável nos

acertos relacionando a pré e pós-capacitação, sendo o caso das questões de números: 04 com melhora de acertos de 58 (43,35%) para 128 (94,8%) ACSs, a de número 06 com melhora de acertos de 49 (36,6%) para 99 (73,9%) ACSs, de número 08, com melhora de acertos de 48 (32,1%) para 130 (97%) ACSs, a de número 09, com melhora de acertos de 75 (56%) para 134 (100%), a questão de número 10, com melhora de acertos de 45 (33,6%) para 128 (95,5%), a questão de número 13, com melhora de acerto de 49 (36,6%) para 106 (79,1%), a de número 14, com melhora de acerto de 44 (32,8%) ACS para 130 (97%), a de número 16, com melhora de acertos de 47 (35,1%) para 118 (88,1%) ACSs, a de número 17 com melhora de acertos de 39 (29,1%) para 91 (67,9%) ACSs, a de número 18 com melhora de acertos de 27 (20,1%) para 87 (64,9%) ACSs, a de número 19 com melhora de acertos de 62 (46,3%) para 124 (92,5%) ACSs, a de número 20 com melhora de acertos de 47 (35,1%) para 118 (88,1%) ACSs, a de número 21 com melhora de acertos de 23 (17,2%) para 108 (80,6%) ACSs, a de número 22 com melhora de acertos de 34 (25,4%) para 115 (85,8%) ACSs, a de número 23 com melhora de acertos de 24 (17,9%) para 100 (74,6%) ACSs e a de número 24 com uma melhora de acertos de 8 (6%) para 85 (63,4%) ACSs.

O que também pode ter contribuído para essa melhora do conhecimento dos ACSs, em todo o tema abordado, foi a estrutura física do ambiente, a disposição das carteiras em círculos, organização didática e elaboração do conteúdo com as estratégias que possibilitaram o entendimento da temática específica do presente estudo, o que pôde também ser observado em estudos que utilizaram os mesmos facilitadores para aprendizagem e que despertaram curiosidade, interação e motivação para a mesma (ANDRADE et al., 2008; ZANON; ALTHAUS, 2010).

Analizando a questão de número 04 e 06 do instrumento que estavam relacionadas com o tema preservativo, detectou-se que 71 (53%) e 54 (40,2%) dos ACSs apresentaram mudanças no número de erros para acertos dessas questões, respectivamente, no período pós-capacitação. O que pode ter colaborado para um aumento no acerto dessas questões, no período pós-capacitação, foi a utilização do trabalho em grupo que também foi utilizado em várias capacitações (ANDRADE et al., 2008; ARAKAWA et al., 2013; BASTIANI; PADILHA, 2007; CARDOSO et al., 2011; DANTAS, 2010; GOMES et al., 2010; MARIN et al., 2010; TONDÉLO, 2006;) e que proporcionou discussões entre os integrantes, possibilitando o aprendizado a partir das experiências dos mesmos, portanto estimulando a troca de conhecimentos (ANASTASIOU; ALVES, 2009). Outro fator que também contribuiu para a melhora no conhecimento dos ACSs em relação à questão 06 foi a demonstração por eles na capacitação de como orientar a utilização desses insumos de prevenção, estando em

consonância com o estudo de Dantas (2010) que também apresentou melhora no conhecimento de alunos de graduação por utilizar a demonstração da técnica relacionada com a saúde bucal, na qual a mesma favorece integrar o conhecimento adquirido da teoria com a prática e possibilita uma melhor compreensão de todos, pois a realização da técnica e sua visualização são melhores do que a descrição por escrito.

Nas análises das questões de número: 08, 09, 10, 11 e 13 do instrumento que estão relacionadas com os sinais e sintomas, complicações, tratamento, orientações dos ACSs e local de encaminhamento para tratamento das DSTs, obtiveram-se também mudanças significativas de erros para acertos desses profissionais, no período pós-capacitação, sendo esse aumento de 87 (64,9%), 59 (44%), 83 (61,9%), 77 (57,5%) e 59 (44%) respectivamente. Esse aumento pode estar relacionado com a atividade desenvolvida em pequenos grupos em que os ACSs, a partir dos seus conhecimentos prévios em DST, teriam de explicar sobre esses temas e após isso com auxílio de um texto-base sobre DST complementar o que faltava na atividade. A atividade realizada em pequenos grupos favorece uma melhor interação entre os indivíduos, proporcionando a troca de experiências (ANASTASIOU; ALVES, 2009; DANTAS, 2010), e a leitura complementar contribuiu para esclarecer do que o grupo ainda tinha dúvida (ANASTASIOU; ALVES, 2009). Portanto o conhecimento com essa técnica ganha destaque devido a se valorizarem o conhecimento prévio do indivíduo, a troca de experiências e o contato com a teoria como um instrumento necessário para finalizar a aprendizagem.

Na análise das questões do questionário de números: 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 que são questões que estão relacionadas com as características individuais de cada DST, a mudança dos erros para acertos dos ACSs, no período pós-capacitação, foi muito significativa, sendo o aumento de: 86 (64,2%), 71 (53%), 54 (40,2%), 62 (46,2%), 62 (46,2%), 74 (55,2%), 88 (65,7%), 81 (60,4%), 78 (58,2%) e 78 (58,2%) respectivamente, no período pós-capacitação. As estratégias empregadas para se atingir o objetivo do conhecimento das características dessas doenças foram essenciais. As tarjas, os seminários e os estudos de caso bem como o recurso de material disponível associados com o entusiasmo dos ACSs em participar das atividades propostas facilitaram muito a aprendizagem dos mesmos. Alguns estudos que também utilizaram essas estratégias nas suas capacitações verificaram melhora na retenção de conhecimento pelos participantes (RODRIGUES; VIEIRA, 2010; TORRES et al., 2010).

Atividade com tarjas sobre o conhecimento de alguma DST proporcionou subsídio para o primeiro contato com as mesmas, pois em todos os grupos de capacitação dos ACSs, os

mesmos não conheciam todas as doenças do presente estudo, realidade essa que foi observada também em um estudo com esses profissionais que também mostraram dificuldades em conhecer todas essas doenças. O conhecimento dos ACSs desse estudo era apenas da sífilis, aids, hepatites e gonorreia, concordando com o resultado sobre o conhecimento das mesmas pelos ACSs do estudo atual (TEIXEIRA et al., 2012).

O seminário utilizado foi uma estratégia que necessitou da participação de todos os integrantes (VEIGA, 2006), pois cada grupo teve de apresentar sobre um grupo de DST, sendo que para isso precisaram buscar na literatura todas as informações necessárias e utilizarem a síntese e reflexão para aprenderem sobre as mesmas e tiveram de organizar as questões críticas para a discussão no momento da apresentação à turma, a fim de argumentar, contra-argumentar bem como encaminhar conclusões (ANASTASIOU; ALVES, 2009). No estudo de Zanon e Althaus (2010) em consonância com o presente estudo, o seminário também propiciou auxílio para a melhora no conhecimento de alunos e foi utilizado em aulas universitárias, no qual alunos aprenderam por meio de discussões e debates, mas também ensinaram.

O estudo de caso foi outra estratégia que colaborou para a fixação das características dessas doenças, pois com o estudo de caso, os ACSs tiveram de raciocinar frente aos casos fictícios, possibilitando ao mediador avaliar o conhecimento dos alunos sobre as DSTs já abordadas e ajudá-los a empregar conceitos e inserir aplicações práticas relacionadas a essas doenças (GRAHAM, 2010).

As demais questões do instrumento tiveram também mudanças de erros para acertos, no período pós-capacitação, mas os acertos dessas questões no período pré-capacitação foram maiores do que as questões já discutidas nesse mesmo período e, por isso não se destacaram tanto no período pós-capacitação, sendo que houve melhoras também, ou seja, os ACS que acertaram essas questões, anteriormente, conseguiram em boa parte acertar as mesmas e melhoraram em relação aos erros, após a capacitação. Pode-se considerar que os ACSs já tinham um melhor conhecimento prévio em relação aos assuntos abordados nessas questões.

Um estudo realizado com avaliação de conhecimento de ACS sobre aleitamento materno detectou também que, no período pré-capacitação, os mesmos já possuíam algum conhecimento em relação à amamentação e que a metodologia ativa empregada proporcionou utilizar o conhecimento prévio do aprendiz, levando à reflexão do mesmo e possibilitando um conhecimento efetivo (MACHADO et al., 2010), assim como no presente estudo os ACSs que acertaram essas questões, na pré-capacitação, após responderem ao instrumento, na pós-capacitação, continuaram acertando novamente.

A elevação no conhecimento dos ACSs revelada na comparação dos testes pré e pós-capacitação em DST, do presente estudo, aponta que o processo de construção do conhecimento por meio da aplicação da capacitação por meio da metodologia ativa junto a esses profissionais mostrou ser eficaz e satisfatória, sendo isso também identificado por vários estudos que aplicaram a avaliação de uma intervenção com ACS com temas diferentes ao do presente estudo, no período pré e pós-teste, mas que também tiveram o objetivo de atender às demandas de educação em saúde relacionada ao atual contexto dos serviços de saúde da ESF, incluindo aqui a importante presença do ACS (ANDRADE et al., 2008; ARAKAWA et al., 2013; MACHADO et al., 2010; MARQUES, 2005; MELO et al., 2010; TONDELO, 2006).

Devido ao ACS ter várias atribuições práticas nas unidades da ESF, no combate das DSTs, a capacitação do presente estudo visou a avaliar o impacto não apenas da melhora do conhecimento dos ACSs, mas também se a capacitação foi efetiva e proporcionou a aplicação prática desses conhecimentos pelos mesmos. Um estudo que avaliou capacitações para alunos de graduação da odontologia, ao lançar mão das metodologias ativas também esperou uma melhor aplicação prática dos alunos nas técnicas cirúrgicas para que o conhecimento adquirido nas aulas fizesse um sentido para os mesmos, para atuarem de forma eficaz na prática profissional (DANTAS, 2010).

Portanto esperou-se também neste estudo que os ACSs, tendo o conhecimento dessas doenças, devam trabalhar colocando em prática o combate das mesmas (BASTIANI; PADILHA, 2007), em todos os setores da comunidade como: nas salas de espera das unidades da estratégia saúde da família e em visitas domiciliares por meio de orientações educativas (PEDROSA; TELES, 2001), pois esse profissional é considerado o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, desempenhando um importante papel educativo nesses espaços sociais (NUNES et al., 2002).

Neste estudo, as orientações em sala de espera realizadas pelos ACSs foram uma das funções desses profissionais utilizadas para avaliação da efetividade dessa capacitação. As mesmas são espaços públicos nos quais esses profissionais desenvolvem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças para os usuários que se encontram para consultas médicas, pois estudos relacionados a orientações educativas nesses espaços referem que, nas salas de espera, podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde (RODRIGUES et al., 2009; SANTOS et al., 2012).

Diante das atividades de prevenção voltadas para as DSTs, as orientações de combate a essas doenças em salas de espera vêm sendo um desafio que os ACSs enfrentam, pois

precisam ter conhecimento das mesmas para atuarem na prática de forma decisiva no combate a esses agravos (NUNES et al., 2002).

Neste estudo, o desafio que os ACSs tiveram foi relacionado com o número de orientações realizadas sobre as DSTs, nas salas de espera, pois, por meio da análise dos livros de registros relacionada às orientações com temas de saúde, foi encontrada uma média de 4,2% de orientações relacionadas com o tema DST pelas 20 USFs, no período pré-capacitação. Esses livros de registros mostraram que as orientações relacionadas com o tema DST foram realizadas apenas nas datas do dia 1º de dezembro e no Carnaval, estando essa realidade em consonância com estudos em que o ACS quase não realiza orientações em sala de espera desses agravos, devido à dificuldade na abordagem e ao pouco conhecimento das mesmas (FERRAZ, 2008; TEIXEIRA et al., 2012).

A escassez de orientações sobre DST em sala de espera pelos ACSs, no período pré-capacitação, está relacionada com a realidade brasileira, pois, pelo fato de esses profissionais terem uma aproximação deficiente sobre o conhecimento desses agravos, eles apenas reproduziram orientações em datas de campanhas educativas, não atentando que relação sexual e o risco de se contrair uma DST pela mesma não ocorre apenas nesses períodos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Devido às poucas orientações em sala de espera abordando tema DST pelos ACSs, no período pré-capacitação, reforça-se a necessidade do emprego da capacitação deste estudo ter sido por meio de metodologia que atuasse na apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar e que fizesse com que o ACS relacionasse o seu conhecimento anterior com o novo conhecimento obtido, culminando para uma aprendizagem significativa (MITRE et al., 2008). No estudo de Meira e Kurcgant (2016), as mesmas encontraram nos resultados de seu estudo com alunos de graduação que a utilização de metodologias ativas e inovadoras de ensino pode ser uma estratégia eficaz para conseguir melhores resultados na aprendizagem significativa, favorecendo a prática do aprendizado na vida profissional.

O estudo de Meira e Kurcgant (2016) vem comprovar os achados do presente estudo no período pós-capacitação, pois foi encontrada uma média de 23,7% de aumento no número de orientações em sala de espera pelos ACSs com o tema DST, podendo esse aumento estar relacionado com o conhecimento obtido em DST por intermédio da capacitação por meio das metodologias ativas, pois essa metodologia empregada é capaz de promover uma reflexão crítica nos ACSs, a ponto de provocar mudanças na sua prática (CORIOLANO et al., 2012), por meio da aprendizagem significativa que contribui para que esse profissional seja ativo e

reflita sobre o seu problema, buscando solução para a realidade em que vive e ao mesmo tempo transformando seu conhecimento em ação (TORRES et al., 2010; ZANOTTO; ROSA, 2003) e devido a isso culminando, portanto, para o aumento do número das orientações em sala de espera pelos ACSs deste estudo.

