



Conhecimentos-procedimentos de agentes comunitários de saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis: pistas para educação permanente na Amazônia

Recebido em: 09/12/2011
Aceito em: 16/04/2012

Elizabeth Teixeira¹
Horácio Pires Medeiros²
Juliana Garcez³
Margareth Maria Braun Guimarães Imbiriba⁴
Bruna Alessandra Costa e Silva⁵

Objetivou-se identificar conhecimentos-procedimentos em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Participaram do estudo 366 ACS de quatro municípios do Pará. Estudo exploratório-quantitativo. Resultados quanto aos conhecimentos: há desconhecimentos; algumas DSTs são conhecidas com outros nomes e carregam significados negativos e pejorativos. Quanto aos procedimentos: há cuidados inadequados para prevenção; enfrentam barreiras para serem aceitos pela comunidade; há falta de confiança, que gera silêncio-tabu dos usuários. Conclui-se que há necessidade de ações de educação permanente que aprimorem, ampliem e qualifiquem as informações desses atores do sistema.

Descritores: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente em Saúde.

Knowledge-procedures community health agents in relation to sexually transmitted diseases: clues for continuing education in Amazonia

The objective was to identify knowledge-procedures in relation to sexually transmitted diseases. 366 workers participated this study in four municipalities of Pará. That is an exploratory and quantitative study. Results regarding knowledge: there is lack of knowledge, some STDs are known by other names and carry negative and pejorative meanings. As for the procedures: there is inadequate care for prevention, face barriers to be accepted by the community, there is a lack of confidence that generates taboo-silence by the users. It is concluded that there is need for permanent education actions that enhance, extend and qualify the information from these players in the system.

Descriptors: Sexually Transmitted Diseases, Community Health Workers, Continuing Health Education.

Conocimiento-procedimientos de agentes de salud comunitaria sobre las enfermedades de transmisión sexual: pistas para la formación continua en el Amazonia

El objetivo fue identificar el conocimiento de los procedimientos en relación con las enfermedades de transmisión sexual. 366 trabajadores participaron del estudio en cuatro municipios de Pará. Se trata de un estudio exploratorio cuantitativo. Los resultados en cuanto al conocimiento: hay incógnitas, algunas enfermedades de transmisión sexual se conocen por otros nombres, y tienen un significado negativo y peyorativo. En cuanto a los procedimientos: no hay una atención inadecuada para la prevención, se enfrentan con barreras para ser aceptados por la comunidad. Se concluye que existe la necesidad de acciones de educación permanente para mejorar, ampliar y cualificar la información.

Descritores: Enfermedades de Transmisión Sexual, Los Trabajadores Comunitarios de Salud, La Educación Continua de La Salud.

INTRODUÇÃO

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção “culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados”. Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social⁽¹⁾.

O incentivo à autorresponsabilidade e à participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento constitui-se também em recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾.

Diante das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, voltadas principalmente às doenças sexualmente

1 Enfermeira. Docente da Uepa. Doutora em ciências. Líder do grupo de pesquisa Pesca. Diretora de educação da ABEn-Nacional 2010-2013. Coordenadora do mestrado associado de enfermagem Uepa-Ufam. E-mail: etfelipe@hotmail.com.

2 Enfermeiro. Mestrando em enfermagem (UFPA). Membro do grupo de pesquisa Pesca.

3 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente da Esamaz e Uepa. Secretária de saúde de Benevides/PA. Mestranda em enfermagem (Uepa). Membro do grupo de pesquisa Pesca.

4 Enfermeira. Mestranda em enfermagem (Uepa). Docente da Uepa. Assessora técnica/Sespa. Membro do grupo de pesquisa Pesca.

5 Acadêmica de enfermagem do 8º semestre. Membro do grupo de pesquisa Pesca.



transmissíveis, a comunicação da informação nas comunidades é um desafio atual e deve tornar-se uma estratégia fundamental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desafio esse que os agentes comunitários de saúde devem enfrentar como um dos mediadores do processo de troca de experiências entre as comunidades em que atuam⁽²⁾.

O Ministério da Saúde vem incentivando a sensibilização sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis aos ACS, para melhor atuarem dentro de suas microáreas como agentes de melhoramento da qualidade de vida das famílias, mas é preciso considerar que o perfil do ACS é praticamente o mesmo do cidadão por ele atendido. Então, ele é também influenciado por todas as crendices, tabus e preconceitos sociais do meio⁽²⁾.