Um estudo acerca da ação dos ACSs, após capacitações sobre diabetes com o emprego das metodologias ativas, também chegou a esse resultado positivo em relação ao aumento nas orientações para a população, pois o processo de capacitação e as estratégias adotadas para tal foram avaliados positivamente pela maioria dos participantes. Os ACSs do estudo citado referiram que a capacitação mais ativa possibilitou auxiliá-los na implantação de vários programas relacionados ao diabetes e puderam colocá-los em prática. Esse aumento nas orientações está relacionado ao papel que a capacitação desse estudo conseguiu desempenhar nesses profissionais que foi o de fortalecer o potencial reflexivo, crítico e criativo nas práticas educativas (TORRES et al., 2010).

No presente estudo, analisando o livro de registros das 20 unidades da ESF em relação ao número das orientações, no período pós-capacitação foi observado que além do aumento no número das orientações houve também uma melhor distribuição mensal das mesmas relacionadas ao tema DST. Esses achados estão de acordo com o que é preconizado pelo MS que refere que as orientações em relação a essas doenças estão deficientes e que é necessário abordá-las sempre e não apenas em campanhas educativas e que a capacitação dos profissionais que vão atuar no combate das mesmas deve ser baseada em uma metodologia mais ativa, possibilitando a reflexão dos mesmos em relação à importância do combate a esses agravos (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015). Um estudo realizado numa universidade espanhola também ressalta a importância de formar multiplicadores na saúde em relação a essas doenças, utilizando uma pedagogia mais problematizadora para também formarem facilitadores no combate às mesmas (MOSKOVICS; CALVETTI, 2008).

A capacitação proporcionou aos ACSs a reelaboração de um saber construído que os mesmos já possuíam e que agora passou a incorporar outros sentidos em relação às DSTs, na qual a prática do ACS passou por uma transformação não imposta do saber, mas sim a partir da problematização das mesmas, o que levou a uma superação da visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido (LANZONI et al., 2009). Isso também foi evidenciado por um estudo em que o autor ressalta que, em uma prática educativa, o importante não é somente transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida, ou seja, causar a visão crítica desta realidade em que se vive (FREIRE, 1992).

Outro fator importante que auxiliou na melhora do número de orientações em DST foi o emprego de estratégias como seminários, demonstração prática que nesse caso foi a demonstração do uso do preservativo, bem como a dramatização que proporcionaram aos ACSs a desenvolverem habilidades comunicacionais e relacionais, uma vez que a comunicação é considerada um instrumento básico para o cuidar, tendo a função de informar, persuadir, ensinar e discutir, além de ter a função de promover o relacionamento entre as pessoas para a busca de soluções (WALL; PRADO; CARRARO, 2008). Assim essas estratégias estimularam a comunicação desses profissionais no próprio processo da apresentação dos trabalhos e, portanto, auxiliaram na superação das dificuldades em relação à abordagem das DSTs, na prática profissional (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b; DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007; VALENTIM; KRUEL, 2007).

A capacitação despertou nos ACSs, como eles mesmos relataram, interesse por utilizar recursos materiais que foram utilizados nas dinâmicas de grupo, nos desenhos, próteses, pôsteres de DSTs utilizados na dramatização, para usarem esses materiais também nas orientações em sala de espera. Isso vem corroborar outro estudo que utilizou também esses recursos na sua capacitação, e os ACSs do mesmo também acharam de suma importância lançar mão desses instrumentos para a aprendizagem dos usuários (MOSCOVICS; CALVETTI, 2010). Portanto, a capacitação utilizando estratégias mais interativas despertou também uma visão criativa no ACS, no qual lançar mão de recursos visuais também pode possibilitar aos mesmos aplicar o conhecimento construído junto à comunidade em que atua no que se diz respeito às DSTs (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Diante das propostas de um novo paradigma que foi utilizado na capacitação do presente estudo para os ACSs, no sentido de atender aos princípios e diretrizes do SUS, em relação ao combate às DSTs, o processo de ensino-aprendizagem desses profissionais foi ativo e independente, valorizando o trabalho entre o serviço de saúde e a comunidade com a formação de atitudes positivas dos ACSs na tomada de consciência, ao aplicar seus conhecimentos na prática, por meio do aumento das orientações em DSTs, na sala de espera. Um estudo que também avaliou a efetividade da capacitação dos ACSs em relação à saúde auditiva por meio de metodologias ativas concluiu que além do desempenho obtido no conhecimento nos momentos pré e pós-capacitação, as mudanças no comportamento do ACS na sua atividade profissional foram percebidas, ou seja, a incorporação dos conteúdos teóricos às ações fez os mesmos desenvolverem diariamente este aprendizado, no qual houve aumento do número de orientações em relação ao tema de saúde auditiva, desempenhando os ACSs, portanto, seu papel de educador em saúde (MELO et al., 2010).

No presente estudo, o aumento das atividades educativas em DST pelos ACSs das 20 unidades da ESF junto à comunidade, no período pós-capacitação, atingiu um maior número de pessoas da população do município de São Sebastião do Paraíso- MG que tiveram orientações em relação às DSTs do que no período pré-capacitação, visto que o número das orientações aqui foi em média de 4,2% e devido ao aumento de 23,7% em média nas orientações, no período pós-capacitação um maior número de usuários passou a ter informações da necessidade de combate a essas doenças. Esse fato pode ter influenciado no aumento da detecção de casos novos bem como aumento no número de encaminhamentos dos mesmos para tratamento. Um estudo que avaliou a importância das atividades de orientação para detecção da hanseníase na população também concluiu que quanto maior o número de orientações educativas eleva-se o contingente de abrangência da população e ocorre aumento na detecção precoce da doença e encaminhamento de usuários para tratamento (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Ao avaliar o número de usuários portadores de DSTs encaminhados para tratamento em ambulatório de especialidades em infectologia, detectou-se uma média de 5,2% de encaminhamentos, no período pré-capacitação e uma média de 17,9% de encaminhamentos, no período pós-capacitação pelas 20 USFs do município de São Sebastião do Paraíso- MG. Esse aumento dos encaminhamentos, no período pós-capacitação, pode estar relacionado à capacitação em DSTs que proporcionou os ACSs atuarem mais ativamente na sua prática profissional, por meio do aumento de orientações desses agravos em sala de espera e também por meio da busca ativa de portadores, no qual essas orientações sobre esses agravos podem ter desencadeado nos usuários uma reflexão também em relação ao combate dessas doenças e com isso possibilitando uma maior procura dos mesmos nas unidades saúde da família, para detecção precoce e tratamento dessas doenças.

Estudos que capacitaram profissionais de unidades saúde da família por meio de metodologias ativas em hanseníase e o outro em tuberculose obtiveram também um aumento no número de usuários que procuraram as unidades de saúde para detecção precoce e encaminhamento para tratamento dessas doenças em centro especializado (MELO et al., 2009; MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008). Os participantes referiram que o treinamento sensibilizou e estimulou um “novo olhar” sobre a doença, responsabilizando- os sobre a situação epidemiológica proporcionada por meio das orientações e busca ativa de novos casos (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

A capacitação em DST colaborou também para o aumento da média em 18,7% do número das notificações das doenças: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo, gonorreia,

uretrite não gonocócica, tricomoniase, HSV-2 e HPV, pelas 20 USFs do município de São Sebastião do Paraíso- MG, no período pós-capacitação em relação à média de 2,5% do número de notificações enviadas ao serviço especializado em DST/AIDS e hepatites virais, no período pré-capacitação.

A escassez do número de notificações no período pré-capacitação pode estar relacionada ao desconhecimento da importância de notificar essas doenças, indicando que a prática de notificação de agravos não tem ou tinha significado para esses profissionais. Essa afirmação pode ser aqui anunciada, uma vez que em todos os grupos de ACSs não houve manifestação da necessidade de realizar as notificações de qualquer uma das doenças estudadas, durante o processo de capacitação. Uma das vertentes explicativas que contribui para o desconhecimento é o fato de a vigilância epidemiológica desses agravos não possuir notificação compulsória e, portanto, essas doenças acabam por serem negligenciadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Por meio da capacitação deste estudo, a pesquisadora orientou várias vezes os ACSs da necessidade de se notificarem essas doenças, pois, por não serem obrigadas suas notificações, o próprio MS apresenta dificuldade de mensurá-las e de se implantar um sistema de vigilância adequada para as mesmas (BRASIL, 2006a; CAMPOS; MOHERDAU, 2005; GUEDES et al., 2009).

Um estudo no Estado do Rio de Janeiro que avaliou as notificações desses agravos também identificou que nesse Estado o sistema de vigilância ainda não pode ser considerado eficiente, em virtude da subnotificação e da qualidade das informações prestadas e também refere que há necessidade de estimular a notificação e melhorar a qualidade dos dados coletados. Sugere-se como estratégias para superação dos principais problemas detectados a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde, esclarecendo a importância da notificação e de seu correto preenchimento e envio das mesmas para a vigilância em saúde (LUZ; PEDROSA, 2005).

Os resultados do presente estudo em relação às notificações das DSTs, no período pré-capacitação, vão ao encontro de um estudo que refere que a maioria dos profissionais de saúde no país entende que o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados é uma atividade meramente burocrática, uma parte menos nobre e importante do seu processo de trabalho, o que acaba gerando deficiências na realização das mesmas (LAGUARDIA, 2004). Assim considera-se que a notificação de agravos seja abordada na graduação das instituições de ensino superior como instrumento importante para os profissionais da saúde no combate a essas doenças.

A capacitação do presente estudo, por meio das metodologias ativas, buscou despertar nos ACSs a importância que a informação tem para o monitoramento das DSTs, no qual a notificação é um instrumento capaz de otimizar, de maneira contínua, as ações da vigilância epidemiológica, permitindo a disponibilidade de informação estratégica confiável sobre a situação local das DSTs e contribuindo para sua prevenção e controle (PEDROSA et al., 2011).

O aumento das notificações das DSTs deste estudo possibilitou ao serviço especializado do município de São Sebastião do Paraíso- MG ter um melhor controle dos usuários que foram encaminhados, pois a notificação desses agravos possibilitou a esse serviço entrar em contato com as unidades saúde da família para realizar busca ativa dos faltosos que não compareceram para tratamento dessas doenças, promovendo integração dos serviços e sinalizando a possibilidade de trabalho em rede e ainda trabalhar na perspectiva da integralidade da atenção ao usuário. Com isso possibilitar a quebra na cadeia de transmissão, realizada por um diagnóstico e tratamento correto dessas doenças (NAVES; HAMANN; SILVER, 2005).

Vários estudos mostraram que essas DSTs apresentam alta morbidade e se não tratadas precocemente e adequadamente ocasionam uma série de complicações, podendo até ocasionar óbito se não diagnosticadas precocemente (BEZOLD et al., 2007; ELEY et al., 2005; KARINEN et al., 2004). Portanto, a capacitação propiciou aumento de conhecimento nos ACSs deste estudo que colocaram em prática orientações educativas, contribuindo para aumento da procura de usuários para diagnóstico e tratamento dessas doenças com o auxílio das notificações, e a longo prazo uma diminuição das mesmas.

Espera-se que os ACSs com a equipe das unidades saúde da família do município de São Sebastião do Paraíso- MG continuem a desempenhar um papel relevante para preencher o vazio de informação que existe em relação às notificações das DSTs. Informação esta que é necessária para poder estimar a nível local a carga da doença na população, mostrar suas tendências, monitorar a efetividade das medidas de prevenção e avaliar os principais determinantes da transmissão, possibilitando o controle das mesmas (PEDROSA et al., 2011).

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Após seguir rigorosamente o processo metodológico de validação, o instrumento elaborado e utilizado neste estudo tornou-se válido em conteúdo, aparência e semanticamente, para se avaliar o conhecimento dos ACSs, no período pré e pós-capacitação.

A avaliação do conhecimento sobre as DSTs, no período pré-capacitação, por meio das respostas do instrumento de pesquisa, indicou que esses profissionais possuíam conhecimento insatisfatório em relação a essas doenças e apresentavam pouco envolvimento nas ações relacionadas a esses agravos em relação às orientações em sala de espera dessas doenças, nas buscas ativas de portadores das mesmas e pelo baixo número de notificações realizadas das DSTs. Situação esta que confirmou a necessidade de investir na qualificação dos ACSs.

Foi organizado um curso de capacitação de 40 horas semanais, nos quais os ACSs foram divididos em seis grupos. A capacitação se baseou em metodologia ativa com utilização de estratégias de ensino que colaboraram para a participação ativa desses profissionais por meio de discussões do tema, com o objetivo de proporcionar uma aprendizagem significativa dos mesmos em relação a essas doenças.

Todos os participantes referiram ter adquirido novos conhecimentos, e a metodologia empregada, no processo educativo, favoreceu o aprendizado.

O efeito da capacitação realizada neste estudo mostrou resultados positivos, no período pós-capacitação.

Um ano após a intervenção, em relação ao conhecimento das DSTs pelos ACSs, verificou-se aumento estatisticamente significativo de mudanças de erros para acertos desses profissionais nas 24 questões do instrumento, comparando o período pré e pós-capacitação. Houve aumento da média de 4,2% para 23,4% ($p < 0,0001$) no número de orientações realizadas pelos ACSs, em sala de espera, no período pós-capacitação. Houve aumento da média de 5,2% para 17,9% ($p < 0,0001$) no número de encaminhamentos de usuários portadores de DSTs para tratamento e aumento da média de 2,5% para 18,7% ($p < 0,0001$) no número de notificações realizadas desses agravos, no período pós-capacitação, pelas 20 USF do município de São Sebastião do Paraíso- MG.

Conclui-se que a capacitação foi adequada aos objetivos e hipóteses do estudo e produziu mudanças no conhecimento e nas práticas dos ACSs em relação às DSTs.

A importância de estudos sobre a capacitação dos ACSs em relação às DSTs é tendência crescente aqui no Brasil, visto que essas são doenças que ocasionam uma série de complicações no indivíduo, se não tratadas, proporcionam elevação no número de casos diagnosticados a cada ano. O ACS, por ser um profissional da ESF que trabalha com prevenção de doenças e promoção da saúde, deve possuir conhecimentos necessários para instruir a população sobre esses agravos.