A intimidade do trabalho confere ao ACS conhecimento e instrumento para atuação no contexto familiar, com atitude de respeito e discernimento nos momentos em que o cliente confia informações de foro íntimo, cabendo descobrir e considerar as informações como confidências e utilizá-las nos momentos de orientação sobre DSTs⁽²⁾.

Nesse novo milênio, a Aids impõe a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a sexualidade humana, acompanhando os critérios básicos na saúde pública para a priorização do problema: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade⁽³⁾.

Identificou-se que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, nem de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas de seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade⁽⁴⁾.

Quando se pretende discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos, é fundamental termos clareza sobre três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional⁽⁵⁾.

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. Os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no sujeito e, quando possível, incluindo novas tecnologias como a educação a distância. Além disso, dentro desse contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Para esse fim, cabe afirmar que a qualidade da educação em

saúde com a comunidade desses agentes está diretamente relacionada à qualidade da educação permanente com eles realizada pelos gestores locais/profissionais de saúde e enfermagem. Com vistas a contribuir com as evidências em destaque, o estudo traçou como objetivo identificar e analisar os conhecimentos-procedimentos cotidianos em relação às doenças sexualmente transmissíveis de agentes comunitários de saúde, para indicar rumos para a educação permanente.

MATERIAL E METÓDO

Realizou-se uma pesquisa de campo exploratória em quatro municípios do estado do Pará, localizados em quatro regiões distintas: região nordeste (Benevides), região norte (Cametá), região oeste (Oriximiná) e região sudeste (Tucuruí). Desenvolveu-se a pesquisa por meio de formulário com 30 questões com 129 ACS de Benevides, 100 de Cametá, 42 de Oriximiná e 95 de Tucuruí (366 ACS). Os critérios de seleção foram: estar em atividade no período da coleta, ter mais de seis meses de exercício e aceitar participar da pesquisa.

Todos os sujeitos participantes do estudo foram convidados, informados dos objetivos e procedimentos e assinaram um TCLE. O projeto foi aprovado pelo CEP do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Pará (protocolo nº 022/2008). Os resultados aqui apresentados correspondem a uma etapa do estudo intitulado "Conhecimento-procedimentos-representações de agentes comunitários de saúde e produção-validação de tecnologias educativas; a favor da educação permanente no/do/para o SUS", que atendeu ao edital PPSUS 2007-2009 do MS/CNPq/Fapespa-PA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto aos conhecimentos dos ACS sobre as DSTs, verificou-se um resultado convergente entre os quatro municípios. Evidencia-se que a maioria dos ACS tinha informações sobre algumas das DSTs indicadas. Quando questionados sobre quais as DSTs que já tinham ouvido falar, mas nunca tinham visto, destacaram-se tricomoníase, sífilis, condiloma, gonorreia, herpes, cancro mole, clamídia, donovanose e linfogranuloma.

Quando questionados sobre quais DSTs nunca tinham ouvido falar, as respostas apontaram tricomoníase, sífilis, condiloma, gonorreia, herpes, cancro mole, clamídia, donovanose, linfogranuloma.

Os resultados indicam que os conhecimentos dos ACS sobre DSTs é parcial, o que já sugere um indicativo para a educação permanente. Soma-se a esse resultado o fato de que algumas DSTs são conhecidas com outros nomes. Quando questionados sobre se havia DSTs com outros nomes, as respostas foram 121 (33%) para sim, 240 (65,5%) para não e cinco (1,5%) não responderam.

Entre os nomes mais comuns usados pela comunidade,

“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”



encontramos doenças venéreas, doenças pegadas, doenças do mundo, doenças de rua e doenças bravas. As respostas revelam alguns termos que circulam para nomear as DSTs, termos que carregam significados negativos e pejorativos.

Quando questionados sobre a parte da mulher e do homem em que aparece as DSTs, as respostas foram boca, nariz, vagina, ânus, pênis, olhos e mãos. Quando questionados sobre como é feito o tratamento das DSTs, as respostas foram de 317 (62,3%) para antibióticos, 84 (16,5%) para antifúngicos, 71 (14%) para antivirais e 36 (7,2%) para antiparasitários. Os agentes comunitários identificam os diversos tipos de tratamentos utilizados para tratar DSTs, porém sem relacionar diretamente com a família do agente infeccioso.

Quando questionados sobre como se faz a prevenção de DSTs, as respostas foram para lavar as mãos, usar camisinha, usar máscara, usar anticoncepcional, usar luvas. Os ACS referiram cuidados inadequados para a prevenção de DSTs.