A utilização de instrumento elaborado e validado em conteúdo, aparência e semanticamente para avaliar o conhecimento dos agentes deste estudo merece destaque, pois não foi encontrado na literatura instrumento capaz de mensurar esse conhecimento relacionado com as funções que os ACSs têm em relação às DSTs que são preconizadas pelo MS. Portanto, espera-se que o mesmo possa ser utilizado por pesquisadores que tiverem interesse em trabalhar com o tema.

Espera-se que este estudo torne relevante o desenvolvimento de futuras capacitações para que os profissionais repensem suas condutas, fortaleçam o trabalho em equipe e transformem suas práticas profissionais, e que a capacitação proporcione impacto em relação ao conhecimento dos mesmos para atuarem de forma eficaz na prevenção, detecção precoce de portadores bem como realizar notificações das DSTs, possibilitando a longo prazo a diminuição das mesmas.

REFERÊNCIAS²

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas e Técnicas. NBR 6023

REFERÊNCIAS

AIRES, J. S. **Efetividade do processo de capacitação dos enfermeiros para utilização do Álbum Seriado- alimentos regionais promovendo a segurança alimentar**. 2012.139 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 1, p.107-116, jan./mar. 2006.

ALENCAR, H.; GRECCO, E. T.; RIBEIRO, M. C. G. G. Importância das Doenças Sexualmente Transmissíveis na transmissão sexual do vírus HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v.21, n. 4, p. 155-157, 2009.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set./ fev. 2005.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade; pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5ed. Joenville-SC. Univille, 2009.

ANDRADE, R. D.; MELLO, D. F.; SCOCHI, C. G. S.; FONSECA, L. M. M. Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 444-448, 2008.

ARAKAWA, A. M.; SITTA, E. I. ; JUNIOR, A. F. M.; CARLETO, N. G.; SANTO, C. E.; BASTOS, R. S.; BASTOS, J. R. M.; CALDANA, M. L. Avaliação de um programa de capacitação em fonoaudiologia para agentes comunitários de saúde na Amazônia brasileira. **Distúrbio da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 203-210, ago. 2013.

ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.396-403, mar./abr. 2005.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 479-86, set. 2007.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do Agente Comunitário de Saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p.19-25, jan./fev. 2004.

ARAÚJO, R. S. C.; GUIMARÃES, E. M.; ALVES, M. F.; SAKURAI, E.; DOMINGOS, L. T.; FIORAVANTE, F. C.; MACHADO, A.C. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brazil. **European Journal of Clinical Microbiology & Infection Diseases: official publication of the European Society of Clinical Microbiology**, v. 25, p. 397–400, 2006.

BASTIANI, J. A. N.; PADILHA, M. I. C. S. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 233-236, mar./abr. 2007.

BASTOS, F. I.; CUNHA, C. B.; HACKER, M. A. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 98-108, jun. 2008. Suplemento 1.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, set. 2005.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes; 2005. 120 p.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n.2, p. 139- 154, fev. 1998.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches**. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 2002.

BERTOLIN, D. C.; RIBEIRO, R. C. H. M.; CESARINO, C. B.; SILVA, D. C.; PRADO, D. O.; PRADO, E. S. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, p. 730-735, out./dez. 2010.

BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis - uma investigação entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 4, p. 402-407, out./dez. 2006.

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 20, n. 1, p. 32- 35, 2008.

BEZOLD, G.; POLITCH, J. A.; KIVIAT, N. B.; KUYPERS, J. M.; HANSWOLFFF, P. D.; ANDERSON, D. J. Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. **Fertility and Sterility**, v.87, n.5, p.1087-1097, May.2007.

BÓGUS, C. M. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 346-354, jul./set. 2007.

BORSNTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, jan./fev. 2008.

BRAGA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para avaliação do “Sentimento de impotência”**. 2004. 262 fl. Tese (Doutorado em)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BRASIL, E. G. M.; AMORIM, D. U.; QUEIROZ, M. V. O. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Revista Adolescência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 28-35, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica** - Programa Saúde da Família: Caderno 3 Educação Permanente/Milton Menezes da Costa Neto, Brasília, DF, 2000b. 44 p. p9-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2006 a. 109 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Portaria nº 2472, de 31 de agosto de 2010b**. Diário Oficial da União. Brasília, 1/set/2010b. Seção 1, p.50-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST no Brasil**, 2010a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>> Acesso em: 21 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informes da Atenção Básica: doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, julho, 2001c. Não paginado.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis: DST**. Brasília, 2006b. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS**, 2005. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planoestrategico.pdf>> Acesso em 21 abr.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**, Brasília, DF, maio, 2003b. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta N. 1**, de 16 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº648, 28 de março de 2006**: Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Brasília, 2008 a. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle da DST/HIV na comunidade: Manual do agente Comunitário da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS**. Brasília, DF, 1998. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional-DST/AIDS**; 2003a. [citado 7 dez 2007] Disponível em<<http://www.aids.gov.br/data/pages>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional-DST/AIDS e Hepatites Virais**; 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2014/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-prevencao-dst-e-aids>>. Acesso em: 16 de nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional-DST/AIDS e Hepatites Virais**; 2015. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/ministerio-lanca-campanha-de-prevencao-as-dst-e-aids-para-carnaval-2015>>. Acesso em: 16 de nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília, DF, 2007a. 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** (Série E Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006d, v. 4). 4. ed. Brasília, DF, 2007b. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da Família: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde/Publicações Eletrônicas; 2002. 79 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a. [Cadernos de Atenção Básica 2]. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa**. Tradução de R. A. T. Di Dio. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979. 138 p.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; GONÇALVES, M. L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p.1747-1755, set. 2010.

CAMPOS, R. B.; MOHERDAU, I. O papel do programa nacional no controle das DST e AIDS. In: PASSOS M. R. L. **Deessetologia, DST**. 5ªed, Rio de Janeiro: Cultura Médica, Cap.73, p. 895-911, 2005.

CANDIDO-SILVA, P. A.; SILVA, M. A. I.; GONÇALVES, M. F. C. A interface da promoção de saúde e a educação sexual em uma escola de educação básica: relato de experiência. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v.8. n.4, p. 1059-1066, 2013.

CAPRA, F. **O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. Cultrix, São Paulo, 2006. 448 p.

CARDOSO, A. S. M. **A educação permanente na realidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: A aprendizagem no contexto da ESF**. 2010. 38 fl. Trabalho de conclusão de curso (Medicina), Universidade Federal de Minas Gerais, Araújo, 2010.

CARDOSO, F. A.; CORDEIRO, V. R. N.; LIMA, D. B.; MELO, B. C.; MENEZES, R. N. B.; MOULAZ, A. L. S.; SÁ, G. B.; SOUZA, A. V. F. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n. 5, p. 968- 973, Sept./Oct. 2011.

CAVALCANTE, E. G. F. **Análise do atendimento pela abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará, Brasil**. 2010. 62 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

CLEMENS, S. A. C.; FARHAT, C. K. Soroprevalência de anticorpos contra vírus herpes simples 1-2 no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 44, n. 4, p. 727-734, aug. 2010.

COHEN, M.S. Perspective -HIV and Sexually Transmitted Diseases. **International AIDS Society**, United States of America, v.12, n.4, Oct./Nov. 2004.

COOK, R. L. et al. High Prevalence of Sexually Transmitted Diseases in Young Women Seeking HIV Testing in Rio de Janeiro, Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v.31, n. 1, p.67-72, Jan. 2004.

CORIOLOANO, M. W. L.; LIMA, M. M.; QUEIROGA, B. A. M.; MORENO, L. R.; LIMA, L. S. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: uma proposta de cuidados com crianças asmáticas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, mar./ jun. 2012.

CYRINO, E. G.; TORRALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai./jun, 2004.

DANTAS, A. K. **Avaliação do aprendizado em técnica cirúrgica empregando três estratégias de ensino**. 2010. 75 fl. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DEON, K. C. **Adaptação cultural e validação do módulo específico dermatite atópica do instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes- DISABKIDS® - MDA-Fase I**. 2009. 148 fl. Dissertação (Mestrado Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DEON, K. C.; SANTOS, D. M. S.S.; REIS, R. A., FEGADOLLI, C.; BULLINGER, M.; SANTOS, C. B. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 450-457, apr. 2011.

DISABKIDS® GROUP. **Pilot test manual**. Leiden: The DISABKIDS Group, 2002.

DISABKIDS® Project. **Project information**, 2012. Disponível em: <<http://www.disabkids-project/information-about-the-project/>> Acesso em 14 Out. 2015.

DOMINGUES, R. M. S.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p.147- 157, fev. 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P. R. B. S.; LEAL, M. C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p.766- 774, 2014.

DUARTE, G.; ALENCAR, H. D. R.; GRECCO, E. O.; GIR, E.; PINTO, V. M. **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV**. São Paulo. 2011. 152 p.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um processo de educação com Agentes Comunitários de Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.439- 447, set./dez. 2007.

ELEY, A. et al. Can Chlamydia trachomatis directly damage your sperm? **The lancet Infect Diseases**, v. 5, n.1, p. 53-57, Jan. 2005.

ESCOREL, L. S.; GIOVANELLA, M. H. M. M.; SENNA, M. C. M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica, no Brasil. **Revista Panamá de Salud Publica**, Panamá, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FARAH, B. F.; PIERANTONI, C. R. A utilização da metodologia problematizadora no curso introdutório para saúde da família do pólo de capacitação da UFJF. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 108- 119, jul./dez. 2003.

FARIA, H. P. **Unidade Didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 2. Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 80 p.

FAUSTINI, D. M. T.; NOVO, N. F.; CURY, M. C. F. S.; JULIANO, Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 783-790, 2003.

FERNANDES, A. M. S.; DAHER, G.; NUZZI, R. X. P.; PETTA, C. A. Infecção por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae em mulheres atendidas em serviço de planejamento familiar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n. 5, p. 235-240, May. 2009.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. A.; OLIVA, R.; SANTOS, S. Diretrizes estratégicas para implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista de Enfermagem**, v. 56, n. 54, p.392-395, 2003.

FERRAZ, D. A. S. F. **Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa unidade saúde da família**. 2008. 247 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 25, n. 2, p. 5240-5250, 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 347-355, Apr./June, 2005.

FEURWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n. 6 p. 37-50, fev. 2002.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C.; ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R.; PERIOTTO, C. R. L.; VEDOVATTE, C. A.; POZZOBON, L. R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de campo grande – MS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 19, n.3-4, p. 139-143, 2007.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal de adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 743- 752, 2003.

FRANÇA, A. B.; SCHELINI, P. W. Análise semântica e evidências de validade da escala metacognitiva para idosos. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v.13, n.3, p. 333-341, dez. 2014.

FREEMAN, E. E. et al. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **AIDS**, v. 20, n.1, p. 73-83, Jan. 2006.

FREIRE, P. **A educação como prática libertadora**. 19º edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 150 p.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992. 149 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148p. (Coleção Leitura).

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 218 p.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 89- 100, Feb. 2001.

GIRONDI, J. B. R.; NOTHAFT, S. C S.; MALLMANN, F. M. D. A metodologia problematizadora utilizada pelo enfermeiro na educação sexual de adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, n. 2, p. 161- 165, mai./ago. 2006.

GOMES, J. M. **Trabalhando doenças sexualmente transmissíveis a partir de metodologias de ensino: possibilidade de aprendizagem em um centro sócio educativo**. 2014. 106 fl. Dissertação (Mestrado em ciências Exatas)- Ensino de Ciências exatas, Centro Universitário Univates, Lageado, 2014.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 4, p. 744- 755, dez. 2009.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S.; CHERCHIGLIA, M. L. O Agente de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1143- 1164, Dec. 2010.

GOMES, M. P. C.; RIBEIRO, V. M. B.; MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T.; LOUZADA, R. C. R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde-avaliação dos estudantes. **Ciência e educação**, Bauru, v. 16, n. 1, p. 181- 198, 2010.

GOUVÊA, G. R.; SILVA, M. A. V.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L.; CORTELLAZZI, K. L.; GUERRA, L. M. G. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1185- 1197, 2015.

GRAHAM, A. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público - ENAP. Estudos de Caso**. Brasília. 2010, 214 p.

GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; PAULA, A. N.; OLIVEIRA, N. C.; VIEIRA, R. P. R. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 21, n. 3, p.118-123, 2009.

GUILHEM, D. **Escravas do risco: bioética, mulheres e AIDS**. Brasília. Editora UNB/FINATEC, 2005. 248 p.

GUPTA, S.; AJITH, C.; KANWAR, A. J.; SEHGAL, V. N.; KUMAR, B.; METE, U. Genital elephantiasis and sexually transmitted infections-revisited. **International Journal STD & AIDS**, v. 17, n. 3 p. 157-165, Mar. 2006.

HANN, G.; KIRCHHOF, A. L. C. Prática assistencial educativa de enfermagem com o agente comunitário de saúde numa perspectiva transcultural. **Cogitare Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 53-63, jan./jun. 1999.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 314-320, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a12v59n3.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

HERNANI, B. L.; NADAL, S. R. Linfogranuloma venéreo- aumento na incidência sugere surto mundial da doença. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 224-227, apr./jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **População do município de São Sebastião do Paraíso**. São Sebastião do Paraíso, 2015.

JACOBOWSKI, B.; JUNG, G. S.; TREVISOL, F. S. Comportamento de risco para HIV e DST entre professores universitários. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissível**, Niterói, v. 22, n. 4, p. 199- 205, 2010.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S.; RIBEIRO, D.; OLIVEIRA, E. C.; GARCIA, E. G.; MOHERDAUI, F.; BARBOSA, M. J. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n. 12, p.614-619, Dec. 2008.

JAMILSON, D. T.; BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P. **Disease control priorities in developing countries**. Washington, The International Bank for reconstruction and Development/The World Bank, 2006. Disponível em:< [http:// www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)> Acesso em: 21 Abr.13.