Em síntese, quanto aos conhecimentos dos ACS sobre DSTs, constatamos que há um conjunto de informações que precisam ser aprofundadas e qualificadas, como, por exemplo, em relação aos tipos de sinais das DSTs. Nesse caso, 100% das questões foram marcadas erradas pelos ACS, ou seja, nenhum acertou a questão formulada que continha os vários sinais de DSTs, o que aponta que os ACS não possuem clareza sobre os sinais e se confundem entre os diversos tipos de manifestações das doenças no corpo do homem; ainda há DSTs sobre as quais alguns ACS não ouviram falar nem viram, o que suscita formação permanente sobre esse tema.

Há DSTs muito conhecidas e vistas, como a gonorreia, a sífilis e a herpes, e outras pouco conhecidas e vistas, como a clamídia, a donovanose e o linfogranuloma; há DSTs conhecidas com outros nomes e foram citados oito termos diferentes na parte descritiva da questão: fugagem, esquentamento, cobreiro, cavalo, verruga brava, crista de galo, crista branca, crista preta e coceira. As DSTs são também conhecidas com termos populares e advindos do imaginário da população da região amazônica.

No que tange aos conhecimentos sobre as manifestações das DSTs no corpo, tratamento e prevenção, os ACS ainda necessitam 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 ACS.

Quanto aos procedimentos dos ACS em casos de DST, também se verificou um resultado convergente entre os quatro municípios. Quando questionados sobre se as pessoas escondem quando estão com alguma DST, as respostas foram de 297 (81,2%) para sim, 65 (17,8%) para não e três (1%) não responderam. Os ACS enfrentam barreiras para serem aceitos pela comunidade, pois a falta de confiança gera o silêncio-tabu

dos usuários no que tange à revelação da ocorrência de sinais e sintomas das DSTs.

Quando questionados sobre o que fazem para saber se alguém está com DST, as respostas foram do tipo: converso ou entrevisto, dou orientação, observo, faço perguntas, faço visita domiciliar, confirmo pelos sintomas, falo nas palestras, encaminho ao serviço de saúde, não faço nada. Os ACS buscam estratégias para conquistar confiança e quebrar o silêncio-tabu, levando os comunitários a revelarem as manifestações das DSTs. Emerge a via educativa-informativa no trabalho cotidiano dos ACS, assim como firma o perfil do ser ético.

Quando questionados sobre quais sintomas indicam que uma pessoa está com DST, as respostas foram febre, tosse, rubor, coceira, dor ao urinar, dor na relação sexual, sangramento no ato sexual e cefaleia. Quando questionados sobre quais são as formas de transmissão das DSTs, as respostas foram piscina, relação sexual, banheiro, compartilhar copos, beijo e espirro. As respostas inadequadas dos ACS podem acarretar procedimentos também inadequados entre os usuários.

Quando questionados sobre quais as medidas de prevenção das DSTs usadas em sua comunidade, as respostas incluíram reza, rituais, dietas, garrafadas, tomam remédio, usam camisinha. Os ACS revelam a existência de práticas inadequadas à prevenção entre os comunitários.

Quando questionados sobre quem são as pessoas mais procuradas quando acontecem casos de DST, as respostas foram vizinhos, ACS, enfermeiros, psicólogos, professoras, farmacêuticos, rezadeiras e médicos. A diversidade de itinerários terapêuticos entre os usuários aponta mais um desafio para o trabalho do ACS; há que se levar em conta tanto os saberes quanto os fazeres locais, entrelaçados com os próprios saberes e fazeres profissionais, porém a marca forte de ligação está entre médicos e enfermeiros.

Quando questionados se conheciam e usavam algum tipo de remédio para tratar as DSTs, as respostas foram de 202 (55,3%) para sim e 164 (44,7%) para não. Quando questionados sobre quais os remédios usados, as respostas foram antibióticos, plantas medicinais, remédios da farmácia e indicados pelo médico.

Quando questionados sobre como as pessoas envolvidas com as DSTs explicam e/ou falam sobre a doença, as respostas foram: falam dos sintomas, referem que estão fazendo tratamento, dizem que é horrível, ficam envergonhados e culpam os parceiros. Quando questionados sobre se as pessoas procuram o ACS quando estão com alguma DST, as respostas foram 226 (61,7%) para sim e 140 (38,3%) para não.

Quando questionados sobre o que fazem quando alguém o procura com DST, as respostas foram: conversa/explica, encaminha ao serviço de saúde, orienta, nunca me procuraram.

“Os ACS buscam estratégias para conquistar a confiança e quebrar o silêncio-tabu, levando os comunitários a revelarem as manifestações das DSTs”



Quando questionados se tinham identificado alguém com DST, as respostas foram de 207 (56,5%) para sim, 153 (41,7%) para não e seis (1,8%) não responderam.

Em síntese, quanto aos procedimentos, verificamos que os ACS não são os mais procurados nos casos de DST. No que se refere aos procedimentos adotados/executados pelos ACS diante das DSTs, verificamos que enfrentam desafios em suas comunidades. A maioria dos indivíduos “esconde” quando está com DST e os ACS priorizam as conversas/entrevistas e perguntas para conduzir e quebrar tal barreira.

Os ACS informaram que as pessoas que conhecem são proativas e fazem “alguma coisa” para prevenir-se, e o uso da camisinha é o “ato” mais citado. As pessoas nem sempre conhecem ou usam algum remédio para tratar as DSTs, e, quando usam, dividem-se entre os antibióticos e as plantas, o que aponta uma dimensão culturalmente interessante que precisa ser trabalhada com os ACS.

Tanto a automedicação (dos remédios comprados) quanto o uso de plantas (os remédios plantados) indicados por tradição oral apontam para aspectos socioculturais presentes nos quatro polos da pesquisa, que precisam ser investigados e discutidos com as comunidades, bem como fazer parte dos processos de educação permanente dos ACS.

As pessoas da comunidade também estão envolvidas em termos técnicos (sintomáticos) quando “explicam” as DSTs, mas também em esclarecimentos de âmbito social e cultural (culpam os outros, sem ter vergonha etc.). O ACS nem sempre é o primeiro a ser procurado em casos de DST, e, quando isso ocorre, seu principal procedimento é o encaminhamento, o que revela sua pouca interação e ação, pois outros procedimentos que poderiam ser desencadeados concomitantemente são pouco citados. Os ACS nem sempre tiveram a experiência de identificar uma DST, e quando isso ocorreu, a gonorreia foi a DST mais “identificada”.

O processo educativo deve considerar que as pessoas estão

inseridas num contexto com histórias de vida, com um conjunto de crenças e valores e com a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas socioculturalmente⁽⁶⁾.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de proporcionar condições que favoreçam a educação em saúde, envolvendo os indivíduos e a comunidade no cuidado com sua saúde. Assim, a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização das estratégias educativas é a base para intervenções preventivas e para a promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados sobre os conhecimentos e procedimentos cotidianos dos ACS em relação às DSTs indicam a necessidade de ações de educação permanente que aprimorem, ampliem e qualifiquem as informações desses atores do sistema.

Destacam-se alguns aspectos: há que se levar em conta nos processos formativos as diferentes experiências dos ACS, pois nem sempre se tem oportunidade de entrar em contato com as pessoas da comunidade acometidas pelas DSTs. Logo, devem ser mais proativos, propositivos e provocando o “encontro”, mais do que esperando “ser procurado”; o ser ético deve ser mais trabalhado para fortalecer essa ligação com a comunidade local envolvida, favorecendo uma rede de confiança. Há que inserir em tais processos a discussão da dimensão cultural local, instrumentalizando os ACS para agirem em contextos em que os

saberes orais e as práticas populares “atravessam” e influenciam os processos cuidativos comunitários, promovendo um debate entre crenças e tabus em relação às DSTs, presentes tanto entre os ACS quanto nas comunidades. Os ciclos de transmissão-manifestação-tratamento-prevenção das DSTs devem ser permanentemente trabalhados com os ACS, e as dúvidas, os desconhecimentos e os procedimentos, constantemente debatidos.

“As pessoas da comunidade também estão envolvidas em termos técnicos (sintomáticos) quando 'explicam' as DSTs, mas também em esclarecimentos de âmbito social e cultural”

Referências

1. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública. 1998;14(2):429-35.
2. Nunes MO, Almeida B, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):87-94.
3. Bastiani JAN, Padilha MICS. Experiência dos agentes comunitários de saúde em doenças sexualmente transmissíveis. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):1639-646.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e controle das DST/AIDS na comunidade. Manual do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
5. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2002;6(10):75-96.
6. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comunic Saúde Educ. 2002;6(10): 84-7.