JAWORSKI, B. C.; CAREY, M. P. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. **AIDS and Behavior**, v. 11, n.4, p. 557-574, Jul. 2007.

JOHNSON, B.; ONWUEGBUZIE, A.; TURNER, L. Toward a definition of mixed methods research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 2, p. 112-133, 2007. Disponível em: < <http://mmr.sagepub.com/content/1/2/112> > Acesso: 25 May. 2016.

JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.5, p.751- 757, set./out., 2012.

KARINEN, L.; POUTA, A.; HARTIKAINEN, A. L.; BLOIQU, A.; PALDANIUS, M.; LEINONEN, M.; SAIKKU, P.; JARVELIN, M. R. Association between Chlamydia trachomatis antibodies and subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. **Epidemiology & Infection**, Cambridge, v.132, p. 977–984, Oct. 2004.

KOERICH, M. S.; BAGGIO, M. A.; BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; CARVALHO, J. N.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: Atuação da enfermagem com jovens da periferia. **Revista de Enfermagem UERG**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.265, abr./jun. 2010.

KOIASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, jul./ ago.2008.

LAGUARDIA, J. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-147, jul./set. 2004.

LANZONI, G. M. M.; LINO, M. M.; SCHVEITZER, M. C; ALBUQUERQUE, G. L. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar Agentes Comunitários de saúde e comunidade. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 145- 154, out./dez. 2009.

LEAL, R. B. Planejamento de ensino: peculiaridades significativas. **Revista Iberoamericana de Educación**, Buenos Aires, n.37/38, p.1- 6, 2005. Disponível em: < <http://www.rieoei.org/deloslectores/1106Barros.pdf> >. Acesso em: 16 de nov. 2015.

LIMA, L. H. M.; VIANA, M. C. Prevalência e fatores de risco para infecção por HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e HTLV-I/II em parturientes e gestantes de baixa renda atendidas na Região Metropolitana de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 668-676, mar. 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZ, T. C. B.; PEDROSA, M. L. A subnotificação de casos de doenças sexualmente transmissíveis: a situação do estado do Rio de Janeiro. **DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 17, n.2, p. 111-116, 2005.

MACEDO, V. C.; BEZERRA, A. F. B.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1679-1692, Aug. 2009.

MACHADO, M. C. H. S.; OLIVEIRA, J. S.; PARADA, C. G. L.; VENÂNCIO, S. I.; TONETE, V., L., P.; CARVALHAES, M. A. B. L. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 10, n. 4, p. 459-468, Oct./Dec. 2010.

MARCANDAL, G. G. **Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde sob a perspectiva da fonoaudiologia: potencial latente para a operacionalização da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa**. 2013. 73 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas aplicadas)- Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

MARDH, P. A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial Salpingitis. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 17, p, 49-52, Feb. 2004.

MARIN, M. J. S.; GOMES, R.; MARVULO, M. M. L.; PRIMO, E. M.; BARBOSA, P. M. K.; DRUZIAN, S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiência utilizando metodologias ativas. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 331- 344, abril/ jun., 2010.

MARQUES, D. S. C. **Impacto de uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde na promoção de saúde bucal**. 2005. 120 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Odontologia, Universidade Católica de Santos, Santos, 2005.

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L. R.; BARBOSA, M. A. Conhecimento dos escolares adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n.1, p. 58- 62, 2006. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 19 de nov. 2015.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426- 433, set. 2007.

MAUCORT-BOULCH, D.; FRANCESCHI, S.; PLUMMER, M. International Correlation between Human Papillomavirus Prevalence and Cervical Cancer Incidence. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v.17, n.3, p.717-720, Mar. 2008.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 16- 22, jan./fev. 2016.

MELO, R. P.; MOREIRA, R. P. FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E. S.; CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene**, v. 12, n. 2, p. 424-31, abr./jun. 2011.

MELO, T. M.; ALVARENGA, K. F.; BLASCA, W. Q.; TAGA, M. F. L. Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em saúde auditiva: efetividade da videoconferência. **Pró-Fono revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 22, n. 2, Apr./June, 2010.

MENDES, I. A. C.; TREVIZAN, M. A.; SHINYASHIK, G. T.; NOGUEIRA, M. S. O referencial da educação popular na ação gerencial e de liderança do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 303-306, Abr./Jun. 2007.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, v. 26, n.60 p.118-122, jan./abr. 2002.

MITRE, S. M.; BATISTA, R. S.; MENDONÇA, J. M. G.; PINTO, N. M. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PORTO, C. P.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação do profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133- 2144, Dec. 2008.

MOREIRA, M. A. **Pesquisa em ensino: Aspectos Metodológicos**. 2003. 38 fl. Tese (Doutorado em Didática)-Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 671- 675, Nov. 2008.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. M. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. 240 p.

MOROSINI, M. V. G. C. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 201 p.

MOSKOVICS, J. M.; CALVETTI, P. U. Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. **Psicologia Ciência Profissional**. Brasília, v. 28, n. 1, p. 210- 219, 2008.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.

MOURA, E. R. F. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 435-443, out./dez. 2008.

MYERS, E. R.; MCCRORY, D.C.; NANDA, K.; BASTIAN, L.; MATCHAR, D. B. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 151, n. 12, p. 1158-1171, Jun. 2000.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 23, n. 2, p. 128- 129, abr./jun. 2003.

NADAL S. R.; MANZIONE. C. R. Papiloma vírus humano e o câncer anal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.26, n.2, abr./jun. 2006.

NARDI, H. C.; KROEFF, L. R.; RIGONI, R. Q. Sensibilização e capacitação em redução de danos: considerações dos Agentes comunitários de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 21- 30, dez. 2010.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O Agente Comunitário de Saúde; formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NAVES, J. O. S.; CASTRO, L. L. C.; CARVALHO, C. M. S.; HAMANN, E. M. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.751 -176, jun. 2010.

NAVES, J. O. S.; HAMANN, E. M.; SILVER, L. D. Orientação Farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1005-1014, out./dez. 2005.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Infecciones de transmisión sexual: marco de referencia para laprevención, atención y control de las ITS y herramientas para suimplementación**, Washington, D.C, 2004.120 p.

PASSOS, M. R. L.; ARZE, W. N. C.; CAGY, M.; BARRETO, N. A.; VARELLA, R. C.; CALVALCANTI, S. M. B.; GIRALDO, P. C. Há aumento de DST no carnaval? Série temporal de diagnósticos em uma clínica de DST. **Revista de Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n.4, p. 420-427, mai. 2010.

PEDROSA, J. I. S.; TELES J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303- 311, jun. 2001.

PEDROSA, V. L.; GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S.; VASQUEZ, F. G.; IZAN, J. L. DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um centro sentinela no estado do Amazonas-Brasil. **DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 23, n. 2, p. 57-65, 2011.

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.153-68, 1998.

PIMENTA, A. T. M.; MELLI, P. P. S.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Conhecimento de mulheres sobre algum aspecto do papiloma vírus humano. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 2, p. 143- 148, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7º Ed., Porto Alegre: Artemed, 2011. 670 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004 p.167-98.

PONSA, P.; AMANTE, B.; ROMAN, J. A.; OLIVER, S.; DÍAZ, M.; VIVES, J. Higher Education Challenges: Introduction of Active Methodologies in Engineering Curricula. **Internal Journal England**, v. 25, n. 4, p. 799- 813, 2009.

RAMOS JUNIOR, A. N. et. al. Controlofmother-to-childtransmissionof infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 5370-5378, 2007.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REIS, A. A. S. **O papel do papiloma vírus humano na carcinogênese dos tumores de pênis: uma abordagem epidemiológica e molecular**. 2005. 134 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas)- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H.C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista Escola de Enfermagem- USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

RODRIGUES, P. M.; MOREIRA, T. R.; MORAES, A. K. L.; VIEIRA, R. C.A; DIETZE, R.; LIMA, R. C. D.; MACIE, E. L. N. Infecção por Mycobacterium tuberculosis entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 4 p. 351-358, Apr. 2009.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A.C. P. O significado que o agente comunitário atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.255-61, jul./set. 2004.

ROSA, M. I.; MEDEIROS, L. R. F.; ROSA, D. D.; BOZZETITI, M. C.; SILVA, F. B.; SILVA, B. R. Papiloma vírus humano e neoplasia cervical. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.953-964, maio, 2009.

SÁ, L. D.; GOMES, A.L .C.; CARMO, J. B.; SOUZA, K. M. J.; PALHA, P. F.; ALVES, R. S. ; ANDRADE, S. L. E. Educação em saúde no controle á tuberculose: perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 103-111, jan./mar. 2013.

SANTOS, D. S.; ANDRADE, A. L. A.; LIMA, B. S. S.; SILVA, Y. N. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de janeiro, v. 36, n. 1, p.62-67, jan./mar 2012.

SANTOS, L. P. G. S. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p. 76- 83, mar. 2010.

SANTOS, S. M. J.; RODRIGUES, J. A.; CARNEIRO, W. S. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conhecimento de alunos do ensino médio. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 21, n. 2, p. 63- 68, 2009.

SANTOS, S. S. **A integração do ciclo básico com profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar**. Rio de Janeiro: Papel e Virtual; Teresópolis: FESO; 2005.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 84, n. 2, p.29-34, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 7596, fev. 2002.

SILVA, L. M. C.; SURNICHE, C. A.; SICSÚ, A. N.; MITANO, F.; NOGUEIRA, J.A.; SANTOS, C. B.; CUNHA, F. T. S.; PALHA, P. F. Elaboração e validação semântica de um instrumento de avaliação da transferência do tratamento direto observado como política de controle da tuberculose. **Revista Panam Salud Pública**, Panamá, n. 38, v. 2, p. 129-135, 2015.

SILVA, T. L. S.; MAGALHÃES, H. L. G. O. O; SOLAL, A. C. N.; RODRIGUES, B. C.; CARNEIRO, A. C. M. O.; SCHECHTMAN, N. P.; MANZIL, N. M.; DYTZ, J. L. G. Capacitação do agente comunitário de saúde na prevenção do câncer de colo uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 155-160, 2012.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.6, p. 670- 677, dez. 2002.

SILVEIRA, M. R. S.; SENA, R. R. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem/ Minas Gerais. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 59- 64, jan./mar. 2005.

SMITH, E. M.; JONHSON, S. R.; RITCHIE, J.M.; FEDDERSEN, D.; WANG, D.; TUREK, L. P., et ali. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. **International Journal Gynecology & Obstetrics**, v. 87, n. 2, p. 131-137, Nov. 2004.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. DST no âmbito da relação estável: Análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.123-130, jan./mar.2009.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira Saúde Família**, Brasília, v.6, n. 2, p. 10-15, dez. 2002.

SOUZA, L. R.; FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. B. T.; SOUZA, R. R.; REIS, H. L. B.; HERDY, G. V.; PAIXÃO, L. A. R.; ANDRADE, M.; GODEFROY, P.; CALDERARO, M.; FERREIRA, D. C. Perfil sexual e frequência de infecções genitais em adolescentes atendidos em uma clínica universitária. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 21, n. 2, p. 78- 82, 2009.

SOUZA, M. M.; BRUNINI, S.; ALMEIDA, N. A. M.; MUNARI, D. B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.1, jan./fev. 2007.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487- 497, out./dez. 2009.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. DST – **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v.19, n.3-4, p. 128-13, 2007.

TALBOT, T. J.; LANGDON, P. E. A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 50, n.7, p. 523-531, 2006.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 951 p.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P.; GARCEZ, J.; IMBIRIBA, M.M M. B. G. SILVA, B. A. C. Conhecimentos-procedimentos de agentes comunitários de saúde sobre doenças sexualmente transmissível: pistas para educação permanente na Amazônia. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 2, p. 71- 74, 2012.

TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V. L. M.; SASSI, R. A. M. Adaptação transcultural do questionário sobre conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis para o português brasileiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 247-256, 2015.

TOLOMEU, J. S. O.; FERREIRA, P. A. A.; REIS, A. P.; FERNANDES, D. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 40-49, jan./jul. 2013.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, fev. 2002.

TÓNDELO, J. **Avaliação de uma proposta de um programa educativo em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde**. 2006. 219 fl. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

TORRES, H. C.; AMARAL, M. A.; AMORIM, M. M.; CYRINO, A. P.; BODSTEIN, R. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação e Diabetes Mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 751- 756, 2010.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, May/ June. 2007.

VANNUCHI, M. T. O. ; CAMPOS, J. J. B. A metodologia ativa na residência em gerência do curso de enfermagem da UEL, **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n.3, p. 358-364, Jul./Set. 2007.

VARELLA, R. Q.; FILHO, R. A. G.; PASSOS, M. D. L. Conhecimento sobre DST entre os policiais militares do 10º BPM do estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 24, n. 3, p. 171- 174, 2012.

VEIGA, I. P. A. **Lições de didática**. Campinas: Papirus, 1996. 134 p.

VIANNA, H. M. Testes em educação. São Paulo: IBRASA, 1982. 220 p.

WALL, M. L.; PRADO, M. L.; CARRARO, T. E. A experiência de realizar um estágio docência aplicando metodologias ativas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 515- 519, 2008.

WERNER, D.; BOWCE, B. Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. **Aprender e ensinar**. 5º edição. São Paulo.: Paulus, 1984, cap. 2, p. 41-58.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission**. Geneva, 2007. 61 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015 – key messages**. Geneva, 2006. 5 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the management of sexually Transmitted infections**. Geneva, 2003. 91 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. A guidetoessentialpratic**. Geneva, 2005. 196 p.

XAVIER, L. N.; OLIVEIRA, G. L.; GOMES, A. A; MACHADO, M; F. A. S.; ELOIA, S. M. C. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 76- 83, jan./ jul. 2014.

ZANON, D. P., ALTHAUS, M. T. M. Possibilidades didáticas do trabalho com o seminário na aula universitária. In: VIII Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sul – **ANPEDSUL**, Londrina, 2010.

ZANOTTO, M. A. C.; ROSA, T. M. S. Problematizar a Própria Realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p.45-54, jan./jun. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para avaliação do conhecimento do ACS em DST

Avaliação da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis

UNIDADE DE SAÚDE: _____

Nº. QUESTIONÁRIO: _____

A. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Data de nascimento: ____/____/____.

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Escolaridade:

Ensino Fundamental:

☐ Completo

☐ Incompleto

Ensino Médio:

☐ Completo

☐ Incompleto

Ensino Técnico:

☐ Completo

☐ Incompleto

Ensino Superior:

☐ Completo

☐ Incompleto

4. Estuda Atualmente:

☐ Não

☐ Sim

B. VARIÁVEIS PROFISSIONAIS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

1. Tempo de atuação como ACS: _____

2. Realizou curso de capacitação após começar a trabalhar como ACS?

☐ Não☐ Sim

4. Em relação a esse curso de capacitação tem sido possível aplicação na sua prática profissional?

☐ Não☐ Sim

5. Você recebeu alguma capacitação relacionada ao tema Doenças Sexualmente Transmissíveis?

☐ Não☐ Sim

6. Você faz orientações de Doenças Sexualmente Transmissíveis na sua microárea, na USF ou em outro local?

☐ Não☐ Sim

7. Você encontra dificuldade para abordar sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, no seu trabalho?

☐ Não☐ Sim

Se sim, qual?

C. VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

1. O que são Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)?

() São doenças que são transmitidas de pessoa a pessoa, principalmente através de relações sexuais, sem o uso do preservativo e quando uma dessas pessoas ou ambas estão infectadas.

() São doenças que pegam somente pelo sexo.

() São doenças venéreas, da rua, do mundo, e que se pega apenas com trabalhadores do sexo (como por exemplo, prostitutas), caminhoneiros e homossexuais que são considerados os grupos de risco.

() São doenças que podem ser transmitidas apenas pela relação sexual vaginal, sem o uso do preservativo e através de outros meios, como por exemplo, o sangue.

() Não sei.

2. Quem pode pegar uma Doença Sexualmente Transmissível?

() Pessoas que são homossexuais, profissionais do sexo, caminhoneiro que têm relação sexual, sem o uso do preservativo.

() Qualquer pessoa que tenha relação sexual, sem a proteção da camisinha.

() Somente aqueles que frequentam casas noturnas (como por exemplo, cabarés e casas de shows eróticos) e têm sexo com várias pessoas, sem o uso do preservativo.

() Todas as pessoas que tenham apenas relação sexual vaginal, sem o uso do preservativo.

() Não sei.

3. Em relação à prevenção dessas doenças o Agente Comunitário de Saúde:

() Pode dar informações necessárias de prevenção para o maior número de pessoas através de conversas no bairros, nas salas de espera, visitas domiciliares.

() Não deve orientar sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, pois isso é função de outros profissionais de saúde.

() Deve apenas acompanhar os outros profissionais de saúde nas orientações dessas doenças, nas visitas domiciliares.

() Não precisa fazer esse tipo de orientação, pois não é uma tarefa fácil orientar prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

() Não sei.

4. Para que serve a camisinha?

() Para prevenir uma gravidez.

() Para evitar as doenças sexualmente transmissíveis contraídas pelo sexo vaginal também a gravidez.

() Para proteger apenas do vírus da Aids (o HIV) e gravidez.

() Para proteção de doenças transmitidas pelo sexo oral, vaginal e anal e também uma possível gravidez.

() Não sei.

5. Como utilizar corretamente o preservativo masculino?

() Com o pênis ereto, colocar a camisinha sobre a cabeça do pênis, segurando a ponta para sair todo o ar.

() Deve-se utilizar dois preservativos em uma relação sexual, pois há maior garantia de não romper.

() Deve-se retirar a camisinha quando o pênis começar a amolecer, evitando assim que o esperma derrame.

() Pode-se utilizar a mesma camisinha quando ocorrer mais de uma penetração.

() Não sei.

6. Quais os cuidados com a camisinha que o Agente Comunitário de Saúde deve orientar aos usuários:

- ☐ Orientar os usuários a utilizar lubrificantes à base de óleo, pois melhora na penetração e evita seu rompimento durante as relações sexuais.
- ☐ Armazenar a camisinha sempre na carteira, pois é um local seguro e evita seu rompimento.
- ☐ Verificar a data de validade, selo de qualidade e guardar em lugar seco, e utilizar tesoura para cortar a embalagem, no momento do uso.
- ☐ Verificar a data de validade, utilizar camisinhas lubrificadas ou utilizar lubrificantes à base de água
- ☐ Não sei.

7. As Doenças Sexualmente Transmissíveis podem apresentar-se:

- ☐ Apenas como úlceras de vários tamanhos e em vários locais.
- ☐ Apenas como úlceras ou corrimentos de odor fétido.
- ☐ Como verrugas, úlceras, corrimentos ou vesículas genitais.
- ☐ Apenas como feridas nos genitais e também como manchas avermelhadas pelo corpo.
- ☐ Não sei.

8. As Doenças Sexualmente Transmissíveis podem ter como sintomas:

- ☐ Apenas dor durante as relações sexuais.
- ☐ Apenas ardência e dor nos órgãos genitais.
- ☐ Dor, ardência, coceira e desconforto nas relações sexuais.
- ☐ Não apresentam sintomas, apenas são detectadas pelo exame do Papanicolaou.
- ☐ Não sei.

9. O que o Agente Comunitário de Saúde deve orientar ao ficar sabendo que alguém esteja com algum sinal ou sintoma que possa sugerir uma Doença Sexualmente Transmissível?

- ☐ Deve indicar a medicação a ser utilizada pelo usuário para tratamento da possível doença sexualmente transmissível.
- ☐ Fazer o tratamento até o fim e seguir as recomendações do profissional de saúde, médico, até a cura completa, para evitar complicações ou pegar outras DSTs.
- ☐ Deve orientar que ao fazer o tratamento correto não é preciso utilizar a camisinha, durante as relações sexuais.
- ☐ Deve orientar que não é preciso levar o parceiro para o tratamento, pois a medicação que se utiliza para o parceiro é a mesma que a utilizada pelo usuário portador de alguma doença sexualmente transmissível.
- ☐ Não sei.

10. Quais as orientações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis devem ser realizadas pelo o Agente Comunitário de Saúde em relação às mulheres?

- ☐ Deve-se orientar as mulheres que têm vida sexual ativa para realizarem o exame de Papanicolaou anualmente, pois através deste exame pode ser detectado algumas doenças sexualmente transmissíveis.
- ☐ Deve-se orientar as mulheres a fazerem exames laboratoriais anualmente, pois é somente através desses exames é possível diagnosticar as doenças sexualmente transmissíveis.

- ☐ Deve-se orientar a gestante a realizar o pré-natal para serem prescritos exames laboratoriais, pois é a única forma de se diagnosticar as doenças sexualmente transmissíveis.
- ☐ Deve-se orientar as mulheres a realizarem o Papanicolaou, pois é o único exame capaz de detectar as doenças sexualmente transmissíveis.
- ☐ Não sei.

11. Quais as complicações que uma Doença Sexualmente Transmissível pode ocasionar se não tratada?

- ☐ Maior chance de induzir o aparecimento de alguns tipos de câncer, como o de colo do útero, pênis e ânus.
- ☐ Não ocasionam complicações sérias com exceção da sífilis e gonorreia.
- ☐ No homem podem ocasionar apenas inflamações no testículos e infertilidade em algumas mulheres.
- ☐ Apenas a sífilis pode ocasionar complicações para o bebê.
- ☐ Não sei.

12. Quem deve tratar uma pessoa que adquire alguma Doença Sexualmente Transmissível?

- ☐ O médico.
- ☐ O médico e também o balconista da farmácia.
- ☐ O médico e também amigos, parentes(ou outra pessoa do meu convívio) que se interessam do assunto.
- ☐ Qualquer pessoa que estudou sobre o assunto como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e até o agente comunitário de saúde treinado sobre esse tema.
- ☐ Não sei.

13. Qual o local deve ser encaminhado um usuário portador de doença sexualmente transmissível?

- ☐ Na unidade saúde da família, com exceção das doenças AIDS e hepatites que devem ser encaminhadas para o ambulatório de infectologia.
- ☐ Apenas ambulatório de especialidades infecto contagiosas, pois é o local apropriado para tratar esse conjunto de doenças.
- ☐ Nas unidades de pronto atendimento e também para os hospitais.
- ☐ Apenas nas unidades de pronto atendimento.
- ☐ Não sei.

14. O que é sífilis?

- ☐ É uma doença que só é transmitida da mãe para o filho na gestação.
- ☐ É uma doença sexualmente transmissível que se pega pelo sexo, quando não se usa camisinha, mas que também pode ser transmitida para o filho durante a gestação.
- ☐ É uma doença que acomete apenas homens e mulheres de rua (pessoas da vida, de vida livre).
- ☐ É uma doença que não tem cura, somente há tratamento da lesão.
- ☐ Não sei.

15. Quem deve fazer o exame para sífilis?

- ☐ Toda pessoa que tem (ou teve) relação sexual com mais de um parceiro, sem usar camisinha.

- ☐) Somente as gestantes.
- ☐) Apenas mulheres que querem engravidar.
- ☐) Apenas quem estiver apresentando úlceras ou manchas vermelhas pelo corpo.
- ☐) Não sei.

16. O que pode acontecer com o bebê que pega sífilis na gestação?

- ☐) Todo bebê que adquirir sífilis, na gestação, morre na barriga da mãe.
- ☐) Pode nascer prematuro, com malformações ou até nascer morto.
- ☐) Não acontece nada com o bebê.
- ☐) Apenas apresenta manchas vermelhas pelo corpo, não há risco de morte ou aborto.
- ☐) Não sei.

17. O herpes genital é uma Doença Sexualmente Transmissível que tem como características:

- ☐) Verrugas nos genitais(pênis, vagina) que coçam e sangram.
- ☐) Corrimento de odor fétido e coceira.
- ☐) Bolhas que se rompem formando feridas dolorosas. Não tem cura somente tratamento das lesões.
- ☐) Pode causar dor e ardência nos genitais e existe cura para essa doença.
- ☐) Não sei.

18. Em relação ao herpes genital pode-se afirmar:

- ☐) Pode ocasionar lesões nos lábios também sendo adquirida por beijo na boca.
- ☐) Pode ocasionar feridas por todo corpo sendo também conhecida como herpes zoster.
- ☐) Não tem cura e o tratamento é apenas para melhorar as lesões acompanhadas de ardência nos genitais.
- ☐) A cura se faz espontaneamente.
- ☐) Não sei.

19. O HPV (vírus papiloma humano) é uma Doença Sexualmente Transmissível que:

- ☐) Causa verrugas nos genitais e pode ocasionar câncer de colo uterino.
- ☐) Só é transmitido através de relação sexual vaginal, não havendo perigo de contaminação através do sexo oral, sem o uso do preservativo.
- ☐) Possui cura da doença e o tratamento é retirar as lesões dos genitais.
- ☐) É detectado através de exame laboratorial.
- ☐) Não sei.

20. A gonorreia é uma DST que tem como sinal e sintoma:

- ☐) Vesículas que coçam e sangram.
- ☐) Feridas dolorosas que coçam e sangram.
- ☐) Corrimento purulento de odor fétido e causa ardor ao urinar.
- ☐) Corrimento esbranquiçado e coceira.
- ☐) Não sei

21. A clamídia é uma DST que:

- ☐) Deve ser tratada somente em um ambulatório de especialidades, devido à gravidade dessa doença.
- ☐) Causa sinais e sintomas semelhantes aos da gonorreia.
- ☐) Não tem cura.
- ☐) Causa feridas nos genitais que coçam e sangram.

22. A tricomoníase é uma DST que atinge:

- () Somente mulheres que trabalham em casas noturnas.
- () Pessoas de ambos os sexos através de relação sexual sem uso da camisinha e que também compartilham objetos de uso íntimo.
- () A região do ânus, sendo muito comum em homossexuais.
- () Qualquer pessoa que não utilize camisinha acometendo apenas o sexo feminino.
- () Não sei.

23. O cancro mole é uma DST que:

- () Possui os mesmos sinais e sintomas da sífilis.
- () Apresenta uma ferida tipo úlcera com pus dolorosa, nos órgãos genitais.
- () É uma doença sexualmente transmissível mais comum em mulheres.
- () Apresenta corrimento purulento com ardência.
- () Não sei.

24. Em relação ao linfogranuloma venéreo:

- () Pode ser transmitida por relação sexual e objetos pessoais contaminados.
- () Os sintomas é aparecimento de uma bolha indolor cheia de líquido, nos genitais.
- () A doença é transmitida por relação sexual sem o uso da camisinha e acomete mais os homossexuais.
- () Causa aparecimento de verrugas nos genitais.
- () Não sei.

APÊNDICE B - Roteiro específico para validação da aparência e conteúdo**Roteiro de observação para juízes**

- Data da Avaliação: ____/____/____

- Nome do avaliador _____

- Profissão _____

- Local de trabalho _____

Avaliação do instrumento em relação à aparência**A-) Organização****1- O instrumento está bem estruturado:**

() Concorda

() Discorda

() Alteração

Motivo da discordância

Dê sugestões da alteração

2- O instrumento se encontra organizado, com perguntas na sequência correta:

() Concorda

() Discorda

() Alteração

Motivo da discordância

Dê sugestões da alteração

B-) Conteúdo**1- O instrumento apresenta-se objetivo:**☐ Concorde☐ Discorde☐ Alteração**Motivo da discordância**

Dê sugestões da alteração

2- O instrumento apresenta clareza no conteúdo:☐ Concorde☐ Discorde☐ Alteração**Motivo da discordância**

Dê sugestões da alteração

3- O instrumento apresenta conteúdo pertinente ao tema proposto:☐ Concorde☐ Discorde☐ Alteração**Motivo da discordância**

Dê sugestões de alteração

4- O conteúdo aborda todo o tema proposto:

☐ Concorde

☐ Discorda

☐ Alteração

Motivo da discordância

Dê sugestões de alteração

Por favor, após essas avaliações solicitamos que realize considerações que achar necessárias baseando em itens que possam ser incluídos ou excluídos do instrumento e que não foram abordados nas perguntas acima.

APÊNDICE C - Folha de impressão geral adaptada do DISABKIDS® GROUP**Impressão Geral- validação semântica- ACS****Por favor, marque uma opção:**

1. O que você achou do questionário em geral?	☐ muito bom
☐ bom
☐ regular/mais ou menos
2. As questões são compreensíveis? Se não, quais questões:	☐ fáceis de entender
☐ às vezes, difíceis
☐ não compreensíveis
3. E sobre as categorias de resposta? Você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	☐ nenhuma/sem dificuldade
☐ algumas dificuldades
☐ muitas dificuldades
4. As questões são relevantes para sua vida profissional?	☐ muito relevante
☐ às vezes relevante
☐ sem/ nenhuma relevância
5. Você gostaria de mudar alguma coisa no instrumento?	
6. Você gostaria de acrescentar alguma coisa no instrumento?	
7. Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?	

Instrumento adaptado do DISABKIDS® GROUP

**APÊNDICE D - Folha de validação semântica específica adaptada do
DISABKIDS® GROUP**

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item		Isso é relevante para sua profissão?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas são claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como você falaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/ às vezes/muitas vezes/ sempre	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
1.	O que são Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)?									
2.	Quem pode pegar uma doença sexualmente transmissível?									
3.	Em relação à prevenção dessas doenças o Agente Comunitário de Saúde									
4.	Para que serve a camisinha?									
5.	Como utilizar corretamente o preservativo masculino?									
6.	Quais os cuidados com a camisinha que o Agente Comunitário de Saúde deve orientar aos usuários									

Instrumento adaptado do DISABKIDS® GROUP

Folha de Validação Semântica Específica- ACS

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item		Isso é relevante para sua profissão?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas são claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como você falaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/ às vezes/muitas vezes/ sempre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Reformulação	Descrição
7	As doenças sexualmente transmissíveis podem apresentar-se:									
8	As doenças sexualmente transmissíveis podem ter como sintomas:									
9	O que o Agente Comunitário de Saúde deve orientar ao ficar sabendo que alguém esteja com algum sinal ou sintoma que possa sugerir uma Doença Sexualmente Transmissível?									
10	Quais as orientações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis devem ser realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde em relação às mulheres?									
11	Quais as complicações que uma Doença Sexualmente Transmissível pode ocasionar se não tratada?									
12	Quem deve tratar pessoas que adquirem alguma Doença Sexualmente Transmissível?									

Instrumento adaptado do DISABKIDS® GROUP

Folha de Validação Semântica Específica- ACS

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item		Isso é relevante para sua profissão?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas são claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como você falaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/ às vezes/muitas vezes/ sempre	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
13	Qual o local deve ser encaminhado um usuário portador de doenças sexualmente transmissível?									
14	O que é sífilis?									
15	Quem deve fazer o exame para sífilis?									
16	O que pode acontecer com o bebê que pega sífilis na gestação?									
17	O herpes genital é uma Doença Sexualmente Transmissível que tem como característica:									
18	Em relação ao herpes genital pode-se afirmar:									

Instrumento adaptado do DISABKIDS® GROUP

Folha de Validação Semântica Específica- ACS

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item		Isso é relevante para sua profissão?			Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas são claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como você falaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
Nº	As respostas se repetem: Nunca/quase nunca/ às vezes/muitas vezes/ sempre	sim	às vezes	não	não	sim	sim	não	Reformulação	Descrição
19	O HPV (virus papiloma humano) é uma doença sexualmente Transmissível que:									
20	A gonorréia é uma DST que tem como sinal e sintoma:									
21	A Clamídia é uma DST:									
22	A tricomoníase é uma DST que atinge:									
23	O cancro mole é uma DST que:									
24	Em relação ao linfogranuloma venéreo:									

Instrumento adaptado do DISABKIDS® GROUP

APÊNDICE E - Plano de curso para capacitação do ACS em DST

Plano de Curso

Curso: Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde.

Disciplina: Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Carga horária: 40 Horas.

Período: maio e 02 semanas de junho de 2014.

Ementa: Conceito de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Definição e características das principais DSTs: cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, sífilis, gonorreia, HPV, HSV2 e uretrite não gonocócica (clamídia). Transmissão das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sinais e sintomas de cada DST. Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Diagnóstico das DSTs. Complicações das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sigilo das DSTs. Papel do ACS em relação às DSTs. Uso do preservativo nas relações sexuais. Notificação das DSTs.

Objetivo Geral: Capacitar os 134 ACSs das vinte unidades da ESF divididos em 06 grupos de aproximadamente 22 desses profissionais sobre o tema Doenças Sexualmente Transmissíveis: cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, sífilis, gonorreia, HPV, HSV-2 e uretrite não gonocócica para realizarem atividades de prevenção e auxílio para detecção precoce destas enfermidades e possível tratamento médico, auxiliando nas orientações dessas doenças para as famílias adscritas nas áreas de abrangência das unidades da ESF que atuam e realização de notificações desses agravos.

Conteúdo Programático: Doenças Sexualmente Transmissíveis: Definição e Principais DSTs: ssífilis, gonorreia, uretrite não gonocócica, cancro mole, linfogranuloma venéreo, tricomoniase, HPV, HVS2: {Definição, transmissão, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico, complicações e tratamento}. Sigilo em DST: Definição e papel do ACSs nas DSTs, nas salas de espera, postura ética do ACS, relações interpessoais e comunicação.

Metodologia: As atividades didáticas foram desenvolvidas, utilizando metodologia ativa, que busque articulação entre ensino- serviço- comunidade, teoria- prática. Serão utilizadas técnicas como: dinâmicas, dramatização, estudos de caso, leitura de textos, seminários, tempestade de ideias, desenhos coletivos, discussão em pequenos grupos, discussão em plenárias.

Os recursos materiais utilizados foram: textos sobre DST, folhas sulfite com estudos de casos, cartolinas, pincel atômico, fita adesiva, revistas, prótese peniana, pelve feminina,

preservativos masculinos e femininos, balas, bombons, aparelho de som, CD de músicas relaxantes, lápis de cor, canetinha, cola escolar branca, figuras de Mickey, Mini e Pato Donald, jalecos, pranchetas, canetas, cadeiras, fichas de notificação de DST, batom, estetoscópio, avental, chapéu, boné e biombo para simular porta da casa dos cadastrados durante as dramatizações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha elaborada pela Equipe Técnica da Coordenadoria Estadual de DST/AIDS**: Saiba como se proteger, Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, maio, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST/AIDS**: Aprendendo sobre Aids e doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF, 2000. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade**: Manual do Agente Comunitário de Saúde/Coordenação Nacional de DST/Aids. - Brasília, DF, 1998. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde**: A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2º ed., 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Projetos Especiais de saúde. Coordenação de DST/Aids**: Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, DF, 3º ed., 1999. 138p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (**Série E Legislação de Saúde**) (**Série Pactos pela Saúde**, 2006d, v. 4). 4. ed. Brasília, DF, 2007b.

PLANOS DE AULA EM DST

Plano de aula **1º encontro**

Identificação

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso

Público: 22 Agentes Comunitários de Saúde

Carga Horária total da capacitação: 30 horas

Ano: 2014

Período da aula: Manhã e tarde

Duração do 1º encontro: 08 horas

Responsável pela atividade: Jaqueline Paschoini de Pádua

Tema da aula

Conceito de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o papel do ACS frente a essas doenças, na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo geral

Promover uma reflexão coletiva acerca do significado das doenças sexualmente transmissíveis, bem como o papel do ACS, na estratégia saúde da família, em relação a essas doenças.

Objetivos específicos

1. Discutir sobre o significado que as DSTs têm para os ACSs.
2. Discutir sobre o papel do ACS, na estratégia saúde da família, frente a essas doenças.

Metodologia

Trata-se de uma atividade que partirá da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e terá, como resultado final, a construção de conhecimento sobre definição de DST e o papel do ACS frente a essas doenças, na estratégia saúde da família. Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino:

1. Tempestade de ideias, a fim de conhecer os conceitos prévios dos agentes sobre DST;
2. Trabalho em grupo, por meio de desenho coletivo afim de discutir as experiências dos ACS, em relação às DSTs.
3. Trabalho em grupo, a fim de discutir por meio de texto-base o papel do ACS frente às DSTs.

Estratégias

Horário	Atividades
07: 00- 07: 30 (30 min)	Apresentação dos participantes por meio da dinâmica da apresentação por qualidades, onde cada integrante diz o nome e uma qualidade que começa com a inicial do seu nome.
07: 35- 07: 45 (10 min)	Contrato do trabalho
07: 45- 07: 55 (10 min)	Proposta da aula
07: 55- 08: 15 (20 min)	Tempestade de ideias com a pergunta: o que vem na cabeça de vocês quando se fala de DST.
08: 15- 08:25 (10 min)	Divisão dos participantes em 04 pequenos grupos de 06 integrantes, utilizando papéis coloridos (verde, amarelo, rosa, azul).
08:25- 08:35 (10 min)	Explicação da tarefa: Exponham por meio de desenho situações vivenciadas na vida profissional de vocês, em relação à DST. Utilizar cartolinas.
08:35- 09:15 (40 min)	Construção, nos pequenos grupos da elaboração de desenho que exponha o que os ACSs já vivenciaram na abordagem do tema DST.
09:15- 09:35 (20 min)	Intervalo-café
09:35-10:15 (40 min)	Apresentação dos desenhos pelos 04 grupos, no qual os integrantes de cada grupo ficam em silêncio e deixam o restante do grupo adivinhar o que representa o desenho. (10 minutos para cada grupo).
10:15- 10:35 (20 min)	Apresentação dos grupos mostrando o que realmente significam os desenhos (5 min para cada grupo).
10:35- 11:00 (25 min)	Resgate das ideias e fechamento dos conceitos sobre DST, retomando as palavras escritas no quadro e utilizadas na técnica de tempestade de ideias.
11:00- 12:00 (60min)	Almoço
12:00- 12:10 (10 min)	Divisão dos participantes em 04 pequenos grupos de 06 integrantes, por meio de 04 tipos diferentes de bombons (sonho de valsa, serenata do amor, ouro branco e bis)
12:10- 12:20 (10 min)	Explicação da tarefa: distribuição de texto-base retirado do manual do agente comunitário sobre DST/AIDS, do Ministério da Saúde sobre DST na Estratégia Saúde da Família para leitura e compreensão sobre o papel do ACS, frente a essas doenças. E após isso cada grupo deve sintetizar a compreensão que teve em painéis.
12:20- 13:20 (60min)	Leitura, compreensão do texto-base e confecção dos painéis.
13:20-14:20 (60min)	Apresentação dos painéis dos grupos – discussão preliminar (15 min para cada grupo).
14:20-14:40 (20 min)	Intervalo- café
14:40-15:10 (30 min)	Discussão e síntese em plenária da atividade proposta.
15:10- 15:15 (5 min)	Explicação da dinâmica dos balões, em que serão distribuídos balões coloridos (06 brancos, 06 amarelos, 06 verdes e 06 azuis) e

	irá tocar uma música e então no momento da música o grupo todo deve jogar os balões e quando a música parar cada integrante deverá ter um balão na mão e após isso será explicado o significado de cada balão (o processo será repetido três vezes).
15:15- 15:30 (15 min)	Desenvolvimento da dinâmica dos balões coloridos.
15:30- 15:45 (15 min)	Explicação sobre o resultado da dinâmica, onde quem ficou com o balão branco merece parabéns, pois não tem DST, quem ficou com o balão amarelo pegou DST que ocasiona ferida, que ficou com o balão azul pegou DST que ocasiona corrimento, quem ficou com o balão verde pegou DST que ocasiona verruga.
15:45- 16:00 (15min)	Síntese, em plenária sobre a dinâmica dos balões coloridos.

Recursos necessários

- Sala de aula com espaço adequado;
- Quadro Branco;
- 01 pincel para quadro branco;
- papel cartolina, nas cores verde, amarelo, azul e rosa;
- 04 papéis cartolina na cor branca;
- 04 caixas de lápis de cor;
- 04 caixas de canetinhas coloridas;
- 04 bombons sonho de valsa, 04 bombons serenatas do amor, 04 bombons bis e 04 bombons ouro branco;
- 04 papéis pardos (01 por grupo);
- 06 pincéis atômicos (02 cores por grupo);
- Fita adesiva;
- 08 xérox do material base para leitura do caderno de atenção básica DST/AIDS, do Ministério da Saúde (02 textos por grupo);
- 06 balões na cor branca, 06 balões na cor amarela, 06 balões na cor azul e 06 balões na cor verde.
- aparelho de som;
- CD

Avaliação

- Terá como base a participação/ envolvimento, interação (entre agentes comunitários de saúde e responsável pela atividade).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle da DST/HIV na comunidade: Manual do agente Comunitário da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS**. Brasília, DF, 1998. 80 p.

Plano de aula **2º encontro**

Identificação

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso

Público: 22 Agentes Comunitários de Saúde

Carga Horária total da capacitação: 40 horas

Ano: 2014

Período da aula: manhã e tarde

Duração do 2º encontro: 08 horas

Responsável pela atividade: Jaqueline Paschoini de Pádua

Tema da aula

Doenças Sexualmente Transmissíveis: transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento.

Objetivo geral

Promover uma reflexão coletiva acerca do conhecimento geral das doenças sexualmente transmissíveis, bem como transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento.

Objetivos específicos

1. Identificar as DSTs mais comuns;
2. Ter noção da transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento das DSTs;

Metodologia

Trata-se de uma atividade que partirá da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e terá, como resultado final, a construção de conhecimento sobre a identificação das DSTs, bem como sua transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento das DSTs. Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino:

1. Tempestade de ideias por meio de tarjas, a fim de conhecer os conceitos prévios dos agentes sobre os tipos de DSTs mais comuns;
2. Trabalho em grupo, a fim de discutir transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento das DSTs.

Estratégia:

Horário	Atividades
07: 00- 07: 30 (30 min)	Discussão, em plenária, sobre a avaliação das atividades realizadas no dia anterior.
07: 30- 07: 45 (15 min)	Proposta da aula
07: 45- 07: 50 (10 min)	Explicação da tarefa: escrever em tarjas de papel distribuídas o nome de alguma DST que conhece.
07: 50- 07: 55 (5 min)	Atividade
07: 55- 08:05 (10 min)	Colagem pelo mediador das tarjas com o nome das DSTs, em quadro branco.
08:05- 08:15 (10 min)	Leitura das tarjas pelo mediador e seleção das DSTs que mais se repetem e qual faltou.
08:15- 08:30 (15 min)	Discussão em plenária sobre o grau de dificuldade em conhecer pelo menos alguma DST.
08:30- 08:40 (10 min)	Divisão dos participantes em 04 grupos de 06 integrantes, utilizando a numeração: 01, 02, 03, 04 onde todos os números 01 são de um grupo, todos os números 02 são de outro grupo, e assim com os de número 03 e 04.
08:40- 08:50 (10 min)	Explicação da tarefa: cada grupo deverá escrever em papel craft o que sabe sobre: transmissão, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e depois apresentarão para todo o grupo.
08:50- 09:20 (30 min)	Realização da tarefa, nos pequenos grupos.
09:20- 09:40 (20 min)	Intervalo-café
09:40- 10:40 (60min)	Apresentação dos grupos (15 min para cada grupo)
10:40- 11:00 (20 min)	Discussão em plenária sobre os trabalhos apresentados.
11:00- 12:00 (60 min)	Intervalo- Almoço
12:00- 12:10 (10min)	Divisão em 04 grupos de 06 integrantes por ordem alfabética.
12:10- 12:20 (10min)	Explicação da tarefa: Entrega de leitura-bases sobre transmissão, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs para serem compreendidas e comparadas com a atividade realizada no período da manhã e será apresentada para o grupo fazendo as comparações da atividade anterior com a de agora.
12:20- 13:20 (60 min)	Realização da tarefa com o uso de papel craft
13:20- 14:20 (60 min)	Apresentação dos grupos (15 min para cada grupo)
14:20- 15:00 (40 min)	Discussão por meio de comparação da atividade realizada no período da manhã com a atividade do período da tarde, em plenária.
15:00- 15:20 (20 min)	Intervalo- café
15:20- 15:40 (20 min)	Síntese, em plenária sobre os assuntos discutidos no dia
15:40- 16:00 (15min)	Cada integrante do grupo deve finalizar com uma palavra sobre o que significou o 2º encontro da capacitação.

Recursos necessários

- Sala de aula com espaço adequado;

- quadro branco;
- 01 pincel para quadro branco;
- tarjas de papel branco;
- fita crepe;
- 08 folhas de papel pardo ou craft;
- lista com o nome dos integrantes do curso;
- xerox do texto-base.

Avaliação

- Terá como base a participação/ envolvimento, interação (entre agentes comunitários de saúde e responsável pela atividade).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST/AIDS: Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, maio, 2000. 84 p.

Plano de aula **3º encontro**

Identificação

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso

Público: 22 Agentes Comunitários de Saúde

Carga Horária total da capacitação: 30 horas

Ano: 2014

Período da aula: manhã e tarde

Duração do 3º encontro: 08 horas

Responsável pela atividade: Jaqueline Paschoini de Pádua

Tema da aula

Doenças Sexualmente Transmissíveis: que causam feridas, secreções e verrugas.

Objetivo Geral

Promover uma reflexão coletiva acerca do conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis que ocasionam feridas, secreções e verrugas.

Objetivos específicos

1. Conhecer as características das DSTs
2. Ter noção das DSTs que causam feridas, secreções e verrugas.

Metodologia

Trata-se de uma atividade que partirá da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e terá, como resultado final, a construção de conhecimento sobre as características das DST, bem como o grupo de doenças que ocasionam feridas, secreções, verrugas e vesículas. Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino:

1. Técnica de relaxamento com psicóloga para melhor apreensão dos conteúdos.
2. Trabalho em grupo, por meio de seminários que visará à apresentação e discussão em plenária sobre as doenças sexualmente transmissíveis que causam feridas, secreções, verrugas e vesículas.

Estratégias

Horário	Atividades
07: 00- 07: 30 (30 min)	Técnica de relaxamento para iniciar os trabalhos, com uso de música relaxante auxiliada por psicóloga.
07: 30- 08:00 (30 min)	Discussão, em plenária, sobre a avaliação das atividades realizadas no dia anterior
08: 00- 08:15 (15 min)	Proposta da aula
08: 15- 08:25 (10 min)	Divisão em 3 pequenos grupos de 8 integrantes, por meio de envelopes contendo o rosto do Mickey, da Mini e do Pato Donald.
08:25- 08:35 (10 min)	Sorteio por um representante de cada grupo de três temas da atividade proposta: doenças que causam feridas, secreções e verrugas.
08:35- 08:45 (10 min)	Explicação da atividade proposta: Leitura de texto-base sobre doenças ocasionadas por feridas, secreções, verrugas e vesículas onde cada grupo deverá compreender o tema que sortear e realizar por meio de seminário as apresentações para o grupo maior. Serão disponibilizados: cartolinas, pincel atômico, figuras de DST para auxiliar na apresentação, cola, canetinhas e lápis de cor.
08:45- 09:20 (35 min)	Entrega dos textos-bases para cada grupo e realização de busca de informações para confeccionar as apresentações para o seminário.
09:20-09:40 (20 min)	Intervalo- café
09:40-11:00 (80 min)	Realização da tarefa, nos pequenos grupos do início da montagem dos cartazes para apresentação do seminário
11:00- 12:00 (60 min)	Intervalo- Almoço
12:00- 12:30 (30min)	Tempo para organização dos grupos finalizarem as preparações para o seminário.
12:30- 13:15 (45 min)	Apresentação do grupo responsável pelas DSTs que ocasionam feridas: sífilis, cancro mole, linfogranuloma venéreo.
13:15-13:30 (15 min)	Discussão em plenária sobre a apresentação das DSTs que ocasionam feridas, com dúvidas esclarecidas pelo mediador.
13:30-14:15 (45min)	Apresentação do grupo responsável pelas DST que ocasionam secreções: gonorreia, uretrite não gonocócica, tricomoníase.
14:15-14:30 (15min)	Discussão em plenária sobre a apresentação das DSTs que ocasionam secreções, com dúvidas esclarecidas pelo mediador.
14:30-14:50 (20 min)	Intervalo-café
14:50-15:35 (60 min)	Apresentação do grupo responsável pelas DSTs que ocasionam verrugas (HPV) e vesículas (HSV-2).

15:35- 15:50 (15 min)	Discussão em plenária sobre a apresentação das DSTs que ocasionam: verrugas e vesículas.
15:50-16:00 (10 min)	Síntese, em plenária das atividades realizadas no dia.

Recursos necessários

- sala de aula com espaço adequado;
- aparelho de som;
- CD com música de relaxamento;
- 08 envelopes com figura da Mini, 08 envelopes com figura do Mickey e 08 envelopes com figura do Pato Donald;
- papel branco escrito: DSTs que ocasionam feridas, DSTs que ocasionam secreções e DSTs que ocasionam verrugas e vesículas;
- 06 cartolinas brancas;
- 06 pincéis atômicos,
- figuras de feridas secreções, verrugas e vesículas (revistas);
- 03 tubos de cola branca;
- 03 Caixas de lápis de cor e canetinhas coloridas;
- fita crepe;
- texto-base para leituras dos grupos sobre DST.

Avaliação

- Terá como base a participação/ envolvimento, interação (entre agentes comunitários de saúde e responsável pela atividade).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST/AIDS: Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, maio, 2000. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 3º edição. 1999, 138 p.

Plano de aula

4º encontro

Identificação

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso

Público: 22 Agentes Comunitários de Saúde

Carga Horária total da capacitação: 30 horas

Ano: 2014

Período da aula: manhã e tarde

Duração do 4º encontro: 08 horas

Responsável pela atividade: Jaqueline Paschoini de Pádua

Tema da aula

Doenças Sexualmente Transmissíveis: Prevenção

Objetivo Geral

Promover uma reflexão coletiva acerca da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e do papel do ACS frente a esse tema.

Objetivos específicos

1. Conhecer os insumos de prevenção das DSTs
2. Demonstrar a utilização dos insumos de prevenção das DSTs.
3. Saber como orientar a importância do uso desses insumos para práticas seguras, durante as relações sexuais.

Metodologia

Trata-se de uma atividade que partirá da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e terá como resultado final a construção de conhecimento sobre a prevenção das DSTs, por meio dos preservativos. Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino:

1. Trabalho em grupo, para discutir os insumos de prevenção das DSTs.
2. Demonstração do uso correto dos preservativos masculino e feminino.
3. Oficinas sobre sexo seguro e como negociar o uso do preservativo com o parceiro.

Estratégias

Horário	Atividades
07: 00 – 07: 30 (30 min)	Técnica de alongamento para iniciar os trabalhos, com uso de música relaxante auxiliado pelo fisioterapeuta.
07: 30 – 08:00 (30 min)	Discussão, em plenária, sobre a avaliação das atividades realizadas no dia anterior
08: 00 – 08:15 (15 min)	Proposta da aula
08: 15 – 08:25 (10 min)	Divisão em 02 grupos de aproximadamente 12 integrantes, por meio de entrega de preservativos masculinos e femininos onde 12 pessoas receberão o preservativo masculino e 10 pessoas receberão o preservativo feminino.
08:25- 08:35 (10 min)	Explicação da atividade proposta: O grupo do preservativo masculino ficará responsável por criar propagandas de incentivo ao uso do preservativo masculino e o grupo da camisinha feminina ficará responsável por criar propaganda de incentivo do uso da camisinha feminina.
08:35- 09:35 (60 min)	Realização da atividade
09:35- 10:15 (40 min)	Apresentação dos grupos da atividade proposta.
10:15- 11:00 (45min)	Discussão em plenária dos grupos
11:00- 12:00 (60 min)	Intervalo-almoço.
12:00- 12:15 (15 min)	Explicação da tarefa: Os grupos do preservativo masculino terão de eleger uma pessoa do grupo para demonstrar a maneira correta de utilizar o preservativo masculino e para o grupo do preservativo feminino deverá ser realizado o mesmo. Após isso o grupo todo irá opinar sobre a demonstração dos dois grupos e se houver algo para corrigir será feito com o auxílio do mediador.
12:15- 12:30 (15min)	Realização da atividade nos grupos com o auxílio de prótese peniana e pelve feminina e preservativos masculinos e femininos.
12:30- 12:45 (15min)	Demonstração da colocação e retirada do preservativo masculino com o auxílio da prótese peniana pelo integrante escolhido pelo grupo do preservativo masculino.
12:45- 13:00 (15 min)	Demonstração da colocação e retirada do preservativo feminino com o auxílio da pelve feminina pelo integrante escolhido pelo grupo do preservativo feminino.
13:00- 13:30 (30 min)	Discussão, em plenária, sobre a atividade realizada pelos dois grupos.
13:30- 13:45 (15 min)	Explicação da tarefa a seguir: Oficina do sexo seguro: Será colocada nas costas de cada participante uma tira com a prática sexual, sem que ele veja o que está escrito. ☐ Os participantes ficam circulando pelo espaço de trabalho, procurando adivinhar o que está escrito na sua tira. Podem perguntar para quem quiserem. Os outros participantes devem responder apenas SIM ou NÃO para a pergunta. ☐ Quando o participante descobrir o que está escrito nas suas costas (sua tira) retira a tira e se senta, aguardando a próxima etapa. ☐ Após todos os participantes terem descoberto suas tiras, o

	<p>educador faz uma divisão no quadro, com a seguinte classificação: ALTO RISCO - BAIXO RISCO - MÉDIO RISCO - NENHUM RISCO.</p> <p>☐ Pedir aos participantes para irem colocando/colando abaixo de cada divisão/classificação a tira de sua posse, de acordo com o risco que acham que corresponde com sua tira.</p> <p>☐ Quando todos colocarem, discutir se todos concordam com a classificação. Fazer as alterações que surgirem e clarificar as ideias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • sexo oral com camisinha • sexo anal com camisinha e lubrificante à base de óleo • massagem nos glúteos • beijo na orelha • cheiro no cangote • sexo vaginal sem camisinha • sexo vaginal com camisinha • beijo na boca • abraçar e beijar • beijo de língua • masturbar o parceiro • beijar os mamilos • sexo anal sem camisinha • sexo oral sem camisinha • beijo no rosto • abraçar o parceiro • tomar banho com o parceiro • lambar o dedão do pé
13:45-14:15 (30 min)	Realização da oficina descrita acima.
14:15-14:35 (20 min)	Intervalo-café
14:35-14:50 (15 min)	<p>Explicação da tarefa: Objetivo: Refletir sobre a necessidade do sexo seguro e quando falar sobre isso com o parceiro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar que os participantes coloquem as atividades abaixo na ordem em que acharem mais correta e também decidam onde a negociação do sexo seguro deve ser mencionada: <ul style="list-style-type: none"> ○ Negociar o sexo seguro. ○ Dançar. ○ Acariciar. ○ Tocar ○ Tirar a roupa. ○ Penetração. ○ Orgasmo. ○ Ir até minha casa ou a outro local apropriado. ○ Beijar. ○ Convidar para tomar um suco ou sorvete. ○ Apresentar-se. ○ Ver alguém bonito.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ficar excitado. 2. Quando terminarem, solicite que algum voluntário leia a ordem em que pôs a lista e quando achou que deveria ser negociado o sexo seguro. Se alguém organizou as atividades em outra ordem, peça que leia também, pois dá margem a uma boa discussão. 3. Fechar a discussão, pedindo que eles deem sugestões de que argumentos podem ser usados para convencer o parceiro a usar camisinha.
14:50- 15:45 (50 min)	Realização da atividade descrita acima.
15:45- 16:00 (15 min)	Síntese, em plenária, das atividades realizadas no dia.

Recursos necessários

- sala de aula com espaço adequado;
- aparelho de som;
- CD com música de relaxamento;
- 01 caixa de preservativo masculino;
- 20 preservativos femininos;
- 01 prótese masculina;
- 01 pelve feminina;
- revistas
- 4 cartolinas brancas
- 2 fitas crepe;
- tiras de cartolina;
- quadro branco;
- pincel atômico;
- 1 pacote de folhas sulfite A4

Avaliação

- Terá como base a participação/ envolvimento, interação (entre agentes comunitários de saúde e responsável pela atividade).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha elaborada pela equipe Técnica da Coordenadoria Estadual de DST/AIDS: Saiba como se proteger, Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília, DF, maio, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Dinâmicas de prevenção de DST/AIDS. **Revista Adolescência**, Brasília, DF, cap.6.

Plano de aula **5º encontro**

Identificação

Instituição: Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso

Público: 22 Agentes Comunitários de Saúde

Carga Horária total da capacitação: 30 horas

Ano: 2014

Período da aula: manhã e tarde

Duração do 5º encontro: 08 horas

Responsável pela atividade: Jaqueline Paschoini de Pádua

Tema da aula

Doenças Sexualmente Transmissíveis: Abordagem e orientações frente a essas doenças.

Objetivo Geral

Promover uma reflexão coletiva dos ACSs acerca das doenças sexualmente transmissíveis, levando em consideração: análise, prevenção, orientações, abordagem, sigilo e ética frente a essas doenças.

Objetivos específicos

1. Saber como orientar a população frente a casos de DSTs.
2. Saber como abordar a população frente às DSTs.

Metodologia

Trata-se de uma atividade que partirá da perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e terá, como resultado final, a construção de conhecimento sobre a abordagem e orientações das DSTs para a população. Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizadas as seguintes estratégias de ensino:

1. Trabalho em grupo, com realização de estudos de casos.
2. Dramatização contendo elementos como: orientações, abordagem, sigilo, ética e o papel do ACS frente a essas doenças.
3. Tempestade de ideias para encerramento por meio da avaliação do curso pelos ACSs.

Estratégias

Horário	Atividades
07: 00- 07: 30 (30 min)	Técnica de relaxamento para iniciar os trabalhos, com uso de música auxiliada pela psicóloga.
07: 30- 08:00 (30 min)	Discussão, em plenária, sobre a avaliação das atividades realizadas no dia anterior.
08: 00- 08:15 (15 min)	Proposta da aula
08: 15- 08:25 (10 min)	Divisão em 03 grupos de 08 integrantes, por meio de doces: 08 pirulitos, 08 balas e 08 chicletes.
08:25- 08:35 (10 min)	Explicação da atividade proposta: Será distribuído estudo de caso sobre DST para cada grupo discutir, responder e depois apresentar em plenária.
08:35- 08:55 (20 min)	Distribuição dos estudos de caso com explicação individual para cada grupo da atividade proposta.
08:55- 09:30 (35 min)	Realização da tarefa, com uso de papel craft para apresentação das discussões do estudo de caso. Grupo dos pirulitos ficará com o estudo de caso sobre doenças que ocasionam feridas com ênfase para a sífilis, o grupo das balas com o estudo de caso sobre doenças que ocasionam verrugas com ênfase para o HPV e o grupo do chiclete com o estudo de caso sobre as doenças que ocasionam secreções com ênfase para a gonorreia. Estudo de casos se encontra, em anexo, no final deste plano.
09:30- 09:50 (20 min)	Intervalo- café
09:50- 10:35 (45 min)	Apresentação das atividades pelos grupos. (15 min. para cada grupo)
10:35- 11:00 (25 min)	Discussão, em plenária, das atividades apresentadas.
11:00- 12:00 (60 min)	Intervalo-almoço.
12:00- 12:15 (15 min)	Explicação da atividade proposta; dramatização sobre DST: todo grupo deverá criar uma história contendo elementos sobre: DST, prevenção, papel dos ACSs frente a essas doenças, abordagem, sigilo. Levar em consideração a equipe da estratégia saúde da família, na prevenção e combate dessas doenças.
12:15- 12:30 (15min)	O grupo deverá organizar a dramatização de maneira com que todos tenham alguma função.
12:30- 14:00 (90min)	Execução da tarefa com entrega de material de apoio: cartolina, preservativos, prótese feminina e masculina, jalecos, pranchetas, folha de sulfite, canetas, cadeiras, fichas de notificação de DST, batom, estetoscópio, avental, chapéu, biombo para fazer de porta da casa, ou seja, materiais que irá auxiliar para a montagem dos personagens da dramatização.
14:00- 14:20 (20 min)	Intervalo-café
14:20- 14:50 (40 min)	Apresentação da dramatização
14:50- 15:20 (30 min)	Discussão em plenária sobre as apresentações
15:20- 15:45 (25 min)	Tempestade cerebral onde cada integrante faz análise da capacitação utilizando apenas algumas palavras para descrever o curso.
15:45- 16:00 (15 min)	Entrega de certificados

Recursos necessários

- sala de aula com espaço adequado;
- aparelho de som;
- CD com música de ginástica;
- 8 balas, 8 pirulitos e 8 chicletes
- folhas contendo os estudos de casos;
- papel craft;
- 1 prótese masculina;
- 1 pelve feminina;
- jalecos, pranchetas, canetas, cadeiras, fichas de notificação de DST,
- batom, estetoscópio, avental, chapéu, biombo para fazer de porta da casa,
- pincel atômico;
- 1 pacote de folhas sulfite A4;
- quadro branco.

Avaliação

- Terá como base a participação/ envolvimento, interação (entre agentes comunitários de saúde e responsável pela atividade).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2º ed., 2005.

Anexo: Estudo de casos:

1. Jovem, A. C. P., de 23 anos ao receber visita domiciliar da ACS Sueli de sua microárea pertencente à Unidade Saúde da Família Paraíso, queixa-se para ela que está apresentando: corrimento pela uretra, dor e ardência para urinar, negando outro sintoma. Refere que teve relação sexual desprotegida há 02 dias antes dos sintomas aparecerem e que a mulher que teve relações sexuais sem o uso da camisinha é garota de programa. Frente a esse caso, responda:

- O que o jovem A. C. P. pode estar apresentando?
- Quais as orientações que você ACS, no lugar da ACS Sueli, daria para esse jovem?
- Você acha que esse jovem poderia ter evitado esse problema? Se sim, como?

- Após dar as orientações para esse jovem, o que você indicaria para ele, levando em consideração a sua função de ACS?

2. Mulher, G. C. B., 35 anos, negra, casada, pertencente à Unidade saúde da família Esperança, ao ser visitada pela ACS Sandra de sua micro área queixa-se para essa ACS que está apresentando manchas vermelhas pelo corpo, há uma semana. Relata que essas manchas apareceram principalmente nas palmas das mãos e plantas do pé, porém sem apresentar coceiras. Nega febre, mas refere queda de cabelo acentuada nesses últimos dias e que sua vizinha notou falha em sua sobrancelha. Refere medo de estar com alguma DST, pois disse que há algum tempo atrás seu marido apresentou uma ferida no pênis, mas que sumiu sem tratamento e sendo casada há tempos não usa preservativo com o parceiro, mas desconfia que o mesmo está lhe traindo, pois seu marido é caminhoneiro e fica muitos dias fora de casa. Frente esse caso:

- O que a mulher G. C. B. pode estar apresentando?

- Quais as orientações que você, no lugar de Sandra, daria para essa mulher?

- Você acha que ela poderia ter evitado isso? E seu esposo pode estar doente? Se sim, explique.

- Após dar as orientações para essa mulher, o que você indicaria para ela, levando em consideração a sua função de ACS?

3. Gestante A. K. H., de 24 semanas de gestação, 25 anos, branca, casada, pertencente à Unidade de saúde da família Harmonia, ao ser visitada pela ACS Lourdes de sua micro área, refere estar bem, mas notou há alguns dias presença de verrugas na vagina que estão aumentando, mas não doem e nem coçam. Refere que seu esposo não tem nada no pênis e que além de seu esposo antes de se casar se relacionou com outros homens sem usar preservativo e lembra que um deles apresentava verruga no pênis e que quando ela perguntou para ele o que era aquilo o mesmo disse que era de nascença. Frente a esse caso:

- O que essa gestante pode estar apresentando?

- Quais as orientações você, no lugar de Lourdes, daria a essa gestante?

- Você acha que ela poderia ter evitado isso? E seu esposo também pode estar contaminado? Se sim, explique.

- E aquele parceiro com a verruga de nascença, o que pode ser isso?

- Após dar as orientações para essa gestante, o que você indicaria para ela, levando em consideração sua função de ACS?

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa do curso de pós-graduação da escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP, realizada pela aluna Jaqueline Paschoini de Pádua, sob orientação da professora Dr. Maria José Bistafa. Convidamos você a participar deste estudo que tem como objetivo: avaliar o impacto a capacitação do agente comunitário de saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis, no município de São Sebastião do Paraíso- MG em vinte unidades da estratégia saúde da família. Estas iniciativas de capacitação têm como perspectiva contribuir substancialmente, para que os ACSs, como um elo forte entre a comunidade e o sistema de saúde se apropriem de recursos desta estratégia, e ampliem as potencialidades de penetração das ações de educação em saúde, podendo promover transformações que contribuam na prevenção destas doenças do grupo das DSTs, bem como identificar as possíveis DSTs buscando tratamento quando necessário. Será realizada uma entrevista na forma de questionário, de um instrumento validado quanto à aparência, conteúdo e semântica utilizando os formulários adaptados do DISABKIDS para avaliar o conhecimento sobre DST antes da capacitação e será utilizado o mesmo instrumento validado para avaliação no período pós-capacitação. Essa capacitação de DST para os agentes será realizada pela aluna Jaqueline, com carga horária de 40 horas, no horário do expediente de trabalho, sendo já liberado pelo coordenador das unidades, realizada no prédio da Faculdade Libertas Integradas. A capacitação de DST constará de trabalhos em grupos, dinâmicas, discussão em plenária, tempestade de ideias, estudos de caso, dramatização, seminários e oficina com entrega de certificados, no final do curso. Serão utilizados materiais com os conteúdos de DST, e serão orientados temas sobre abordagem familiar em DST, ética e sigilo das informações em DST, para auxiliar no aprendizado. Após a capacitação, espera-se que você realize ações preventivas sobre essas doenças em visitas domiciliares, reuniões por meio de sala de espera com a comunidade, oficinas educativas e colabore com a notificação dessas doenças para o município, bem como auxiliar na demanda dos usuários portadores dessas patologias para diagnóstico precoce. Esta pesquisa não trará riscos, prejuízos e nem lesões e não haverá gastos para sua participação, pois será no horário do seu trabalho e com direito a café nos intervalos da capacitação e com material gratuito. A sua participação neste estudo contribuirá para melhora na qualidade da assistência à saúde em relação às DSTs e poderá servir de estudo para outras instituições de saúde, trazendo contribuições para sociedade. Esta pesquisa terá início após aprovação do comitê de ética da escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP e terá término no ano de 2016 que será o ano da apresentação da tese de doutorado da pesquisa. Será assegurado sigilo, sendo confidencial os dados informados na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Você tem liberdade em recusar de participar desta pesquisa, em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Avaliação do impacto da capacitação do Agente Comunitário de Saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis, no município de São Sebastião do Paraíso-MG

Pesquisador Responsável: Jaqueline Paschoini de Pádua

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 035-88059940

Pesquisadores participantes: Maria José Bistafa Pereira e Jaqueline Paschoini de Pádua

Telefones para contato: 035-35391055 e 016-91519092

Jaqueline Paschoini de Pádua

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, de livre e espontânea vontade, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento. Assim, autorizo, a realização da minha participação na pesquisa assim como a utilização para fins científicos e posterior divulgação dos resultados. Sei que meu nome será mantido em segredo. Autorizo e recebi uma via do projeto de pesquisa.

Local e data _____, ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

APÊNDICE G - Termo de autorização para utilização do material DISABKIDS
Solicitação de autorização de uso e adaptação dos formulários DISABKIDS®
GROUP

À Profª Drª Cláudia Benedita dos Santos

Venho por meio deste solicitar autorização para uso e adaptação dos formulários para validação de instrumentos propostos pelo projeto europeu DISABKIDS® GROUP. Os formulários adaptados de impressão geral e impressão específica do instrumento DISABKIDS® serão utilizados na pesquisa de doutorado intitulada “Avaliação do impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis, do município de São Sebastião do Paraíso - MG apresentado no programa de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP sob orientação da Profª Drª Maria José Bistafa Pereira.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, do município de São Sebastião do Paraíso - MG, de vinte Unidades da Estratégia Saúde da Família em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Sífilis, Gonorréia, Tricomoníase, HPV, Linfogranuloma Venéreo, Cancro Mole, Clamídia e Herpes Genital e irá utilizar um instrumento construído em relação às DST que deverá ser validado para sua aplicação.

A partir de sua autorização, os formulários poderão ser adaptados conforme o instrumento que envio, em anexo.

Ficarei no aguardo da sua autorização para uso e adaptação dos formulários.

Agradeço desde já pela atenção!

Atenciosamente,

Assinatura do Orientador

Assinatura da pós-graduanda

De acordo

Drª Cláudia Benedita dos Santos
Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública
EERP-USP Nº 208.6401

ANEXO

ANEXO

ANEXO A - Comitê de ética em pesquisa da EERP-USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 205/2011

Ribeirão Preto, 15 de junho de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 139ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de junho de 2011.

Protocolo: nº 1346/2011

Projeto: Avaliação do impacto da capacitação do agente comunitário de saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis no município de São Sebastião do Paraíso - MG.

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira
Jaqueline Paschoine de Pádua

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Maria José Bistafa Pereira
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP