



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA**  
**E DO ADOLESCENTE**

**MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES**

**INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENÍASE E O PROTAGONISMO DE**  
**ADOLESCENTES MEDIADOS POR CÍRCULOS DE CULTURA**

Recife  
2019

**MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES**

**INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENÍASE E O PROTAGONISMO DE  
ADOLESCENTES MEDIADOS POR CÍRCULOS DE CULTURA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Área de Concentração:** Educação e Saúde

**Orientadora:** Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Recife

2019

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M543i Menezes, Maria Lúcia Neto de.  
Intenções preventivas em hanseníase e o protagonismo de adolescentes  
mediados por círculos de cultura / Maria Lúcia Neto de Menezes. – 2019.  
247 f.: il.; gráf.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.  
Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Educação em saúde. 2. Comportamentos saudáveis. 3. Hanseníase.  
4. Adolescente. 5. Doenças negligenciadas. I. Monteiro, Estela Maria Leite  
Meirelles (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2019-259)

MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES

**INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENÍASE E O PROTAGONISMO DE  
ADOLESCENTES MEDIADOS POR CÍRCULOS DE CULTURA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente.

**BANCA EXAMINADORA**

Aprovada em: 23 / 08 / 2019

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Karina Moutinho Lima (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Selene Cordeiro Vasconcelos (Examinador Externo)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clodis Maria Tavares (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Alagoas – UFAL

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Auxiliadora Soares Padilha (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

## AGRADECIMENTOS

O meu bom amigo e generoso **DEUS**, pela saúde, inteligência e disposição que me deu para enfrentar todos os desafios.

A **minha família**, que me dispensou toda rede de apoio para que eu seguisse firme no propósito de ser mulher, mãe, profissional e estudante, tudo junto, nessa caminhada de doutoranda.

A minha mãe, **Dilma Menezes** e meus irmãos, pelo incentivo incansável, preocupação, compreensão e apoio.

A meu companheiro, **Ademar Magalhães de Souza Filho**, pela paciência amorosa com que me ajudou a vencer as dificuldades nas infindáveis horas de trabalho e ausência.

As minhas filhas, **Thais, Nicole e Marina**, que sem escolha colaboraram, silenciosamente, com meus momentos de estudo e concentração. A vocês eu agradeço e também peço perdão.

A minha amiga **Maria das Neves Figueiroa**, pela mão amiga nas horas difíceis, que tantas vezes deixou meu fardo mais leve ao longo da caminhada.

As minhas queridas alunas do programa de iniciação científica da UFPE, **Débora, Emmily, Andrezza e Brennda**, por pegar em minha mão nas horas em que tanto precisei da equipe de apoio na pesquisa.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Estela Maria Leite Meirelles Monteiro**, que embarcou no meu sonho, comprou as minhas brigas, acreditou nas minhas ideias e cujas contribuições foram fundamentais para a concretização do meu estudo. Pela inestimável ajuda e fé no meu trabalho, eu agradeço imensamente.

As minhas amigas **Andréa Lima, Madja Carolina Aragão e Cinthya Ferreira Lima** que suportaram a sobrecarga que impus em função das frequentes ausências justificadas pelos trabalhos do doutorado.

Aos meus queridos **residentes e amigos do Programa de Enfermagem Obstétrica do CISAM/UPE**. Vocês foram minhas mãos e braços, meu juízo e o ombro amigo nas horas de desespero, eu nunca esquecerei o apoio.

A todos os meus professores do curso, que tanto me ensinaram e em especial, meu amor e gratidão à **turma D-10**. Meus queridos amigos, **Rosália, Patrícia, Silvia, Virgínia, Renato, Ilana, Giselle, Moura, Vilma e Lucas**, eu nem tenho palavras para agradecer a Deus por tanto companheirismo e colaboração. Eu fui acolhida e apoiada, fortalecida por um laço de amizade, carinho, compreensão e disponibilidade para trocar conhecimentos. Não tenho

dúvida que foi Deus que colocou cada um de vocês nessa turma. A vocês a minha eterna gratidão.

Aos meus **colegas da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças e Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde** pela compreensão e ajuda em todos esses anos do doutorado.

A todos os meus familiares e amigos que se mantiveram disponíveis a ajudar, torcendo e rezando para que eu tivesse uma trajetória repleta de êxito.

E por fim, a todos os adolescentes que contribuíram com a realização desse estudo. Sem o amor, não seria nada. Muito obrigada!

Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor. Se a educação sozinha não transformar a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda (FREIRE; NOGUEIRA; GERALDI, 1990,p.27).

## RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa, considerada endêmica em população que apresenta precárias condições de vida. O Brasil é um país de alta carga para a doença e o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo. Crianças e adolescentes pertencem a grupos considerados vulneráveis e a ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos é relevante indicador da magnitude da doença. Estudo realizado com o objetivo de avaliar os efeitos de Círculos de Cultura como estratégia educativa para desenvolver a intenção preventiva em hanseníase, entre adolescentes escolares. Pesquisa do tipo ensaio clínico não-randomizado, desenvolvida em três etapas, na qual foram articulados métodos mistos. A primeira etapa constou da construção e validação de uma escala para mensuração do construto intenção e crenças subjacentes aos comportamentos preventivos de interesse em hanseníase, utilizando-se do modelo sócio-psicológico da Teoria do Comportamento Planejado. Na segunda etapa foi aplicada a escala de intenção a uma amostra de 257 adolescentes de sete escolas públicas do Recife, os quais residiam em regiões endêmicas para hanseníase. O levantamento da intenção preventiva e crenças predominantes nos adolescentes serviram como alvo para o planejamento de intervenção educativa baseada nos princípios pedagógicos de Paulo Freire. Na pesquisa-ação, terceira etapa do estudo, foram implementados cinco Círculos de Cultura com participação de 25 adolescentes, com análise dos efeitos a partir da medida da intenção e variáveis relacionadas, antes e após a realização da intervenção educativa. Para avaliação dos resultados utilizou-se de uma estratégia de triangulação exploratória sequencial de dados quantitativos e qualitativos. Os resultados demonstraram que a escala de intenção preventiva apresentou validade e confiabilidade em suas propriedades psicométricas e a sua aplicação com os adolescentes escolares revelou predominância de intenção negativa (escores abaixo da mediana 31,3 / I- = 51%), correlacionada às crenças normativas ( $r=0,787$ ) e norma subjetiva ( $r=0,875$ ). O comportamento: “saber onde buscar ajuda diante de suspeita de hanseníase”, predominou no domínio das crenças normativas, com 73% de respostas. A “experiência relacionada a vivências pessoais e familiares de problemas de saúde” foi a variável externa de maior influência sobre a intenção (RP= 6%). Antes da intervenção, a maioria dos adolescentes apresentou escore de intenção inferior à mediana (61%=I-), influenciado principalmente pelas crenças normativas e norma subjetiva, semelhante ao grupo geral de adolescentes escolares entrevistados no Recife. Após a intervenção foi possível verificar um aumento no escore de intenção (antes 31,3 / depois 37,7), o mesmo ocorrendo com todos os domínios da escala. O

destaque foi para as crenças de controle e o controle comportamental percebido que elevaram os escores em 11,6 e 8,6 respectivamente. As evidências sugerem que o processo educativo, dialógico, crítico-reflexivo é promotor de intenção comportamental, capaz de incitar a confiança do adolescente em si mesmo e sua capacidade de engajar-se e protagonizar comportamentos preventivos em hanseníase.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Comportamentos Saudáveis. Hanseníase. Adolescente. Doenças Negligenciadas.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease, considered endemic in a population with precarious living conditions. Brazil is a high burden country for the disease and the second with the highest number of new cases recorded in the world. Children and adolescents belong to groups considered vulnerable and the occurrence of leprosy in children under 15 years old is a relevant indicator of the magnitude of the disease. To eliminate or reduce the burden of this disease, it is necessary to implement intersectoral policies that involve health and education aimed at the perception and adoption of preventive behaviors. This study aimed to evaluate the effects of Culture Circles as an educational strategy to develop the preventive intention in leprosy among school adolescents. This is a non-randomized clinical trial study, developed in three stages, in which mixed methods were articulated. The first stage consisted of constructing and validating a scale to measure the construct intention and beliefs underlying preventive behaviors of interest in leprosy, using the socio-psychological model of the Theory of Planned Behavior. In the second stage, the intention scale was applied to a sample of 257 adolescents from seven public schools in Recife, who lived in leprosy endemic regions. The survey of preventive intention and prevailing beliefs in adolescents served as a target for the planning of educational intervention based on Paulo Freire's pedagogical principles. In the action research, the third stage of the study, five Culture Circles were implemented with the participation of 25 adolescents, with analysis of the effects from the measure of intention and related variables, before and after the educational intervention. To evaluate the results we used a strategy of sequential exploratory triangulation of quantitative and qualitative data. The results showed that the preventive intention scale showed validity and reliability in its psychometric properties and its application with the adolescent students revealed a predominance of negative intention (scores below the median 31.3 / I- = 51%), correlated with normative beliefs. ( $r = 0.787$ ) and subjective norm ( $r = 0.875$ ). The behavior: "knowing where to seek help when leprosy is suspected" predominated in the domain of normative beliefs, with 73% of responses. The "experience related to personal and family experiences of health problems" was the external variable with the greatest influence on intention (PR = 6%). Before the intervention, most adolescents had a lower intention score than the median (61% = I-), mainly influenced by normative beliefs and subjective norm, similar to the general group of school adolescents interviewed in Recife. After the intervention it was possible to verify an increase in the intention score (before 31.3 / after 37.7), as was the case with all domains of the scale. The highlight was control beliefs and perceived behavioral control that increased

scores by 11.6 and 8.6 respectively. Evidence suggests that the educative, dialogical, critical-reflexive process is a promoter of behavioral intent, capable of inciting the adolescent's confidence in himself and his ability to engage and lead preventive behaviors in leprosy.

Descriptors: Health Education. Healthy Lifestyle. Leprosy. Adolescent. Neglected Diseases.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Teoria da Ação Racional e as variáveis externas.....	50
Figura 2-	Teoria do Comportamento Planejado e as intenções comportamentais.....	52
Figura 3-	Teoria do Comportamento Planejado e a construção do conhecimento.....	53
Figura 4-	Recife e a sua divisão em regiões político-administrativas.....	73
Figura 5-	Escola Municipal da RPA II - cenário do estudo .....	80
Figura 6-	Área coberta da escola municipal - cenário do estudo na RPAII.....	81
Figura 7-	Capacitação pedagógica dos monitores – Pedagogia de Paulo Freire, Educação Popular em Saúde, Círculos de Cultura e adolescência.....	89
Figura 8-	Inserção da pesquisadora e equipe / cenário escolar de estudo .....	90
Figura 9-	Integração da pesquisadora e monitores no espaço escolar e início do processo de convite aos participantes dos Círculos de Cultura.....	91
Figura 10-	Foto do grupo focal no processo de validação semântica da escala.....	114
Figura 11-	Influência das variáveis do perfil dos adolescentes e dimensões da escala de intenção. Recife, 2019.....	132
Figura 12-	Nuvem de palavras relacionadas ao perfil dos adolescentes participantes dos Círculos de Cultura.....	139
Figura 13-	Nuvem de palavras relacionadas ao conhecimento dos adolescentes escolares a respeito da hanseníase, antes da intervenção educativa. Recife, 2019.....	140
Figura 14-	Círculos de Cultura – dinâmica de integração e sensibilização. Recife, 2019.....	144
Figura 15-	Círculos de Cultura – problematizando a temática da hanseníase. Recife, 2019.....	145
Figura 16-	Círculos de Cultura – desenvolvimento da etapa de fundamentação teórica. Recife, 2019.....	147
Figura 17-	Círculos de Cultura – desenvolvimento da reflexão teórico-prática Recife, 2019.....	149
Figura 18-	Círculos de Cultura – desenvolvimento da síntese do conhecimento sobre hanseníase. Recife, 2019.....	150
Figura 19-	Avaliação dos Círculos de Cultura.....	151
Figura 20-	Culminância dos Círculos de Cultura com jogo de tabuleiro.....	153

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Desenho do estudo e suas etapas. Recife, 2019.....	61
Quadro 2-	Esquema do modelo teórico para elaboração e validação da escala – versão adaptada pela autora, a partir do modelo do estudo de Pasquali (1998;1999;2003) e Joventino (2010). Recife, 2019.....	63
Quadro 3-	Esquema do modelo teórico para elaboração e validação da escala – versão adaptada pela autora, a partir do modelo do estudo de Pasquali (1998;1999;2003) e Joventino (2010) (continuação). Recife, 2019.....	64
Quadro 4-	Escala de classificação dos juízes / experts. Recife, 2019.....	65
Quadro 5-	Cálculo do percentual da amostra de adolescentes escolares com base no número de habitantes de cada RPA. Recife, 2019 .....	75
Quadro 6-	Cálculo da amostra de adolescentes escolares com base no número de habitantes de cada RPA. Recife, 2019 .....	75
Quadro 7-	Cálculo do número de escolas incluídas no estudo em cada RPA. Recife, 2019 .....	76
Quadro 8-	Escolas públicas municipais selecionadas por RPA e o quantitativo de alunos entrevistados. Recife, 2019 .....	76
Quadro 9-	Apresentação das modificações na escala CCNC-ipMH, nas variáveis relacionadas ao domínio crenças normativas e a dimensão norma subjetiva. Recife, 2019.....	85
Quadro 10-	Processo de análise e explanação sequencial dos resultados das três etapas da pesquisa. Recife, 2019.....	92
Quadro 11-	Descrição dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado. Recife, 2019.....	95
Quadro 12-	Sinopse dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado. Recife, 2019.....	96
Quadro 13-	Sinopse dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado (continuação). Recife, 2019.....	97

Quadro 14-	Sinopse dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado (continuação). Recife, 2019.....	98
Quadro 15-	Mapa conceitual com os domínios e dimensões da Teoria do Comportamento Planejado. Recife, 2019.....	101
Quadro 16-	Matriz de indicadores da Escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.....	102
Quadro 17-	Matriz de indicadores da Escala CCNC-ipMH (continuação). Recife, 2019.....	104
Quadro 18-	Apresentação das modificações no instrumento de avaliação do perfil de entrevistados e Escala CCNC-ipMH. Recife, 2019 .....	107
Quadro 19-	Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH, nas variáveis relacionadas ao domínio crenças comportamentais e dimensão atitude, Recife, 2019.....	108
Quadro 20-	Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH, nas variáveis relacionadas ao domínio crenças normativas e dimensão norma subjetiva Recife, 2019.....	109
Quadro 21-	Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH, nas variáveis relacionadas ao domínio crenças de controle, dimensão controle comportamental percebido e o número total de questões. Recife, 2019.....	110
Quadro 22-	Apresentação das modificações no instrumento de levantamento do perfil de entrevistados – processo de validação semântica Recife, 2019.....	115
Quadro 23-	Apresentação das modificações no instrumento de levantamento do perfil de entrevistados – processo de validação semântica (continuação). Recife, 2019 .....	116
Quadro 24-	Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH de acordo com o processo de validação semântica (continuação). Recife, 2019...	116
Quadro 25-	Comportamentos preventivos de interesse em hanseníase e crenças salientes entre os adolescentes escolares. Recife, 2019.....	130
Quadro 26-	Apresentação da proposta de intervenção educativa considerando os domínios de influência na intenção, os pressupostos freireanos e as etapas de sistematização dos Círculos de Cultura. Recife, 2019 .....	136

Quadro 27-	Apresentação da organização e categorias 1 e 2 com respectivas subcategorias e códigos para análise do conteúdo. Recife, 2019.....	141
Quadro 28-	Apresentação da organização das categorias 3 e 4 com respectivas subcategorias e códigos para análise do conteúdo. Recife, 2019.....	142
Quadro 29-	Apresentação da organização da categoria 5 com respectivas subcategorias e códigos para análise do conteúdo. Recife, 2019 .....	143
Quadro 30-	Triangulação das informações das etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa com apresentação dos percentuais de intenção positiva antes e após a intervenção. Recife, 2019 .....	156

## LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1- Prevalência de intenção preventiva positiva e negativa para hanseníase entre adolescentes escolares. Recife, 019.....	131
--	-----

## LISTA DE TABELA

Tabela 1-	Caracterização dos juízes envolvidos na validação “Escala de crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções preventivas em hanseníase - Escala CCNC-ipMH”. Recife, 2019.....	104
Tabela 2-	Classificação da expertise dos juízes da 1ª etapa do estudo. Recife, 2019.....	105
Tabela 3-	Apresentação do Índice de Validade de Conteúdo segundo os domínios da Escala CCNC-ipMH e parâmetros avaliados nas duas rodadas. Recife, 2019.....	112
Tabela 4-	Apresentação da Consistência Interna dos itens da Escala CCNC-ipMH, segundo os domínios para análise da homogeneidade. Recife, 2019.....	117
Tabela 5-	Apresentação da Consistência Interna e Coeficiente de correlação Intraclasse, no momento teste e reteste, segundo os domínios para análise da fidedignidade da escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.....	118
Tabela 6-	Apresentação da medida de intenção, segundo a trajetória escolar e idade do adolescente, para a análise da interpretabilidade da escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.....	118
Tabela 7-	Distribuição das características sociodemográficas dos adolescentes. Recife, 2019.....	120
Tabela 8-	Distribuição das condições sócio-sanitárias e de higiene dos adolescentes. Recife, 2019.....	121
Tabela 9-	Distribuição das características da condição de saúde dos adolescentes e familiares. Recife, 2019.....	122
Tabela 10-	Distribuição das características de serviços de saúde na comunidade e frequência em espaços de convívio social. Recife, 2019.....	123
Tabela 11-	Distribuição das características do conhecimento sobre hanseníase entre adolescentes escolares. Recife, 2019.....	123
Tabela 12-	Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença comportamental. Recife, 2019.....	124

Tabela 13-	Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença comportamental e suas respectivas avaliações das consequências. Recife, 2019.....	125
Tabela 14-	Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença normativa. Recife, 2019.....	126
Tabela 15-	Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença normativa e as respectivas motivações para concordar com a crença. Recife, 2019.....	127
Tabela 16-	Distribuição da frequência das respostas dos adolescentes acerca do domínio crenças de controle. Recife, 2019.....	128
Tabela 17-	Avaliação da consistência interna das respostas dos adolescentes à Escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.....	128
Tabela 18-	Análise da correlação dos domínios e dimensões com o escore da intenção geral da amostra estudada. Recife, 2019.....	131
Tabela 19-	Caracterização dos juízes avaliadores da intervenção educativa em hanseníase com estratégia de Círculos de Cultura. Recife, 2019.....	133
Tabela 20-	Comparação da mediana dos domínios e dimensões da escala de intenção, antes e após a realização dos Círculos de Cultura. Recife, 2019.....	155
Tabela 21-	Distribuição da prevalência de intenção positiva e negativa em relação à mediana, segundo o momento de avaliação. Recife, 2019.....	155

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DN	Doenças negligenciadas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TAR	Teoria da Ação Racional
Escala CCNC- ipMH	Escala de Crenças Comportamentais, Normativas e de Controle para medida da Intenção Preventiva em relação ao Mal de Hansen
HI	Hanseníase na forma indeterminada
HT	Hanseníase na forma tuberculóide
HV	Hanseníase na forma virchowiana
HD	Hanseníase dimorfa
IB	Índice bacilífero
PB	Paucibacilares
MB	Multibacilares
BAAR	Bacilos álcool-ácido-resistentes
PQT	Poliquimioterapia
RMR	Região Metropolitana do Recife
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
PCDI<15	Protocolo Complementar de Identificação Diagnóstica em Menores de 15 anos
EPS	Educação Popular em Saúde
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde do Sistema Único de Saúde
I	Intenção preventiva
I+	Intenção preventiva positiva
I-	Intenção preventiva negativa
AT	Atitude
CC	Crença Comportamental
CN	Crença Normativa
CCt	Crença de Controle
NS	Norma Subjetiva

CCP	Controle Comportamental Percebido
MO	Motivação
AC	Avaliação das Consequências
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
CCI	Coefficiente de Correlação Intraclasse
RPA	Região Político Administrativa

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>33</b>
4.1	HANSENÍASE - CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO.....	33
4.2	HANSENÍASE – EPIDEMIOLOGIA.....	39
4.3	HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.....	40
4.4	HANSENÍASE E O ESTIGMA SOCIAL.....	41
4.5	PROMOÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – FUNDAMENTOS CONCEITUAIS.....	43
4.6	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR DE PAULO FREIRE.....	44
4.7	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS DESAFIOS PARA TRANSFORMAR A REALIDADE.....	46
4.8	AS INTENÇÕES PREVENTIVAS E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS.....	49
4.9	ATITUDES, INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS À LUZ DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO.....	50
4.10	ESTUDOS PSICOMÉTRICOS – CONCEITOS E IMPORTÂNCIA PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	55
4.11	A ESTRATÉGIA DOS CÍRCULOS DE CULTURA NA FORMAÇÃO DAS INTENÇÕES PREVENTIVAS.....	57
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>60</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	60
5.2	DESENHO DO ESTUDO .....	61
5.3	DESCRIÇÃO DO DESENHO DO ESTUDO - 1ª ETAPA QUANTITATIVA – PESQUISA DE DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO.....	62
<b>5.3.1</b>	<b>O processo de seleção de juízes / experts - Método Delphi</b> .....	<b>65</b>

<b>5.3.2</b>	<b>Tratamento dos dados e métodos de validação.....</b>	<b>66</b>
5.3.2.1	Validação de Face .....	66
5.3.2.2	Validação de Conteúdo .....	66
5.3.2.3	Validação Semântica .....	69
5.3.2.4	Análise da homogeneidade da escala .....	69
5.3.2.5	Análise da fidedignidade da escala .....	70
5.3.2.6	Análise da interpretabilidade da escala .....	71
<b>5.3.3</b>	<b>Normatização da Escala CCNC-ipMH.....</b>	<b>71</b>
<b>5.3.4</b>	<b>Coleta de dados da 1ª etapa da pesquisa (construção e validação da Escala CCNC-ipMH).....</b>	<b>72</b>
5.4	DESCRIÇÃO DO DESENHO DO ESTUDO – 2ª ETAPA DA PESQUISA QUANTITATIVA – “SURVEY”.....	72
<b>5.4.1</b>	<b>Lócus da pesquisa.....</b>	<b>72</b>
<b>5.4.2</b>	<b>População, amostra e amostragem.....</b>	<b>74</b>
<b>5.4.3</b>	<b>Coleta de dados da 2ª etapa do estudo.....</b>	<b>75</b>
5.4.3.1	Local .....	75
<b>5.4.4</b>	<b>Período da coleta de dados da 2ª etapa do estudo.....</b>	<b>77</b>
<b>5.4.5</b>	<b>Técnica de coleta de dados da 2ª etapa do estudo.....</b>	<b>77</b>
<b>5.4.6</b>	<b>Tratamento dos dados da 2ª etapa do estudo.....</b>	<b>77</b>
5.4.6.1	Identificação das crenças salientes / fortes .....	77
5.4.6.2	Cálculo da Atitude (AT) .....	78
5.4.6.3	Cálculo da Norma Subjetiva (NS) .....	78
5.4.6.4	Cálculo do Controle Comportamental Percebido ( CCP) .....	78
5.4.6.5	Cálculo da Intenção Comportamental .....	78
5.5	3ª ETAPA DO ESTUDO – PESQUISA QUALITATIVA / PESQUISA-AÇÃO.....	79
<b>5.5.1</b>	<b>Cenário do estudo utilizado na pesquisa-ação.....</b>	<b>80</b>
<b>5.5.2</b>	<b>Participantes da 3ª etapa – Pesquisa-ação.....</b>	<b>81</b>
<b>5.5.3</b>	<b>Coleta de dados 3ª etapa - Pesquisa-ação.....</b>	<b>82</b>
5.5.3.1	Observação participante .....	82
5.5.3.2	Entrevista .....	82
<b>5.5.4</b>	<b>Etapas do desenvolvimento da pesquisa-ação.....</b>	<b>83</b>

5.5.4.1	Planejamento e organização da intervenção educativa com Círculos de Cultura .....	83
5.5.4.2	Os Círculos de Cultura como estratégia da coleta de dados em pesquisa-ação .....	86
<b>5.5.5</b>	<b>Capacitação de monitores (animadores dos Círculos de Cultura e apoiadores da coleta de dados) e inserção da pesquisadora e sua equipe no campo de pesquisa – cenário escolar.....</b>	<b>88</b>
5.6	A COMBINAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS 3 ETAPAS DO ESTUDO.....	91
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	93
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>94</b>
6.1	1ª ETAPA DO ESTUDO – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA: “ESCALA DE CRENÇAS COMPORTAMENTAIS, NORMATIVAS E DE CONTROLE PARA A FORMAÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE” – ESCALA CCNC-ipMH.....	94
<b>6.1.1</b>	<b>Elaboração da Escala CCNC-ipMH.....</b>	<b>94</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Validação do instrumento do perfil e Escala CCNC-ipMH .....</b>	<b>104</b>
6.1.2.1	Caracterização dos juízes .....	104
6.1.2.2	Validação de face e de conteúdo .....	105
6.1.2.3	Validação semântica .....	113
6.1.2.4	Validação psicométrica da escala de intenção - avaliação da homogeneidade, fidedignidade e interpretabilidade .....	117
6.2	RESULTADOS DA 2ª ETAPA DO ESTUDO – “SURVEY”.....	119
<b>6.2.1</b>	<b>Perfil dos entrevistados.....</b>	<b>119</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Levantamento das crenças salientes: comportamentais (CC), normativas (CN) e de controle (CCt), norma subjetiva (NS), atitude (A), controle comportamental percebido (CCP) e intenção preventiva (I) em hanseníase entre adolescentes escolares.....</b>	<b>123</b>
6.3	3ª ETAPA DO ESTUDO – INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM CÍRCULOS DE CULTURA – PESQUISA-AÇÃO .....	133
<b>6.3.1</b>	<b>Validação da intervenção educativa em saúde para prevenção da hanseníase com adolescentes escolares do Recife.....</b>	<b>133</b>

6.3.2	<b>A escolha e o perfil dos integrantes dos Círculos de Cultura.....</b>	<b>137</b>
6.3.3	<b>A hanseníase sob a perspectiva dos adolescentes escolares antes da intervenção educativa – categorias e subcategorias de análise de conteúdo.....</b>	<b>139</b>
6.3.4	<b>A intervenção educativa – experiência dos Círculos de Cultura para a promoção da intenção preventiva em hanseníase com adolescentes escolares.....</b>	<b>143</b>
6.3.4.1	Sensibilização .....	144
6.3.4.2	Problematização .....	145
6.3.4.3	Fundamentação teórica .....	147
6.3.4.4	Reflexão Teórico-prática .....	148
6.3.4.5	Elaboração coletiva das respostas .....	149
6.3.4.6	Síntese .....	150
6.3.4.7	Avaliação .....	151
6.3.4.8	A culminância .....	152
6.4	<b>A TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA CCNC-IPMH ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....</b>	<b>154</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>157</b>
7.1	<b>O ESTUDO E SEUS PROBLEMAS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>158</b>
7.2	<b>A VALIDAÇÃO DA ESCALA “CRENÇAS COMPORTAMENTAIS, NORMATIVAS E DE CONTROLE PARA A FORMAÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE” – ESCALA CCNC-IPMH” – O DESAFIO DE O DESAFIO DE INTEGRAR A ANÁLISE DE UM CONSTRUTO PARA A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE.....</b>	<b>159</b>
7.3	<b>O PERFIL DOS ADOLESCENTES – ASPECTOS SOCIO-CULTURAIS..</b>	<b>161</b>
7.4	<b>CRENÇAS E INTENÇÃO PREVENTIVA EM RELAÇÃO À HANSENÍASE NOS ADOLESCENTES ESCOLARES RESIDENTES EM ÁREAS ENDÊMICAS DO RECIFE.....</b>	<b>167</b>
7.5	<b>FUNDAMENTOS E REQUISITOS TRABALHADOS NOS CÍRCULOS DE CULTURA PARA A PROMOÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE COM ADOLESCENTES ESCOLARES.....</b>	<b>172</b>

7.6	AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE E SEUS PREDITORES, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM CÍRCULOS DE CULTURA.	176
8	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>180</b>
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>181</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>184</b>
	<b>APÊNDICE A - CENÁRIO ESCOLAR.....</b>	<b>206</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>207</b>
	<b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PERFIL E ESCALA CCNC-ipMH.....</b>	<b>208</b>
	<b>APÊNDICE D- CURSO DE CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO POPULAR.....</b>	<b>216</b>
	<b>APÊNDICE E - INTERVENÇÃO EDUCATIVA - CÍRCULOS DE CULTURA.....</b>	<b>222</b>
	<b>ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>242</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, infecção categorizada no grupo das doenças negligenciadas (DN), causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta, é considerada endêmica em populações que apresentam precárias condições de vida (OMS,2012). A Organização Pan-Americana de Saúde incluiu a hanseníase no grupo das doenças negligenciadas e relacionadas com a pobreza por meio da resolução OPAS/CD49- R19/20092 e neste grupo estão também: dengue, doença de chagas, esquistossomose, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras que afligem e ameaçam a vida de milhões de pessoas no mundo (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

As doenças negligenciadas compartilham diversas características comuns, entre elas, correlação com a pobreza e desvantagem econômica; afetam populações que têm baixa visibilidade e pouca voz política; não se disseminam amplamente e, portanto, representam uma ameaça pequena para os habitantes de países de alta renda; provocam estigma e discriminação social; tem impacto importante sobre morbidade e mortalidade; são relativamente negligenciadas pelas pesquisas; podem ser controladas, evitadas e possivelmente eliminadas pelo emprego de soluções eficazes e factíveis com custos relativamente baixos (OMS, 2012).

O Brasil foi um dos poucos países do mundo que não conseguiram atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, haja vista que não atingiu uma prevalência menor que um caso por 10 mil habitantes. Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países registraram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representou uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (BRASIL, 2015a; BRASIL 2018).

A distribuição da ocorrência da hanseníase no Brasil é irregular porque embora esteja presente em todas as unidades da federação, a doença tem grande concentração na Amazônia e em Estados do Nordeste (BRASIL, 2015a). Pernambuco é o 9º estado com maior coeficiente de detecção da hanseníase no Brasil, o 3º no Nordeste. A cada grupo de cem mil pernambucanos, 29 tem risco de adoecer. A Região Metropolitana do Recife concentra 62%

dos casos de hanseníase do estado. Entre os casos novos, 24% já apresentam algum tipo de incapacidade em consequência da doença (PERNAMBUCO, 2015).

Apesar de ser considerada uma doença que acomete principalmente a população adulta, as crianças e os adolescentes constituem um grupo vulnerável. A detecção de hanseníase em menores de 15 anos indica uma transmissão ativa e recente da infecção na comunidade. A proporção de menores de 15 anos acometida pela hanseníase em 2015 correspondeu a 8,9% dos casos novos no mundo e no Brasil esse dado atingiu 7,35% dos casos. A taxa de detecção de hanseníase em crianças e adolescentes é um importante indicador da força de transmissão recente da endemia, permite acompanhar o alcance da eliminação da doença e auxilia no processo de tomada de decisão, contribuindo para a melhora dos processos organizacionais de vigilância epidemiológica (SCHNEIDER; FREITAS, 2018).

Os indivíduos com menos de 15 anos, especialmente os adolescentes, estão marcados por um período de transição, com crescimento acelerado e desenvolvimento biopsicossocial. Nesse período, o indivíduo estabelece as relações sociais mais amplas e ocorre a redefinição do autoconceito. Doenças crônicas como a hanseníase, conhecida por suas lesões dermatológicas, deformidades e incapacidades físicas, podem interferir na imagem corporal e autoestima do indivíduo, influenciando na construção de sua identidade e, conseqüentemente, nas suas relações sociais. Além de ser capaz de comprometer sua escolarização, com um baixo rendimento escolar e até o abandono dos estudos por motivos de tratamento, discriminação e preconceito (FREITAS; CORTELA; FERREIRA, 2017).

Segundo dados da OMS o conhecimento produzido em relação às DN, incluindo a hanseníase, ainda não foi revertido em avanços terapêuticos e os programas brasileiros de prevenção e controle foram considerados insuficientes para atingir objetivos do milênio. Neste sentido, destaca-se a responsabilidade dos governos em eliminar ou reduzir drasticamente a carga dessas doenças, buscando transformar os conhecimentos adquiridos em produtos para a população acometida, por meio da implementação de políticas intersetoriais que envolvam saúde e educação, com estruturação e reordenação de práticas sanitárias e de educação voltadas às áreas que se apresentam endêmicas (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, apesar dos avanços na diminuição dos casos de doenças infecciosas, ocorridos ao longo dos últimos anos, ainda é necessário investir em ações capazes de reduzir a carga da hanseníase, principalmente nas áreas com maior concentração de casos. Portanto é fundamental priorizar ações de educação em saúde, vigilância de contatos, qualificação do diagnóstico, prevenção e tratamento de incapacidades (BRASIL, 2018).

Diante da dimensão educativa para a prevenção da hanseníase, é preciso valorizar a atuação das pessoas, não apenas como hospedeiros, mas compreendendo que da ação dessas pessoas, em um ambiente particular, resultará na transmissão ou controle da doença. Contudo, um sério problema ocorre nos programas de ações para o tratamento, prevenção ou controle de enfermidades infectocontagiosas, como a hanseníase, as estratégias de prevenção dão pouca ênfase às pessoas, especialmente no enfoque relacionado à educação em saúde (BRASIL, 2017).

Aspectos como a resistência dos seres humanos na adoção de comportamentos preventivos são desconhecidos ou negligenciados nos programas de controle de doenças. Segundo Briceño-León (1996), dois princípios devem nortear qualquer ação de educação para a saúde: a) conhecer o ser humano; b) contar com o ser humano para promover o seu engajamento nas práticas preventivas e de controle de doenças. O autor destacou ainda naquela ocasião que para prevenir doenças se faz necessário também compreender as pessoas por meio de suas crenças e para tanto seria preciso explorar seus hábitos e formas tradicionais de vida, ou seja, as circunstâncias e contextos em que vivem.

A revisão da literatura voltada à aplicação de estratégias de educação em saúde e práticas preventivas em hanseníase revelou restrita produção de pesquisas, que detalhassem a sistematização de estratégias educacionais realizadas por equipe de saúde. Por outro lado, os resultados de investigações relacionadas ao conhecimento de indivíduos residentes em comunidades com alta incidência de hanseníase, evidenciaram persistência de estigmas, equívocos relativos à forma de contágio, sintomas, tratamento e cura (BRIDEN; MAGUIRE, 2003). Outro aspecto importante foi destacado em estudo de Nisar et.al.(2007), onde revelaram a importância da educação em saúde e o desenvolvimento de atitudes positivas para melhoria do conhecimento e redução de estigma com relação a hanseníase.

A educação em saúde é reconhecida como estratégia para promover mudanças capazes de resultar em alterações de comportamentos favoráveis à saúde. Entretanto, não é possível esperar mudanças no enfrentamento de problemas de saúde exigindo-se das pessoas uma passividade na aquisição de “conhecimentos” a serem “memorizados e repetidos”, especialmente no que se refere a doenças como a hanseníase onde há elevada carga de estigma. A educação é transformadora quando emerge de uma prática comprometida com a realidade dos sujeitos, estimula a reflexão, o diálogo, a criticidade e articula saberes. Essa educação aponta que é possível encontrar caminhos e possibilidades para mudar sua atitude frente à realidade (FREIRE, 2012; 2013;2014).

Ao considerar as recomendações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (BRASIL, 2015b) e a Política Nacional de Educação em Saúde (BRASIL, 2009), as estratégias educativas em saúde poderão ser consideradas iatrogênicas se não forem levados em conta os aspectos singulares do ser humano em sua complexidade. Por este motivo, apenas informar, transmitir conceitos e normas de conduta relacionadas a boas práticas de saúde não constitui uma garantia de que os indivíduos irão adquirir habilidade para prevenir ou reduzir o impacto das condições adversas que favorecem a transmissão de doenças como a hanseníase (OLIVEIRA, 2014).

As crenças sobre a forma como as doenças podem ser prevenidas e o nível de controle que os indivíduos acreditam ter sobre os fatores que podem afetar a sua saúde refletem na percepção e adoção de comportamentos preventivos. Nesse sentido, em relação à hanseníase, para que haja impacto de ações educativas é preciso considerar os elementos que constituem a cultura das pessoas, integrando ações educativas que considerem os estigmas sociais por ela determinados. As crenças tradicionais diminuem a importância dos primeiros sintomas da hanseníase e faz com que as pessoas permaneçam desatentos à necessidade de buscar ajuda precocemente (BATISTA; VIEIRA; PAULA, 2014).

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão: quais os fundamentos e requisitos que uma intervenção educativa em saúde precisa apresentar para aumentar as intenções preventivas em relação à hanseníase?

O aprofundamento teórico sobre a formação e avaliação de comportamentos preventivos em saúde permitiu identificar a origem, os postulados e a aplicação da Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (AJZEN, 1991). Descrita pela primeira vez em 1985 a TCP é uma extensão da Teoria da Ação Racional (TAR) (AJZEN, 1991), considerada atualmente como um dos modelos sócio-psicológicos mais populares para compreender e prever comportamentos. A TCP busca descrever os recursos pelos quais é possível prever o comportamento humano de forma geral, a partir de um conjunto reduzido de variáveis antecedentes. De acordo com a TCP, três tipos de crenças podem influenciar a ação humana: as crenças comportamentais, as normativas e as de controle (AJZEN; FISHBEIN, 2000).

Os teóricos da TCP explicam que o antecedente imediato de um determinado comportamento é a “intenção”. Assim, ao combinar a análise das crenças, com avaliação das consequências e motivações, pode ser possível inferir as intenções em relação a um dado comportamento cuja adoção dependa da vontade do indivíduo (AJZEN, 2015). A TCP tem sido usada em mais de 1000 estudos independentes e os resultados apoiaram o uso da mesma para compreender comportamentos relacionados a vícios (como o uso de álcool, drogas e

cigarros), hábitos alimentares, higiene bucal, risco de infecção pelo HIV, uso de cinto de segurança em automóveis e busca de assistência médica. Assim, a teoria passou a ser reconhecida como um modelo social-cognitivo validado para identificar as crenças que podem ser usadas para subsidiar intervenções capazes de promover mudanças no comportamento (ZEMORE; AJZEN, 2014; DE LEEUW et. al., 2015; STEINMETZ et. al., 2016).

Desse modo, considerando o impacto e a endemicidade da hanseníase na população adolescente, a premissa de que a ausência ou deficiência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisões que consolidem ações de promoção à saúde, juntamente com os conhecimentos relativos à Teoria do Comportamento Planejado, emergiu o interesse por desenvolver a presente pesquisa, voltada ao planejamento e execução de intervenção educativa em saúde, centrada no desenvolvimento de intenções preventivas em hanseníase com adolescentes escolares. O estudo defende a tese de que a realização de intervenções educativas sobre hanseníase, capazes de estimular o protagonismo dos adolescentes, concorrem para o alcance progressivo no desenvolvimento de intenções preventivas para o controle da hanseníase.

## 2 JUSTIFICATIVA

A definição de estratégias de enfrentamento de uma doença depende do seu reconhecimento como um problema de saúde pública e do grau de prioridade em relação ao contexto em que ela ocorre. Desse modo, as informações relativas aos indicadores de hanseníase no Brasil justificam o seu enquadramento como um desafiador problema de saúde pública, por sua magnitude e transcendência (GONÇALVES, 2006).

Ao considerar a importância do planejamento de ações de enfrentamento e prevenção da hanseníase, Oliveira (2014), recomenda que as estratégias de educação em saúde sejam normatizadas e baseadas em evidências científicas, resultante de pesquisas operacionais exitosas e com relação custo-benefício adequada. Desse modo, o desenvolvimento de pesquisas que emergem de intervenções educativas atende às atuais necessidades sociais de controle e prevenção da hanseníase porque podem apresentar experiências, com embasamento teórico-metodológico e resultados sistemáticos, sobre como aumentar percepção de risco de adoecer, contribuir para o diagnóstico precoce e reduzir fontes de infecção que interferem na produção de novos casos.

É válido salientar que, a hanseníase, denominada durante muitos séculos como lepra, ainda traz contemporaneamente arraigada ao seu nome, o preconceito e discriminação. Esta situação é originada basicamente em função da generalizada falta de informação por parte da população ao seu respeito. Por esse motivo, o estudo reveste-se de importância porque pode contribuir para disseminar, em larga escala, as ações educativas e preventivas que favoreçam a desconstrução dos estigmas sociais relacionados à doença (BATISTA; VIEIRA; PAULA, 2014).

O estudo apresenta também a apresentação e discussão das etapas de construção e validação de uma escala psicométrica para aferição de intenção preventiva junto a adolescentes escolares para o controle da hanseníase e poderá ser útil para a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem que valorizam a promoção do protagonismo adolescente em seu autocuidado e no cuidado de sua comunidade para o controle da hanseníase.

Finalmente, acredita-se que o estudo seja capaz apresentar evidências científicas que demonstrem como promover o desenvolvimento de intervenções educativas efetivas para ampliar o comportamento preventivo e o protagonismo de adolescentes no controle da hanseníase através de estratégia de educação em saúde mediada por Círculos de Cultura proposta por Monteiro e Vieira (2008; 2010), embasadas no pensamento do Método

Pedagógico de Freire (2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2017) e que agrega os pressupostos da Teoria do Comportamento Planejado de Ajzen (1977; 1985; 1991; 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

Avaliar os efeitos de Círculos de Cultura como estratégia educativa para desenvolver a intenção preventiva em hanseníase, entre adolescentes escolares.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Construir e validar uma escala de medida de intenção preventiva em hanseníase para adolescentes escolares;

Verificar a associação entre as variáveis externas com as crenças e a intenção preventiva entre adolescentes escolares;

Planejar, validar e implementar Círculos de Cultura como estratégia para ampliar a intenção preventiva em hanseníase com adolescentes escolares;

Comparar as dimensões e domínios relacionados à intenção preventiva para a hanseníase, entre adolescentes escolares, antes e depois da participação nos Círculos de Cultura.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 HANSENÍASE – CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO

A hanseníase é uma doença infecciosa, inserida no grupo das doenças negligenciadas (DN), também chamadas de doenças em eliminação, que são consideradas endêmicas em população que apresenta precárias condições de vida, contribuindo para a manutenção do quadro de desigualdades e representando entrave ao crescimento dos países em desenvolvimento. As DN proliferam em ambientes empobrecidos e sobrevivem melhor em climas tropicais, onde tendem a coexistir. Muitas delas são doenças antigas, e tem assolado a humanidade há séculos, provocando limitações na produtividade econômica e comprometendo oportunidades de vida social normal (OMS, 2016).

A hanseníase resulta de uma infecção bacteriana de progressão lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*. A doença afeta principalmente a pele, os nervos periféricos, o revestimento do trato respiratório superior, os olhos e outros órgãos, acomete pessoas de todas as idades e de ambos os sexos (OMS, 2012). O bacilo instala-se no organismo da pessoa infectada podendo multiplicar-se em média de 11 a 16 dias, apresentando afinidade por células cutâneas e nervos periféricos, principalmente as células de Schwann, resultando em lesões desfigurantes e danos neurais progressivos que podem levar à fraqueza ou atrofia muscular, perda óssea, amputações e cegueira (SILVA et al, 2018a).

A descoberta do bacilo foi creditada pelo trabalho do médico norueguês Gerhardt Henrik Armauer Hansen em 1873. O nome Hansen's disease (hanseníase em português) é usado no Brasil para diminuir o estigma associado ao nome comum, lepra. A doença comete o indivíduo que tem déficit nutricional, ocasionando em alguns casos deformidades e incapacidades, desde que não diagnosticada precocemente, gerando estigma e preconceito, ainda muito presentes. É uma doença infectocontagiosa cuja evolução depende do sistema imunológico do indivíduo, podendo infectar grande número de indivíduos, contudo, poucos chegam a desenvolver a doença (BRASIL, 2012a; 2017; BRASIL, 2018).

A hanseníase é uma doença de cuja existência se tem notícia desde a mais remota antiguidade, conhecida há cerca de três a quatro mil anos na Índia, na China e no Japão. No Egito, foram encontrados relatos sobre ela em um papiro da época do faraó Ramsés II, desde 4300 anos a.C. Em estudos contemporâneos, há consenso que sua origem parece ter vindo da África Oriental e do Oriente Médio e se espalhou com as sucessivas migrações humanas, alcançando outros territórios (ALVES, et.al., 2014; SCHUENEMANN et.al., 2018).

Espalhando-se sobretudo em momentos de forte movimentação de pessoas. No passado mais longínquo foram as guerras de conquista romana, cruzadas, expansão islâmica e outras migrações que disseminaram a então chamada, lepra. A partir do século XV, a expansão marítima, ao promover acelerada circulação de marinheiros e comerciantes envolvidos no tráfico de mercadorias, fez a doença atingir as Américas. A palavra lepra era usada para designar diferentes patologias cutâneas, uma vez que os médicos antigos não tinham uma ideia exata das doenças dermatológicas. Durante o período da colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova área endêmica mundial. O maior fator de expansão da hanseníase nas Américas foi o tráfico de escravos (ZAMPARONI, 2017).

A doença faz parte da dramaturgia do sofrimento humano desde a Antiguidade, mas sua identidade etiológica remonta ao final do século XIX. Nas últimas décadas do século XIX, surgiu, nos meios científicos, um grande interesse na enfermidade. Entre as doenças transmissíveis, a lepra, ou hanseníase continua sendo, uma das principais causas de neuropatia periférica e incapacidade funcional no mundo (FARIA; SANTOS, 2015).

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados em 1600 no Rio de Janeiro, e em 1737 há referências da existência de 300 doentes do Mal de Hansen. A moléstia foi muito intensa no período colonial da metade do século XVIII até início do século XIX. Até meados do século XVIII a doença diminuiu de intensidade, tornando a se expandir com maior importância a partir de então, como consequência das correntes migratórias (GOMES, 2000).

O agente infeccioso causador da hanseníase é o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*, o qual pertence à ordem *Actinomycelalis* e família *Mycobacteriaceae*). É um parasita obrigatório de crescimento lento. Ele reside no corpo do hospedeiro por anos em um estado dormente, antes de se reativar em um organismo com sistema imunológico susceptível. O bacilo invade os nervos periféricos infectando as células de Schwann (BRASIL, 2017; KAUR et. al., 2018).

A transmissão acontece pelas vias aéreas superiores por secreções nasais, gotículas da fala, tosse e espirro para o meio exterior durante contato interpessoal contínuo e direto com uma pessoa ou animal infectado pelo bacilo. Além do contato humano, a única outra via de transmissão conhecida é de contato humano com tatus que foram naturalmente infectados pelo *M. leprae* (SILVA et al, 2018a).

O bacilo *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar um grande número de pessoas (alta infectividade), no entanto, poucas pessoas adoecem (baixa patogenicidade). Mesmo em populações que vivem em situações de alta prevalência da doença, somente 10% das pessoas adoecem porque o organismo apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o. Essas

propriedades não ocorrem em função apenas das características intrínsecas do agente etiológico, mas dependem, sobretudo, da relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. A hanseníase tem sua manutenção acentuada em áreas de risco social elevado sobretudo no convívio domiciliar, o qual é apontado como importante espaço de transmissão da doença (PERNAMBUCO, 2014; FREITAS, XAVIER, LIMA, 2017).

Os contatos domiciliares dos portadores do bacilo apresentam mais chances de adquirir a doença. A transmissão pode ocorrer também, mas de forma menos comum, através da penetração do bacilo em lesões erosivas de pele de pessoas que convivem e manuseiam animais (tatus) contaminados. Alguns fatores (ambientais, genéticos, estado nutricional e imunidade do paciente), estão relacionados à facilidade em adquirir a hanseníase. A transmissão não é hereditária e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais (BRASIL, 2008; PESCADOR; SAKAE; MAGAJEWSKY, 2018; SILVA et al, 2018a).

O processo de adoecimento envolve a ação do indivíduo para o aparecimento da doença, ou seja, parece existir uma associação entre indivíduos que adoecem quando passam a conviver com vícios e “maus hábitos”, negligenciando cuidados essenciais com o corpo. Inserem-se neste caso a falta de higiene e o convívio com a bebida, cigarro ou outros agentes tóxicos. Neste sentido, o meio ambiente e a má qualidade de vida contribui no desenvolvimento da doença. São exemplos deste caso, a alimentação pobre ou insuficiente, a poluição, as condições adversas de trabalho, a falta de recursos médicos e todas as formas de tensão presentes na luta pela sobrevivência em meio urbano (OLIVEIRA,2008).

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade, podendo estar localizada na epiderme, derme e/ou hipoderme. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. As lesões mais comuns são: manchas pigmentares ou discrômicas (que resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele); placa (lesão que se estende em superfície por vários centímetros); infiltração (aumento da espessura e consistência da pele, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto); tubérculo (pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz) e nódulo (lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho) (BRASIL, 2008; PESCADOR; SAKAE; MAGAJEWSKY, 2018).

Entre as doenças infecciosas, a hanseníase é considerada uma das principais causadoras de incapacidades físicas, em razão do seu potencial de provocar lesões neurais. Ela é capaz de determinar perda de sensibilidade nos olhos e redução da acuidade visual, bem

como diminuição ou perda de sensibilidade nas mãos e pés com lesões tróficas ou traumáticas pelo comprometimento neural (BRASIL,2018; SILVA et al.,2018b). Além das incapacidades físicas, a hanseníase também determina danos decorrentes do estigma que a doença carrega. A discriminação social, familiar acaba permitindo o aparecimento de marcas invisíveis, porém irreversíveis, que comprometem o emocional do portador (GONÇALVES et al., 2017).

As características clínicas e o risco de contagiosidade, a hanseníase pode ser dividida em quatro tipos: entre as paucibacilares: a forma indeterminada e a tuberculóide; entre as multibacilares, as formas virchowiana e dimorfa. A hanseníase indeterminada (HI) é a forma inicial, evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos ou evolui para as formas polarizadas em cerca de 25% dos casos, o que pode ocorrer no prazo de 3 a 5 anos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade, podendo ser acompanhada de alopecia e/ou anidrose (BRASIL, 2014).

A hanseníase tuberculóide (HT) é a forma mais benigna e localizada que aparece em pessoas com alta resistência ao bacilo. A lesão é geralmente única ou em pequena quantidade, de limites bem definidos, pouco elevados e com ausência de sensibilidade. Ocorre comprometimento simétrico de troncos nervosos, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. Próximos às lesões em placa, podem ser encontrados filetes nervosos espessados. Nas lesões e/ou trajetos de nervos pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia (BRASIL, 2014).

A hanseníase virchowiana (HV) é a forma mais grave, com anestesia dos pés e mãos. Nesse caso, a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica com mais facilidade. Esse quadro favorece os traumatismos e feridas, que por sua vez podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos). As lesões cutâneas caracterizam-se por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritemato-acastanhada ou ferruginosa, que podem se instalar também na mucosa oral. Pode, ainda, ocorrer acometimento da laringe, com quadro de rouquidão e de órgãos internos (fígado, baço, supra-renais e testículos), com comprometimento de elevado número de troncos nervosos de forma simétrica (BRASIL, 2014).

A hanseníase dimorfa (HD) é caracterizada por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver alternância ora de um, ora de outro tipo. A variedade de lesões cutâneas é maior, caracterizadas por placas eritematosas, manchas

hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos. As lesões mais características dessa forma clínica são denominadas lesões pré-foveolares ou foveolares, sobreelevadas ou não, com áreas centrais deprimidas e aspecto de pele normal. O acometimento dos nervos é mais extenso, podendo ocorrer neurites agudas de grave prognóstico (BRASIL, 2014).

Conforme Stefani (2008), o diagnóstico é baseado principalmente em manifestações clínicas. O autor relata que a escassez de sintomas no início da doença pode colaborar para erros no diagnóstico ou para o subdiagnóstico. O diagnóstico precoce e a iniciação do tratamento específico são importantes para diminuir fontes de transmissão e para prevenir doenças graves como a incapacidade e deficiência física. O diagnóstico clínico baseia-se na presença de um ou mais dos três sinais cardinais da doença: lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico. Esta definição não inclui os casos curados com sequelas. A sensibilidade do diagnóstico de hanseníase quando os três sinais cardinais estão presentes vão até 97% (ALVES et al., 2014).

O diagnóstico clínico tem início com uma anamnese, onde são colhidos dados sobre a história clínica (presença de sinais e sintomas) e a história epidemiológica (fonte de infecção) do paciente. A anamnese é realizada por meio de uma conversa com o paciente com objetivo de investigar os sinais e sintomas característicos da doença, como: dor nos nervos da mão (nervo ulnar, radial e medial) e nos nervos do pé (nervo tibial posterior e fibular). Deve-se levantar dados que levem à epidemiologia da doença (viagens onde possa ter ocorrido contato com alguma pessoa acometida pela hanseníase; se conhece alguma pessoa que tem ou já teve a doença); observar ocorrência de mancha, nódulo, dormência ou alteração de sensibilidade na pele. Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (BRASIL, 2012b; ALVES et al., 2014).

A baciloscopia serve como base para o diagnóstico, além disso, é um dos critérios de confirmação, que se baseia na detecção de bacilos álcool-ácido resistentes, em esfregaços de linfa e em biópsias de lesões de pele. O resultado é fornecido como índice baciloscópico (IB), no entanto, este teste não oferece especificidade e sensibilidade especialmente para formas paucibacilares (PB). O exame histopatológico de lesão de pele pode auxiliar o diagnóstico clínico, principalmente quando são evidenciados agressão neural e bacilos. O diagnóstico por exame baciloscópico é utilizado como auxílio para a classificação do paciente e também para

acompanhamento do tratamento. O exame positivo requer a visualização dos bacilos isolados ou em agrupamentos peculiares dos bacilos de Hansen (STEFANI, 2008; BRASIL, 2010).

O tratamento da hanseníase é realizado por meio da associação de medicamentos (poliquimioterapia – PQT) conhecidos como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, que deverá ser iniciado já na primeira consulta após o diagnóstico, desde que não haja contraindicações formais (alergia à sulfá ou à rifampicina). O portador da doença Paucibacilar (PB), com presença de até cinco lesões de pele e com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, e tomará 100 mg de Dapsona diariamente (em casa). O tempo de tratamento é de 6 meses. O paciente Multibacilar (MB) (com presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva) receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, 100 mg de Dapsona e de 300 mg de Clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente. O tempo de tratamento é de 12 meses. As medicações diárias deverão ser tomadas 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica e eventual abandono do tratamento por esse motivo.

Para o tratamento de crianças com hanseníase, são seguidas as mesmas instruções para o adulto, devendo-se considerar o peso corporal como fator mais importante do que a idade. O encerramento da Poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta (BRASIL, 2017).

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. A principal forma de prevenir as deficiências e as incapacidades físicas, é o diagnóstico precoce. O objetivo geral da prevenção de incapacidades é proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora de sua condição física, socioeconômica e emocional. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Essas ações devem ser inseridas na rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes. A prevenção e o tratamento das incapacidades físicas são realizados pelas unidades de saúde, mediante utilização de técnicas simples (educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, férulas, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos) (BRASIL, 2017).

## 4.2 HANSENÍASE – EPIDEMIOLOGIA

Três países com grandes populações, Índia, Brasil e Indonésia, notificam 81% dos pacientes recém-diagnosticados no mundo. Esses parâmetros classificam o Brasil como tendo alta carga para a doença, estabelecendo-se como o segundo no ranking do número de casos novos registrados no mundo. No continente americano, o Brasil é responsável por 90% dos casos da doença (OMS, 2016; BRASIL, 2018).

No Brasil, a distribuição espacial da hanseníase é heterogênea. Estados mais desenvolvidos socioeconomicamente da Região Sul alcançaram a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, com prevalência de menos de 1 caso para 100.000 habitantes. Porém, bolsões de alta carga da doença ainda permanecem nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, consideradas as áreas de maior transmissão da doença no país (FREITAS; DUARTE; GARCIA, 2017).

No que concerne à carga de adoecimento da população pernambucana, a hanseníase destaca-se e permanece hiperendêmica em menores de 15 anos. Em 2016, Pernambuco ocupava a 9ª colocação no país e a 3ª na Região Nordeste, com 27 casos por 100 mil habitantes, sendo classificado com risco muito alto. Nos menores de 15 anos, o estado ocupou o 5.º lugar nacional, apresentando-se como hiperendêmico. Quanto à Região Metropolitana do Recife (RMR), foi identificado 82% do total de casos diagnosticados, sendo a capital, o município de Recife, responsável por 88% dos casos (PERNAMBUCO, 2016).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Nacional - SINAN nos três níveis de atenção à saúde. As fichas de notificação de casos devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o (a) paciente foi diagnosticado (a). A estratégia para redução do número de casos da hanseníase baseia-se no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. As ações incluem: exame dos contatos intradomiciliares; vacinação com BCG para os contatos; mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

### 4.3 HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS

A hanseníase é uma doença de evolução lenta que acomete principalmente a população adulta. Crianças e adolescentes pertencem a grupos vulneráveis e a ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos é relevante indicador da magnitude da doença. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam uma queda no número de casos novos no mundo entre 2005 e 2015, embora tenham sido registrados 210.758 casos novos em 2015. A Índia ocupou o primeiro lugar com 127.326 casos novos e o Brasil o segundo, com 26.395 casos. A proporção de menores de 15 anos acometida pela doença em 2015 equivaleu a 8,9% dos casos novos no mundo e 7,35% dos casos no Brasil (OMS, 2016).

A detecção de hanseníase em menores de 15 anos indica uma transmissão ativa e recente da infecção na comunidade. Por isso, desde 2011, o Ministério da Saúde, em consonância com os objetivos da OMS, atua por meio do Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase (BRASIL, 2016)

A taxa de detecção de hanseníase na população menor de 15 anos é um importante indicador de fontes ativas da doença na população permite acompanhar o alcance da eliminação da doença e auxilia no processo de tomada de decisão, contribuindo para a melhora dos processos organizacionais de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2014).

Um estudo internacional realizado em Kerala, na Índia, identificou que, em 10 anos (2004-2014), houve uma diminuição insignificante dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos. Porém, mostrou um aumento dos casos de pacientes que necessitavam de tratamento multibacilar e um declínio dos que necessitavam de tratamento paucibacilar, indicando uma persistência de casos que apresentavam maior gravidade da doença em menores de 15 anos (SASIDHARANPILLAI; BINITHA, 2014).

Em áreas endêmicas, quando ocorrem casos na família o risco de crianças adoecerem aumenta. A permanência dos níveis elevados de endemicidade da hanseníase sugere que as crianças podem ser contatos de casos ainda não detectados pelo sistema de saúde. Apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outras instituições internacionais de saúde para eliminar a doença como problema de saúde pública, continua ocorrendo transmissão ativa da doença, corroborada pelo adoecimento de crianças e aumento do número de casos (PIRES et.al., 2012).

O maior tempo para diagnóstico ocasiona sequelas e deformidades e, dessa forma, a busca dos contatos constitui importante método para o diagnóstico precoce da doença na infância, quando os sinais clínicos nem sempre são fáceis de serem identificados e há grande

diversidade de formas clínicas em que a doença pode se apresentar. Para um adolescente que está numa fase de mudanças e adaptações, a hanseníase pode interferir na sua vida provocando evasão escolar, depreciação da autoimagem com conseqüente alteração da autoestima. A existência de preconceito relacionado à doença contribui para mudanças no convívio social do adolescente, interferindo na sua saúde mental, a qual não está preparada para enfrentá-lo e superá-lo (PIRES et al, 2012).

Identificar populações tão jovens com hanseníase significa ocorrência de bolsões de casos multibacilares sem diagnóstico e tratamento, bem como a fragilidade das políticas públicas de enfrentamento à doença. A avaliação de incidência de hanseníase em menor de 15 anos é importante indicador de qualidade de assistência de população exposta. Especialmente em áreas endêmicas como os municípios que estão localizados sobretudo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (LUNA et. al., 2013).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2008, o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em Menores de 15 Anos (PCID < 15), a ser preenchido pelos profissionais das unidades de saúde quando diagnosticado um caso de hanseníase nesta faixa etária. A consolidação dos dados do PCID < 15 de forma pode contribuir para a emissão de relatórios de incidência, de conferência e de acompanhamento. Os dados de incidência são importantes por permitirem informações sobre todos os casos notificados. A análise da situação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos amplia a discussão sobre a situação epidemiológica e problemas operacionais na rede de serviços de saúde, especialmente nesta faixa etária (FLACH et.al., 2011).

#### 4.4 HANSENÍASE E O ESTIGMA SOCIAL

A hanseníase foi considerada pelo Estado como uma doença em que o tratamento consistia no isolamento compulsório do indivíduo, que teve como conseqüências, dentre tantas, a exclusão social de muitos e a institucionalização do preconceito. Associada ao estigma, a doença significou a exclusão do convívio social em função do isolamento, por vezes durante toda a vida, dos portadores da doença (FARIAS; SANTOS, 2015).

Alves et al. (2014) mencionaram que, ainda hoje, por mais que a hanseníase tenha cura e que a transmissibilidade seja interrompida quando instituído o tratamento medicamentoso, o diagnóstico tende a assustar o paciente fazendo com que ele esconda da sociedade que tem a enfermidade. O diagnóstico faz emergir um conflito emocional negativo, alterando o equilíbrio psicológico do indivíduo que pode demandar tempo até que consiga tomar atitudes

diante das novas condições que a doença traz. Inicialmente a pessoa tende a não aceitar, isso pode estar ligado ao medo, ao preconceito, à discriminação e a características religiosas.

Pessoas atingidas pela hanseníase podem apresentar deficiências e, em consequência disso, limitações de atividades que conduzem a restrição na participação social devido ao estigma. No contexto da hanseníase, a restrição a participação relaciona-se às atitudes estigmatizantes com as quais a doença está envolvida, independente da fase em que se encontram as pessoas atingidas, bem como ao estigma percebido ou à baixa autoestima que as pessoas afetadas expressam (ALVES et al., 2014).

O estigma refere-se a processo de rejeição e exclusão com base na condição de saúde, status social ou padrão de comportamento do indivíduo. O acesso à informação é um fator determinante na construção de um estigma. A falta de conhecimento favorece a construção de crenças e mitos que podem gerar preconceito. Entender esses aspectos relacionados ao fenômeno do estigma é um subsídio importante para o planejamento de intervenções que visam reduzi-lo (VASCONCELOS et al, 2017).

As pessoas afetadas pela hanseníase são vítimas de estigma e discriminação. Isso tem impacto negativo no acesso ao diagnóstico, nos resultados do tratamento ou na atenção, além de afetar o funcionamento social. O estigma é uma causa importante de atraso do diagnóstico, o que facilita a transmissão da infecção nas famílias e nas comunidades. Portanto, foi introduzido um indicador para monitorar a discriminação das pessoas afetadas pela doença. As deformidades visíveis são uma das principais causas do estigma e do isolamento de pessoas na sociedade. A participação ativa na comunidade ajuda a minimizar o estigma e o preconceito que as deformidades e a exclusão social determinam. (OMS, 2016; BRASIL, 2018).

Os melhores resultados no combate à hanseníase envolvem intervenções que privilegiam a associação entre recursos pessoais, familiares, comunitários e governamentais capazes de conduzir ao sucesso mais permanente e contínuo das estratégias de enfrentamento. Desse modo, a OMS também alerta para a importância de se encontrar soluções inovadoras quanto ao monitoramento de contatos, gestão dos programas, colocando em prática os princípios da Resolução das Nações Unidas sobre a eliminação do estigma e da discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias, com combate ao estigma e ao preconceito com os portadores da doença, bem como a reinserção social deles em suas comunidades ((BRASIL, 2010b; ALVES et al.,2014).

Assim, apesar de todo o conhecimento já existente, ainda se observa grande carga de estigma e preconceito quanto a essa doença, o que dificulta a execução de medidas de

prevenção e controle da hanseníase. Nesse caso, o uso da educação em saúde é um instrumento necessário para o esclarecimento de suas reais consequências e, especialmente, de suas formas de prevenção, de modo a desmistificar os aspectos negativos, tais como incurabilidade, mutilação, rejeição e exclusão social (COROLIANO, 2012).

#### 4.5 PROMOÇÃO À SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

Em 1986, no Canadá, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, construindo o alicerce para o moderno movimento de reorientação das políticas públicas de saúde. Como resultado da conferência foi elaborado um documento denominado Carta de Ottawa, na qual foi enfatizado que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na delimitação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. A partir de então a promoção da saúde passa a ser considerada como uma das estratégias de produção de saúde e prevenção de agravos e o Ministério da Saúde do Brasil propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes (BRASIL, 2010c).

Para compreensão da promoção da saúde no contexto das atividades educativas, é necessário primeiro refletir sobre o que ressalta Maciel (2009), quando explica sobre o conceito de educação. O autor afirma que a educação está presente a todo o momento na vida do ser humano, atividade que prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de ambas as partes. Explica também que é processo complexo e não existe uma definição única. O autor explica ainda que a educação em saúde teve seus conceitos e propósitos adaptados conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor saúde e foram também influenciadas pelas transformações ocorridas nos processos pedagógicos.

A educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas mudarem seus hábitos para que assimilem práticas higiênicas e recomendações médicas que são capazes de evitar o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde consiste em ajudar a população a compreender as causas das doenças e organizarem-se para superá-las. Assim, a educação em saúde deixa de ser apenas mais uma oferta pontual dos serviços para a

população e passa compreendida numa perspectiva inerente às práticas da população, integrando a participação popular no seu cotidiano (GOMES, MERHY, 2011).

O cenário da saúde brasileira caracteriza-se pela simultaneidade da permanência de ações e programas verticais e, ao mesmo tempo, a abertura para políticas transversais como a Política Nacional de Humanização do SUS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Nesse contexto, a educação em saúde apresenta uma abertura para a participação dos movimentos sociais populares comprometidos com transformações nas condições de vida da população, apresentando, como eixos agregadores, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e na interlocução entre os saberes e práticas (BONETTI, PEDROSA, SIQUEIRA, 2011).

#### 4.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR DE PAULO FREIRE

O educador Paulo Freire fundamentou sua abordagem de ensino na crença de que o educando necessita perceber-se como sujeito ativo na construção do conhecimento, ao articular arenas dialógicas, críticas e reflexivas, propícia a troca de conhecimentos populares e científicos, em contraposição a educação bancária, tecnicista e alienante, combatida por ele. Freire destacou-se por seu trabalho na área da educação popular, voltada para a escolarização como a formação da consciência política. Para alcançar estes objetivos, desenvolveu um método, destinado à alfabetização de jovens e adultos.

Segundo Freire (2014), o homem é um ser social e por isso, a consciência e transformação do meio deve acontecer em sociedade, para ele, ensinar a pensar e problematizar sobre a sua realidade é a forma correta de se produzir conhecimento. Na “educação problematizadora”, o educando terá a capacidade de compreender e comprometer-se como um ser social. Assim, a prática pedagógica para a libertação deve ser constituída de intencionalidade, ou seja, deve ser consciente, reflexiva, crítica, emancipadora, que emerge do diálogo (FREIRE, 2013; 2014; 2015).

A “dialogicidade”, essência da educação como prática de liberdade, defendida por Freire (2014), significa que na prática pedagógica problematizadora, o professor aprende enquanto ensina pelo diálogo com os educandos, ou seja, ensina e aprende a refletir criticamente. A educação é dialógica e seu fundamento é o “amor”, porque o amor é um ato de coragem, é um compromisso com os homens, com a sua causa. O diálogo existe porque há “amor, fé e esperança no homem”. Fé na capacidade dos homens em “ser mais”. E nesse

clima de confiança, o diálogo “horizontal” acontece e o planejamento do conteúdo programático se estabelece a partir do cotidiano dos alunos. Tem que haver uma conexão real.

Educação e investigação temática, na concepção problematizadora da educação, tornam-se momentos de um mesmo processo, como uma ação cultural. A educação emancipadora emerge da colaboração, da união, da organização e da síntese cultural. A colaboração implica na união de sujeitos que pronunciam o mundo e buscam a transformação, por meio de uma relação de diálogo. A união da massa oprimida se faz necessária e é papel do representante dessa classe mantê-la unida na comunhão do pensamento crítico e problematizado, de modo a ganhar força de transformação e superação de uma cultura alienada e alienante (FREIRE, 2014).

A análise da relação da educação em saúde com a educação popular, embasada nos pressupostos freireanos, deve ser iniciada por uma reflexão sobre as intervenções em saúde. Tais intervenções não são inócuas, ou seja, ocorrem sempre em um contexto social e político e por isso estão impregnadas pelas correntes de pensamentos presentes num dado momento histórico de sua existência. De modo semelhante, as intervenções educativas são permeadas por uma ou mais correntes pedagógicas e sofrem influência das correntes de pensamento, do público alvo, das ações e do contexto em que convivem. Nesse sentido, a Educação popular emerge do enfoque das teorias críticas da educação (libertadora, a escola libertária e a crítico social dos conteúdos), na qual ocorre crítica sobre o papel do educando da sociedade e à realidade apresentada. O educador tem papel de moderador e a metodologia é mais flexível e discutida. Esta abordagem tem como um de seus expoentes Paulo Freire (LIBÂNEO, 1989).

O processo de educação dialógica e problematizadora, proposta por Paulo Freire, inspira ações de promoção à saúde porque convida, estimula e envolve os sujeitos na transformação das suas realidades sociais em busca de melhores condições de saúde, através do engajamento comunitário. Saúde e educação caminham juntas, não podem ser dissociadas, se articulam enquanto práticas sociais. Os indivíduos devem ser convidados a problematizar o cotidiano de saúde, num movimento que implicará num engajamento e comprometimento com as ações de transformação (FERNANDES; BACKES, 2010).

O grande exemplo do Método Paulo Freire na Educação em Saúde é promover a mediação como modelo para as novas relações nas práticas de saúde. Desse marco conceitual emerge a Educação Popular em Saúde (EPS), adotada como “diretriz teórica e metodológica da política de Educação em Saúde do Ministério da Saúde” do Brasil (NERY, VAS.; NERY, IG.; NERY, WG., 2012).

A Educação Popular em Saúde constitui um conjunto de práticas e saberes populares e tradicionais que, segundo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), apresenta-se como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

No campo da Educação Popular em Saúde não é possível desvincular as condições concretas da vida da população das condições de saúde. E os que vivenciam estas condições concretas possuem a capacidade de tecer explicações, de vocalizar suas necessidades e de desenvolver estratégias diversas de enfrentamento e produção de cuidado. Um dos pressupostos da educação popular em saúde é o de que qualquer conhecimento a ser construído sobre a saúde dos diversos grupos populacionais deve levar em conta sua dinâmica e incorporar também o conhecimento que estes mesmos grupos produzem, a partir de sua vida concreta. Os autores destacam que é preciso retornar ao pensamento de Paulo Freire como forma de pensar de modo coletivo, através do diálogo, como pressuposto da relação pedagógica e o reconhecimento das diversas formas de construir saberes na relação educativa como processo que contribui para o protagonismo dos sujeitos (DAVID; BONETTI; SILVA, 2012).

#### 4.7 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E OS DESAFIOS PARA TRANSFORMAR A REALIDADE

Nos ciclos das doenças transmissíveis as pessoas são importantes porque é a sua ação, ou não ação, em um ambiente particular, que irá permitir a sua transmissão ou controle. Contudo, as ações de tratamento, prevenção ou controle dessas enfermidades foram formuladas para dar pouca ênfase às pessoas. A resistência dos seres humanos na adoção de comportamentos preventivos pode requerer uma mudança em programas de controle de doenças e sua monitorização. Uma coisa importante a considerar aqui é a educação, mas uma educação que visa não apenas superar a resistência dos indivíduos, mas incentivá-los a participar ativamente das ações de prevenção e controle.

Segundo Briceño-León (1996), dois princípios devem nortear qualquer ação de educação para a saúde: a) conhecer o ser humano; b) contar com os seres humanos. Conhecer o ser humano envolve a compreensão de suas crenças porque, para efeito do entendimento do comportamento das pessoas, a realidade é como as pessoas pensam e, o que elas pensam nem sempre coincide necessariamente com o que outra pessoa também pensa ou com aquilo que foi cientificamente comprovado. Este conhecimento de crenças requer explorar seus hábitos e

formas tradicionais de vida, ou seja, circunstâncias em que vivem as pessoas. O outro princípio envolve contar com a participação dos seres humanos, este princípio parte da premissa que ninguém pode proteger a saúde de outra pessoa, se esta não quer fazê-lo por si mesmo. Assim, há que se considerar que os programas de saúde não podem ser impostos à comunidade, sem ou apesar da vontade dos indivíduos.

De acordo com essas premissas, surge então o questionamento: por que as pessoas atuam desta ou daquela maneira? Há muitas teorias diferentes nas ciências sociais. Existem várias abordagens na chamada Teorias da Ação, algo que durante anos tem motivado estudos de sociólogos, psicólogos e cientistas políticos. Destes estudos emergiram duas correntes de pensamento: aqueles que dizem que as pessoas agem pelas circunstâncias e a outra que leva a crer que as pessoas agem em função de seus valores e crenças. Segundo Briceño-León (1996), a tendência é buscar trabalhar com ferramentas para promover a combinação das duas linhas e propor modelos de transformação de seres humanos e suas circunstâncias.

Então como é possível compreender o homem e suas circunstâncias guiando-se por duas linhas de pensamento diferentes? Como saber o que pode induzir uma pessoa a assumir responsabilidades e agir nos programas de saúde, seja na família ou comunidade? Segundo Briceño-León (1996) quando falamos de educação para a participação da comunidade em programas de saúde, estamos pensando em como é possível usar o conhecimento de teorias de ação individual e social para a mudança no comportamento dos indivíduos. Para este autor, será a educação para a participação comunitária a estratégia que permitirá usar o conhecimento que deriva da pesquisa científica, para promover as mudanças de comportamento do ser humano de modo a contribuir para o controle das doenças. Para tanto, segundo o autor, são sete as premissas que envolvem a educação para a participação: I- A educação não é apenas o que é ensinado em programas educacionais, mas em toda a agenda da saúde; II- A ignorância não é um buraco a ser preenchido, mas uma plenitude de ser alterada. III- Não existe um que sabe e outro que não sabe mas, dois que sabem coisas distintas; IV- A educação deve ser dialógica e participativa; V- A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas; VI- Educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento esforço-resultado porque se você quiser obter as pessoas envolvidas e motivadas a agir, você deve acreditar que esta ação terá um resultado; VII- A educação deve estimular a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Aprofundando a análise da Tese II, relativa a ignorância e transformação dos indivíduos, Briceño-León (1996) ressaltou que o objetivo da educação não é preencher a lacuna da ignorância, mas transformar o conhecimento anteriormente existente no indivíduo

(cognitivo e comportamental). É muito importante explorar saberes e práticas, para assim identificar claramente a matéria-prima sobre a qual iremos desenvolver o trabalho educativo. Não é só a informação que faz com que as pessoas mudem as suas atitudes e posteriormente o seu comportamento. Existem várias evidências de que isso não ocorre desse jeito. O que faz as pessoas agirem de uma ou de outra maneira é muito mais complexo do que as simples informações que elas possuem sobre um determinado campo do saber.

O exemplo do que foi mencionado, foi descrito por Koppart e Raju (1995) em estudo realizado com 1199 membros de duas comunidades da Índia, Andhra Pradesh e Orissa. Os autores exploraram o impacto do conhecimento sobre as atitudes em relação a hanseníase. Os resultados mostraram que, em geral, um nível elevado de conhecimento não necessariamente gerou atitudes positivas. Houve uma atitude geral negativa, apesar de 35% a 50 % dos participantes com elevado nível de conhecimento.

Nicholls, Wiens e Smith (2003) realizaram estudo no Paraguai com o objetivo de explorar os fatores que contribuem para o atraso retardado na identificação dos casos de hanseníase. Os autores evidenciaram que as crenças tradicionais, que persistem em relação à saúde não estão dentro do controle próprio de um indivíduo.

As crenças tradicionais diminuem a importância dos primeiros sintomas da hanseníase e faz com que as pessoas permanecem inconscientes da necessidade de ajuda. O estigma continua a impactar as pessoas afetadas pela hanseníase e muitas pessoas preferem os tratamentos oferecidos pelos terapeutas naturais. Os resultados sugerem que a educação em saúde deve desempenhar um papel central na difusão do conhecimento e lidar com as atitudes da comunidade em geral para conseguir mais avanços substanciais nas atitudes e comportamentos tradicionais relacionados à doença.

Em outros estudos, a exemplo a pesquisa desenvolvida com a prevenção de câncer de pele (LOESCHER et al., 1995) evidenciou que, apesar do aumento do conhecimento do público em geral sobre os perigos da excessiva exposição aos raios solares, os programas educativos não obtiveram efeito na alteração de comportamentos relativos ao uso de protetores solares, ou de vestuário protetor.

Estudo desenvolvido no Brasil por Lira et.al. (2012) mostrou que os pacientes que afirmaram conhecer a doença e seu tratamento não estavam realmente conscientes dos princípios da terapia e evidenciaram nível baixo de adesão ao tratamento. Ressaltaram que a identificação das principais razões pelas quais os pacientes não aderem corretamente ao tratamento vai ajudar os profissionais da saúde a encontrar soluções rápidas e eficazes para resolver esta importante questão.

#### 4.8 AS INTENÇÕES PREVENTIVAS E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS

A crença sobre a forma como as doenças podem ser prevenidas e o nível de controle que os indivíduos sentem que tem sobre os fatores que podem afetar a sua saúde refletem na percepção de quais medidas preventivas podem reduzir a probabilidade de eventos adversos. Conforme Smith et al. (1999), o aparente insucesso de campanhas de prevenção, ou de programas de intervenção, em produzir alterações do comportamento ilustra a necessidade de identificar fatores que podem ter uma maior influência na promoção de comportamentos preventivos. Neste sentido, a aplicação de modelos de cognição social baseados em crenças individuais sobre a saúde e a doença pode contribuir para a identificação destes fatores e a forma pela qual estes podem influenciar a intenção de adotar comportamentos preventivos.

Nos últimos 30 anos, diversas teorias relacionadas ao comportamento dos indivíduos foram criadas com o objetivo de explicitar e prever comportamentos diversos. No século XIX os profissionais de saúde se preocupavam com o meio ambiente – água, ar, alimentos, excrementos – enquanto elemento principal no aparecimento das doenças – provocadas pelos “miasmas” – e que estavam na origem de grandes epidemias como a tuberculose. Em meados do século XX essa preocupação passou para as pessoas (o seu comportamento) enquanto elementos ativos e decisivos no processo de adoecer ou de ser saudável (RIBEIRO, 2004).

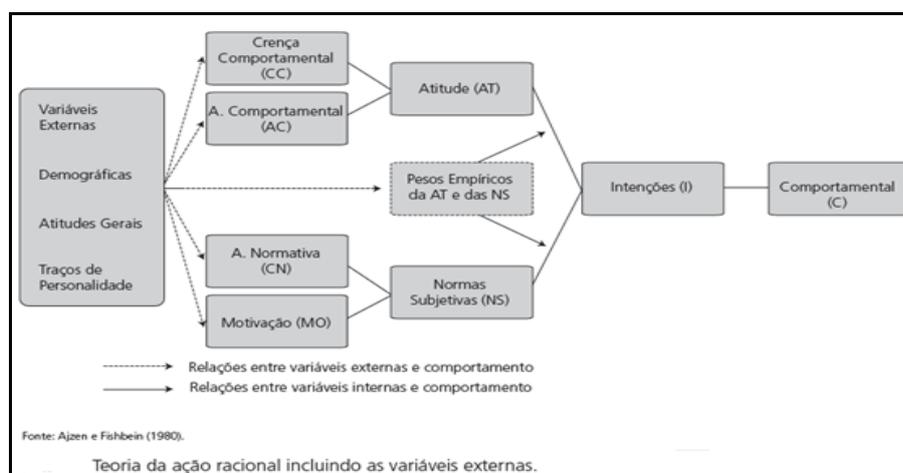
Embora o conhecimento constitua um pré-requisito importante para a expressão de um comportamento, não é possível afirmar que este será concretizado em mudanças comportamentais. Por vezes existe um distanciamento entre aquilo que os indivíduos acreditam, conhecem e o modo como se comportam. É inegável o valor da promoção da saúde, como forma de auxiliar os indivíduos na aquisição de habilidades sócio-cognitivas e emocionais que promovam adoção de comportamentos positivos à saúde. Nesse sentido, a educação para a saúde, implementada por meio de metodologias de aprendizagem dinâmicas e inovadoras, é capaz de fazer frente à complexidade dos principais problemas de saúde da população (VASCONCELOS, RAPOSO, MONTEIRO, 2006).

#### 4.9 ATITUDES, INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS À LUZ DA TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é uma extensão da Teoria da Ação Racional (TAR), desenvolvida com o objetivo de explicar o comportamento social. A TAR acolhe o conceito de que os seres humanos são racionais e, para que decidam pela realização de alguma ação, utilizam as informações disponíveis, avaliando as implicações de seus comportamentos, especialmente quando estes estão sob domínio volitivo, ou seja, quando a ação depende da vontade do indivíduo (AJZEN; FISHBEIN, 1970, 1977, 1980;. AJZEN, 1991).

Na concepção da TAR, o melhor preditor de um comportamento é a intenção comportamental, que por sua vez é determinada pela atitude em relação ao comportamento e percepções normativas sociais em relação ao mesmo (AJZEN; FISHBEING (1980), conforme apresentado na figura abaixo.

**Figura 1** - Teoria da Ação Racional e as variáveis externas.



Fonte: AJZEN; FISHBEING (1980)

A análise da intenção fornece indicações de quanto as pessoas estão dispostas a tentar, de quanto esforço estão planejando exercer, a fim de executar um comportamento. As intenções são os preditivos mais fortes para pessoas envolverem-se em um comportamento ou para atingir seus objetivos comportamentais. No entanto, o grau de sucesso na adoção de um comportamento para o qual se tem forte intenção de realizar, depende não apenas do desejo ou da intenção, mas também de fatores parcialmente não-motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários (AJZEN, 1991).

Na TAR, para a compreensão do comportamento é preciso identificar dois aspectos responsáveis pelas intenções comportamentais: as atitudes, relacionadas ao aspecto pessoal e as normas subjetivas, referentes à influência social. Além desses dois aspectos, a teoria considera as crenças individuais, a ponderação das implicações do comportamento, a motivação que direciona o indivíduo a concordar com as pessoas que lhe são importantes e as variáveis externas (aspectos demográficos, traços da personalidade, etc) (AJZEN, 1985).

Segundo Ajzen e Fishbein (1980), para uma melhor compreensão das intenções, faz-se necessário entender porque as pessoas possuem certas atitudes e normas subjetivas, as quais são determinadas pelas crenças. Para Fishbein e Ajzen (1980), as crenças formam a base da estrutura conceitual da TAR. São aprendidas através de processo inferencial, de informações recebidas e/ou de observação direta. Servem como base de informação para fazer julgamentos, avaliações e tomar decisões. As crenças são entendidas como subjacentes às atitudes e às normas subjetivas, o que, em última instância, as coloca como determinantes de intenções e comportamentos. Enfim, os autores consideram que o ato de um indivíduo é o resultado parcial de suas crenças, a avaliação das consequências e a motivação para realizá-lo.

Dois tipos de crenças são descritas na TAR. As Crenças Comportamentais (CC) que são descritas como capazes de influenciar as atitudes (AT) em relação ao comportamento e referem-se à percepção das prováveis consequências do comportamento. As CC e a avaliação das consequências resultam na AT, e esta atitude refere-se ao grau em que a pessoa tem uma avaliação favorável ou desfavorável do comportamento em questão. As Crenças Normativas (CN) correspondem às expectativas de outras pessoas sobre a adoção do comportamento pelo indivíduo e a motivação que o indivíduo tem para concordar com estas pessoas. As CN resultam em pressão social percebida ou norma subjetiva para cumprir as expectativas. A intenção comportamental pode ser modificada em qualquer momento e mudar o curso da ação, ou seja, as modificações nas crenças salientes e as novas informações podem influenciar na mudança de intenções (AJZEN, 1991; BECK; AJZEN, 1991).

Na área de saúde, a TAR foi aplicada com o objetivo de compreender por que as pessoas executam determinados comportamentos de saúde, em razão da possibilidade de conhecimento das intenções de um dado comportamento em uma determinada população, possibilitando aos programas e políticas de saúde a utilização de estratégias mais eficazes e resolutivas para a adoção de comportamentos mais saudáveis (CHAVES, 2016).

Para mensuração da intenção em relação a um determinado comportamento, é aconselhado que, num primeiro momento, sejam elucidadas as crenças relevantes e a partir disso, ao distinguir as crenças, torna-se essencial conhecer a força da crença comportamental,

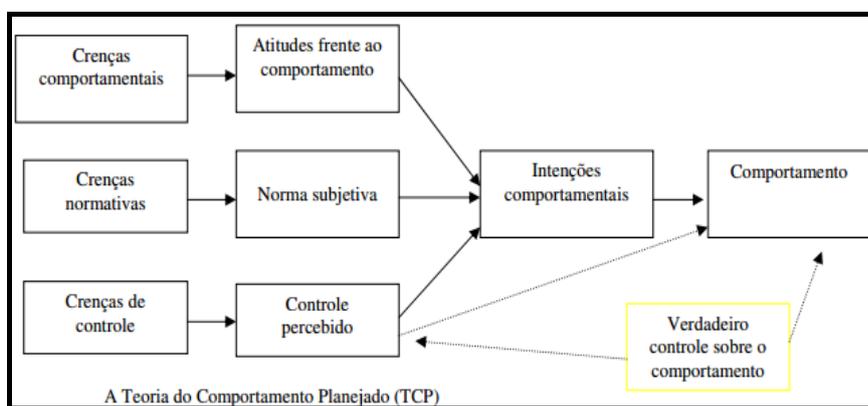
definindo o grau de confiança do indivíduo em relação ao comportamento em questão e sua relação com uma consequência específica (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

No entanto, para alguns comportamentos, os indivíduos não têm completo controle volitivo. Isto porque, alguns fatores que podem influenciar o controle volitivo, como acesso à informação, competências e habilidades, oportunidade e dependência de outras pessoas para realizar uma ação. Por esse motivo, a TAR acabou por ser modificada e expandida, dando origem à Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (AJZEN, 1985) para suprir o problema do controle do comportamento. Mudanças foram introduzidas na teoria para explicar limitações do modelo original ao lidar com comportamentos que sofrem influência da crença do indivíduo na capacidade de desempenhá-lo (AJZEN, 1991; BECK, AJZEN, 1991).

Na Teoria do Comportamento Planejado (TCP), além das CC e CN, outra variável de predição foi incorporada, as crenças de controle (CCt), que precisam ser avaliadas na presença de situações que possam promover ou evitar o desempenho do comportamento. Essa variável relaciona-se diretamente à percepção que o indivíduo possui sobre o controle do comportamento (controle comportamental percebido), ou seja, representa a crença do indivíduo sobre o grau de facilidade ou dificuldade em executar uma determinada ação, ou melhor, se acredita ser capaz de realizar o comportamento que se deseja.

Portanto, a maior diferença entre a TAR e a TCP é a adição de um terceiro antecedente das intenções, o controle comportamental percebido que, por sua vez, é determinado por dois fatores: crenças de controle e força percebida. Se o indivíduo, por exemplo, tem baixa percepção de controle, provavelmente terá crenças de controle que impedirão seu comportamento. Essa percepção pode refletir experiências passadas ou, ainda, a antecipação de circunstâncias e atitudes que influenciam normas internas dos indivíduos (MARTINS; SERRALVO; JOÃO, 2014), conforme apresentado na figura abaixo:

**Figura 2** – Teoria do Comportamento Planejado e as intenções comportamentais

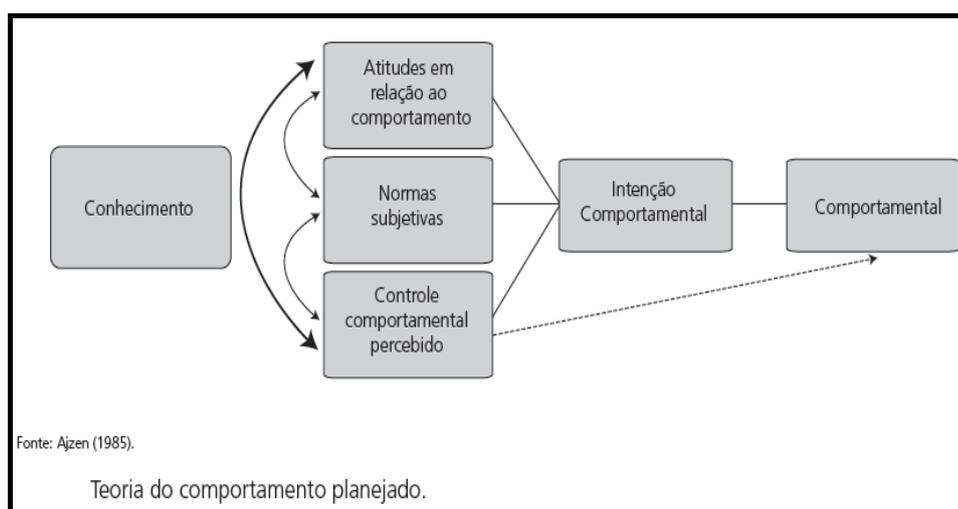


Fonte: (AJZEN, 1991)

De acordo com a TCP, três tipos de crenças podem influenciar a ação humana: as crenças comportamentais, as normativas e as de controle (AJZEN; FISHBEIN, 2000); com a mesma espontaneidade das duas primeiras, pressupõe-se que as percepções sobre o controle comportamental surjam naturalmente. Assim, ao combinar as atitudes em relação ao comportamento, normas subjetivas e a percepção do controle comportamental, surgem as intenções comportamentais. Nesse sentido, é preciso verificar que mesmo quando o indivíduo está de acordo com a importância de adotar certo comportamento e avalia as implicações da eventual ação como positivas, a possibilidade deste indivíduo executar uma ação preventiva é escassa, caso a percepção de controle seja muito baixa. Dessa maneira, a percepção de controle tem se comprovado um importante componente preditor (AJZEN, 1985; BAMBERG; AJZEN; SCHMIDT, 2003).

Segundo TCP, quando o foco são as atitudes, as normas percebidas e a crença na capacidade de causar mudanças, os resultados expressos em comportamentos podem ser mais eficazes. Nesse sentido, a opção de maior sucesso sobre a possibilidade de mudança de comportamento seria persuadir as pessoas a modificarem as próprias intenções, com grande atenção às atitudes, às normas subjetivas e ao controle percebido. De maneira geral, a intenção do indivíduo em manifestar tal comportamento só se apresentará efetivamente a partir do momento em que a atitude, a norma subjetiva (em se tratando de um comportamento) e o controle comportamental percebido também forem significativos (AJZEN, 1985), conforme apresentado na figura abaixo.

**Figura 3 - Teoria do Comportamento Planejado e a construção do conhecimento**



Fonte: AJZEN (1985)

Resumidamente, segundo Martins, Serralvo e João (2014) os construtos dessa teoria podem ser resumidos em:

- a) ação ou comportamento – que é a transformação de uma intenção ou de um comportamento percebido em ação;
- b) intenção de comportamento – é a indicação de quanto de esforço deve ser utilizado ordenadamente para realizar um comportamento, sendo influenciado por três componentes: a atitude, a norma subjetiva e o controle comportamental percebido;
- c) atitude – é o primeiro determinante de intenção de comportamento, que consiste na avaliação favorável ou desfavorável do comportamento em questão;
- d) norma subjetiva - é o segundo preditor da intenção de comportamento, influenciada pela forma como as pressões sociais são percebidas pelo indivíduo (crenças normativas) para adotar ou não um determinado comportamento. Isso é levado em conta pelo indivíduo e o motiva a assumir ou não determinado comportamento;
- e) controle comportamental percebido – é o terceiro antecedente da intenção de comportamento. Pode ser definido como a crença individual sobre o quanto é fácil ou difícil adotar um determinado comportamento, refletindo-se, normalmente, num momento presente.

A teoria do comportamento planejado é, provavelmente, o quadro teórico dominante para explicar o relacionamento entre cognição e comportamento na psicologia social (COOKE; SHEERAN, 2004). TCP é considerado um modelo social-cognitivo validado para identificar as crenças que podem ser usadas para informar intervenções capazes de promover mudanças no comportamento. A TCP é uma estrutura útil para projetar intervenções de mudança de comportamento e para explicar os mecanismos pelos quais se espera que as intervenções exerçam seus efeitos sobre o comportamento (DE LEEUW et.al., 2015; STEINMETZ et.al., 2016).

Apesar da pequena quantidade de estudos realizados no Brasil, em comparação a outros países, a teoria encontra significativo poder de explicação dos comportamentos investigados e aponta para a necessidade de aprofundamento dos estudos sobre a TCP no Brasil como forma de compreender melhor o comportamento do brasileiro. Ao considerar a quantidade de problemas sociais enfrentados no Brasil e as profundas mudanças nos padrões de comportamento do brasileiro nos últimos anos, torna-se essencial investigar a validade da teoria do comportamento planejado e de outras teorias de ação no país, o que pode contribuir para a elaboração e implantação de políticas públicas na promoção à saúde da população, com ênfase nas estratégias de educação em saúde.

A TCP tem sido usada em mais de 1000 estudos independentes e os resultados apoiaram fortemente a teoria para compreender comportamentos relacionados às dependências químicas (como o uso de álcool, drogas e cigarros), hábitos alimentares, higiene bucal, infecção pelo vírus HIV, uso de automóveis e assistência médica. A teoria tem mostrado uma forte utilidade preditiva para uma grande gama de comportamentos, incluindo comportamentos relacionados à saúde (CONNER; SPARKS, 1996), sexo antes do casamento (GODIN, 1994), consumo de bebidas alcoólicas (CONNER; WARREN; CLOSE, 1999), intenção de realizar dietas e fazer exercícios físicos (ZEMORE; AJZEN, 2014).

De acordo com o modelo original da teoria, as pessoas são seres racionais que normalmente agem de acordo com suas intenções, utilizando informações disponíveis e avaliando as implicações do seu comportamento a fim de decidirem sua realização (CHAVES, 2016).

#### 4.10 ESTUDOS PSICOMÉTRICOS – CONCEITOS E IMPORTÂNCIA PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A psicometria pretende estudar fenômenos psicológicos. Representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais aplicada em diversas áreas. Ela se fundamenta no método quantitativo que tem, como principal característica e vantagem, o fato de representar o conhecimento com maior precisão. De um modo geral, ela procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos em itens de um determinado teste ou escala e considera como mais importantes parâmetros de legitimidade a validade e a precisão (PASQUALI, 2009).

A verificação das evidências de validade pode ser realizada por meio de conteúdo, critério e construto. A validade de construto ou de conceito verifica a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno a ser mensurado. A validade de critério é a correlação existente entre a medida avaliada em relação à outra medida ou instrumento que serve como parâmetro de avaliação possuindo atributos semelhantes e por fim, a validade de conteúdo, faz associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, bem como representa a extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe investigar, apresentando duas etapas: a primeira constitui o desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a análise e julgamento por especialistas (MEDEIROS, 2015).

A precisão relaciona-se ao problema de estabilidade no tempo e ao problema de consistência interna do instrumento. Elas também consideram que “uma escala ou teste é

fidedigno se repetidas mensurações são obtidas em condições constantes e dão o mesmo resultado, supondo nenhuma mudança nas características básicas, isto é, na atitude que está sendo medida” (OTATI, 2003).

Pasquali (2010) em seu modelo além de tratar da teoria da elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicos envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, com a composição de três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). O primeiro procedimento contempla a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida, isto é, a definição das suas propriedades, a concepção da dimensionalidade desse atributo, bem como a sua definição constitutiva e operacional, a construção dos itens e a validação de conteúdo. O segundo consiste nas etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto, bem como na colheita de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento; e o terceiro são os procedimentos analíticos, que determinam as análises estatísticas dos dados com vista à validação do instrumento desenvolvido (MEDEIROS, 2015).

Além disso, para o julgamento dos itens de um instrumento existem doze critérios, relacionados com o referencial metodológico de Pasquali que dão subsídio para a validação de conteúdo desse instrumento, embora atinjam o campo da validação aparente, uma vez que avaliam propriedades psicométricas do instrumento, que indicam se os itens são compreensíveis à população alvo. Esses constituem-se em critério comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio (MEDEIROS, 2015).

Na área da saúde, pesquisadores têm desenvolvido instrumentos importantes e de grande aplicabilidade mensurando diversos aspectos como: dor, qualidade de vida, capacidade funcional, estado de saúde, vitalidade e limitações, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, dentre outros. Os especialistas apontam que esses instrumentos para avaliação só são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando demonstram boas propriedades psicométricas (COLUCI; ALEXANDRE; MIRANDA, 2015).

Por meio da necessidade de conhecer a realidade social de uma comunidade para auxiliar o desenvolvimento de ações que conduzam a novos hábitos, o desenvolvimento e aplicação de instrumentos proporcionam uma sondagem acerca do que se busca compreender de forma efetiva, auxiliar no desenvolvimento de um levantamento, mapear e conhecer a realidade social do comportamento (MONTEIRO; ANDRADE; CASTRO, 2018).

Esta iniciativa poderá, inclusive, subsidiar novas ações na Educação em saúde, assim como, no campo de Gestão e Políticas Públicas de saúde, por ser abrangente e de fácil aplicação. A educação em saúde é um veículo de socialização de conhecimento por meio da reflexão com o objetivo de despertar a necessidade do indivíduo a adotar medidas relacionadas ao seu bem-estar e assim levando a melhorias na condição de vida e saúde da população, considerada como a principal forma de promoção a saúde e consequente prevenção de doenças.

#### 4.11 A ESTRATÉGIA DOS CÍRCULOS DE CULTURA NA FORMAÇÃO DAS INTENÇÕES PREVENTIVAS

A Educação em Saúde, envolvida em estratégias de promoção à saúde voltada para a conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (MONTEIRO, VIEIRA, 2010).

No Brasil, estudiosos da área da saúde têm se apropriado das ideias de Paulo Freire, propondo novos modelos de formação e ação no sistema de saúde. Na dimensão internacional, vêm sendo abordados por aqueles que descrevem as ideias freireanas, direcionada para a noção do “empowerment” e sua contribuição com as estratégias da promoção da saúde. Neste contexto, as pessoas são encorajadas a tomar decisões a respeito de temas que possam melhorar suas vidas, solicitando a participação dos profissionais para interferir neste processo (HEIDEMANN et al., 2010).

Os Círculos de Cultura foram concebidos na década de 60 como grupos compostos por trabalhadores populares que se reuniam sob a coordenação de um educador com a finalidade de discutir assuntos temáticos, do interesse dos próprios trabalhadores, cabendo ao educador-coordenador a responsabilidade pela temática trazida pelo grupo (MELO, DANTAS, 2012).

Segundo Brandão (2005), o Círculo de Cultura constitui um grupo de trabalho, de pensar juntos, em equipe, que experimentam uma vivência participativa com ênfase no diálogo, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos ensinam e aprendem, a mesmo tempo. Nos Círculos de Cultura é possível extrapolar o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar.

Os Círculos de Cultura, de acordo com Freire (2015), eram espaços em que dialogicamente se ensinava e aprendia, lugar em que se produzia conhecimento em lugar da justaposição ou da superposição de conhecimento. Nos grupos ou Círculos de Cultura, novos conhecimentos deveriam ser produzidos, buscando-se coletivamente, respostas e soluções para os problemas e sofrimentos enfrentados pelas comunidades.

Nos Círculos de Cultura, de acordo com Padilha (2015) ocorre o encontro entre as pessoas ou grupos de pessoas que se dedicam ao trabalho didático-pedagógico ou a outras vivências culturais e educacionais, visando a um processo de ensino e de aprendizagem, em qualquer que seja o espaço onde isso aconteça. Isso significa que os Círculos de Cultura servem não só para a educação formal, mas também para qualquer iniciativa educacional, dentro da sala de aula ou em outros espaços onde acontece o encontro entre pessoas que aprendem e que, ao fazê-lo, ensinam algo umas às outras. Num Círculo de Cultura, todos os participantes de podem pesquisar, pensar, praticar, refletir, sentir, deliberar, ser, plantar, agir, cultivar, intervir e avaliar o seu fazer, num movimento permanentemente dialógico.

O desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o animador buscam, no universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles(as) vivem, as palavras e temas centrais de suas biografias; b) a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido; e c) a problematização, por meio de que eles(as) buscam superar a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido (LIMA, 1979).

Para fundamentar uma aplicação de Círculos de Cultura em uma perspectiva inclusiva de ações de educação em saúde, Monteiro e Vieira (2008; 2010), propuseram a realização de oito etapas cíclicas e inter-relacionadas, exequíveis para construir conhecimento coletivo em saúde mesmo com as populações com menores acesso a educação formal. O delineamento metodológico encontra-se alicerçado no desenvolvimento da conscientização, a partir da relação ação reflexão ação em saúde.

Círculo de Cultura é um lugar onde todos têm a palavra, onde todos lêem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento (BRANDÃO, 2005). Este tem sido empregado na área de educação em saúde como estratégia de intervenção educativa que valoriza a experiência do grupo e promove a construção do conhecimento coletivo, de forma a contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades de profissionais de saúde, como educadores em saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva. A partir das inquietações

vivenciadas nas experiências educativas com Círculos de Cultura é possível que o ser humano perceba-se em um cenário que exige sua atitude diante dos fatos, deixando de ser mero expectador do espetáculo para se assumir como protagonista de sua história de vida (MONTEIRO, VIEIRA, 2010).

Na área da saúde, segundo Heidemann et al (2010), a estratégia do Círculo de Cultura contribui para a construção de relações dialógicas entre os diversos atores do cenário de cuidado. O método valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos. Por este motivo acredita-se que seja uma estratégia apropriada ao desenvolvimento de intenções e comportamentos preventivos. Nos Círculos de Cultura, o diálogo deve reforçar a importância de se buscar resolver os problemas de saúde para além dos muros das unidades de saúde.

Acredita-se que uma estratégia educativa crítico-reflexiva, que integre os construtos da educação popular, pode contribuir para a formação de intenções preventivas em hanseníase junto a adolescentes, mas precisa ser testada e cientificamente documentada, analisando-se, para tanto, as crenças comportamentais, normativas e de controle que constituem o arcabouço das intenções preventivas de adolescentes, antes e após a experiência educativa vivenciada nos Círculos de Cultura.

Os Círculos de Cultura, enquanto abordagem de ensino, valoriza o saber popular, provoca uma investigação crítica e reflexiva da realidade, assegura arena de aquisição, troca de conhecimento e de possibilidade de transformação da realidade. Com o envolvimento ativo dos indivíduos em um processo educativo de desenvolvimento individual e coletivo, é almejada uma formação que transcenda o conteúdo e a informação para estimular modos de exercer o protagonismo comportamental, comprometido com o autocuidado e com a saúde da comunidade (MONTEIRO, VIEIRA, 2010).

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo com delineamento de pesquisa quase experimental, do tipo grupo único, não randomizado. Os estudos quase-experimentais são assim chamados por não contemplarem todas as características de um experimento verdadeiro, principalmente no que se refere à randomização e aplicação da intervenção (POLIT, BECK, 2018).

Pesquisa desenvolvida com Métodos Mistos, na qual foram combinados elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, através da qual foi possível estudar e compreender o problema de forma ampla e aprofundada. Neste tipo de pesquisa a abordagem ao conhecimento procura-se considerar pontos de vista múltiplos, sob perspectiva quantitativa e qualitativa, e por esse motivo a pesquisa com métodos mistos pode fornecer os resultados mais informativos, completos, equilibrados e úteis (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007).

Para Creswell (2010), os problemas abordados por pesquisadores da área de saúde e das ciências sociais são complexos e o uso de abordagens quantitativas ou qualitativas isoladamente pode ser inadequado para lidar com essa complexidade. Concordando com este ponto de vista, Dal-Farra e Lopes (2014) argumentam que a utilização de métodos mistos em pesquisa tem sido crescente em inúmeros campos do conhecimento. Para os autores, a conjugação de elementos qualitativos e quantitativos possibilita ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, proporcionando ganhos relevantes para as pesquisas complexas realizadas no campo da educação, minimizando possíveis dificuldades na conjugação de práticas investigativas quantitativas e qualitativas. Tais pesquisas podem produzir resultados relevantes, assim como podem orientar caminhos promissores a serem explorados por pesquisadores e educadores.

Os estudos com modelos mistos combinam os métodos predeterminados de coleta e tratamento de dados usados nas pesquisas quantitativas com outros métodos emergentes dos estudos qualitativos, com formas múltiplas obtenção de dados, contemplando múltiplas possibilidades, incluindo análises estatísticas e textuais. Neste caso, os instrumentos de coleta de dados podem ser ampliados com dados obtidos em entrevistas exploratórias (CRESWELL; CLARK, 2015).

No estudo foi procedida a triangulação de métodos, a qual, segundo a concepção de Minayo et al. (2005), pode ser viabilizada a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa

capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo quanto às ambições do método quantitativo, proporcionado um maior conhecimento a respeito da magnitude do problema de estudo.

A estratégia de combinação e análise de dados foi do tipo explanatória sequencial, na qual os dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida a partir dos resultados quantitativos iniciais (SANTOS et. al., 2017).

## 5.2 DESENHO DO ESTUDO

**Quadro 1-** Desenho do estudo e suas etapas. Recife, 2019

<b>PROBLEMA DE ESTUDO:</b>		
Quais os fundamentos e requisitos que uma intervenção educativa em saúde precisa apresentar para aumentar as intenções preventivas em relação à hanseníase?		
<b>ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL COM MÉTODOS MISTOS</b> (POLIT, BECK, 2018; CRESWELL; CLARK, 2015) – Registro REBEC n°. UTN: U1111-1225-0834 / RBR-5mhjq5.		
<b>ETAPA QUANTITATIVA</b>		
<b>1ª Etapa - Pesquisa de Desenvolvimento Metodológico (QUAN)</b> LOBIONDO-WOOD; HABER (2010)	<b>2ª Etapa - Pesquisa “survey” Corte-transversal</b> MELLO (2016) (QUAN)	<b>3ª Etapa ETAPA QUALITATIVA (QUAL)</b> <b>Intervenção Educativa com Círculos de Cultura - Pesquisa-ação</b> (THIOLLENT, 2011):
Objetivo:  -- Construir e validar uma escala de medida do construto: Intenção preventiva, denominada:  <b>“Escala de crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções preventivas em hanseníase- Escala CCNC-ipMH”</b> , baseada na Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (AJZEN, 1985).	Objetivos:  -- Levantar as crenças e a intenção preventiva em relação à hanseníase nos adolescentes escolares residentes nas áreas endêmicas do Recife;  -- Discutir as variáveis externas (fatores demográficos, ambientais, hábitos de higiene, condições de saúde e conhecimento sobre hanseníase) que apresentam correlação com a intenção preventiva entre adolescentes escolares; Objetivo operacional para a etapa de pesquisa seguinte:  Conhecer, selecionar e promover a integração da pesquisadora e equipe de trabalho no cenário de estudo que foi utilizado na etapa qualitativa (pesquisa-ação).	Objetivo:  planejar, validar, executar e avaliar a estratégia educativa dos Círculos de Cultura (FREIRE, 1994) para a prevenção da hanseníase com adolescentes escolares.
INTERVENÇÃO - Aplicação da Escala <b>CCNC-ipMH</b> antes e depois da intervenção (Círculos de Cultura)		
<b>TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA (CRESWELL, 2010; SANTOS et al., 2017):</b> utilização de múltiplos métodos para estudar um determinado problema de investigação. Objetivo: explorar a intenção comportamental de adolescentes escolares antes e após a implementação de atividade educativa sob a forma de círculo de cultura. <b>Estratégia Explanatória Sequencial (QUAN ↔ qual)</b>		

Fonte: a autora

### 5.3 DESCRIÇÃO DO DESENHO DO ESTUDO – 1ª ETAPA QUANTITATIVA - PESQUISA DE DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Tratou-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, a qual, conforme, Lo Biondo-Wood e Haber (2010), caracteriza-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, visando definir o construto ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento.

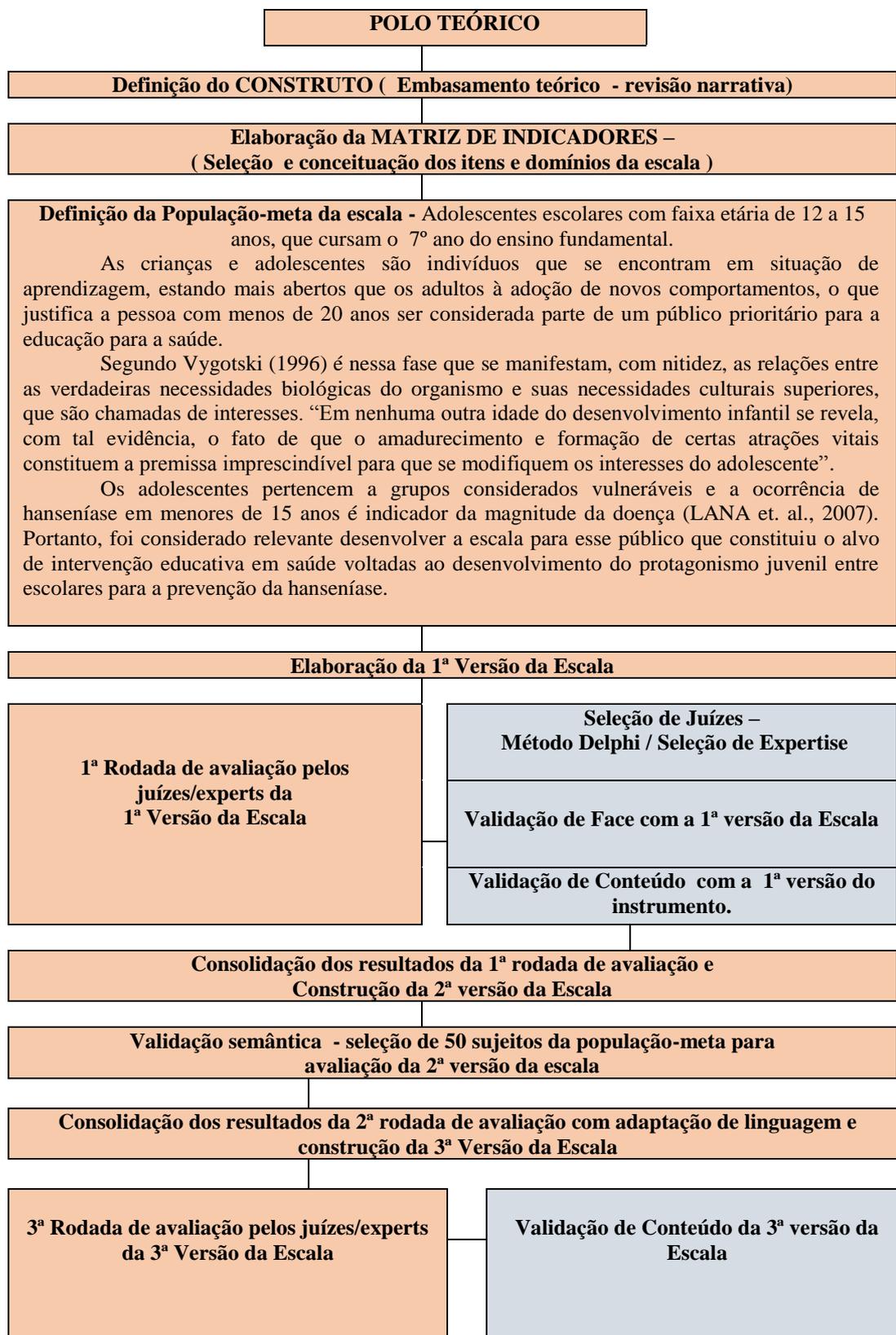
Nesta 1ª parte da pesquisa quantitativa, foi desenvolvida uma Escala denominada: **“Escala de crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções preventivas em hanseníase - Escala CCNC- ipMH”**, baseada na Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (AJZEN, 1985).

A validade de um instrumento está relacionada à precisão do mesmo em medir o que se propõe medir. Em outras palavras, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Os procedimentos metodológicos adotados para a construção do referido instrumento foram pautados nos princípios de Psicometria de Pasquali (2017), os quais se referem aos modelos para elaboração de escalas aplicáveis à construção de testes psicológicos de aptidão, de inventários de personalidade, de escalas psicométricas de atitude. O modelo baseia-se em três grandes procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos), conforme apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 2-** Esquema do modelo teórico para elaboração e validação da escala – Versão adaptada pela autora a partir do estudo de Pasquali (1998;1999;2003) e Joventino (2010).

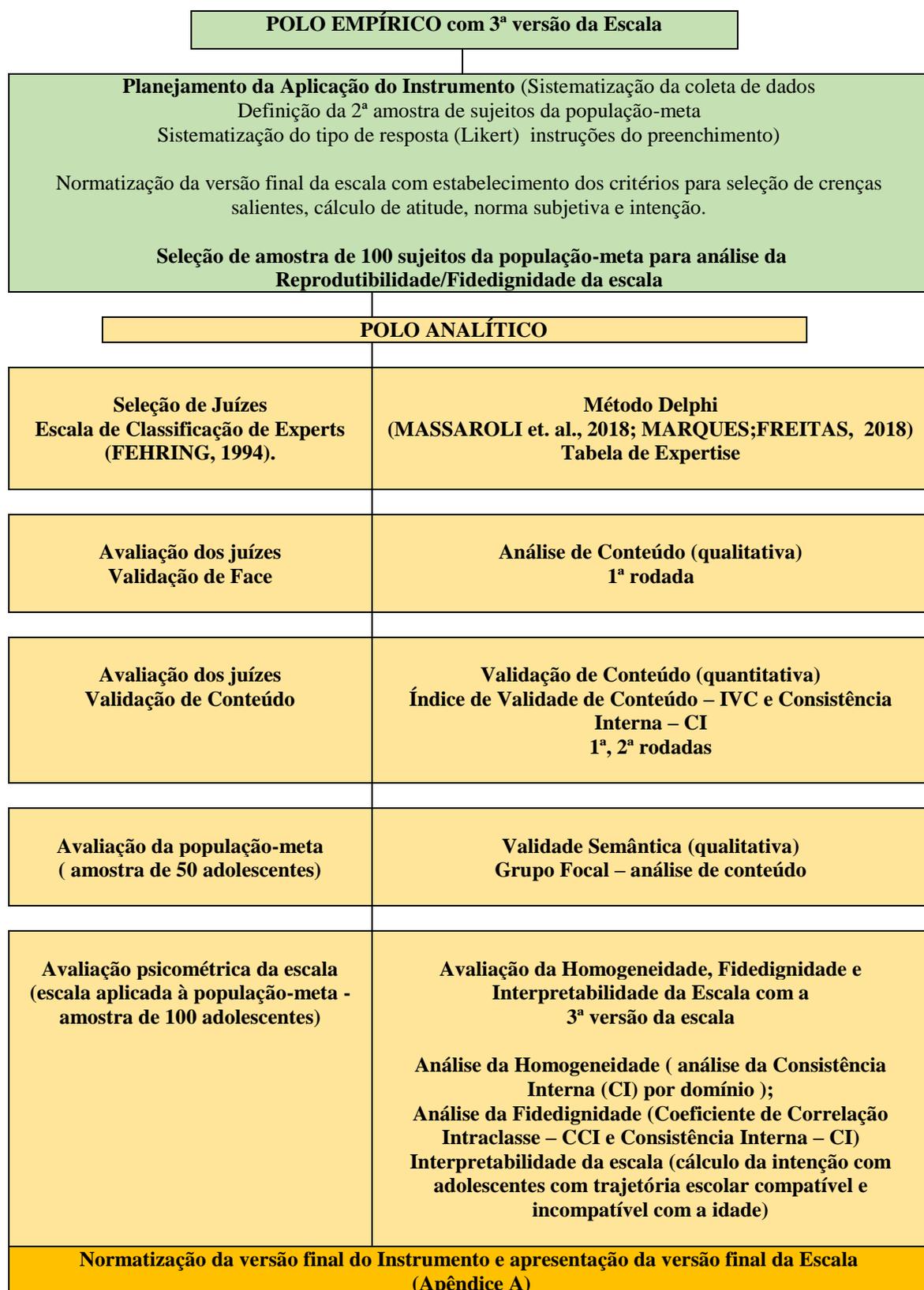
Recife, 2019.



Fonte: a autora

**Quadro 3-** Esquema do modelo teórico para elaboração e validação da escala (Continuação) – Versão adaptada pela autora a partir do estudo de Pasquali (1998;1999;2003) e Joventino (2010).

Recife, 2019.



Fonte: a autora

### 5.3.1 O processo de seleção de juízes / experts - Método Delphi

O Método Delphi (MASSAROLI et al, 2017; MARQUES; FREITAS, 2018) consiste numa estrutura de comunicação sistemática, controlada pelo pesquisador, que permite que os experts opinem e recebam “feedback” acerca de um problema em questão. A seleção dos 12 juízes foi feita por meio de consulta ao curriculum vitae da Plataforma Lattes (CNPq), na busca por indivíduos que apresentavam conhecimento relacionado à temática (hanseníase), área do construto (Teoria do Comportamento Planejado), educação popular e adolescência.

A cada juiz selecionado foi encaminhada uma carta convite, juntamente com o link gerado pelo formulário do “Google Docs” para acesso à versão da escala que estava sendo analisada, via correio eletrônico ou mensagem de celular (whatsapp). Os endereços eletrônicos dos juízes ou seus números de celulares foram acessados na Plataforma Lattes (CNPq) (acesso livre e público) ou obtidos por meio de indicação de outros juízes que já haviam aceito participar do estudo.

A carta convite-explicativa continha o objetivo do estudo e da escala, o motivo pelo qual o juiz havia sido escolhido, o resumo da Teoria do Comportamento Planejado e uma breve explicação sobre a relevância dos conceitos envolvidos na construção da escala de intenção. Os juízes receberam também as instruções específicas sobre como avaliar cada item e como preencher o questionário de avaliação da escala.

O painel de 12 juízes foi composto por três profissionais de cada área de conhecimento, incluindo: enfermeiros, psicólogos, professores do ensino fundamental com experiência em ciências, selecionados de acordo com os critérios da Escala de Classificação de Experts (Quadro 3), adaptada a partir das sugestões do estudo de Fehring (1994).

**Quadro 4-** Escala de Classificação de Juízes/ Experts. Recife, 2019

Critério	Pontuação
Titulação de Doutor	4 pontos
Possuir Tese na área de interesse do Construto*	2 pontos
Titulação de Mestre	3 pontos
Possuir Dissertação na área de interesse do Construto*	2 pontos
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do Construto*	1 ponto
Possuir prática profissional (ensino ou pesquisa) recente (mínimo 5 anos) na área*	2 pontos
Ser especialista na área de interesse do Construto*	2 pontos

Fonte: a autora

\* Área de interesse do Construto e temática do estudo: Intenção - Teoria do Comportamento Planejado; Doenças Negligenciadas (hanseníase).

O quantitativo de profissionais e as diferentes áreas de conhecimento foram adotadas para que, de acordo com sua área de conhecimento, cada expert pudesse proporcionar uma avaliação criteriosa do instrumento. O número ímpar de profissionais, por cada área de conhecimento, foi intencional a fim de evitar questionamentos dúbios conforme tem sido orientado para estudos de validação. Foram incluídos juízes que obtiveram pelo menos 60% de pontuação na escala de classificação de Fehring (1994).

### **5.3.2 Tratamento dos dados e métodos de validação**

#### 5.3.2.1 Validação de Face

Conduzida por um comitê de experts, a validação seguiu as orientações de Sanchez (2012). Os juízes foram solicitados a avaliar o instrumento como um todo, em relação a organização, aparência, relevância teórica e grau de dificuldade. E especificamente, para cada dimensão do instrumento, avaliar a relevância, objetividade e adequação da linguagem.

Este processo constituiu a primeira etapa do processo de validação, tendo sido realizada a partir da análise qualitativa do instrumento por parte dos juízes. Os juízes foram orientados a registrar observações, críticas e contribuições que serviram de base para a avaliação e modificação do instrumento original. Todas as respostas registradas pelos juízes foram recolhidas e analisadas para constituir a base para o aperfeiçoamento da escala.

Os dados obtidos na validação de face foram organizados em quadros explicativos, com registro das contribuições dos juízes e as alterações solicitadas e realizadas no instrumento, destacando a inclusão, reformulação ou retirada de questões.

#### 5.3.2.2 Validade de Conteúdo

Este é um dos métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma escala pelos psicometristas. O processo de validação busca analisar a associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis. A análise é baseada no julgamento de juízes, aos quais caberá avaliar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe, além de analisar os critérios de clareza e pertinência (CRESTANI; MORAES; SOUZA, 2017).

Para quantificação do grau de concordância entre os especialistas sobre o conteúdo e qualidade do instrumento foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método muito utilizado na área de saúde, segundo Alexandre e Coluci (2011).

O método mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite também analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo. Para a aferição do IVC, os juízes foram solicitados a registrar suas avaliações a partir de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, avaliando a relevância/representatividade da escala, com respostas que poderiam ser:

- 1 = não relevante ou não representativo;
- 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo;
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo;
- 4 = item relevante ou representativo.

A Validade de Conteúdo da escala foi realizada em duas rodadas para a avaliação dos dados relacionados ao perfil população-meta (dados descritos na TCP como variáveis externas). E foi repetida três vezes para a avaliação dos protótipos da escala até a sua versão final, ou seja, até que o IVC (Índice de Validade de Conteúdo) calculado atingisse valores superiores a 0,80 em todos os itens da escala.

O IVC foi calculado, conforme recomendam Alexandre e Coluci (2011), por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados pelos juízes com as respostas “3” ou “4”, conforme descrito na fórmula abaixo.

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o instrumento como um todo, foi realizada a soma de todos os IVC, calculados separadamente, divididos pelo número de itens considerados na avaliação. Desse modo, conforme orientam os autores Alexandre e Coluci (2011), foi adotada uma concordância mínima de 0,80. As questões que não obtiverem o consenso estipulado foram revisadas ou extraídas do questionário.

Para avaliação da consistência interna, confiabilidade entre examinadores e reprodutibilidade da escala, foi usado o principal estimador da confiabilidade, o Coeficiente Alpha de Cronbach. Este coeficiente mede a correlação entre as respostas em um questionário por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. É certamente uma das

ferramentas estatísticas mais importantes e difundidas em pesquisas envolvendo a construção de testes e sua aplicação (MATTHIENSEN, 2011).

O coeficiente foi calculado a partir do somatório da variância dos itens individuais e da soma da variância de cada avaliador, pela equação:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ \frac{\sigma_r^2 - \sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_r^2} \right]$$

Onde: k corresponde ao número de itens (perguntas) do questionário;

$\sigma_i^2$  corresponde à variância de cada item;

$\sigma_r^2$  corresponde à variância total do questionário (soma das variâncias dos avaliadores).

Para avaliação dos valores do Alfa de Cronbach, foi adotada a referência de Landis e Koch (1977), apresentada na tabela abaixo:

Valor de alfa	Consistência interna
Maior do que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor do que 0,21	Pequeno

Fonte: Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33:159.

O valor mínimo aceito para o Alfa de Cronbach é de 0,70. Abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um construto. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003). No presente estudo foram aceitos os valores de Alfa acima de 0,80.

### 5.3.2.3 Validação Semântica

A análise semântica envolve a compreensão dos itens da escala pela população-meta, ou seja, a população a qual se destina o instrumento. Nesta etapa são avaliadas, a inteligibilidade dos itens e a validade aparente (PASQUALI, 2010).

Participaram 50 integrantes da população-meta (adolescentes escolares de 12 a 15 anos), divididos em cinco grupos focais, com 10 integrantes em cada grupo. O número de participantes no processo de validação semântica foi definido de acordo com a sugestão da literatura científica. Para Terwee et.al.(2007) uma amostra de 50 indivíduos é considerada adequada para a avaliação do parâmetro.

Foram convidados a participar do processo de validação semântica do instrumento de pesquisa, adolescentes escolares, com faixa etária entre 12-15 anos, selecionados segundo os critérios: escolares, devidamente matriculados em escolas públicas da cidade do Recife com idade entre 12 a 15 anos, que se encontravam cursando o 7º ano do ensino fundamental, residentes nas Regiões Político-administrativas: II, IV ou VI do Recife, matriculados nas escolas participantes da pesquisa. Foram excluídos os adolescentes portadores de condição física ou mental especial, que pudessem apresentar dificuldades de entendimento das questões da escala a ser validada.

O instrumento foi respondido em coletividade, com 10 adolescentes por sessão, em grupos focais, conforme recomenda Kinalski (2017). Durante o processo de registro das respostas, os adolescentes eram questionados quanto ao entendimento da questão e os itens que apresentaram dificuldade de compreensão, foram discutidos e suas perguntas reformuladas. Estes itens, posteriormente foram corrigidos ou descartados na nova versão da escala (PASQUALI, 2010).

Na validação semântica, os dados que justificaram alterações no instrumento, foram categorizados conforme os registros dos pesquisadores durante o grupo focal. As mudanças solicitadas e realizadas foram apresentadas e discutidas, organizadas sistematicamente em quadros explicativos incluindo as correções da semântica do texto.

### 5.3.2.4 Análise da homogeneidade da escala

A homogeneidade também é conhecida como consistência interna e corresponde ao grau de correlação entre as questões de um instrumento aplicado a um grupo. Para avaliação da homogeneidade da escala foi utilizado o Alfa de Cronbach e avaliação da homogeneidade

foi considerada quando os atributos apresentassem valor do Alfa de Cronbach  $> 0,80$  (STREINER, 2003; SANCHEZ, 2013). O cálculo da homogeneidade foi realizado por cada domínio e na escala como um todo.

#### 5.3.2.5 Análise da fidedignidade da escala

A fidedignidade da escala refere-se à avaliação do quanto os escores de um sujeito se mantêm semelhante em ocasiões diferentes. É válida apenas se aplicada com os mesmos sujeitos. Tal conceito possui como sinônimos: precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade, homogeneidade (PASQUALI, 2003).

O levantamento da fidedignidade foi realizado por meio da aplicação de um teste e um reteste com intervalo de 8 dias, a fim de minimizar a possibilidade de modificação de traços de interesse durante o período de tempo decorrido entre o teste e o reteste (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Os dados obtidos foram analisados com base no cálculo do coeficiente de correlação Intraclasse (CCI) e da consistência interna (CI). O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) foi utilizado para analisar a estabilidade do teste-reteste, verificando a concordância entre a primeira e a segunda aplicação da escala, ratificando a confiabilidade do instrumento. O CCI é uma ferramenta estatística utilizada para a mensuração da homogeneidade de duas ou mais medidas. É interpretado como a medida da proporção da variabilidade total atribuída ao objeto medido, calculado com base em uma razão de variâncias, para variáveis contínuas. O CCI é matematicamente equivalente aos índices Kappa e Kappa ponderado. Esse coeficiente é obtido por meio da análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas e definido como a proporção da variabilidade total devido à variabilidade dos indivíduos. Os valores podem variar entre zero (0) a um (1), com o valor zero indicando ausência de concordância e o valor um indicando concordância absoluta. Por convenção, consideram-se valores abaixo de 0,4 como baixa confiabilidade, de 0,4 a 0,75 como confiabilidade regular ou boa, e valores superiores a 0,75 como confiabilidade excelente (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

### 5.3.2.6 Análise da interpretabilidade

Refere-se ao grau em que os valores obtidos por meio da aplicação do instrumento produzem informações relevantes ao indivíduo e ao profissional em relação ao construto a ser medido (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

No presente estudo, a análise da interpretabilidade do instrumento foi baseada na comparação dos resultados do cálculo de intenção entre duas populações de adolescentes escolares. O primeiro grupo foi constituído por 25 adolescentes com idades compatíveis ao ano escolar (7º ano) que cursavam. Estes foram considerados como adolescentes com trajetória escolar compatível. O segundo grupo foi constituído por 25 adolescentes com idades superiores ao ano escolar que se encontravam cursando, alunos considerados fora de faixa (mais de 15 anos), ou seja, com trajetória escolar incompatível com a idade.

Foi analisado o resultado do cálculo da intenção preventiva nos adolescentes classificados com trajetória escolar compatível e nos adolescentes com trajetória escolar incompatível, para verificar as possíveis diferenças de interpretação que a escala permitiria identificar.

Para análise de todos os dados quantitativos, foi construída planilha eletrônica Microsoft Excel, exportada para o programa SPSS, versão 22, onde foram realizados os cálculos estatísticos.

### 5.3.3 Normatização da escala CCNC-ipMH

Percorridas todas as etapas de construção e validação da escala. O instrumento em sua versão final foi revisado e submetido à normatização para que os resultados pudessem ser interpretados. Neste momento, foram descritos todos passos, fórmulas e escores utilizados para medida final do construto intenção e suas etapas (identificação das crenças salientes, cálculo da atitude e das normas subjetivas), de acordo com as recomendações da Teoria do Comportamento Planejado (AJZEN, 1985; 1991).

### **5.3.4 Coleta de dados da 1ª etapa da pesquisa (construção e validação da Escala CCNC-ipMH)**

Todo o processo de coleta de dados necessária à validação do instrumento: “Crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções comportamentais preventivas em hanseníase” foi desenvolvido no período de Outubro de 2016 a Junho de 2017.

## **5.4 DESCRIÇÃO DO DESENHO DO ESTUDO - 2ª ETAPA DA PESQUISA QUANTITATIVA - “SURVEY”**

Nesta etapa do estudo foi realizada uma pesquisa tipo “survey”, de corte-transversal, exploratória e descritiva. Este tipo de pesquisa, segundo Mello (2016), permite a coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de suas ideias, sentimentos, saúde, planos e crenças.

O objetivo desta etapa do estudo foi levantar a medida da intenção preventiva e as crenças comportamentais, normativas e de controle que se apresentavam salientes entre adolescentes escolares, em relação à hanseníase. Nesta etapa da pesquisa foi aplicado o instrumento criado e validado na etapa anterior

### **5.4.1 Locus da pesquisa**

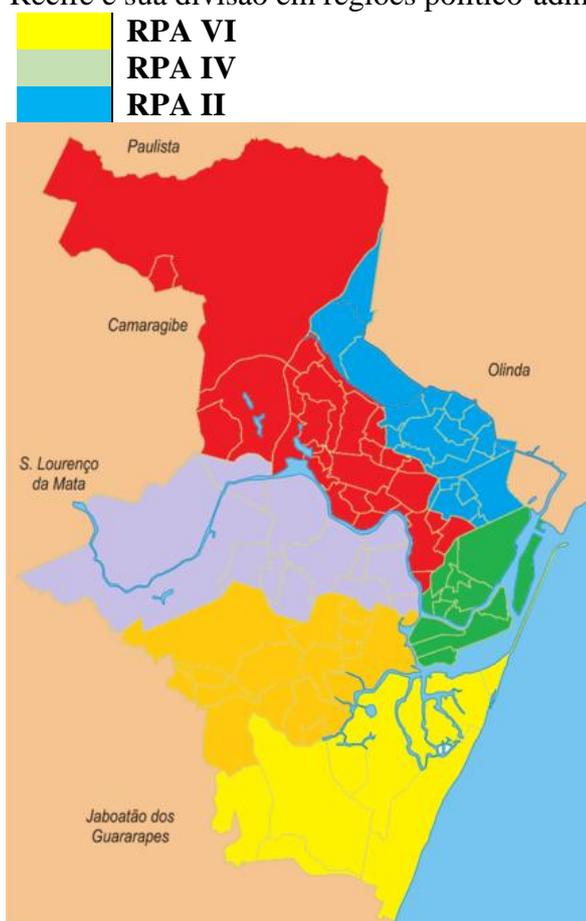
O estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, que abrange uma extensão de 219 Km<sup>2</sup> (0,2% da área do estado) e apresenta como limites os municípios de Olinda, Paulista, Camaragibe, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes e o Oceano Atlântico.

A opção por realizar o estudo no Recife deveu-se ao fato de que segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, em 2017 a Região Metropolitana do Recife concentrou 56% dos casos de hanseníase registrados na população geral do estado de Pernambuco e 73% de todos os casos da doença em menores de 15 anos.. Considerando a distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, na cidade do Recife, segundo as regiões político-administrativas (RPA), entre os anos de 2010 a 2014 foi identificado um maior número nas regiões político-administrativas (RPA) II, IV e VI, nas quais estão situadas as unidades escolares onde foram coletados os dados (RECIFE, 2017a).

A RPA II é composta pelos bairros: Arruda, Campina do Barreto, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro. A Região Político Administrativa IV (RPA4), composta pelos bairros: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea. E, a RPA VI (RPA 6), composta pelos bairros: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Pina, Ibura, Jordão e Cohab.

Considerando as unidades escolares, existia em 2017, um total de 36 escolas sob gestão da secretaria municipal de educação do Recife, que atendiam ao ensino fundamental, com séries nos anos finais (6º, 7º, 8º e 9º ano). Dentre estas, 05 (cinco) estavam localizadas na RPA II, 05(cinco) na RPA IV e 07(sete) na RPA VI.

**Figura 4-** Recife e sua divisão em regiões político-administrativas.



Fonte: Google imagens

#### 5.4.2 População, amostra e amostragem

A população do estudo foi constituída por adolescentes escolares, selecionados de acordo com os seguintes critérios: alunos matriculados em escolas públicas do Recife; com idade entre 12 e 15 anos; cursando o 7º ano do ensino fundamental; residir nas regiões político-administrativas: II, IV ou VI.

Para efeito de estimativa de população, foi considerado o total de 588 adolescentes matriculados nas escolas públicas do ensino fundamental da cidade do Recife no 7º ano, em 2017 (RECIFE, 2017a).

A amostra foi calculada através da fórmula,  $n = \frac{[DEFF * Np(1-p)]}{[(d2/Z21) - \alpha/2 * (N-1) + p * (1-p)]}$ , onde Z correspondeu ao valor da distribuição normal, padrão correspondente ao nível de confiança desejado; P correspondeu à prevalência esperada, D foi o erro máximo aceitável na estimativa (semi-amplitude do intervalo de confiança) e DEFF foi o fator de correção utilizado em função do efeito do desenho do estudo, com amostra por conglomerados. Em função de que foram analisadas múltiplas variáveis com prevalências distintas, foi adotada estimativa de prevalência de 50%, intervalo de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), um erro máximo de 0,05 ( $D=0,05$ ) e aplicado o fator de correção de 1,2, obtendo-se, com esses parâmetros, um total de 233 indivíduos. Ao total da amostra foi acrescentado um percentual de 10% para cobrir possíveis perdas, finalizando uma amostra significativa de 257 participantes.

A amostragem utilizada no estudo foi de múltiplos estágios. Assim, após o cálculo da amostra de alunos, com a finalidade de garantir a cobertura de adolescentes residentes nas três regiões de maior incidência de hanseníase em menores de 15 anos da cidade do Recife, foi realizado o cálculo do quantitativo de participantes proporcional ao número de habitantes adolescentes residentes em cada RPA.

A distribuição foi procedida do seguinte modo: as três Regiões Político-administrativas possuíam um total de 278.211 habitantes (RECIFE, 2017b), com idades entre 10 e 19 anos, sendo 72.018 habitantes na RPA II (26%), 88.565 na RPA IV (32%) e 117.628 na RPA VI (42%). Desse modo, foi calculado o percentual de adolescentes em cada RPA. Conforme quadro abaixo:

**Quadro 5** - Cálculo do percentual da amostra de adolescentes escolares com base no número de habitantes de cada RPA. Recife, 2019

Nº de habitantes de 10 - 19 anos RPA II	Nº de habitantes de 10 - 19 anos RPA IV	Nº de habitantes de 10 - 19 anos RPA VI	Total de habitantes de 10 – 19 anos RPA II, IV e VI
72.018	88.565	117.628	<b>278.211</b>
25,9%	31,8%	42,3%	<b>100%</b>

Fonte: a autora

Com base no percentual de adolescentes residentes em cada RPA, foi calculado o percentual da amostra de adolescentes do 7º ano que deveria ser obtido em cada RPA. Conforme quadro abaixo:

**Quadro 6** - Cálculo da amostra de adolescentes escolares com base no número de habitantes de cada RPA. Recife, 2019.

Nº de alunos 12 a 15 anos no 7º ano na RPA II	Nº de alunos 12 a 15 anos no 7º ano na RPA IV	Nº de alunos 12 a 15 anos no 7º ano na RPA VI	Total de alunos de 12 a 15 anos no 7º ano na RPA II, IV e VI
Total da RPA = 187	Total da RPA = 198	Total da RPA = 203	Total de todas as RPA = <b>588</b> alunos
25,9% de 257 para proporcionalidade para amostra	31,8% de 257 para proporcionalidade para amostra	42,3% de 257 para proporcionalidade para amostra	100% da amostra
<b>66 alunos</b> a serem entrevistados na RPA II	<b>82 alunos</b> a serem entrevistados na RPA	<b>109 alunos</b> a serem entrevistados na RPA	<b>257 alunos</b> a serem entrevistados em todas as 3 RPA's

Fonte: a autora

Considerando tais informações e cálculos, foram coletados dados de 66 adolescentes escolares do 7º ano, residentes e que estudam nas escolas municipais da RPA II, 82 adolescentes residentes e estudantes nas escolas municipais da RPA IV e 109 adolescentes residentes e estudantes nas escolas municipais da RPA VI.

### 5.4.3 Coleta de dados da 2ª etapa do estudo

#### 5.4.3.1 Local

A coleta de dados desta etapa da pesquisa foi procedida nas escolas públicas municipais que apresentavam turmas do 7º ano do ensino fundamental e que estavam situadas

nas Regiões Político Administrativas II, IV e VI do Recife, o que correspondeu a um total de 17 escolas funcionando nestas regiões em 2016.

O cálculo do quantitativo de escolas participantes do estudo obedeceu à aplicação de um coeficiente de proporcionalidade (CP), considerando o tamanho da amostra ( $n=257$ ), a população de alunos ( $N=588$ ), ou seja,  $CP = n/N = 0,44$ . Desta forma, de acordo com a aplicação do coeficiente de proporcionalidade, ao total de escolas ( $17 \times 0,44 = 7,48$ ), obteve-se um número aproximado de 7 escolas a integrarem o estudo.

Aplicando-se o cálculo para as escalas de cada região, foi obtido o resultado demonstrado no quadro abaixo:

**Quadro 7** - Cálculo do número de escolas incluídas no estudo em cada RPA. Recife, 2019.

Escolas da RPA II	Escolas RPA IV	Escolas RPA VI	Total de Escolas
$0,26 \times 7 = 1,82$	$0,32 \times 7 = 2,24$	$0,42 \times 7 = 2,94$	<b><math>0,44 \times 17 = 7,48</math></b>
<b>02 escolas</b> na RPA II (nas quais devem ser entrevistados 66 alunos)	<b>02 escolas</b> da RPA IV (nas quais devem ser entrevistados 82 alunos)	<b>03 escolas</b> da RPA VI (nas quais devem ser entrevistados 109 alunos)	<b>07 escolas</b>

Fonte: a autora

Conforme cálculos de representatividade, demonstrado acima, foram entrevistados 66 alunos do 7º ano em 02 escolas da RPA II, sendo 33 adolescentes em cada uma destas escolas; 82 alunos do 7º ano em 02 escolas da RPA IV, sendo 41 alunos em cada escola. E por fim, 109 alunos do 7º ano em 03 escolas da RPA VI, sendo 36 nas duas primeiras e 37 na terceira.

As escolas foram selecionadas por meio de sorteio simples e estão descritas no quadro abaixo, juntamente com o número de alunos entrevistados:

**Quadro 8** - Escolas públicas municipais selecionadas por RPA e o quantitativo de alunos entrevistados. Recife, 2019.

RPA II	1ª Escola Municipal Heráclio do Rego	33 alunos
RPA II	2ª Escola Municipal Mário Melo	33 alunos
RPA IV	8ª Escola Municipal Rodolfo Aureliano	41 alunos
RPA IV	9ª Escola Municipal João XXIII	41 alunos
RPA VI	10ª Escola Municipal Cícero Franklin Cordeiro	36 alunos
RPA VI	14ª Escola Municipal Oswaldo Lima Filho	36 alunos
RPA VI	15ª Escola Municipal Florestan Fernandes	37 alunos

Fonte: a autora

Os adolescentes que participaram desta etapa do estudo foram selecionados mediante sorteio simples, entre os estudantes do 7º ano que desejaram participar e cujos pais haviam

autorizado participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento /assentimento.

#### **5.4.4 Período da coleta de dados da 2ª etapa do estudo**

A coleta de dados desta etapa da pesquisa foi desenvolvida durante os meses de Outubro de 2017 a Março de 2018.

#### **5.4.5 Técnica de coleta de dados da 2ª etapa do estudo**

Os dados foram obtidos mediante aplicação de questionário, cujo instrumento, denominado: “Crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções comportamentais preventivas em relação à hanseníase”, elaborado com base nas dimensões da Teoria do Comportamento Planejado, construído e validado na 1ª etapa do presente estudo.

#### **5.4.6 Tratamento dos dados da 2ª etapa do estudo**

Para o tratamento e análise dos dados obtidos após a aplicação dos 257 instrumentos foi construída uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel a qual foi exportada para o programa SPSS, versão 22, onde foi realizada a análise.

Para avaliar as características sóciodemográficas, perfil sócio-sanitário, condições de saúde e higiene e conhecimento sobre hanseníase entre os entrevistados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Para comparação dos percentuais entre os fatores avaliados foi aplicado o teste Qui-quadrado.

##### **5.4.6.1 Identificação das crenças salientes / fortes**

As salientes ou modais foram identificadas a partir das três principais crenças comportamentais (CC), crenças normativas (CN) e crenças de controle (CCt) que apresentavam maior frequência de resultados com respostas positivas (forte), indicada pelo registro das opções “6 e 7” na escala Likert, conforme recomenda (AJZEN, 2004; 2011).

#### 5.4.6.2 Cálculo de Atitude (AT)

Para o cálculo da Atitude (AT) foi utilizada a fórmula:

$\Sigma AT = CC \times AC$ , ou seja, a AT representou o somatório do produto das crenças comportamentais salientes (CC) e suas respectivas avaliações de consequências (AC) (AJZEN, 2004; 2011; 2018).

#### 5.4.6.3 Cálculo da Norma Subjetiva (NS)

Para o cálculo da Norma Subjetiva (NS) foi utilizada a fórmula:

$\Sigma NS = CN \times MO$ , ou seja, a NS representou o somatório do produto das crenças normativas salientes e suas respectivas motivações (MO) (AJZEN, 2004; 2011).

#### 5.4.6.4 Cálculo do Controle Comportamental Percebido (CCP)

O Controle Comportamental Percebido (CCP) foi calculado a partir da média dos escores das crenças de controle das três crenças que se apresentavam salientes (AJZEN, 2004; 2011).

#### 5.4.6.5 Cálculo da Intenção comportamental (I)

A Intenção (I) foi calculada a partir da fórmula:

$$I = p_1 \cdot AT + p_2 \cdot NS + p_3 \cdot CCP$$

Para tanto, foram considerados pesos semelhantes para os domínios AT, NS e CCP. Logo, o valor de  $p_1 = p_2 = p_3 = 0,333$ . Como ponto de corte para o escore (ponto de corte da Intenção), foi utilizada a mediana, conforme recomendam Ajzen, Brown e Carvajal (2004), Stecker et.al. (2010), Bayley, Baines, Brown (2017) e Cheng, Huang (2017).

A análise da normalidade dos escores de intenção foi calculada com base na aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. A avaliação da correlação entre os escores dos domínios crenças comportamentais, normativas e de controle com o escore de intenção, foi medida por meio da aplicação o teste de correlação de Spearman.

O escore de intenção foi categorizado em: I- (valor de escore menor ou igual a 31,3 pontos) e I+ (valor de escore maior que 31,3 pontos). Caracterizado da seguinte forma diante do comportamento preventivo de interesse no estudo:

Intenção Positiva (I+) indivíduo(s) com intenção preventiva apresentam crenças, atitudes e controle comportamental percebido compatível com a adoção do comportamento preventivo para hanseníase: buscar conhecimento sobre hanseníase e aprender a falar sobre a prevenção e controle da doença entre seus pares, familiares e pessoas da comunidade; aprender a identificar sinais sugestivos de hanseníase para saber onde e com quem é possível buscar ajuda se houver suspeita de hanseníase.

Para avaliar os fatores categóricos que possuíam associação estatística com o nível de intenção foi construída a tabela de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Contudo, nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de 5%.

Por fim, para avaliar os fatores que influenciavam conjuntamente, numa alta classificação da intenção, foi ajustado o modelo de Poisson com variância robusta. Para entrada no modelo foram consideradas as variáveis que apresentavam associação de até 20% na análise bivariada. Para a permanência no modelo foi considerado o nível de significância de 5%.

### 5.5 3ª ETAPA DO ESTUDO - PESQUISA QUALITATIVA - PESQUISA AÇÃO

A modalidade da pesquisa-ação dedica-se a compreender uma realidade e atuar em conjunto com os atores envolvidos para transformá-la e gerar novos conhecimentos (THIOLLENT, 2011). A pesquisa-ação, segundo Dionne (2007) é um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Na pesquisa-ação foram realizadas intervenções de educação em saúde por meio de abordagem de Círculos de Cultura, conforme proposta por Monteiro e Vieira (2008; 2010), baseada nos pressupostos de Paulo Freire (2011; 2012; 2014). A escolha por desenvolver um Círculo de Cultura teve como objetivo promover uma vivência de educação participativa com ênfase no diálogo, favorecendo a ação-reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta de educação em saúde emancipatória. A denominação de Círculo veio do fato de que todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos ensinam e aprendem simultaneamente.

### 5.5.1 Cenário do estudo utilizado na pesquisa - ação

A escolha do cenário ocorreu entre as diversas escolas que estão situadas na RPA II, IV ou VI, as quais possuíam maior incidência de hanseníase entre menores de 15 anos. Portanto, o local do estudo apresenta uma ligação real e concreta com o problema da infecção pela hanseníase e constituía uma realidade a ser transformada pelos adolescentes, geradas a partir de intenções preventivas.

Em virtude de tratar-se de uma pesquisa-ação, a escolha da escola foi condicionada à integração da pesquisadora e sua equipe no cotidiano das atividades educativas da escola, realizada a partir de 2016, quando do início das atividades relacionadas à primeira etapa quantitativa do estudo.

O cenário escolhido foi uma escola pública de administração municipal, localizada na RPA II, no bairro de Campo Grande, a qual, de acordo com o Censo Escolar de 2017, funcionava com um quantitativo de 659 alunos matriculados, sendo 248 no ensino fundamental I, 271 no ensino fundamental II e 140 no ensino de jovens e adultos, com uma média de 25 a 30 alunos por turma.

**Figura 5** - Escola Municipal da RPA II - cenário do estudo.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

**Figura 6** - Área coberta do pátio da Escola Municipal – cenário do estudo na RPA II..



Fonte: imagem – banco de dados da autora

### **5.5.2 Participantes da 3ª etapa da pesquisa – pesquisa - ação**

Os participantes desta etapa da pesquisa foram adolescentes matriculados na escola que constituiu o cenário do estudo, com faixa etária entre 12 e 15 anos. A amostra foi do tipo não-probabilística, com amostragem intencional, haja vista que segundo Minayo (2013) é importante que os atores sociais tenham uma vinculação significativa com o problema a ser investigado.

O critério de intencionalidade foi adotado porque, após os adolescentes terem conhecimento detalhado sobre os objetivos do estudo e proposta de trabalho, entre os participantes das atividades de integração com a pesquisadora e sua equipe, foram convidados a participar dos Círculos de Cultura aqueles que relataram interesse em continuar engajados nas atividades de educação em saúde e aceitaram participar de forma consciente e espontânea, conforme recomendam Monteiro e Vieira (2008; 2010).

Os adolescentes que participaram desta etapa do estudo eram estudantes do 7º do ensino fundamental II, com idades entre 12 e 15 anos, cujos pais haviam autorizado participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento / assentimento, que haviam

participado também das entrevistas realizadas na etapa quantitativa do estudo (“survey”) e que relataram interesse de participar dos Círculos de Cultura.

### **5.5.3 Coleta de dados da 3ª etapa - pesquisa-ação**

#### **5.5.3.1 Observação Participante**

Esta etapa foi realizada a partir da inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, conforme recomenda Queiroz et.al. (2007), interagindo por longos períodos com os participantes, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto de estudo ao seu contexto.

O processo de observação participante foi iniciado por visitas à escola (Apêndice B – Roteiro de visita às escolas/cenários) por parte da pesquisadora e sua equipe, realizada com o objetivo de conhecer a estrutura física da escola e os espaços de convivência dos adolescentes. Nestas oportunidades, além da integração com as pessoas envolvidas na escola-cenário do estudo, foram descritas as impressões da pesquisadora e de sua equipe em relação à escola e seus espaços físicos, sua estrutura organizacional, bem como a avaliação da hospitalidade/receptividade dos integrantes da escola (especialmente gestores e professores) e dos adolescentes em relação à pesquisadora e demais integrantes da equipe de pesquisa.

Toda essa etapa de seleção e integração na escola-cenário da 3ª etapa do estudo foi iniciada em outubro de 2016 até março de 2018. As impressões da pesquisadora e de sua equipe foram registradas em diários de campo, como elementos da impressão relativa às potencialidades da escola para o desenvolvimento de atividades educativas.

O processo de observação ocorreu em três estágios. O foco de observação no processo de imersão inicial envolveu: o conhecimento sobre a comunidade (área de abrangência da escola) – para conhecer e registrar as impressões relativas aos tipos de moradia predominantes, acesso a transportes, centros de convivência, lazer, cultura e prática de esportes, comércio e serviços públicos de saúde.

#### **5.5.3.2 Entrevista**

Técnica fundamental quando se deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios. Permite que o pesquisador faça uma espécie de mergulho em profundidade,

coletando indícios a respeito do modo como cada entrevistado percebe e significa sua realidade. A técnica possibilita levantar informações que permite compreender a lógica que reside nas relações que se estabelece no interior de um grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004).

Nesta etapa do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os adolescentes convidados a participar dos Círculos de Cultura (Apêndice C – Roteiro de entrevistas com participantes dos Círculos de Cultura / intervenção). O objetivo do emprego dessa técnica foi conhecer o tipo de informação que os adolescentes escolares possuíam sobre hanseníase, suas repercussões, estratégias de prevenção e controle, a fim de obter informações que fundamentassem as atividades educativas a serem desenvolvidas nos círculos de cultura. As entrevistas foram realizadas em março de 2018 e repetidas em setembro de 2018 após a participação dos adolescentes nos círculos.

#### **5.5.4 Etapas do desenvolvimento da pesquisa-ação**

##### **5.5.4.1 Planejamento e organização da intervenção educativa com Círculos de Cultura**

Os Círculos de Cultura foram planejados como proposta pedagógica de atividade coletiva com a participação de educandos (adolescentes escolares, com idades entre 12 e 15 anos e que cursavam o 7º ano do ensino fundamental) e educadores (pesquisadora e sua equipe formada por estudantes da graduação em enfermagem e residentes de enfermagem) envolvidos numa relação horizontal e dialógica. Essa proposta educativa foi fundamentada pelo educador Paulo Freire na década de 1960 e foi sistematizada em etapas descritas por Monteiro e Vieira (2008) para ações de educação em saúde.

Cada Círculo de Cultura abordava temáticas relacionadas à definição, transmissão da hanseníase, características e diagnóstico, tratamento, estigmas e comportamentos preventivos relacionados à hanseníase.

Os Círculos de Cultura foram organizados em etapas que envolviam: dinâmica de apresentação, descontração e sensibilização quanto à temática a ser trabalhada de acordo com cada círculo; problematização com questionamentos sobre o eixo central a ser abordado em cada círculo, buscando inquietar o grupo sobre a temática e reunir as opiniões e saberes populares dos adolescentes; fundamentação teórica como estratégia para aprofundar os conhecimentos relativos à temática; reflexão teórico-prática por meio de discussões a respeito do que literatura orienta e o que é possível de ser vivenciado na realidade, com levantamento

de dúvidas, dificuldades pessoais e trocas de experiências entre os participantes do grupo; elaboração coletiva das respostas para síntese do que foi vivenciado no círculo, com destaque para os aspectos considerados mais significativos em cada círculo; avaliação do que foi apreendido pelo grupo, autoavaliação de cada integrante e do grupo, bem como das técnicas usadas, com sugestões para o planejamento dos próximos círculos.

Além dos pressupostos teóricos, no planejamento da ação educativa foram considerados também os indicadores de influência na medida da intenção preventiva identificados na etapa “Survey” do estudo (crenças salientes que apresentavam maior influência na medida da intenção preventiva dos adolescentes escolares do Recife).

A proposta educativa foi organizada em um plano de intervenção, denominado: Estratégia de intervenção educativa em saúde com adolescentes escolares para prevenção da hanseníase (Apêndice D - Círculos de Cultura), o qual foi submetido a um processo de validação de conteúdo por juízes, utilizando-se o Método Delphi (MASSAROLI et al., 2018; MARQUES, FREITAS, 2018).

O processo de validação teve como objetivo a criação de uma proposta educativa oriunda de uma construção coletiva que contasse com a avaliação e a contribuição de juízes de diferentes regiões brasileiras.

A seleção dos juízes foi procedida pela busca em currículos disponibilizados na Plataforma Lattes, considerando os critérios: ser profissional da área de saúde ou educador que pesquisasse e/ou trabalhasse com a saúde do escolar, atuasse na assistência em hanseníase ou que tivesse experiência no emprego de metodologias ativas e abordagem multicultural em instituições públicas ou privadas, desde que apresentasse percentual de expertise superior a 60%, de acordo com a sugestão de Classificação de Experts (FEHRING , 1994).

Os juízes convidados receberam uma carta-convite por e-mail, que explicava o objetivo do estudo. Todos os juízes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um questionário para caracterização do perfil, além do instrumento referente à análise da intervenção pedagógica. Cada juiz recebeu a denominação de E1, E2 e E3, assim por diante, para garantia do sigilo ético de suas informações. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, onde ocorreram duas rodadas de avaliação. As estratégias de validação seguiram o embasamento teórico do processo de validação de Alexandre e Coluci (2011).

A proposta de intervenção foi organizada em três blocos que associam as crenças influentes na intenção, os pressupostos teóricos de Freire (2012; 2013; 2015) e as estratégias educativas sistematizadas sob a forma de Círculos de Cultura (Quadro 9).

**Quadro 9-** Indicadores de influência na intenção preventiva e pressupostos teóricos considerados na construção da intervenção educativa em hanseníase, com adolescentes escolares. Recife, 2019.



Fonte: a autora

O material criado no primeiro momento foi submetido à apreciação presencial de cinco enfermeiros (mestrandos e doutorandos), com domínio na temática de interesse e com conhecimento em Educação Popular. A partir dessa primeira apreciação, foi possível realizar

ajustes e criar o protótipo da proposta de intervenção educativa, submetida aos juízes por meio de plataforma eletrônica.

O instrumento de avaliação da intervenção educativa foi elaborado em três blocos: 1º bloco continha itens relativos a avaliação diagnóstica a respeito do conhecimento prévio dos adolescentes sobre hanseníase; 2º bloco continha dados relacionados às temáticas de cada círculo de cultura (definição e transmissão da hanseníase, características e diagnóstico, tratamento, estigmas relacionados à hanseníase); 3º bloco referia-se à metodologia de cada um dos cinco Círculos de Cultura, incluindo dinâmicas e o planejamento da ação educativa a ser desenvolvida pelos adolescentes como multiplicadores de saúde.

A validação ocorreu em dois momentos. Na primeira, além do levantamento do perfil dos juízes, foi solicitada uma avaliação qualitativa (validação de face) de todas as etapas da intervenção pedagógica, com indicação de sugestões, correções ou melhorias. Na segunda etapa, realizada após o reajuste da intervenção, foi solicitado o registro da validade do conteúdo, relevância atribuída a cada etapa da intervenção e indicação de novas sugestões ou melhorias.

Os dados da avaliação objetiva da primeira e segunda rodada foram analisados por meio da estatística descritiva, medindo-se a porcentagem de concordância dos juízes para cada item por bloco. Para quantificação do grau de concordância foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método utilizado na área de saúde, segundo Alexandre e Coluci (2011), que permite medir a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Cada elemento avaliado foi considerado válido quando a concordância de cada item foi superior a 80%.

#### 5.4.4.2 Os Círculos de Cultura como estratégia de coleta de dados na pesquisa-ação

Nas pesquisas qualitativas do tipo pesquisa-ação, o Círculo de Cultura pode constituir uma estratégia que permite a realização da coleta de dados, realizada por meio da utilização de técnicas de filmagens, gravações, fotografias e registros em diários de campo do material subjetivo (observações) e objetivo (depoimentos).

Todos os registros da pesquisadora e de sua equipe foram transcritos e analisados com o apoio de uma ferramenta utilizada para auxiliar a análise dos dados, denominada “nuvem de palavras” ou “nuvem de texto”, criada a partir do software Wordle™. Esta ferramenta pode ser compreendida como uma forma de visualização de dados linguísticos, que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um dado contexto (MCNAUGHT; LAM, 2010).

A técnica de construção destas nuvens consiste em usar tamanhos e fontes de letras diferentes de acordo com a frequência em que é citada no texto analisado. A palavra com maior frequência de citações é alocada no centro da imagem, em tamanho maior, e as demais, com menor frequência de citações, aparece em seu entorno, com tamanhos menores. Os artigos, preposições e locuções adverbiais foram removidas para permitir a melhor visualização do que seria relevante para a análise.

O método de análise de conteúdo temático foi proposto por Bardin (2011), para exploração, apresentação e análise dos dados. Este método utiliza um conjunto de técnicas de análise da comunicação, através de procedimentos sistemáticos e objetivo de categorização e descrição das mensagens coletadas para permitir a interpretação dos resultados.

O material coletado foi analisado seguindo as etapas da técnica segundo Bardin (2011), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Durante a pré-análise foi realizada a leitura flutuante; formulação das hipóteses e recortes de texto nos documentos de análise. Na etapa de exploração do material, foram definidas as unidades de contexto e a categorização foi apresentada na forma de grelha para análise de conteúdo. Por fim, no tratamento dos resultados, foi realizada a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais (BARDIN, 2011).

Para a organização e categorização do material coletado de acordo com as recomendações de Bardin (2011), foi utilizado o software Atlas.ti for Windows versão 7.0, que é um programa que facilita a análise de dados qualitativos, os quais são frequentemente utilizados em pesquisas qualitativas na área de ciências sociais, utilizado com o objetivo de facilitar o processo de categorização do material a ser analisado.

O programa facilita a análise mais sistemática de dados oriundos de pesquisas qualitativas, obtidas em entrevistas e diversos outros tipos de dados. O Atlas.ti é um programa que possui um conjunto de ferramentas que lhe proporcionam extrair, categorizar e interligar segmentos de informação de uma grande variedade e volume de fontes de documentos, podendo ser usado para documentos, notas e arquivos multimídia (GIBBS, 2009).

### **5.5.5 Capacitação de monitores (animadores dos Círculos de Cultura e apoiadores da coleta de dados) e inserção da pesquisadora e sua equipe no campo de pesquisa (cenário escolar)**

Uma vez concluída a construção e validação da estratégia educativa, foi realizada a capacitação da equipe que iria ficar responsável por executar, registrar e descrever a experiência nos círculos. A capacitação aconteceu nos meses de março a junho de 2018 e contou com a participação de 20 integrantes entre estudantes da graduação em enfermagem vinculados ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Pernambuco e residentes dos programas de enfermagem do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros e do Hospital Agamenon Magalhães.

A capacitação foi construída e ministrada pela pesquisadora e teve como objetivo realizar a capacitação de monitores em educação popular em saúde, com ênfase na Pedagogia de Paulo Freire, utilização do círculo de cultura como referencial teórico-metodológico, Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), adolescência, protagonismo e Programa Saúde na Escola (PSE), bem como calibrar a equipe inserida nas atividades de coleta de dados (apêndice E).

A capacitação foi ministrada na forma de um curso de 60 horas, nas instalações da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças / Universidade de Pernambuco e na escola escolhida como espaço para realização das intervenções educativas.

**Figura 7** - Capacitação pedagógica de monitores – Pedagogia de Paulo Freire, Educação Popular em Saúde, Círculos de Cultura e adolescência. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

Terminado o processo de capacitação e sensibilização da equipe, partimos para a integração no espaço escolar que seria o cenário das intervenções educativas. O objetivo desse momento inicial seria integrar os monitores que ainda não conheciam a escola, seus gestores, professores e os adolescentes, bem como iniciar o processo de mobilização dos adolescentes para participar dos Círculos de Cultura.

A pesquisadora organizou o processo de observação da escola em três estágios. O foco de observação no processo de imersão inicial envolveu: o conhecimento da comunidade (área de abrangência da escola) – para conhecer e registrar as impressões relativas aos tipos de moradia predominantes, acesso a transportes, centros de convivência, lazer, cultura e prática de esportes, comércio e serviços públicos de saúde.

O processo de observação participante foi iniciado por visitas à escola, realizada com o objetivo de conhecer a estrutura física da escola e dos espaços de convivência dos adolescentes. Nestas oportunidades, além da integração com as pessoas envolvidas na escola-cenário, foram descritas as impressões relativas à escola e seus espaços físicos, bem como a avaliação da hospitalidade/ receptividade dos integrantes (dirigentes e professores) e dos adolescentes em relação à pesquisadora e demais integrantes da equipe de pesquisa.

Alguns elementos da impressão relativa às potencialidades da escola para o desenvolvimento de atividades educativas foram destacados pela equipe, entre eles: amplo

espaço de quadra esportiva e área de lazer, salas de aula individualizadas, ventiladas e iluminadas, apoio e colaboração da gestão escolar, incluindo professores e monitores escolares, que apoiavam a execução do projeto na escola e disponibilizavam cronograma de atividades escolares para programação dos Círculos de Cultura nos momentos oportunos para alunos e pesquisadores.

A imersão da equipe de pesquisa na escola-cenário foi realizada com o objetivo de integrar os participantes no cotidiano da escola e incluiu o desenvolvimento de atividades de recreação, visitas à escola e salas de aula durante o período de atividades escolares formais e nos momentos de atividades extra-classe (aulas de futebol e educação física), bem como em festividades do dia das mães, festejos do dia do folclore e festa dos pais.

Nestes momentos de integração foram registradas impressões relativas aos adolescentes, atitudes e práticas voluntárias a respeito de saúde pessoal e cuidados com o ambiente, observação do cuidado dos adolescentes em relação às recomendações dos professores, gestores e monitores quanto aos cuidados com a saúde pessoal e com os ambientes da escola.

**Figura 8** - Inserção da pesquisadora e equipe no campo / cenário escolar de estudo.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

O evento de integração e convite aos participantes dos Círculos de Cultura aconteceu no turno da tarde, durante o período de aulas. Participaram 67 adolescentes, entre meninos e meninas do 7º ano escolar. E no decorrer das atividades, a partir das observações da equipe de

pesquisa, foram realizados os convites para participar dos círculos que aconteceriam na semana seguinte.

**Figura 9** - Integração da pesquisadora e monitores no espaço escolar e início do processo de convite aos participantes dos Círculos de Cultura.

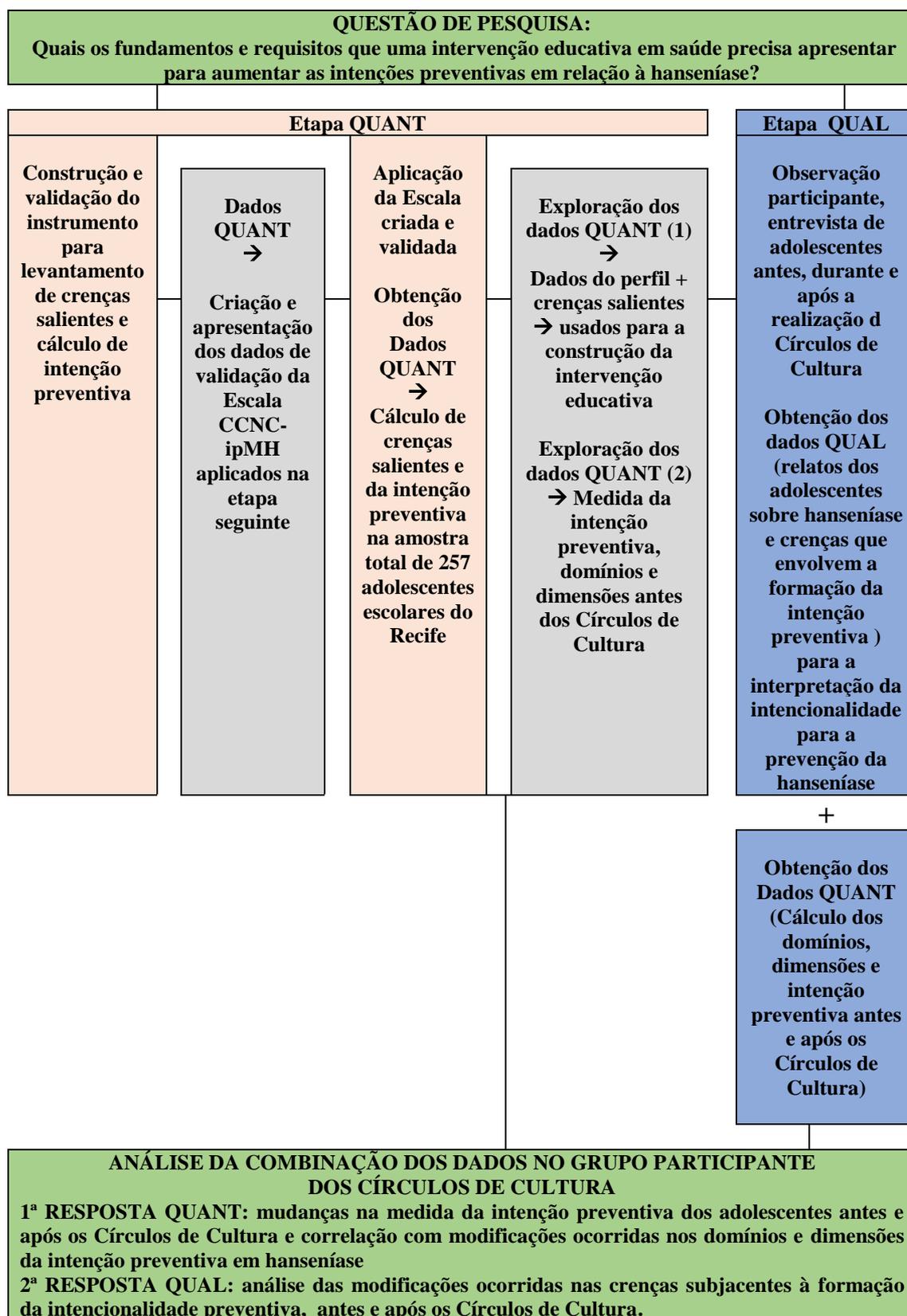


Fonte: imagem – banco de dados da autora

## 5.6 A COMBINAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS 3 ETAPAS DO ESTUDO

Os dados obtidos na pesquisa foram analisados separadamente, em cada etapa, e por fim analisados em conjunto ao final da terceira etapa do estudo. Esta estratégia de combinação dos dados é denominada explanação sequencial, realizada após a reunião de todos os dados obtidos, conforme esquematização apresentada abaixo, baseada no modelo de Creswell e Plano (2013), adaptado por Santos et al (2017).

**Quadro 10** - Processo de análise e explanação sequencial dos resultados das três etapas da pesquisa. Recife, 2019.



Fonte: a autora

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu a todas as recomendações formais advindas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), referente a estudos com seres humanos.

A decisão dos voluntários de querer ou não participar da pesquisa foi respeitada, bem como assegurada a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico de captação de voz (gravador digital de voz), com a autorização prévia do participante do estudo e ficam arquivadas no computador da pesquisadora responsável, durante um prazo de cinco anos, podendo ser apagadas depois desse período.

Todos os adolescentes participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, riscos, benefícios, garantia de sigilo e possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo para suas atividades escolares. Os pais e responsáveis foram comunicados e autorizaram a participação dos menores interessados em participar voluntariamente das atividades da pesquisa, mediante assinatura de termo de consentimento e assentimento.

O estudo contou com a anuência da Secretaria Municipal de Educação do Recife. O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, registrado sob CAAE nº 76747317.7.0000.5192, com parecer de aprovação nº 2.316.124 (Anexo A).

Por tratar-se de um ensaio clínico não randomizado, quase experimental, foi procedida inclusão do projeto de pesquisa no REBEC (Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos), tendo sido registrado sob UTN: U1111-1225-0834, com identificador primário número: RBR-5mhjq5.

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 1ª ETAPA DO ESTUDO - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA: “ESCALA DE CRENÇAS COMPORTAMENTAIS, NORMATIVAS E DE CONTROLE PARA A FORMAÇÃO DE INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE – ESCALA CCNC- IPMH”**

#### **6.1.1 Elaboração da Escala CCNC – ipMH**

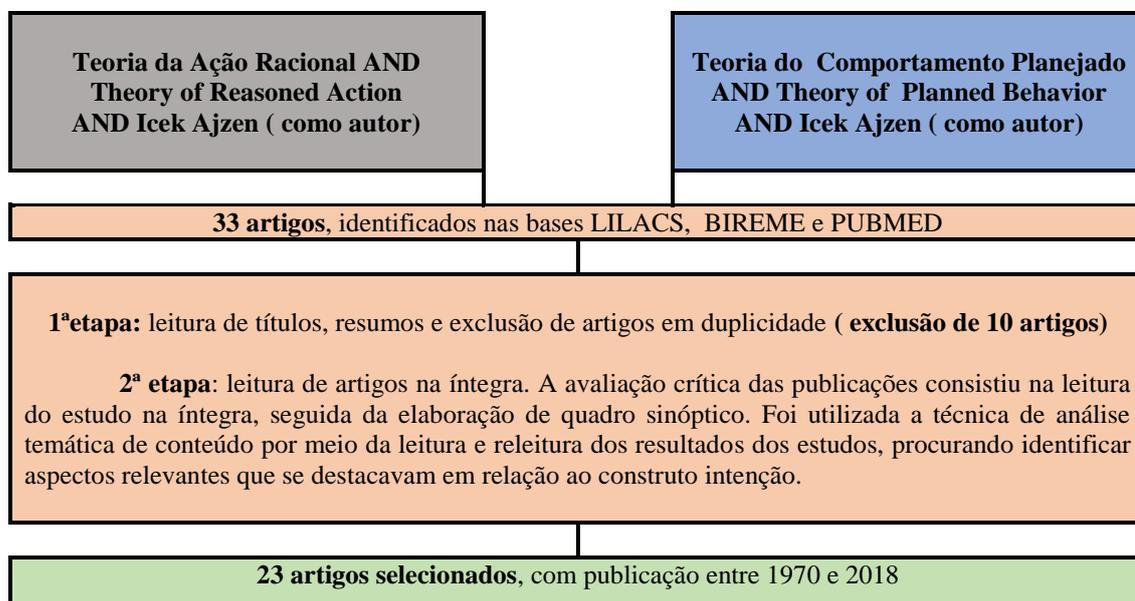
Para subsidiar a construção da “Escala de crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções preventivas em hanseníase – CCNC-ipMH”, emergiu o interesse por aprofundar o conhecimento a respeito do referencial teórico e explorar os pressupostos que fundamentaram o surgimento da Teoria da Ação Planejada (TAR) e de sua expansão como Teoria do Comportamento Planejado (TCP), bem como a sua utilização em estudos para previsão da intenção e a adoção de comportamentos sociais humanos relacionados à saúde.

O primeiro protótipo da Escala CCNC-ipMH foi elaborado a partir uma matriz de indicadores fundamentada em estudo qualitativo de revisão narrativa (VOSGERAU; ROMANOSWK, 2014), cujo objetivo foi apresentar e discutir o conceito do construto intenção.

Por tratar-se de um levantamento bibliográfico de conceitos baseados na perspectiva de uma teoria específica, foram recuperados artigos que tinham Icek Ajzen como autor principal ou um dos autores da publicação, desde que houvesse texto completo disponível eletronicamente nos idiomas português, inglês e espanhol, conforme apresentado no quadro 11.

**Quadro 11** - Descrição dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado.

Recife, 2019.



Fonte: a autora

Os fundamentos teóricos identificados na revisão narrativa foram descritos nos quadros sinópticos apresentados abaixo (Quadro 12, 13 e 14).

**Quadro 12-** Sinopse dos estudos incluídos na revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado.

Recife, 2019.

Autor e ano da publicação	Teoria do Comportamento Planejado Definição do Construto: Intenção
Ajzen;Fishbein 1970;  Ajzen, 1977	De acordo com a Teoria da Ação Racional (TAR), a intenção do indivíduo de realizar um determinado ato é uma função conjunta da atitude e de suas crenças sobre o que é esperado que ele faça nessa situação, ou seja, suas crenças normativas. Em muitos casos, pode não ser possível para um indivíduo realizar suas intenções por causa de restrições interpessoais.
Ajzen, 1985	A Teoria da Ação Racional foi projetada para prever comportamentos sob controle volitivo e ajudar a entender seus determinantes psicológicos. A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é um desdobramento da TAR e aponta que a intenção é o antecedente imediato do comportamento e por sua vez, o determinante da intenção é a percepção da pessoa sobre as pressões sociais para realizar ou não o comportamento em questão.
Ajzen, 1991  Beck Ajzen, 1991	A TCP é uma extensão da TAR, na qual foi adicionado o controle comportamental percebido para ajudar na previsão de comportamentos. A intenção é o fator central na TCP e, como regra geral, quanto mais forte a intenção de envolver-se em um comportamento, mais provável deve ser o seu desempenho. A teoria fornece uma estrutura conceitual útil para lidar com as complexidades do comportamento social humano. A intenção comportamental pode determinar um comportamento apenas se o mesmo estiver sob controle volitivo, ou seja, se a pessoa puder decidir à vontade para executar ou não o comportamento em questão. A análise da intenção fornece indicações de quanto as pessoas estão dispostas a tentar, de quanto esforço estão planejando exercer, a fim de executar um comportamento. As intenções são os preditivos mais fortes para pessoas envolverem-se em um comportamento ou para atingir seus objetivos comportamentais. No entanto, o grau de sucesso na adoção de um comportamento para o qual se tem forte intenção de realizar, dependerá não apenas do desejo ou da intenção, mas também de fatores parcialmente não-motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários.

Fonte: a autora

**Quadro 13** - Estudos incluídos na revisão sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado (Continuação). Recife, 2019.

Madden Ellen Ajzen, 1992	A análise das intenções é útil para identificar onde e como direcionar estratégias para mudança de comportamento.
Ajzen; Driver 1992	A TCP é usada para prever intenções e comportamento. Intenções para realizar comportamentos podem ser previstas a partir de atitudes em relação ao comportamento e de normas subjetivas. As intenções, por sua vez, correlacionam-se com comportamentos que estão sob controle volitivo, ou seja, controle da vontade. As intenções de realizar atividades desse tipo podem ser previstas a partir de atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido. O grau de sucesso em adotar um comportamento dependerá não apenas do desejo de alguém ou de sua intenção, mas também em fatores parcialmente não-motivacionais como disponibilidade de oportunidades e recursos necessários (por exemplo, tempo, dinheiro, habilidades, cooperação dos outros e assim por diante). Fatores motivacionais interferem nas intenções comportamentais e esses fatores motivacionais são indicações de quanto as pessoas estão dispostas a tentar ou de quanto esforço as pessoas estão planejando exercer, a fim de executar o comportamento. Como regra geral, quanto mais favorável a atitude e norma subjetiva com respeito a um comportamento, e quanto maior o controle comportamental percebido, mais forte deve ser a intenção do indivíduo de realizar o comportamento em consideração.
Ajzen; Fishbein 2000	A TAR e depois a sua versão expandida, a TCP tornou-se um forte modelo teórico para a previsão do comportamento, através da análise do construto intenção.
Ajzen, 2001	De acordo com a TCP, as pessoas agem de acordo com suas intenções e percepções de controle sobre o comportamento. As intenções são influenciadas por atitudes em relação ao comportamento, normas e percepções de controle comportamental.
Ajzen 2002	A TCP emergiu como um dos quadros conceituais mais influentes e populares para o estudo do comportamento humano. Neste modelo teórico, a combinação da atitude em direção ao comportamento, norma subjetiva e percepção de controle comportamental levam à formação de uma intenção comportamental.
Bamberg;Ajzen; Schmidt 2003	A TCP proporcionou uma previsão precisa da intenção e do comportamento antes e depois de uma intervenção. Segundo a TCP é possível influenciar intenções e comportamentos, projetando uma intervenção que tem efeitos significativos sobre um ou mais dos fatores antecedentes das intenções, isto é, as atitudes, as normas subjetivas e as percepções de controle comportamental. Novas informações, se relevantes e persuasivas, podem afetar intenções e influenciar o comportamento posterior.
Ajzen; Fishbein, 2004  Ajzen; Brown; Carvajal, 2004	A TCP foi criada para ser um arcabouço teórico útil, com estrutura conceitual para tentar prever e compreender as intenções. Em combinação, atitude em relação ao comportamento, norma subjetiva e percepção de controle comportamental levam à formação de uma intenção comportamental. Os fatores determinantes para a previsão de intenções comportamentais são variáveis em função do comportamento e da população.
Fishbein; Ajzen, 2005	A TCP é freqüentemente usada para identificar determinantes do comportamento relacionado à saúde, mas fornece pouca orientação sobre como esses determinantes podem ser mudados. Mudanças nas crenças específicas do comportamento são responsáveis por produzir mudanças correspondentes nas atitudes, normas subjetivas e no controle comportamental percebido. Essas mudanças, por sua vez, influenciam as intenções comportamentais.
Fraser et. al, 2010.	A TCP é um modelo teórico considerado útil para identificar os determinantes de muitos tipos diferentes de comportamentos. De acordo com a teoria, o antecedente imediato de um comportamento é a intenção. A intenção, por sua vez, é determinada por três componentes: atitude, normas subjetivas e controle comportamental percebido. A intenção de se engajar num comportamento deve aumentar a medida em que as atitudes em relação ao comportamento são favoráveis, bem como o controle percebido sobre seu desempenho é alto.

Fonte: a autora

**Quadro 14 - Sinopse da revisão narrativa sobre o construto intenção, de acordo com a Teoria da Ação Racional e Teoria do Comportamento Planejado (continuação). Recife, 2019.**

Stecker et al, 2010	De acordo com a TCP, a decisão de se envolver em qualquer comportamento pode ser rastreada até as crenças da pessoa sobre o comportamento em questão. A intenção é assumida como sendo o antecedente imediato do comportamento e poderá guiar o comportamento de forma controlada e deliberada. Quando há um controle real sobre o comportamento, espera-se que as pessoas cumpram as suas intenções.
Ajzen, 2011	Desde sua introdução há 26 anos, a TCP tornou-se um dos modelos mais frequentemente citados e influentes para a previsão do comportamento social humano. Em sua essência, a teoria está preocupada com a previsão de intenções
Ajzen, 2014	A TCP proporciona uma boa previsão de intenções a partir de atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido. Grande mudança nas intenções pode também produzir mudanças no comportamento. Uma intervenção projetada para criar intenções mais favoráveis requer um trabalho prévio que envolva: suscitar crenças comportamentais, normativas e de controle facilmente acessíveis em uma amostra da população-alvo; selecionar crenças acessíveis específicas existentes ou novas crenças não emitidas para constituir alvo na intervenção e por fim, projetar uma intervenção que ataquem as crenças selecionadas.
Zemore; Ajzen, 2014	A TCP tem sido usada em mais de 1000 estudos independentes e os resultados apoiaram fortemente o uso da mesma para compreender comportamentos relacionados aos vícios ( uso de álcool, drogas e cigarros), comer, higiene bucal, HIV / AIDS, uso de automóveis e assistência médica. O controle percebido e a intenção podem interagir para afetar comportamento, ou seja, o impacto da intenção sobre o comportamento pode ser mais forte quando o controle percebido é alto. O Controle percebido refere-se à percepção da capacidade de realizar determinado comportamento e é baseada crenças sobre fatores que podem facilitar ou impedir seu desempenho (crenças de controle). Ele é tipicamente tratado como um preditor direto do comportamento bem como um preditor de intenção.
Ajzen, 2015	Descrita pela primeira vez em 1985 a TCP é um dos modelos sócio-psicológicos mais populares para compreender e prever comportamentos. O antecedente imediato de um determinado comportamento é a “intenção”, a qual é determinada por três tipos de considerações ou crenças, as crenças comportamentais, normativas e de controle. No entanto, a teoria reconhece a importância potencial de outras variáveis, tais como fatores demográficos características (idade, sexo, raça, religião, educação, renda, etc.), traços de personalidade, atitudes gerais e valores de vida, inteligência, emoções etc, fatores capazes de influenciar intenções e comportamentos indiretamente por seus efeitos nas crenças comportamentais, normativas e de controle.
Leeuw et al. 2015	A TCP postula que a intenção de alguém em adotar um comportamento deve aumentar na medida em que atitudes em relação ao comportamento são favoráveis e se há apoio de pessoas significativas a respeito do comportamento. Atitudes subjetivas, normas e controle comportamental percebido representaram uma grande proporção da variância nas intenções. A Teoria é um modelo social-cognitivo validado para identificar as crenças que podem ser usadas para informar intervenções capazes de promover mudanças no comportamento.
Steinmetz et al., 2016	Nas últimas décadas, a TCP tornou-se uma estrutura para explicar e prever o comportamento. A teoria afirma que o principal condutor para o comportamento é a intenção. Esta, por sua vez, é uma função de variáveis motivacionais subjacentes (isto é, atitude em relação ao comportamento, norma subjetiva e controle comportamental percebido). A teoria é uma estrutura útil para projetar intervenções de mudança de comportamento e para explicar os mecanismos pelos quais se espera que as intervenções exerçam seus efeitos sobre o comportamento.
Heim et al, 2017	De acordo com a TCP o desempenho de um determinado comportamento é precedido pela a intenção de realizar o comportamento. A intenção é determinada por três fatores: atitude em relação ao comportamento, normas subjetivas e controle comportamental percebido.

Fonte: a autora

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é uma expansão da Teoria da Ação Racional (TAR), desenvolvida na década de 1960, pelo psicólogo americano Martin Fishbein com a colaboração de Icek Ajzen e outros estudiosos, revisada e expandida. A TAR acolhe o conceito de que os seres humanos são racionais e, a fim de decidirem pela realização de alguma ação, utilizam as informações disponíveis, avaliando as implicações de seus comportamentos (AJZEN; FISHBEIN, 1970, 1977, 1980). Contudo, o modelo proposto na TAR somente tem sucesso quando aplicado a comportamentos nos quais a pessoa exerce um domínio volitivo, ou seja, quando existe a ação do querer (AJZEN, 1991).

Os principais objetivos da TAR são compostos pela importância na predição e no entendimento do comportamento, com a ressalva de que este comportamento é resultado de escolhas conscientes por parte da pessoa e da precisão na intenção de realizá-lo (FISHBEIN; AJZEN, 1980).

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é uma ampliação da Teoria da Ação Racional (TAR), descrita pela primeira vez em 1985, segundo a qual, toda ação realizada pelos indivíduos passa necessariamente por um planejamento. As intenções antecedem as ações, ou seja, o modelo teórico prevê que é possível saber quais serão as ações de um indivíduo a partir do momento que é possível prever as intenções em relação a essas atividades. A intenção é o fator central na TCP e, como regra geral, quanto mais forte a intenção de envolver-se em um comportamento, mais provável deve ser o seu desempenho. A teoria fornece uma estrutura conceitual útil para lidar com as complexidades do comportamento social humano (AJZEN, 1985).

As intenções são os preditivos mais fortes para pessoas envolverem-se em um comportamento ou para atingir seus objetivos comportamentais. No entanto, o grau de sucesso na adoção de um comportamento para o qual se tem forte intenção de realizar, dependerá não apenas do desejo ou da intenção, mas também de fatores parcialmente não-motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários (AJZEN, 1991; AJZEN; BECK, 1991).

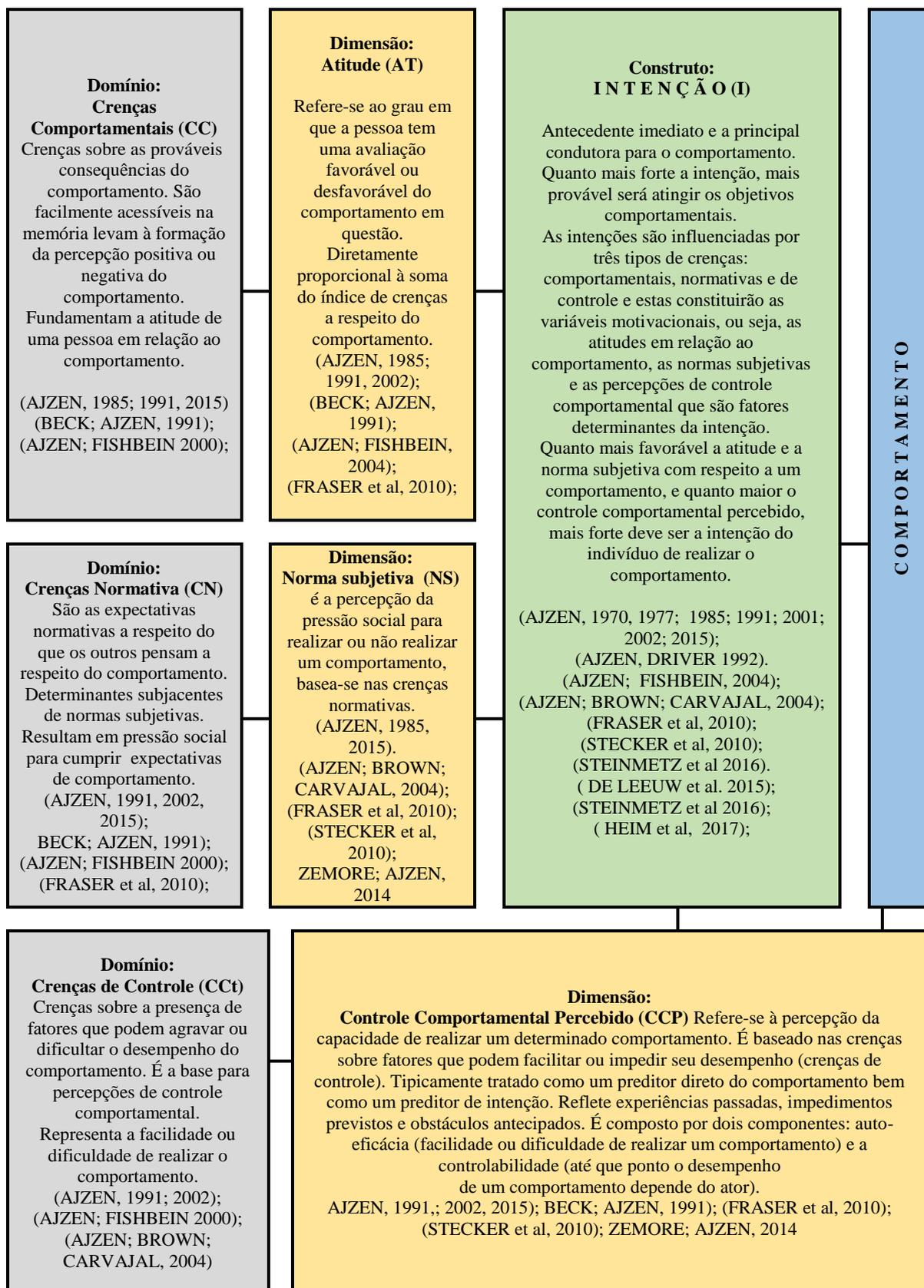
A TCP emergiu como um dos os quadros conceituais mais influentes e populares para o estudo do comportamento humano. Neste modelo teórico, a combinação da atitude em direção ao comportamento, norma subjetiva e percepção de controle comportamental levam à formação de uma intenção comportamental. Desde sua definição inicial em 1985, a TCP tornou-se um dos modelos mais frequentemente citados e influentes para a previsão do comportamento social humano (AJZEN, 2002; AJZEN, 2011).

A utilização da teoria tem sido frequente para identificar determinantes do comportamento relacionado à saúde, a partir da perspectiva de que as mudanças nas crenças específicas do comportamento são responsáveis por produzir mudanças correspondentes nas atitudes, normas subjetivas e no controle comportamental percebido. Essas mudanças, por sua vez, influenciam as intenções comportamentais. A intenção de se engajar num comportamento deve aumentar a medida em que as atitudes em relação ao comportamento são favoráveis, bem como o controle percebido sobre seu desempenho é alto (FISHBEIN; AJZEN, 2005; AJZEN et al, 2010).

A TCP tem sido usada em mais de 1000 estudos independentes e os resultados apoiam fortemente o uso da mesma para compreender comportamentos relacionados aos vícios (uso de álcool, drogas e cigarros), aos hábitos alimentares e de higiene bucal, exposição aos riscos de infecção pelo HIV / AIDS, uso de automóveis e busca de assistência médica. A teoria consiste em um modelo social-cultural e cognitivo, validado para identificar as crenças que podem ser usadas para informar intervenções capazes de promover mudanças no comportamento (ZEMORE;AJZEN, 2014; DE LEEUW et. al. 2015).

A partir da análise da teoria e seus conceitos, foi construído o resumo dos domínios e dimensões que servem de base para definição da intenção à luz da TCP (Quadro 15).

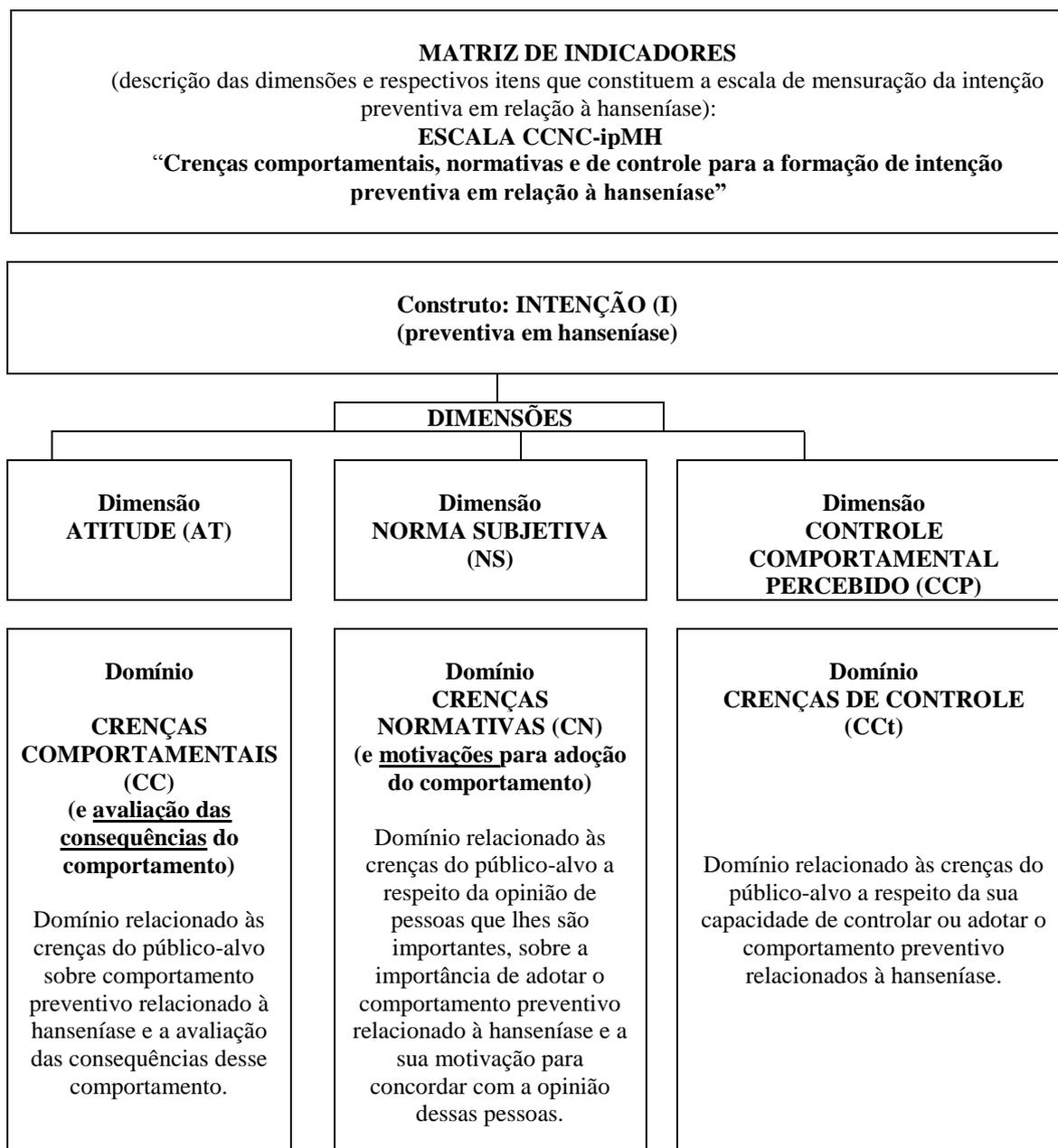
**Quadro 15 - Mapa conceitual dos domínios e dimensões da TCP. Recife, 2019.**



Fonte: a autora

A partir do embasamento teórico construído através do resgate dos conceitos da TCP, foi elaborada a matriz de indicadores que serviu de base para a criação da primeira versão da Escala, fundamentada no construto “Intenção”, suas dimensões e respectivos domínios (apresentados no Quadro 16 e 17).

**Quadro 16** - Matriz de indicadores da escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.



Fonte: a autora

**Quadro 17 - Matriz de indicadores da escala CCNC-ipMH (continuação).**

Recife, 2019.

<b>DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO-META</b> (ou população-alvo) - <b>Adolescentes escolares de 12 a 15 anos</b> (que se encontram cursando o 7º ano do ensino fundamental)	
<b>Construto – INTENÇÃO - I</b>	<b>Comportamentos Preventivos de interesse (explorados em cada domínio):</b>
<b>DIMENSÃO ATITUDE - AT</b>  <b>DOMÍNIO: Crenças comportamentais e avaliação das consequências</b>  <b>Crenças Comportamentais – CC</b> levantamento a partir de questões que contemplam: “Eu acredito que seja bom ...”  <b>Avaliação das consequências – AC</b> levantamento a partir de questões que contemplam: “Acredito que é possível que um adolescente seja capaz de ...”	Segundo as recomendações de Kelly-Santos, Monteiro e Ribeiro (2010) e Oliveira(2014) referente a estratégias educativas de interesse para a prevenção da hanseníase:
<b>DIMENSÃO NORMA SUBJETIVA - NS</b>  <b>DOMÍNIO: Crenças normativas e motivações</b>  <b>Crenças Normativas – CN:</b> levantamento a partir de questões que contemplam: “ A maioria das pessoas que importa para mim aprovaria se eu ....”  <b>Motivações – M:</b> levantamento a partir de questões que contemplam: “ Eu concordaria em saber .... se as pessoas que são importantes para mim, também acreditassem que isso seria bom.”	Conhecimento sobre hanseníase
<b>DIMENSÃO: CONTROLE COMPORTAMENTAL PERCEBIDO – CCP</b>  <b>DOMÍNIO: Crenças de Controle – CCt</b> levantamento a partir de questões que contemplam: “Estou confiante de que sou um adolescente capaz de ...”	Identificação de sinais sugestivos de hanseníase;  Comunicação sobre hanseníase;  Onde e com quem é possível buscar ajuda se houver suspeita de hanseníase.

Fonte: a autora

O protótipo da Escala CCNC-ipMH - “**Crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções preventivas em hanseníase**” foi elaborado com 30 questões. A escala é antecedida por um instrumento semi-estruturado, elaborado inicialmente

com 15 questões, para caracterização do perfil dos adolescentes. O protótipo da escala e o instrumento de perfil foram enviados aos juízes para validação e contribuições.

## 6.1.2 Validação do instrumento de perfil e escala CCNC-ipMH

### 6.1.2.1 Caracterização dos juízes

O comitê de especialistas foi composto por juízes que tinham formação e expertise na área de enfermagem, psicologia e pedagogia. A maioria dos juízes foi constituída por profissionais que tinha mais de 15 anos de formação (66,7%), com titulação mínima de Mestre (58,3%), com experiência na área de educação (100%) e produção de artigos científicos (75%), conforme apresentado nas tabelas abaixo.

Os enfermeiros atuavam na área de hanseníase, hebiatria e educação. Os psicólogos na área de cognição e educação. Os pedagogos atuavam no ensino de crianças, jovens e adultos, em níveis fundamental, médio e superior, nas áreas de ciências e biologia.

**Tabela 1-** Caracterização dos juízes envolvidos na validação da Escala CCNC-ipMH.  
Recife, 2019.

Variáveis	n	%
<b>Formação</b>		
Enfermeiro	4	33,3
Psicólogo	4	33,3
Pedagogo	4	33,3
<b>Tempo de Formação</b>		
Entre 5 a menos de 10 anos	4	33,3
Mais de 10 anos	8	66,7
<b>Titulação</b>		
Pós-Doutor	1	8,3
Doutor	4	33,3
Mestre	7	58,3
<b>Produção de artigo científico</b>		
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
<b>Experiência na área de interesse</b>		
Hanseníase	4	33,3
Psicologia - Cognição	4	33,3
Educação Jovens e Adolescentes	12	100

Fonte: dados primários

**Tabela 2** - Tabela de classificação de expertise dos juízes da 1ª etapa do estudo. Recife, 2019

<b>Crítérios de classificação dos juízes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Titulação de Doutor	5	41,7
Possuir Tese na área de interesse do Construto*	2	16,7
Titulação máxima de Mestre	7	58,3
Possuir Dissertação na área de interesse do Construto*	2	16,7
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do Construto*	9	75,0
Possuir prática profissional (ensino ou pesquisa) recente (mínimo 5 anos) na área*	8	66,7
Ser especialista na área de interesse do Construto*	6	50,0

Fonte: dados primários

\* Área de interesse do Construto e temática do estudo: Intenção - Teoria do Comportamento Planejado; Doenças Negligenciadas (hanseníase).

A TCP era conhecida pelos psicólogos, hanseníase era conhecida por todos os envolvidos, com destaque para dois juízes que tinham experiência na assistência e docência na área de hansenologia. Os pedagogos apresentavam experiência no ensino de jovens e adolescentes e no ensino sobre hanseníase para alunos do ensino fundamental. Apenas cinco juízes tinham experiência prática em pesquisas de desenvolvimento metodológico. Em relação à classificação da expertise, considerando a análise de todos os itens por cada juiz, a maioria foi classificada acima de 60%.

#### 6.1.2.2 Validação de face e de conteúdo

O comitê de juízes realizou duas rodadas de avaliação e teceram críticas com sugestões em relação ao conteúdo de cada questão. A parte do instrumento destinada à descrição do perfil do entrevistado (instrumento do perfil) foi avaliada em sua relevância, objetividade e adequação de linguagem.

Os itens relacionados à escala de intenção, que envolveram questões relacionadas às dimensões e domínios para cálculo da intenção, foram avaliados em relação à relevância, objetividade, clareza e adequação de linguagem.

Ao todo, foram identificadas 56 sugestões na validação de face, 49 (87,5%) relacionadas ao conteúdo das questões e 7 (12,5%) relativas à forma de organização da escala. Não houve discordância entre juízes em relação à manutenção ou retirada de questões, mas críticas que demandaram acréscimos no conteúdo relativo às questões. Não foram solicitadas exclusões de questões, porém recomendadas reduções no texto para aumentar objetividade e/ou clareza da pergunta.

As contribuições dos juízes relacionadas à escala de medida da intenção referiram-se à inclusão de 20 perguntas, relativas à medida da dimensão atitude (AT). Neste item foi recomendado o acréscimo de 10 questões para avaliação das consequências (AC), correspondentes às crenças comportamentais (CC), sem as quais, segundo os juízes com conhecimento da TCP, não seria possível calcular a AT.

No que se refere à dimensão norma subjetiva (NS), os juízes recomendaram a inclusão de mais 10 questões sobre motivação (M), correspondentes às crenças normativas (CN), sem as quais não seria possível calcular a NS.

Por recomendação dos juízes, nas questões relacionadas aos domínios: crenças (comportamentais, normativas e de controle), avaliação das consequências e motivações, foram formuladas perguntas cruzadas (“cross-questions”), redigidas na forma negativa, a fim de assegurar a fidedignidade das respostas dos adolescentes. Foram formuladas 15 questões cruzadas (“cross-questions”), sendo três em cada grupo de crenças e mais três questões cruzadas para análise de avaliação de consequências e motivações.

O instrumento foi elaborado em dois protótipos até chegar à sua terceira versão que foi considerada como final, quando concluído todo processo de validação. O esquema abaixo apresenta o percurso e as modificações realizadas, com as intervenções da validação de face, de conteúdo e semântica.

Finalizada a primeira fase de validação (de face) e a primeira rodada da validação de conteúdo, foi redigido um novo instrumento ( 2º protótipo da escala), com 77 perguntas com todos os ajustes recomendados pelos experts. O segundo protótipo da escala foi submetido a validação semântica e foi alterado em relação a linguagem, organização da estrutura e disposição do texto, mas não em seu conteúdo.

**Quadro 18 -** Apresentação das modificações no instrumento de avaliação do perfil de entrevistados e Escala CCNC-ipMH.. Recife, 2019.

1º Protótipo		2º Protótipo		Versão Final
<p><b>Questões relacionadas ao perfil do adolescente:</b> variáveis relacionadas às características sociodemográficas, condições físicas e sanitárias do ambiente residencial, hábitos de higiene pessoal, condições de saúde do adolescente e familiares.</p> <p><b>Número de questões: 15</b></p>	VALIDAÇÃO DE FACE E DE CONTEÚDO	<p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças:</p> <p><b>Acrescentado ao perfil, 12 questões relacionadas a:</b></p> <p>Religião e cor da pele, oferta de serviços de saúde na comunidade, acesso a espaços de lazer na comunidade, conhecimento sobre hanseníase.</p> <p><b>Número de questões: 27</b></p>	VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	<p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças no texto relativas a:</p> <p><b>adequação de linguagem e clareza.</b></p> <p><b>Número de questões deste item: 27</b></p>

Fonte: a autora

**Quadro 19** - Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH nas variáveis relativas ao domínio crenças comportamentais e dimensão atitude. Recife, 2019.

1º Protótipo		2º Protótipo		Versão Final
<p><b>Questões relacionadas ao domínio Crenças Comportamentais (CC)</b></p> <p><b>10 questões envolvendo variáveis relacionadas a:</b></p> <p>“Eu acredito que seja bom ...”</p> <p><b>Número de questões: 10</b></p>	VALIDAÇÃO DE FACE E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CC:</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a <b>avaliação da dimensão Atitude (AT):</b></p> <p>foram acrescentadas 10 questões relacionadas a:</p> <p><b>Avaliação das consequências – AC: cujo levantamento foi realizado a partir de questões que contemplavam:</b></p> <p>“Acredito que é possível que um adolescente seja capaz ....”</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>Alteração da redação de questões para a inserção de “cross-questions”</b></p> <p>“ Eu acredito que seja ruim...”</p> <p>“Não acredito que um adolescente seja capaz de ...”</p> <p><b>Número de questões: 20</b></p>	VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CC:</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a:</p> <p><b>adequação de linguagem e clareza.</b></p> <p><b>Número de questões: 20</b></p>

Fonte: a autora

**Quadro 20** - Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH nas variáveis relacionadas ao domínio crenças normativas e dimensão norma subjetiva. Recife, 2019.

1º Protótipo		2º Protótipo		Versão Final
<p><b>Questões relacionadas ao domínio Crenças Normativas (CN)</b></p> <p><b>10 questões envolvendo variáveis relacionadas a:</b></p> <p>“ A maioria das pessoas que importa para mim aprovaria se ....”</p> <p><b>Número de questões: 10</b></p>	VALIDAÇÃO DE FACE E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CN:</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a:</p> <p><b>Avaliação da dimensão Norma Subjetiva (NS):</b></p> <p>foram acrescentadas 10 questões relacionadas a:</p> <p><b>Motivação – MO:</b></p> <p><b>levantamento a partir de questões que contemplam:</b></p> <p>“ Eu concordaria em saber .... se as pessoas que são importantes para mim, também acreditassem que isso seria bom.”</p> <p><b>Alteração da redação de questões para a inserção de “cross-questions”</b></p> <p>“ A maioria das pessoas que importa para mim não aprovaria ...”</p> <p>“Eu não concordaria em saber .... se as pessoas que são importantes para mim, acreditassem que não seria bom.”</p> <p><b>Número de questões: 20</b></p>	VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CN:</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a:</p> <p><b>adequação de linguagem e clareza.</b></p> <p><b>Número de questões: 20</b></p>

Fonte: a autora

**Quadro 21** - Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH nas variáveis relacionadas ao domínio crenças de controle, dimensão controle comportamental percebido e número total de questões. Recife, 2019

1º Protótipo		2º Protótipo		Versão Final
<p><b>Questões relacionadas ao domínio Crenças de Controle (CCt)</b></p> <p><b>10 questões envolvendo variáveis relacionadas a:</b></p> <p>“Estou confiante de que sou um adolescente capaz de ...”</p> <p><b>Número de questões: 10</b></p>	VALIDAÇÃO DE FACE E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CCt e dimensão Controle Comportamental Percebido (CCP)</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a:</p> <p><b>Alteração da redação de questões para a inserção de “cross-questions”:</b></p> <p>“Estou não confiante de que sou um adolescente capaz de ...”</p> <p><b>Número de questões: 10</b></p>	VALIDAÇÃO SEMÂNTICA E DE CONTEÚDO	<p><b>Questões relacionadas ao domínio CCt e dimensão Controle Comportamental percebido (CCP):</b></p> <p>Mantidas questões anteriores e realizadas mudanças relativas a:</p> <p><b>ajustes do texto para adequação de linguagem e clareza.</b></p> <p><b>Número de questões: 10</b></p>
<p><b>Número total de questões: 45, sendo 15 do perfil e 30 da escala</b></p>	<p><b>Número total de questões: 77, Sendo 27 do perfil, 50 da escala (15 “cross-questions”).</b></p>			

.Fonte: a autora

O parâmetro adequação de linguagem recebeu maior volume de críticas pelos juízes pertencentes ao grupo de pedagogos. Estes destacaram correções em relação à estrutura das frases e complexidade das palavras para o melhor entendimento dos adolescentes integrantes da população-alvo.

Analisadas as críticas, feitas as inclusões de questões solicitadas, a adequação de linguagem pertinente a concordâncias verbais, uso de palavras menos complexas e mais apropriadas à objetividade e clareza para a população-alvo, foi redigida uma segunda versão da escala. Juntamente com o formulário enviado para a 2ª rodada de avaliação do conteúdo foi anexada uma explicação sobre a formulação de questões de acordo com a recomendação dos teóricos, com citação da literatura de referência.

Em relação à estrutura e aparência, as críticas e solicitações de mudanças foram reduzidas. As críticas na validação de face destacavam a necessidade de condensar o instrumento para que não tivesse um quantitativo de páginas superior a 10. Inicialmente o instrumento tinha 16 páginas, sendo três do perfil e 13 da escala de intenção. Após os ajustes das questões, mesmo com a inclusão das novas perguntas, o instrumento foi finalizado em oito páginas, incluindo duas do instrumento do perfil do entrevistado e seis da escala de intenção.

Na tabela 3 está apresentada a distribuição do IVC do instrumento de perfil e escala. Na primeira rodada (avaliação do 1º protótipo) e na segunda rodada (avaliação do 2º protótipo) foi possível verificar que a maioria dos parâmetros avaliados teve IVC acima de 0,70, exceto para os parâmetros clareza, objetividade e adequação de linguagem. Contudo, o parâmetro relevância teórica, nas duas avaliações, já apresentou IVC acima de 0,80. Na segunda rodada, todos os parâmetros tiveram IVC acima de 0,80.

Os parâmetros relacionados ao perfil (serviços de saúde na comunidade e conhecimento sobre hanseníase) e os domínios avaliação das consequências e motivação, só apresentam avaliação na segunda rodada porque foram incluídos, por solicitação dos juízes, após a avaliação do primeiro protótipo da escala.

**Tabela 3** - Apresentação do Índice de Validade de Conteúdo segundo os domínios da Escala CCNC-ipMH e parâmetros avaliados nas duas rodadas. Recife, 2019.

Domínios e questões do instrumento de avaliação do perfil e escala de medida de intenção		Parâmetro avaliado	Rodadas de avaliação	
			1ª	2ª
Instrumento de avaliação do Perfil do entrevistado	Dados sócio demográficos	Relevância	0,833	0,972
		Objetividade	0,750	0,833
		Adequação de linguagem	0,167	0,889
	Higiene	Relevância	0,833	0,917
		Objetividade	0,833	0,944
		Adequação de linguagem	0,333	0,891
	Serviços de saúde na comunidade (inclusão na 2ª versão da escala)	Relevância	-	0,917
		Objetividade	-	0,889
		Adequação de linguagem	-	0,833
	Conhecimento sobre hanseníase (inclusão na 2ª versão da escala)	Relevância	-	0,944
		Objetividade	-	0,891
		Adequação de linguagem	-	0,833
Domínio CC	Crenças comportamentais – CC	Relevância	0,750	0,972
		Objetividade	0,833	0,944
		Clareza	0,750	0,889
	Avaliação das consequências – AC (inclusão na 2ª versão da escala)	Adequação de linguagem	0,250	0,833
		Relevância	-	0,889
		Objetividade	-	0,891
Domínio CN	Crenças Normativas – CN	Clareza	-	0,917
		Adequação de linguagem	0,250	0,972
		Relevância	-	0,889
	Motivação – M (inclusão na 2ª versão da escala)	Objetividade	-	0,833
		Clareza	-	0,891
		Adequação de linguagem	-	0,833
Domínio CCt	Crenças de Controle – CCt	Relevância	0,833	0,935
		Objetividade	0,883	0,944
		Clareza	0,417	0,889
		Adequação de linguagem	0,333	0,833
Instrumento como um todo	Estrutura	0,667	0,944	
	Aparência	0,750	0,917	
	Relevância teórica	0,891	0,935	

Fonte: dados primários

### 6.1.2.3 Validação semântica

A validação semântica foi realizada por meio de grupos focais com adolescentes que atendiam aos critérios estabelecidos na descrição da população-alvo da pesquisa. Foram realizados cinco grupos com 10 integrantes em cada. O quadro abaixo apresenta as questões que geraram dificuldade de entendimento e necessitaram da intervenção do pesquisador para esclarecimento e compreensão, antes de sua resolução. Os adolescentes levaram, em média 10 minutos para responder o instrumento do perfil e 50 minutos para responder as questões da escala.

Considerando que havia a necessidade de avaliar o instrumento de perfil e a Escala CCNC- ipMH, pelos 50 adolescentes que participaram da validação semântica, o instrumento como um todo, foi aplicado a todos os adolescentes no mesmo momento, em todos os grupos. Contudo, é possível realizar a aplicação dos dois instrumentos em momentos diferentes, iniciar pelo perfil e num outro momento ou até mesmo, num outro dia, aplicar a escala de intenção. Assim será possível diminuir o cansaço e a distração dos adolescentes no momento de resolução da escala de intenção. O horário de realização dos grupos variou conforme a disponibilidade das atividades escolares, pela manhã ou à tarde. Três grupos aconteceram no horário da manhã, entre 8 e 11 horas, e dois grupos no turno da tarde, de 14 às 17 horas. Os encontros no turno da manhã foram mais rápidos e os alunos conseguiram concentrar mais facilmente na atividade. O instrumento do perfil e a Escala CCNC-ipMH foram respondidos mais rapidamente pelos adolescentes escolares do turno da manhã.

**Figura 10** - Foto grupo focal, processo de validação semântica da escala.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

A projeção da questão no quadro branco, juntamente com a leitura em conjunto foram recursos utilizados para iniciar as discussões sobre o entendimento de cada questão. Ao final da leitura de cada questão, os alunos diziam o que tinham entendido e o que cada questão pediria como resposta. Até esse momento, a pesquisadora e seus monitores não realizavam nenhum tipo de interferência sobre a explicação da questão.

A seguir, abria-se a discussão sobre a questão e o que seria solicitado como resposta. Todas as dúvidas e contribuições eram registradas pela pesquisadora e monitoras e subsidiaram as modificações realizadas nas assertivas e respostas, usando as expressões de acordo com a compreensão dos alunos.

**Quadro 22** - Apresentação das modificações no instrumento de levantamento do perfil dos entrevistados – processo de validação semântica. Recife, 2019.

<b>Mudanças no instrumento de perfil do entrevistado</b>	
<b>Questões do 2º Protótipo</b>	<b>Questões modificadas na versão final</b>
<p>Questão na versão inicial: “qual a sua cor ?” . Dúvida: não entendiam o que significava “pardo”</p>	<p>Questão na versão final: “Como você se considera (cor de sua pele) ?” . Acrescentado ao item “pardo” parênteses explicativo: (moreno).</p>
<p>Questão na versão inicial: “qual a sua renda familiar ?” . Dúvida: não entendiam o que significava “renda” e nem de quantas pessoas poderiam contar na renda final a ser incluída.</p>	<p>Questão na versão final: “Qual a renda que todos os seus familiares recebem?” . Acrescentado: ao item “renda” incluído parênteses explicativo (salários-mínimos). E no item familiares, acrescentado parênteses explicativo (conte apenas os que moram ou que ajudam no sustento dos que moram com você).</p>
<p>Questão na versão inicial: “a quem procura aconselhamento na hora de tomar decisão importante na vida?” . Não entendiam a expressão aconselhamento.</p>	<p>Questão na versão final: “quando vai tomar uma decisão ou fazer uma escolha importante em sua vida, geralmente procura conversar ou pedir conselhos a alguma pessoa?”</p>
<p>Questão na versão inicial: “de onde vem a água utilizada por sua família?” . Perguntavam se incluía a água usada no banheiro que por vezes vinha de outra fonte.</p>	<p>Questão na versão final: “ de onde vem a água que você e sua família utilizam em casa?” . Acrescentado: incluído parênteses explicativo: (para beber e cozinhar).</p>
<p>Questão na versão inicial: “ qual o destino que você e sua família dão ao lixo doméstico?” . Os alunos não entenderam: destino de lixo e doméstico.</p>	<p>Questão na versão final: “o que você e sua família fazem com o lixo que é produzido em casa?”</p>

Fonte: dados primários

**Quadro 23** - Apresentação das modificações no instrumento de levantamento do perfil dos entrevistados – processo de validação semântica (continuação). Recife, 2019.

Questão na versão inicial: “quantos cômodos existem na sua casa?”	Questão na versão final: “quantos cômodos existem na sua casa?” Acrescentado parênteses explicativo junto a palavra cômodo: (quartos, sala, banheiro e cozinhas, etc).
Questão na versão inicial: “você possui alguma doença de pele. Alguns adolescentes não sabiam o que deveriam pensar e relatar quanto ao que seria doença de pele.	Questão na versão final: acrescentado parênteses explicativo junto a doença de pele (mancha escura ou branca que você não sente quando toca, feridas que não cicatrizam, verrugas, etc)
Questão na versão inicial: “você frequenta os espaços sociais de sua comunidade?”	Questão na versão final: acrescentado parênteses explicativo junto a espaços sociais (quadras, praças, clube, igreja, etc).

Fonte: dados primários

**Quadro 24** - Apresentação das modificações na Escala CCNC-ipMH de acordo com o processo de validação semântica (continuação). Recife, 2019.

<b>Mudanças na Escala de medida da Intenção</b>	
<b>Questões do 2º Protótipo</b>	<b>Questões modificadas na versão final</b>
Questão na versão inicial: a cada questão, após a afirmativa, apresentava-se uma escala de likert com os números antecedidos e sucedidos por expressões como: “Ruim” 1 2 3 4 5 6 7 “Bom” “Falso” 1 2 3 4 5 6 7 “Verdadeiro” “Provável” 1 2 3 4 5 6 7 “Improvável” Os adolescentes precisavam ler cada termo antes de responder e tinham dúvidas sobre provável ou improvável.	Questão na versão final: foi modificada a parte inicial de todas as questões da escala, substituindo por uma expressão única: “O quanto a frase abaixo é verdadeira para você”. E excluídas as palavras que antecediam e sucediam a escala de likert.
As questões relacionadas a crenças comportamentais e as respectivas avaliações de consequências estavam inicialmente dispostas em sequência, sendo todas as crenças inicialmente e todas as avaliações abaixo. Os alunos falaram que tinham a sensação de estarem repetindo as mesmas questões, com perguntas iguais.	Alteração na versão final: todas as questões sobre crenças comportamentais foram elencadas ao lado de suas respectivas avaliações de consequências. Dando a impressão que cada questão sobre a crenças tinha uma continuidade na questão sobre avaliação de consequência.
As questões relacionadas a crenças normativas e as respectivas perguntas sobre motivações estavam inicialmente dispostas em sequência, sendo todas as crenças inicialmente e todas as motivações abaixo.	Alteração na versão final: todas as questões sobre crenças normativas foram elencadas ao lado de suas respectivas motivações para evitar a aparente repetição de questões.
As expressões “serviços de saúde” demandaram explicações pelos adolescentes.	Substituição na versão final: “onde pode buscar ajuda”

Fonte: dados primários

#### 6.1.2.4 Validação psicométrica da escala de intenção - avaliação da homogeneidade, fidedignidade e interpretabilidade

A escala foi aplicada a um total de 100 adolescentes integrantes da população-meta, selecionados por meio de sorteio, nas escolas integrantes da amostra. Foram sorteados 75 estudantes do 7º ano com idades entre 12 e 15 anos, e mais 25 alunos do 7º ano com mais de 15 anos ( para análise da interpretabilidade).

A análise da homogeneidade foi procedida inicialmente por meio do cálculo da consistência interna (CI), segundo cada questão de cada domínio e depois no conjunto das questões de cada domínio, por fim, na escala como um todo. Realizados os cálculos, foi identificado que nenhuma das questões dos três domínios (crenças), apresentou coeficiente menor que 0,80. Esse dado justificou a permanência de todos os itens dos domínios na escala. Na Tabela 4 é possível verificar que todos os domínios tiveram coeficiente acima de 0,80, havendo uma consistência maior nas respostas ao domínio CN.

**Tabela 4** - Apresentação da consistência interna dos itens da escala, segundo os domínios, para análise da homogeneidade. Recife, 2019.

<b>Domínio avaliado</b>	<b>Alpha Cronbach<sup>1</sup></b>
Crenças Comportamentais – CC	0,830
Crenças Normativas – CN	0,907
Crenças de Controle – CCt	0,861
Geral / Escala	0,952

Fonte: dados primários

<sup>1</sup> utilizados todos os itens dos domínios.

A avaliação da variância de erro capaz de ser produzido na escala foi medida a partir das respostas aos itens dos domínios no momento teste e reteste. Os dados resultantes do teste estatístico Alpha de Cronbach permitiram avaliar que, além da consistência interna, a avaliação da CCI, em todos os domínios tiveram resultados superiores a 0,80. Desse modo, é possível elucidar a concordância entre a primeira e a segunda aplicação, ratificando a fidedignidade da escala de medida da intenção.

**Tabela 5** - Apresentação da consistência interna e coeficiente de correlação intraclasse, no momento teste e reteste, segundo os domínios, para análise da fidedignidade da escala CCNC-ipMH. Recife, 2019

.Domínio avaliado	Alpha Cronbach			CCI	
	Teste	Re-teste	Coef.	IC	p-valor
Crenças comportamentais	0,847	0,862	0,830	0,755 - 0,891	<0,001
Crenças normativas	0,919	0,904	0,907	0,865 - 0,940	<0,001
Crenças de controle	0,904	0,927	0,861	0,799 - 0,911	<0,001
Geral / Escala	0,957	0,963	0,952	0,931 - 0,969	<0,001

Fonte: dados primários - CCI = Coeficiente de correlação Intraclasse.

IC = intervalo de confiança.

A interpretabilidade da escala foi avaliada por meio da análise do resultado da medida de intenção ( I + e I -) em dois grupos de adolescentes com faixa etária e características de trajetória escolar diferentes. Os dados apresentados na tabela 6 permitem verificar que é possível haver diferença no resultado da medida de intenção, quando considerado os dois grupos de adolescentes.

No grupo de alunos com idades acima de 15 anos e trajetória escolar incompatível com a idade, existe maior prevalência de I- (64,0%), enquanto que no grupo de alunos com idades entre 12-15 anos e trajetória escolar compatível com a idade, existe maior prevalência de I+ (72,0%). A análise do teste de independência foi significativa, indicando que a situação da faixa etária do aluno é fator de influência na medida da intenção. Diante dos resultados verificados, é possível considerar que a escala apresenta propriedade psicométrica que permite a interpretação da medida do construto intenção.

**Tabela 6** - Apresentação da medida de intenção segundo a trajetória escolar e idade dos adolescentes, para análise da interpretabilidade da escala CCNC-ipMH. Recife, 2019

Situação do aluno	Medida da intenção		p-valor
	I-	I+	
Alunos fora da faixa	16(64,0%)	9(36,0%)	<b>0,011</b>
Alunos na faixa etária	7(28,0%)	18(72,0%)	

Fonte: dados primários

## 6.2 RESULTADOS DA 2ª ETAPA - PESQUISA “SURVEY”

Uma vez construída e validada a escala de medida de intenção preventiva, foi iniciada a segunda etapa do estudo, da qual foram convidados a participar 257 adolescentes escolares do Recife, que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar, como também obtiveram autorização para responder o instrumento de perfil e a escala de medida de intenção preventiva, a Escala CCNC – ipMH.

### 6.2.1 Perfil dos entrevistados

Conforme apresentado na tabela 7, foram entrevistados 257 adolescentes escolares, do 7º ano, residentes em regiões de maior incidência de hanseníase da cidade do Recife. A maioria dos adolescentes tinha entre 13 e 14 anos 188(73,2%), pardos (67%), com renda familiar de até dois salários mínimos 150(58,4%), sendo que 26(10,1%) relataram que a família não possuía renda familiar fixa. Na ocasião da coleta de dados (2018) o salário mínimo do Brasil correspondia a R\$ 954 reais. Os escolares majoritariamente declararam ter cor parda ou preta 223(86,8%), professavam religião evangélica/protestante 143(55,7%) e buscavam aconselhamento materno quando precisavam tomar decisões importantes ou fazer escolhas difíceis 127(49,4%).

O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor foi menor do que 0,05), exceto no sexo do aluno (p-valor = 0,662), indicando que o número de alunos do sexo masculino foi semelhante ao número de alunos o sexo feminino.

**Tabela 7** - Distribuição das características sociodemográficas dos adolescentes. Recife, 2019.

<b>Variáveis perfil sociodemográfico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Idade</b>			
12 anos	33	12,8	<b>&lt;0,001</b>
13 anos	101	39,3	
14 anos	87	33,9	
15 anos	36	14,0	
<b>Sexo</b>			
Masculino	132	51,4	0,662
Feminino	125	48,6	
<b>Renda familiar</b>			
Nenhum	26	10,1	<b>&lt;0,001</b>
1 salário mínimo	88	34,3	
2 salários mínimos	62	24,1	
3 salários mínimos	21	8,2	
4 salários mínimos ou mais	7	2,7	
<b>Cor da pele</b>			
Branco	34	13,2	<b>&lt;0,001</b>
Pardo	172	67,0	
Preto	51	19,8	
<b>Religião</b>			
Católica	90	35,0	<b>&lt;0,001</b>
Evangélica / Protestante	143	55,7	
Espírita	18	7,0	
Outra	6	2,3	
<b>Pessoa de quem busca aconselhamento</b>			
Mãe	127	49,4	<b>&lt;0,001</b>
Pai	29	11,3	
Outro familiar	59	23,0	
Amigo(a)	42	16,3	

Fonte: dados primários / <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

O levantamento das condições socio sanitárias permitiu identificar que a maior parte dos escolares possuía água encanada em casa, abastecida por empresa pública 214(83,3%), possuía banheiro dentro de casa 254(98,8%), o lixo doméstico era recolhido por empresa pública (94,9%), residia em casa com quatro ou mais cômodos 243(94,6%), morava com cinco ou mais pessoas 185(72,0%), conforme apresentado na Tabela 8.

Quanto às condições de higiene pessoal, os entrevistados informaram que tomavam banho todos os dias 238(92,6%), lavavam as mãos todas as vezes que usavam o banheiro 218(84,8%) e sempre antes das refeições 185(72,0%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados (p-valor menor do que 0,05).

**Tabela 8** - Distribuição das condições sócio-sanitárias e de higiene dos adolescentes.

Recife, 2019.

Variáveis do perfil socio-sanitário e de higiene	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Origem da água usada para beber e cozinhar</b>			
Água encanada – abastecimento público	214	83,3	
Poço ou cisterna	34	13,2	<0,001
Carro pipa	9	3,5	
<b>Residência com banheiro</b>			
Banheiro dentro de casa	254	98,8	
Banheiro fora de casa	2	0,8	<0,001
Uso de banheiro público	1	0,4	
<b>Destino do lixo doméstico</b>			
Coleta pública	244	94,9	
Incinerado em terrenos próximos da residência	6	2,3	<0,001
Enterrado em terrenos próximos da residência	1	0,4	
Lançado em terrenos, canais e valas a céu aberto	6	2,3	
<b>Número de cômodos da residência</b>			
1 cômodo	4	1,6	
2 cômodos	4	1,6	<0,001
3 cômodos	6	2,2	
4 cômodos ou mais	243	94,6	
<b>Número de pessoas que residem na mesma casa</b>			
2 pessoas	4	1,6	
3 pessoas	23	8,9	<0,001
4 pessoas	45	17,5	
5 ou mais pessoas	185	72,0	
<b>Banho diário</b>			
Sim, sempre	238	92,6	
As vezes	10	3,9	<0,001
Não	9	3,5	
<b>Lavagem das mãos após uso do banheiro</b>			
Sim, sempre	218	84,8	<0,001
As vezes	39	15,2	
<b>Lavagem das mãos antes das refeições</b>			
Sim, sempre	185	72,0	<0,001
As vezes	72	28,0	

Fonte: dados primários. <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Considerando o levantamento das condições de saúde dos adolescentes e seus familiares, apresentado na Tabela 9, é possível verificar que a maioria dos alunos não informou problema de saúde 202 (78,6%) e não possuía doença de pele 225 (87,5%). Contudo, entre os que relataram problemas de saúde, foi mencionado: “cansaço” (asma), “bronquite”, “problema de estômago”, “convulsão”, “anemia” e “sopro no coração”. Entre as doenças de pele foram citadas: “pano branco”, “alergia” e “verrugas”.

A maioria também citou que não tinha familiares com problema de saúde 150 (58,4%) e nem com doença de pele 228 (88,7%). Entre os problemas de saúde de familiares, foram

citados: “pressão alta”, “problema de coração”, “depressão”, “diabetes” e “asma”. Nas doenças de pele foram mencionadas: “pano branco”, “alergia” e “verrugas”, “varizes com feridas que não cicatrizam” e “erisipela”. Os adolescentes citaram, em sua maioria, que possuía cartão de vacinação 233 (90,7%).

Assim como nas variáveis socio-sanitárias e de higiene, o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, indicando que o perfil descrito é significativamente mais prevalente no grupo em estudo.

**Tabela 9** - Distribuição das características da condição de saúde dos adolescentes e familiares. Recife, 2019.

<b>.Condições de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Adolescente com problema de saúde</b>			
Sim	55	21,4	<b>&lt;0,001</b>
Não	202	78,6	
<b>Adolescente com doença de pele</b>			
Sim	32	12,5	<b>&lt;0,001</b>
Não	225	87,5	
<b>Familiares com problema de saúde</b>			
Sim	107	41,6	<b>0,007</b>
Não	150	58,4	
<b>Familiares com doença de pele</b>			
Sim	29	11,3	<b>&lt;0,001</b>
Não	228	88,7	
<b>Adolescente tem cartão de vacinação</b>			
Sim	233	90,7	<b>&lt;0,001</b>
Não	4	1,6	
Não sabe informar	20	7,8	

Fonte: dados primários . p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Relativo às características de oferta de serviços de saúde na comunidade, os adolescentes responderam que residem em locais que possuem posto de saúde 224 (87,2%) e com Unidades de Pronto Atendimento (UPA ou Upinha) 164(63,8%), não havendo hospital nas proximidades de suas residências 157(61,1%).

Quanto à frequência nos espaços de convívio social, os alunos majoritariamente responderam que frequentavam igrejas, praças, quadras de esporte e lazer 208(80,9%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todas as variáveis de características destacadas na tabela 10.

**Tabela 10** - Distribuição das características de serviço de saúde na comunidade e frequência em espaços de convívio social. Recife, 2019.

Variáveis	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Posto de saúde na comunidade</b>			
Sim	224	87,2	<0,001
Não	33	12,8	
<b>UPA ou Upinha na comunidade</b>			
Sim	164	63,8	<0,001
Não	93	36,2	
<b>Hospital na comunidade</b>			
Sim	100	38,9	<0,001
Não	157	61,1	
<b>Frequenta espaços sociais da comunidade</b>			
Sim	208	80,9	<0,001
Não	49	19,1	

Fonte: dados primários. <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Em relação aos conhecimentos prévios sobre hanseníase, observa-se que a maioria dos alunos nunca tinha ouvido falar sobre a doença 168 (65,4%), nunca teve a doença 257 (100,0%) e nem conhece quem tenha ou já teve hanseníase 226 (87,9%).

**Tabela 11** - Distribuição das características do conhecimento sobre hanseníase pelos adolescentes entrevistados. Recife, 2019.

Variáveis	N	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Já ouviu falar de hanseníase</b>			
Sim	89	34,6	<0,001
Não	168	65,4	
<b>Já teve ou tem hanseníase</b>			
Não	257	100,0	-
<b>Conhece alguém que teve ou tem hanseníase</b>			
Sim	31	12,1	<0,001
Não	226	87,9	

Fonte: dados primários. <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

### 6.2.2 Levantamento das crenças salientes: comportamentais (CC), normativas (CN) e controle (CCt), atitude (A), norma subjetiva (NS), controle comportamental percebido (CCP) e intenção (I) preventiva em hanseníase, entre os adolescentes escolares.

As informações obtidas referentes ao levantamento das crenças comportamentais (CC), com respectivas frequências e percentual de ocorrência, em ordem decrescente, estão apresentados na tabela 12. A análise dos dados permite verificar que todas as crenças comportamentais avaliadas tiveram percentuais de respostas positivas acima de 50%, sugerindo que são crenças fortes entre os respondentes.

As CC que se destacaram pelo número de respostas assinaladas como verdadeiras, foram aquelas que se referiram a: “Eu acredito que seja bom”: **saber onde posso buscar ajuda** se eu tiver com suspeita de hanseníase (CC8)185 (72,0%); **saber onde posso buscar ajuda** se alguém de minha família ou amigo tiver com suspeita de que esteja com hanseníase (CC9) 179 (69,6%), **falar sobre hanseníase** com amigos e pessoas da comunidade (CC6)172 (66,9%). Por outro lado, **saber se tenho algum sinal que pode indicar hanseníase** foi a crença comportamental que recebeu o menor número de respostas positivas.

**Tabela 12** - Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença comportamental. Recife, 2019.

	Itens	Respostas (Escala Likert)		Mediana (Amplitude Interquartil)
		Pontuação		
		6 e 7 n (%)	1 a 5 n (%)	
Domínio (CC) - Crenças Comportamentais	Eu acredito que seja bom <b>saber onde eu posso buscar ajuda</b> se eu estiver com suspeita de hanseníase.	185 (72,0)	72 (28,0)	7,00 (2,0)
	Eu acredito que seja bom <b>saber onde posso buscar ajuda</b> se alguém de minha família ou amigo tiver com suspeita de que esteja com hanseníase.	179 (69,6)	78 (30,4)	7,00 (2,0)
	Eu acredito que seja bom <b>falar sobre hanseníase</b> com meus amigos e pessoas da minha comunidade.	172 (66,9)	85 (33,1)	7,00 (2,0)
	Eu acredito que seja bom falar sobre hanseníase com pessoas da minha família.	171 (66,5)	86 (33,5)	7,00 (2,0)
	Eu acredito que seja bom saber se alguém da minha família ou um de meus amigos tem algum sinal que pode indicar que esteja com hanseníase.	166 (64,6)	91 (35,4)	6,00 (2,0)
	Eu acredito que seja bom conhecer sobre hanseníase.	145 (56,4)	112 (43,6)	6,00 (5,0)
	Eu acredito que seja bom saber se eu tenho algum sinal que pode indicar hanseníase.	137 (53,3)	120 (46,7%)	6,00 (5,0)

Fonte: Dados primários.

Considerando a avaliação das consequências (AC) relacionadas às crenças comportamentais (CC) salientes, foi possível identificar que a maioria dos entrevistados acredita que um adolescente seja capaz de adotar o comportamento destacado nas crenças salientes.

Na opinião dos entrevistados, é possível que um adolescente seja capaz de buscar ajuda para si ou para seus familiares e amigos quando existe suspeita de hanseníase, respostas com percentuais acima de 66% (66,9 e 68,9% respectivamente) caindo para um percentual de

52,9% quando se trata de acreditar que seja possível que um adolescente possa falar sobre hanseníase com familiares, amigos e pessoas da comunidade, conforme apresentado na tabela 13.

**Tabela 13** - Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença comportamental e suas respectivas avaliações de consequências. Recife, 2019.

Crenças salientes	Percentual de respostas positivas	
	CC	AC
Eu acredito que seja bom <b>saber onde eu posso buscar ajuda</b> se eu estiver com suspeita de hanseníase. (CC 8 )	185 (72,0)	172 (66,9)
Eu acredito que seja bom <b>saber onde posso buscar ajuda</b> se alguém de minha família ou amigo tiver com suspeita de que esteja com hanseníase. (CC9)	179 (69,6)	177(68,9)
Eu acredito que seja bom <b>falar sobre hanseníase</b> com meus amigos e pessoas da minha comunidade. (CC6)	172 (66,9)	136 (52,9)

Fonte: Dados primários. CC = Crenças comportamentais ; AC = Avaliação das Consequências

As informações obtidas referentes ao levantamento das crenças normativas (CN), com respectivas frequências e percentual de ocorrência, em ordem decrescente, estão apresentados na tabela 14. A análise dos dados permite verificar que todas as crenças normativas avaliadas tiveram percentuais de respostas positivas acima de 50%, sugerindo que são crenças fortes entre os respondentes.

As CN que apresentaram elevado número de respostas destacadas como verdadeiras, foram aquelas que se referiram a: “A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se: **eu soubesse onde buscar ajuda** caso alguém de minha família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase (CN9) 177(68,9%); **eu soubesse identificar que tenho algum sinal** que pode indicar que estou com hanseníase (CN2) 167 (65,0%), **eu soubesse identificar que alguém de minha família ou amigo tem algum sinal** que pode indicar hanseníase (CN3) 164(63,8%) (tabela 14).

As CN que receberam menor percentual de respostas positivas foram as que tratavam de aprovação, por parte de pessoas importantes, no caso dos adolescentes virem a adotar o comportamento de falar sobre hanseníase com familiares, amigos e pessoas da comunidade.

**Tabela 14** - Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença normativa. Recife, 2019.

	Itens	Respostas (Escala Likert)		Mediana (Amplitude Interquarti)
		Pontuação		
		6 e 7	1 a 5	
		n (%)	n (%)	
Domínio (CN) Crenças normativas	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse onde buscar ajuda caso alguém de minha família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase.	177(68,9)	80(31,1)	7,00 (2,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse identificar que tenho algum sinal que pode indicar que estou com hanseníase.	167(65,0)	90(35,0)	7,00 (2,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse identificar que alguém de minha família ou amigo tem algum sinal que pode indicar hanseníase.	164(63,8)	93(36,2)	7,00 (2,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse onde buscar ajuda caso tivesse com suspeita de hanseníase.	163(63,4)	94(36,6)	7,00 (2,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu tivesse conhecimento sobre hanseníase.	160 (62,3)	97(37,7)	6,00 (3,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse falar sobre hanseníase com amigos e pessoas da comunidade.	143(55,6)	114(44,4)	6,00 (3,0)
	A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse falar sobre hanseníase com pessoas da minha família.	142(55,3)	115(44,7)	6,00 (3,0)

Fonte: Dados primários.

Considerando o levantamento das motivações (M) que estão relacionadas às crenças normativas (CN), ou seja, as motivações dos adolescentes para concordar com a opinião das pessoas que são importantes, a maioria concordou que seria bom **saber onde buscar ajuda** se ele próprio, alguém de sua família ou amigo estivesse com suspeita de hanseníase (72,0%).

Contudo, no quesito relativo a concordar em **saber identificar se ele próprio, alguém da família ou amigo tem algum sinal** que pode indicar hanseníase, a maioria dos adolescentes apresentou respostas negativas para essa motivação, ou seja, respostas positivas abaixo de 40% (38,1% e 37%) respectivamente.

O dado revela que no grupo estudado, a motivação para concordar em saber onde buscar ajuda diante da suspeita de hanseníase é forte, por outro lado, o mesmo não acontece

em saber identificar sinais de hanseníase em si e em outras pessoas, sejam familiares ou amigos.

**Tabela 15** - Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença normativa e as respectivas motivações para concordar com a crença. Recife, 2019

Crenças salientes	Percentual de respostas positivas	
	CN	M
A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria <b>se eu soubesse onde buscar ajuda</b> caso alguém de minha família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase.	177(68,9)	185(72,0)
A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria <b>se eu soubesse identificar que tenho algum sinal</b> que pode indicar que estou com hanseníase.	167(65,0)	98(38,1)
A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria <b>se eu soubesse identificar que alguém de minha família ou amigo tem algum sinal</b> que pode indicar hanseníase.	164(63,8)	95(37,0)

Fonte: Dados primários. CN = Crenças normativas ; M= motivação

O levantamento dos dados relacionados às crenças de controle (CCt), com respectivas frequências e percentual de ocorrência, estão apresentados na tabela 16. A única crença deste grupo que apresentou respostas positivas com percentual acima de 50% foram aquelas que se referiram a: “Estou confiante de que seria capaz de”: **ter conhecimento sobre hanseníase** 137(53,3%), todas as demais CCt tiveram percentuais predominantes nas respostas negativas.

Dentre as crenças de controle, aquelas que receberam os maiores percentuais de respostas negativas, ou seja, aquelas que indicam que o grupo apresenta menor confiança na capacidade de realizar foram: estou confiante de que seria capaz de saber identificar se eu ou alguém de minha família ou amigos tem sinais que podem indicar hanseníase (54,1% e 57,6% respectivamente).

A análise das respostas dos adolescentes em relação às crenças comportamentais, normativas e de controle permite destacar que as crenças de controle não constituem crenças fortes no grupo estudado em função do grande número de respostas negativas que receberam como um todo.

**Tabela 16-** Distribuição das frequências de respostas dos adolescentes acerca do domínio crença de controle. Recife, 2019.

	Itens	Respostas (Escala Likert)		Mediana (Amplitude Interquartil)
		Pontuação		
		6 e 7	1 a 5	
		n ( %)	n ( %)	
Domínio (CCt) Crenças de Controle	Estou confiante de que eu seria capaz de <b>ter conhecimento sobre hanseníase.</b>	<b>137(53,3)</b>	120(46,7%)	6,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz de falar sobre hanseníase com minha família.	126(49,0)	<b>131(51,0)</b>	5,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz de falar sobre hanseníase com amigos e pessoas da comunidade.	125(48,6)	<b>132(51,4)</b>	5,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz de saber onde buscar ajuda caso alguém de minha família ou amigo apresente suspeita de hanseníase.	123(47,9)	<b>134(52,1)</b>	5,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz de saber onde buscar ajuda caso tenha suspeita de hanseníase.	121(47,1)	<b>136(52,9)</b>	5,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz de saber identificar se alguém de minha família ou amigo tem algum sinal que pode indicar hanseníase.	118(45,9)	<b>139(54,1)</b>	5,00 (3,0)
	Estou confiante de que eu seria capaz saber identificar se tenho algum sinal que pode indicar hanseníase.	109(42,4)	<b>148(57,6)</b>	5,00 (4,0)

Fonte: Dados primários.

A tabela 17 apresenta o cálculo da confiabilidade das respostas à escala de intenção, obtido através do Alpha de Cronbach, utilizando-se todos os domínios. Observa-se que os alunos foram mais consistentes no domínio CN (alpha = 0,902), seguido do domínio CC (alpha = 0,900) e domínio CCt (alpha = 0,857). Em todos os valores de alpha a qualidade foi considerada quase perfeita (maior do que 0,80).

**Tabela 17 -** Avaliação da consistência interna das respostas dos adolescentes à Escala CCNC-ipMH. Recife, 2019.

Domínio avaliado (crenças)	Alpha Cronbach <sup>†</sup>
Crenças Comportamentais (CC)	0,900
Crenças Normativas (CN)	<b>0,902</b>
Crenças de Controle (CCt)	0,857
Total	<b>0,938</b>

Fonte: dados primários. Para avaliação da consistência foram utilizados todos os itens dos domínios.

Os comportamentos de interesse para a intenção preventiva de adolescentes em hanseníase foram: “Conhecer sobre hanseníase”; “Identificar sinais de hanseníase”; “Saber onde buscar ajuda se eu ou alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase”; “Falar sobre hanseníase com meus familiares e amigos”.

Quando analisadas as crenças relacionadas a esses comportamentos de interesse, foi possível identificar que o comportamento: “Saber onde buscar ajuda se eu ou alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase” foi aquele que apareceu associado mais fortemente às crenças comportamentais e normativas, porém para o mesmo comportamento, a crença de controle é fraca. Isto significa que o adolescente acredita que este comportamento seja bom, acredita que um adolescente seja capaz de realizá-lo, acredita que as pessoas que são importantes aprovariam se ele adotasse o comportamento, contudo, ele não acredita que seria capaz de aderir a este comportamento.

O comportamento de interesse: “Identificar sinais de hanseníase” foi associado a uma crença comportamental fraca e crença normativa forte. Contudo, foi o comportamento que apresentou menor destaque nas crenças de controle fraca. Desse modo, é possível identificar que o adolescente não atribui grande valor a este comportamento, mesmo acreditando que as pessoas que são importantes aprovariam se ele aderisse a esse comportamento. E principalmente, entre todos os comportamentos analisados, este foi aquele em que os adolescentes atribuíram menor valor à crença na própria capacidade de realizar.

De uma forma geral, a crença na capacidade de aderir ou adotar um comportamento preventivo de interesse em hanseníase, ou seja, as crenças de controle, foram as mais fracamente registradas entre os adolescentes escolares entrevistados. Contudo, “Conhecer sobre hanseníase” foi o que apresentou maior crença de controle, ou seja, aquele que os adolescentes acreditaram ter a maior capacidade de realizar. Por outro lado, para este mesmo comportamento, as crenças comportamental e normativa foram fracas. Isto quer dizer que, embora o adolescente acredite que seria capaz de “Conhecer sobre hanseníase”, esse comportamento não foi valorizado um comportamento bom nem para os próprios adolescentes e nem para as pessoas que lhes são importantes.

Finalmente, o comportamento “Falar sobre hanseníase com meus familiares e amigos” foi identificado como uma crença comportamental forte, mas com crenças normativas e de controle fracas. Em vista disso, apesar de acreditar que seja um comportamento bom, os adolescentes não acreditam que seria um comportamento aprovado por pessoas que lhes são importantes e nem acreditam que seriam capazes de realizar.

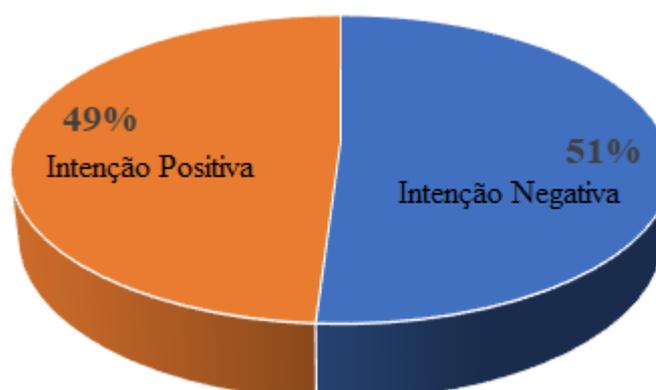
**Quadro 25** - Comportamentos preventivos de interesse em hanseníase e crenças salientes entre os adolescentes escolares. Recife, 2019

<b>Comportamento preventivo de interesse em hanseníase</b>	<b>Crença Comportamental</b> “Eu acredito que seja bom”	<b>Crença Normativa</b> “As pessoas que são importantes para mim, aprovariam o comportamento”	<b>Crença de Controle</b> “Eu seria capaz de realizar”
“Saber onde buscar ajuda se eu ou alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase”	<b>FORTE</b>	<b>FORTE</b>	<b>FRACA</b>
“Identificar sinais de hanseníase”	<b>FRACA</b>	<b>FORTE</b>	<b>FRACA</b>
“Conhecer sobre hanseníase”	<b>FRACA</b>	<b>FRACA</b>	<b>FORTE</b>
“Falar sobre hanseníase”	<b>FORTE</b>	<b>FRACA</b>	<b>FRACA</b>

Fonte: a autora

Conforme apresentado no gráfico abaixo (Gráfico 1), verifica-se que existe um maior percentual dos 257 adolescentes entrevistados no grupo I- (51,0%), em relação ao grupo I+ (49,0%). Porém o teste de comparação de proporção não foi significativo ( $p$ -valor = 0,755).

**Gráfico 1-** Prevalência de intenção preventiva positiva e negativa para hanseníase entre adolescentes escolares. Recife, 2019.



Fonte: dados primários

Na tabela 18 estão apresentados os dados relacionados à comparação da distribuição do escore dos domínios (crenças) com o escore de intenção (I). A avaliação dos dados permite verificar que no grupo estudado, entre os domínios da escala de intenção, aquele relacionado às crenças normativas (CN), descritas em relação a “eu concordaria ... se as pessoas que importam para mim também acreditassem que seria bom”) ( $r = 0,787$ ) e as normas subjetivas foram as que apresentaram maior correlação com a intenção. Em todos os domínios a correlação apresentou-se significativa e diretamente correlacionada com o escore de intenção.

**Tabela 18-** Análise da correlação dos domínios e dimensões com o escore de intenção geral na amostra estudada. Recife, 2019.

Dimensões e Domínios de Intenção	Correlação	p-valor <sup>1</sup>
<b>Domínios</b>		
Crenças Comportamentais CC	0,750	<0,001
Crenças Normativas CN	<b>0,787</b>	<b>&lt;0,001</b>
Crenças de Controle CCt	0,725	<0,001
<b>Dimensões</b>		
Atitude AT	0,871	<0,001
Norma Subjetiva NS	<b>0,875</b>	<b>&lt;0,001</b>
Controle Comportamental Percebido CCP	0,806	<0,001

Fonte: dados primários. <sup>1</sup>p-valor do teste de correlação de Spearman.

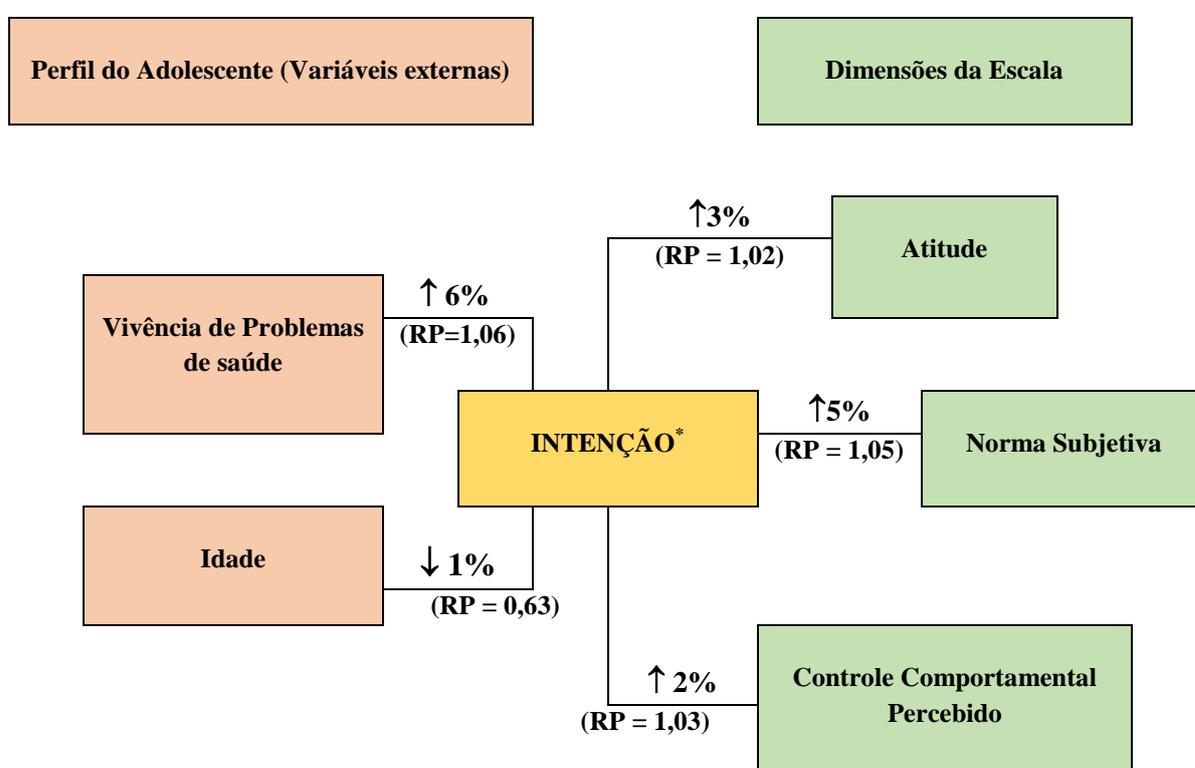
A análise da influência conjunta de variáveis do perfil dos adolescentes e seu potencial para alterar a classificação da intenção, permitiu identificar que o grau de intenção sofreu influência da idade do adolescente e da sua experiência pessoal com problemas de saúde.

Desse modo, o grupo de adolescentes que relataram possuir algum problema de saúde apresentou 6% a mais de risco (RP = 1,06) para o alto grau de intenção quando comparado com o grupo de adolescentes que não informou esse tipo de problema. Em relação à idade, foi observado que com o aumento da idade houve redução de 1% (RP = 0,63) no risco de elevação do grau de intenção.

Considerando os escores das dimensões da escala ( NS,AT e CCP), verifica-se um aumento de 5%, 3% e 2%, respectivamente, no risco para um maior grau de intenção quando ocorre aumento de uma unidade dos escores dessas dimensões.

**Figura 11** - Influência das variáveis do perfil e dimensões da escala no grau de intenção dos adolescentes.

Recife, 2019.



Fonte: dados primários

\* Ajuste do Modelo de Poisson

Considerando a medida de intenção no grupo de adolescentes estudados, realizado a partir do levantamento dos domínios e dimensões da escala, bem como a análise da contribuição das principais variáveis do perfil da amostra que apresentam influência na medida do construto, foi possível destacar que: apesar de não ter sido estatisticamente significativa, a intenção preventiva negativa foi mais frequente, o domínio crenças normativas e a dimensão norma subjetiva, a vivência de problemas de saúde e a idade são os principais

indicadores capazes de interferir na intenção preventiva em hanseníase no grupo de adolescentes integrantes da pesquisa.

### 6.3 3ª ETAPA DO ESTUDO - INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM CÍRCULOS DE CULTURA - PESQUISA-AÇÃO

#### 6.3.1 Validação da intervenção educativa em saúde para prevenção da hanseníase com adolescentes escolares do Recife.

Esta etapa da pesquisa constituiu da validação de face e conteúdo da estratégia educativa em saúde para adolescentes escolares voltada à prevenção e controle da hanseníase, baseada no Método Paulo Freire e mediadas por Círculos de Cultura. Para tanto foi realizado uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, com julgamento da proposta de intervenção educativa pelos juízes, com vasta experiência no assunto em questão (hansenologia, educação em saúde e educação popular).

Foram convidados 23 especialistas para atuarem como juízes, dentre esses, 11 aceitaram fazer parte das duas etapas da pesquisa e cujo perfil está apresentado na tabela 19.

**Tabela 19** - Caracterização dos juízes avaliadores da intervenção educativa em hanseníase com estratégia de Círculos de Cultura. Recife, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Formação</b>		
Enfermeiro	7	63,6
Médico	2	18,2
Educador / Pedagogo	2	18,2
<b>Tempo de experiência</b>		
3 a menos de 10 anos	1	9,1
10 a menos de 20 anos	3	27,3
20 a menos de 30 anos	6	54,5
30 anos ou mais		
<b>Área de atuação *</b>		
Hansenologia	5	45,5
Educação em saúde	9	81,9
Educação popular	3	27,3
Educação de Jovens e Adultos	2	18,2
Saúde Coletiva / Saúde da Família	9	81,9
Hebiatria	3	27,3

. Fonte: dados primários \* Múltiplas respostas por um mesmo juiz

A maioria dos juízes foi composta de enfermeiros, mas também integraram a avaliação, médicos e pedagogos, cujo tempo de experiência foi de 20 a 30 anos, os quais atuavam principalmente nas áreas de educação em saúde, com conhecimento em saúde coletiva, saúde da família e hansenologia. Os experts tinham experiência docente-assistencial, gestão e pesquisa. A avaliação do percentual de expertise foi acima de 80% para a maioria dos juízes.

Na primeira rodada de avaliação dos experts, foram sugeridas correções no texto da proposta e foram recomendadas alterações na execução das etapas, entre as quais foram destacadas:

#### **Sugestões relativas ao saber popular**

*“... é importante comparar as informações que emergem dos relatos individuais e das discussões do grupo, durante a fundamentação teórica e reflexão teórico-prática, para auxiliar na sistematização do conhecimento teórico e sua ressignificação...” E7*

#### **Sugestão relativa à problematização**

*“... é importante iniciar discussões com questões disparadoras, envolvendo o ciclo de adoecimento da hanseníase, a interferência de fatores externos na condição de vida para o adoecimento e inserir os adolescentes na problemática da hanseníase a partir da apresentação de dados estatísticos...” E5*

#### **Sugestões relativas a técnicas e dinâmicas**

*“... acho importante utilizar o teatro e estudos de casos para envolver adolescentes de forma concreta e também salientar o impacto da hanseníase na vida das pessoas acometidas...”*

*( )... nos momentos destinados à criação da estratégia de culminância dos círculos, seria interessante unir adolescentes com habilidades e interesses comuns para montar estratégias de trabalhos em grupos, os que gostam de cantar, os que gostam de dançar, de representar, de tocar algum instrumento, etc...” E3*

#### **Sugestão relativa à construção coletiva e discussões**

*“... é necessário estimular o grupo a discutir sobre suas próprias criações, verificando onde houve acertos e onde o conhecimento sobre a doença avançou, nesse momento é válido utilizar montagens de quadros, cartazes com colagens, jogo de tabuleiros e palavras cruzadas...” E11*

#### **Sugestão relativa a avaliação**

*“... na avaliação todos precisam falar das experiências vividas em cada círculo, da sua participação individual e em grupos, do que aprenderam, do que foi bom e ruim, como melhorar os próximos círculos ...” E3*

Cada um dos blocos do instrumento apresentava itens que permitiram a avaliação de sua relevância, com espaço para críticas e sugestões. Considerando a leitura das sugestões de correções e de técnicas a serem usadas nas diferentes etapas de cada círculo, foi avaliada a concordância dos itens, realizadas as correções e acatadas as recomendações. Isto posto, a nova versão da proposta de intervenção educativa foi reencaminhada aos juízes, para segunda rodada de validação do conteúdo. Na segunda rodada, todos os itens foram validados com índice igual ou superior a 80%.

Finalizada a avaliação, os juízes participantes do estudo reconheceram que a proposta educativa estava consistente e instituída com o entrelace dos pressupostos teóricos e metodológicos, capaz de atender à demanda de formação de adolescentes escolares multiplicadores em saúde, entre seus pares, na família e comunidade intra e extra escolar.

A proposta educativa foi finalizada na versão esquematizada e apresentada no quadro abaixo (Quadro 26).

**Quadro 26** - Apresentação da proposta de intervenção educativa considerando o domínio de influência na intenção, pressupostos freireanos e etapas de sistematização dos Círculos de Cultura. Recife, 2019.

<p><b>INDICADORES</b> (significativamente influentes na intenção preventiva em hanseníase )</p>	<p><b>PRESSUPOSTOS FREIREANOS</b> (FREIRE, 2011;2013;2014)  (perspectiva da educação para a mudança)</p>	<p><b>SISTEMATIZAÇÃO DOS CÍRCULOS DE CULTURA</b> (MONTEIRO E VIEIRA, 2010) (Proposta pedagógica dos Círculos de Cultura)</p>
<p><b>CRENÇAS NORMATIVAS</b> (FORTES – VALORIZAR)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>CRENÇAS COMPORTAMENTAIS</b> (FORTALECER)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>CRENÇAS DE CONTROLE</b> (DESPERTAR E FORTALECER)</p> <p>Promover comportamentos preventivos:</p> <p><b>“Saber onde buscar ajuda se eu ou alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase”</b></p> <p><b>“Identificar sinais de hanseníase”</b></p> <p><b>“Conhecer sobre hanseníase”</b></p> <p><b>“Falar sobre hanseníase”</b></p>	<p><b>REFLEXÃO</b> (Condição inseparável da práxis)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>“Pensar sobre o Homem e com os homens”</p> <p><b>Perspectiva:</b> pensar a realidade</p> <p><b>COMPROMISSO</b></p> <p>Decisão que emerge do engajamento com a realidade</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Utilizar o patrimônio cultural para transformar, para agir sobre a realidade concreta.</p> <p><b>Perspectiva:</b> “Intencionalidade”</p> <p><b>MUDANÇA</b> O sujeito não manipula, não foge da comunicação e não vê na mudança uma ameaça”</p> <p><b>Perspectiva:</b> “Ser mais”</p>	<p>Estabelecer conhecimento prévio do grupo de adolescentes para integração no espaço escolar;</p> <p>Realizar dinâmicas de integração e sensibilização e propor as questões geradoras (problematização) para identificar o “saber popular e gerar inquietações”;</p> <p>Apresentar e discutir novos conhecimentos (científicos) e promover uma articulação dos saberes, popular e científico, para a construção coletiva de novos saberes.</p> <p><b>Discussão dialética:</b> sobre a realidade, o problema e as experiências dos adolescentes no cotidiano, na família, com amigos e na comunidade.</p> <p><b>Inserir discussão sobre a importância dos comportamentos preventivos (crenças comportamentais)</b></p> <p><b>Síntese do que foi discutido:</b> resgate das questões norteadoras. As respostas para o problema na perspectiva individual e no grupo.</p> <p><b>Promovendo o protagonismo:</b> Discutir como o adolescente pode ser capaz de fazer a diferença, na escola, na família e na comunidade. <b>Destacar as crenças de controle – o adolescente é capaz e pode fazer a diferença.</b></p> <p><b>Avaliação</b> – o que ficou de bom na discussão? Quais os pontos positivos e negativos? Como podemos melhorar?</p>

Fonte: dados primários

A proposta final da intervenção educativa constou de cinco Círculos de Cultura, dos quais participaram 25 integrantes, adolescentes de 12 a 15 anos, que cursavam o 7º ano do ensino fundamental. Os círculos aconteceram na escola pública de administração municipal e ensino de crianças, jovens e adultos, integrante da amostra de escolas situadas na área de interesse para prevenção e controle de hanseníase no Recife.

As atividades constavam de encontros de integração e mobilização de adolescentes para participação na estratégia educativa. Além dos cinco círculos de cultura e mais dois encontros para organização e execução da culminância das atividades educativas.

A culminância dos círculos de cultura, realizada na escola com a participação da comunidade escolar, foi idealizada, planejada, construída e realizada pelos adolescentes com o apoio dos educadores.

### **6.3.2 A escolha e o perfil dos integrantes dos Círculos de Cultura**

Entre os participantes das atividades de integração com a pesquisadora e sua equipe, os adolescentes foram convidados a participar dos Círculos de Cultura entre aqueles que demonstravam interesse em continuar engajados nas atividades de educação em saúde e aceitaram participar de forma consciente e espontânea.

Foram convidados 25 adolescentes entre os que mostravam interesse em participar de atividades educativas. Realizado o convite, não houve recusa inicial. Os pesquisadores entregaram convite e carta de autorização para participação nessa nova etapa da pesquisa e termo de autorização para uso de imagem (fotos), filmagem e gravação de áudios durante os Círculos de Cultura.

Nesta etapa do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os adolescentes convidados a participar dos Círculos de Cultura. O objetivo do emprego dessa técnica foi conhecer o perfil do adolescente, saber o tipo de informação que eles já possuíam sobre hanseníase, suas repercussões, estratégias de prevenção e controle, a fim de obter informações que fundamentassem as atividades educativas a serem desenvolvidas nos Círculos de Cultura. Neste momento foi realizada a aplicação da escala de medida de intenção (etapa ANTES da intervenção), a qual foi repetida em setembro de 2018, após a participação dos adolescentes nos Círculos (etapa DEPOIS da intervenção).

Quanto ao perfil dos adolescentes que participaram dos círculos, 10 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino; a maioria tinha idades entre 12 a 13 anos, com renda familiar de até um salário mínimo, pardos, com trajetória escolar adequada para a idade,

moravam com os pais, irmãos e avós na região circunvizinha da escola. Não relataram problemas pessoais de saúde.

Nenhum dos adolescentes participava de outra atividade na escola além das relacionadas às aulas convencionais, bancas de estudo e reforço escolar. Todos acordaram que o melhor horário para as atividades dos Círculos de Cultura seria no final da manhã, após as aulas de reforço escolar. Desse modo poderiam vir para a escola, participar do reforço, permanecer no círculo de cultura e ficar para almoçar e assistir aula à tarde.

Quanto a impressão da pesquisadora e monitores sobre atitudes e práticas dos adolescentes integrantes do grupo, foi destacado (registro das impressões da pesquisadora (P) e monitores (M) – dados do diário de campo):

*“os meninos e meninas apresentam aparência limpa com material escolar organizado...(lápiz, caneta e caderno)  
( ) todos levantavam para lavar as mãos antes do lanche sem reclamar. Apesar da agitação, bagunça e da sujeira que faziam com papéis picotados, restos de embalagens de lanches, copos descartáveis pelo chão, ao final não reclamavam em ajudar a colocar tudo no lugar”.*  
(Registro de diário de campo – P 01)

*“ eles fazem muita algazarra, muita agitação e barulho ao chegar , muito barulhentos mesmo, temos dificuldade de fazer eles se acalmarem para iniciar as atividades do círculo, precisavam de um tempinho pra acalmar e pararem as brincadeiras uns com os outros e então começar a se concentrar”.* (Registro de diário de campo – M 03)

*“eles se conheciam na própria escola ou na vizinhança de casa... ( ) tudo amigo, de um modo geral, mas gostavam de ficar fazendo brincadeira e até piadinhas com os colegas e dando risadas... especialmente os meninos em relação às meninas”.*  
(Registro de diário de campo – M 05)

*“a agitação é o maior desafio para iniciar o círculo. Muito barulho, brincadeira de correr e até de bater, empurrar... eles brincam, brigam, falam palavrões uns com os outros, mas com pouco tempo já estão sorrindo e correndo de novo... pense num povo que faz zoadas. Aí junta com o calor, parece que ferve a agitação desses meninos”.*  
(Registro de diário de campo – M 09)





A partir da leitura reiterada dos discursos foram destacadas categorias e subcategorias e expressões-chave, apresentadas no quadro com a grelha para análise de conteúdo.

**Quadro 27** - Apresentação da organização das categorias 1 e 2 com respectivas subcategorias e códigos para análise de conteúdo. Recife, 2019.

Unidades de contexto	Categorias	Subcategorias	Códigos
<p><i>“Não sei não, acho que ouvi falar que é uma doença, mas não conheço” (Ad 3)</i></p> <p><i>“Acho que é uma doença de antigamente, mas eu não sei direito” (Ad 7)</i></p> <p><i>“É um tipo de doença, mas eu não conheço direito” (Ad 11)</i></p>	<p><b>Categoria 1: Hanseníase: uma doença desconhecida</b></p>	<p><b>Subcategoria 1 – Hanseníase é uma doença que não conheço.</b></p> <p><b>Subcategoria 2 – Hanseníase : ouvi falar mas não sei falar a respeito.</b></p>	<p>“não conheço”</p> <p>“não sei direito”</p> <p>“é um tipo de doença”</p> <p>“não conheço direito”.</p>
<p><i>“É uma doença do tempo de Jesus, sei não... Já deve ter cura mas eu não tenho certeza. Causa umas mancha e ferida. Se tratar ficar bom”. (Ad 21)</i></p> <p><i>“Não sei de criança e adolescente tem essa doença não. Acho que pega pelo sangue e pela ferida, tosse, espirro da pessoa e se pegar na ferida da pessoa... ( ) Se a pessoa descobrir que tem logo e tratar, acho que fica boa mas não sei se tem cura.” (Ad 16)</i></p> <p><i>“Acho que dá em todo mundo, mas eu só conheço em gente mais velha ”. (Ad 05)</i></p>	<p><b>Categoria 2: Hanseníase: um problema antigo</b></p>	<p><b>Subcategoria 1 – Doença permanece com potencial para atingir e provocar sérios danos às pessoas na atualidade.</b></p> <p><b>Subcategoria 2 – Problema de saúde que atinge de crianças a idosos</b></p>	<p>“doença do tempo de Jesus”.</p> <p>“causa mancha e ferida”</p> <p>“tem tratamento”</p> <p>“não sei se tem cura”</p> <p>“não sei se criança e adolescente tem essa doença não”</p> <p>“só conheço em gente mais velha”.</p>

Fonte: dados primários

**Quadro 28** - Apresentação da organização das categorias 3 e 4 com respectivas subcategorias e códigos para análise de conteúdo. Recife, 2019.

Unidades de contexto	Categorias	Subcategorias	Códigos
<p><i>“Não sei direito mas, eu ouvi falar na novela. Ela é uma doença que a pessoa fica com o corpo com mancha e ferida... ( ) não tem cura e pega”. (Ad 07)</i></p> <p><i>“Falaram na igreja, porque tem na Bíblia. Acho que tem tratamento mas pra ficar bom mesmo, não sei se fica. A pessoa pode ficar aleijada”. (Ad 19)</i></p> <p><i>“Eu conheço porque teve um trabalho na feira de ciências, na minha escola. Não sei se tem vacina e se pode prevenir não”. (Ad. 16)</i></p>	<p><b>Categoria 3 – Hanseníase – Escola como espaço de informação sobre a hanseníase.</b></p>	<p><b>Subcategoria 1 – Hanseníase: abordagem da novela e da igreja.</b></p> <p><b>Subcategoria 2 – Prevenção, tratamento e cura: é possível?</b></p>	<p>“ouvi falar na novela”</p> <p>“Falaram na igreja porque tem na Bíblia”</p> <p>“Não sei de tem cura”</p> <p>“A doença pega”</p> <p>“A pessoa pode ficar aleijada”</p> <p>“teve um trabalho de feira de ciências na escola”.</p>
<p><i>“ Ahhh, lepra eu sei. Doença que dá ferida e não tem cura não.” (Ad. 11)</i></p> <p><i>“ As pessoas tem medo de lepra ainda, porque é uma doença que pode até matar... ( ) Tem que tratar logo... ( ) Eu não sei como evitar, acho que tem que ir logo para o médico e começar a tomar remédios.” ( Ad 12)</i></p>	<p><b>Categoria 4 – Hanseníase – associação com o termo Lepra.</b></p>	<p><b>Subcategoria 1 – Doença associada a termo estigmatizante.</b></p> <p><b>Subcategoria 2 – A doença na perspectiva do medo</b></p>	<p>“ahhh lepra eu sei”</p> <p>“pessoas tem medo de lepra”</p> <p>“pode até matar”</p>

Fonte: dados primários

**Quadro 29** - Apresentação da organização da categoria 5 com respectivas subcategorias e códigos para análise de conteúdo. Recife, 2019.

Unidades de contexto	Categorias	Subcategorias	Códigos
<p><i>“Eu não. Falar sobre o que? Se eu nem conheço a doença, como eu ia falar... ( ) Falar o que? Como tratar?” (Ad 8)</i></p> <p><i>“Eu não. Falar pra dizer o que? Como se pega e como se trata? Acho que se eu soubesse eu falava. (Ad 13)</i></p> <p><i>“Se eu não sei nem pra mim, vou falar pros outro ? Falo nada..., eu ia gostar de falar se soubesse né? Mas assim, do nada, falar sobre o que? ” (Ad 11)</i></p>	<p><b>Categoria 5: Hanseníase: o desafio de falar sobre ela na escola, família e comunidade</b></p>	<p><b>Subcategoria 1 – Não falo do que não conheço.</b></p> <p><b>Subcategoria 2 – Hanseníase : falar sobre o que?.</b></p> <p><b>Subcategoria 3 – Hanseníase : por que falar a respeito.</b></p>	<p>“falar sobre o que?”</p> <p>“se não conheço como falar?”</p> <p>“se eu soubesse falava”</p> <p>“Eu ia gostar de falar se soubesse”</p>

Fonte: dados primários

O relato dos adolescentes destacado em palavras que demonstravam desconhecimento e incertezas a respeito da doença. Emergiram em categorias que refletem a ideia de um problema antigo, do qual se tem informação na escola, mas também nas igrejas e em novelas. Não se tem ideia da proximidade de ocorrência da hanseníase como doença capaz de atingir crianças, adolescentes e jovens.

A hanseníase ainda está associada ao termo “lepra” e representa uma doença temível, pelas repercussões conhecidas em relação aos problemas físicos que pode causar, e especialmente também, pelo desconhecimento quanto à possibilidade de ser prevenida, tratada e curada. A opinião a respeito de falar sobre a hanseníase é associada ao desconhecimento. Não falo porque não conheço, não falo porque não sei sobre o que falar.

#### **6.3.4 A intervenção educativa - experiência dos Círculos de Cultura para promoção da intenção preventiva em hanseníase com adolescentes escolares.**

Quando concluídas as etapas de planejamento, validação e organização dos recursos necessários à implementação da intervenção educativa, seguida da integração da equipe no

cenário escolar, prosseguimos com o convite e entrevista dos 30 alunos que se mostraram interessados em participar da intervenção educativa.

Os Círculos de Cultura aconteceram no turno da manhã, iniciando sempre entre 8:30 e 9:00horas e prosseguindo até as 11horas. As atividades aconteceram com uma frequência média de 25 alunos, os quais participaram dos círculos e da culminância.

#### 6.3.4.1 Sensibilização

A intervenção em educação popular em saúde sobre hanseníase com os adolescentes escolares foi desenvolvida em cinco Círculos de Cultura. O planejamento da intervenção foi embasado em levantamento prévio do perfil, dos saberes populares e das crenças que mostraram salientes para a intenção preventiva em hanseníase.

Os círculos aconteceram no turno da manhã, semanalmente. Todos os encontros foram iniciados por dinâmicas que visavam o acolhimento e sensibilização para o desenvolvimento das etapas seguintes dos círculos. As dinâmicas foram desenvolvidas de modo a mobilizar os alunos em atividades lúdicas.

**Figura 14** - Círculos de Cultura – dinâmicas de integração e sensibilização. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

As danças, os movimentos livres, pintura, recortes e colagens foram as atividades priorizadas nesses momentos. As dinâmicas precisavam integrar os alunos que embora estudassem na mesma escola e cursassem o mesmo ano, não faziam parte das mesmas turmas. Alguns não se conheciam e precisavam aprender a trabalhar juntos.

Logo de início foi percebida a necessidade de que esse momento também promovesse a tranquilização, concentração que seriam condições necessárias para as reflexões que deveriam fluir no ambiente de diálogo que se esperava de cada encontro. Em função dessa observação, as dinâmicas mais lúdicas e agitadas foram aos poucos, a partir do segundo encontro, substituídas por dinâmicas mais amenas com música, relaxamento e concentração.

#### 6.3.4.2 Problematização

Nessa etapa da vivência, apresentavam-se as questões norteadoras de cada círculo, as quais eram utilizadas como inquietações. Havia uma preocupação por parte da pesquisadora e de sua equipe, em não deixar transparecer que haveria resposta certa ou errada naquele momento. O importante era estimular a livre expressão de ideias, de pensamentos a respeito da realidade dos adolescentes. Era preciso conhecer o saber popular para iniciar as discussões a partir desses conceitos e ideias.

**Figura 15** - Círculos de cultura – problematizando a temática da hanseníase. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

No momento de problematização não importava a concepção do grupo, mas a exposição de cada adolescente. Suas respostas eram recebidas como contribuições válidas e importantes. Todas mereciam destaque e registro no painel de ideais.

Inicialmente os adolescentes pareciam preocupados em falar algo errado. Percebemos que a exposição de ideias apresentadas por alguns alunos, geravam risadas e argumentações contrárias por parte de outros colegas. Nesse momento foi preciso intervir no sentido de favorecer a exposição de pensamentos sem constrangimentos ou limitações. A valorização da capacidade de cada um e do grupo todo em contribuir com o conhecimento que estava sendo construído.

Os alunos que se sentiam constrangidos em falar ou aqueles que naturalmente ficavam mais calados recebiam um apoio mais próximo de cada monitor que passava a mediar sua integração no grupo de forma mais ativa. O grande desafio é romper a timidez inicial. É fazê-los refletir e acreditar que sabem e que podem contribuir para a construção de seu conhecimento e de seus colegas.

Na problematização foram disparadas as questões de cada círculo e estas também integravam as abordagens das crenças que se mostraram salientes na formação de intenção preventiva em hanseníase para adolescentes.

As questões foram apresentadas ao grupo em cartazes, após a leitura de uma história, a exposição de imagens e vídeos. Foram elas:

1º círculo: Hanseníase: conceitos, transmissibilidade e enfoque como problema de saúde pública. Questionamentos: “A hanseníase pode ser um problema para mim? Para minha família? Para a minha comunidade?” “Ela é transmitida de pessoa a pessoa? Como se pega?”

2º círculo: Hanseníase: quadro clínico e diagnóstico. Questionamentos: “O que acontece no corpo de quem tem hanseníase?” “Quais outros problemas que atingem o meu corpo, as pessoas de minha família, da escola e que favorecem a ocorrência de hanseníase?” Como eu posso saber se eu estou com hanseníase? “O que fazer diante de uma suspeita de hanseníase?”

3º círculo: Hanseníase: tratamento. Questionamentos: “Hanseníase tem cura? Como acontece o tratamento? Onde posso buscar ajuda para mim ou para alguém de minha família, escola ou comunidade?”

4º círculo: Hanseníase: estigma. Questionamentos: “As pessoas que tem hanseníase sofrem algum tipo de preconceito? Por que existe preconceito? Qual o mal que o preconceito traz para a pessoa e para a comunidade? “Como evitar e combater o preconceito?”

5º círculo: Hanseníase: prevenção e controle. Questionamentos: “Eu posso fazer algo para que eu não adquira a hanseníase ou para que ela desapareça da minha família, da minha escola ou da minha comunidade?”

Todas as respostas eram registradas, identificadas como “saber popular”, utilizadas como referências para discussões que se seguiam nas etapas posteriores de cada círculo.

#### 6.3.4.3 Fundamentação teórica

Nesta etapa, os animadores apresentaram o conteúdo científico contextualizado com a realidade dos adolescentes. Duas preocupações permeiam essa etapa, usar linguagem simples e clara, de modo a aprofundar a compreensão sobre a doença, e fazer a conexão com o saber popular expresso nas respostas às questões norteadoras.

Por meio da orientação do animador, os adolescentes vão tomando contato com um conteúdo científico que vai sendo desenvolvido. A apresentação ocorreu através de exposição dialogada, a qual vai se processando com auxílio de materiais didáticos como álbuns seriados com imagens e maquetes.

O objetivo dessa etapa vai além de apreender o conteúdo teórico científico que vai sendo desenvolvido. Existia a motivação para que os adolescentes falassem sobre suas dúvidas e expressassem seus sentimentos ao longo da apresentação.

**Figura 16** - Desenvolvimento da etapa de fundamentação teórica nos Círculos de Cultura.

Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

O desafio dessa etapa é manter o interesse e a atenção dos adolescentes em relação às informações. Para tanto foram utilizados materiais didáticos que permitiam o manuseio, e o mais importante, não se buscava apenas apresentar o conteúdo, mas trabalhar o conteúdo de maneira dialogada, entrelaçando as informações com novas perguntas, aproveitando-se as respostas obtidas na etapa de problematização (saber popular) para correlacionar com o conteúdo formal (saber científico).

#### 6.3.4.4 Reflexão teórico-prática

Nesse momento das vivências, buscava-se estimular o grupo a estabelecer a correlação crítica entre o saber popular e o que foi fortalecido, ou foi modificado, a partir da fundamentação teórica, no contato com o saber científico, para a consolidação do conhecimento de cada um a respeito da hanseníase.

Os adolescentes eram convidados a rever suas respostas e ideias levantadas na etapa de problematização. A correlação, durante a roda de conversa, era utilizada como fator motivacional, ou seja, o quanto se ganha em conteúdo de informação, o quanto é possível saber mais.

Na perspectiva da reflexão para a mudança, para o engajamento no compromisso com novas atitudes e intenções preventivas, os animadores levantavam questões a respeito do quanto o assunto poderia ser importante, do quanto eles acreditavam que poderia ser bom “saber mais sobre hanseníase”, “saber falar a respeito de hanseníase em casa, na escola ou na comunidade”, “saber identificar sinais relacionados à hanseníase”, “onde buscar ajuda se alguém precisasse”, do quanto “as pessoas que se importam com eles poderiam ficar felizes” se soubessem que esse conhecimento teria como ser usado para promover saúde da sua família, amigos e comunidade.

**Figura 17** - Desenvolvimento da reflexão teórico-prática nos Círculos de Cultura.

Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

O maior interesse dos adolescentes nessa etapa era identificar o quanto as suas respostas anteriores haviam sido corretas ou erradas. Os animadores usavam a informação como elemento motivador para demonstrar que o grupo crescia junto na medida que discutia, respeitando a opinião de todos, destacando que o erro também pode ser gatilho para aprender e ser mais. Assim, partia-se para a etapa posterior onde a discussão seguia para uma elaboração coletiva de respostas às questões norteadoras.

#### 6.3.4.5 Elaboração coletiva das respostas

Nesse momento das vivências, juntava-se as contribuições de cada adolescente, reunindo-as como um todo repleto de significados. Juntos os adolescentes reviam as respostas de todos e reelaboravam suas ideias por meio de discussões.

Os animadores apoiavam a discussão com o objetivo de assegurar a atenção e evitar a dispersão do conteúdo das conversas, ao mesmo tempo em que auxiliavam na integração de ideais diferentes e complementares que surgiam no grupo.

A discussão ocorria em função do que estava registrado no material elaborado nas etapas anteriores. A partir da leitura e da discussão, reelaborava-se os conceitos e incorporavam-se as informações adquiridas até então e que não haviam sido registradas.

O confronto de ideias acontecia e era valorizado pelo animador do grupo. A preocupação consistia em garantir a exposição de ideias e buscar a reflexão sobre as respostas que melhor atendiam às questões norteadoras, evitando-se dizer que algo estava certo ou errado. O erro era tratado como o caminho para o acerto, evitando-se a competição e o constrangimento.

#### 6.3.4.6 Síntese

A discussão do conjunto de ideias emergia numa resposta única que atendesse ao pensamento coletivo. Nesse momento, o animador apoiava os integrantes do grupo a descreverem as respostas coletivas para cada questão norteadora.

A estratégia de registro envolvia a construção de uma imagem que tivesse o sentido de agregação e construção coletiva. A árvore foi escolhida pela maioria. As respostas eram destacadas em folhas e fixadas nos galhos da árvore.

Todos participavam do preenchimento das respostas e da colagem. Assim, os animadores esclareciam que o mesmo acontecia com o conhecimento. Explicavam que tudo que fosse discutido e apreendido pertenceria a todos. E mais, destacavam que, assim como a árvore, o conhecimento mudava, crescia e daria frutos.

**Figura 18** - Desenvolvimento da síntese do conhecimento sobre hanseníase nos Círculos de Cultura. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

Os frutos seriam as nossas ações, nossa mudança de atitudes, intenções e comportamentos em busca de ter mais saúde e buscar mais saúde para todos. Como isso poderia ser feito? Nesse questionamento buscava-se correlacionar com as atitudes como: “falar sobre hanseníase com as pessoas”; “se identificar em si ou em outras pessoas os sinais de hanseníase, orientar onde buscar ajuda”.

#### 6.3.4.7 Avaliação

A etapa final foi fundamentada no autoavaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos círculos. Nesse momento foi requerido que os adolescentes avaliassem como perceberam a sua participação na construção do conhecimento no círculo de cultura e de que maneira a experiência contribuiu para seu aprendizado.

O registro de expressões, na forma de palavras ou frases, que revelavam os sentimentos dos adolescentes a respeito da experiência vivenciada em cada círculo era aproveitada como disparador dos relatos de avaliação.

**Figura 19** - Avaliação dos Círculos de Cultura. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

#### 6.3.4.8 A culminância:

A culminância foi planejada pelos integrantes dos círculos com o apoio da pesquisadora e monitores. O objetivo foi mostrar o resultado do conhecimento adquirido e contribuir com a divulgação na comunidade escolar.

Os adolescentes inicialmente se mostraram tímidos, diziam sentir-se envergonhados de fazer uma apresentação na escola. Nenhum tinha qualquer experiência com atividades relacionadas a teatro ou dança.

Pensamos em conjunto que um jogo, planejando junto com eles, tratando do tema da hanseníase, que pudesse ser orientado pelos integrantes dos círculos e jogado por vários colegas da escola e de outras turmas, poderia ser uma forma de promover a autoestima e o protagonismo, estimulando a multiplicação do conhecimento relacionado à hanseníase.

A criação foi realizada como jogo de tabuleiro, com casas montadas no chão, confeccionadas com cartolinas e desenhadas à mão livre. Os dados eram de papelão e os jogadores eram outros adolescentes que lançavam os dados e mobilizavam pinos na medida em que respondiam questões sobre hanseníase.

As respostas às perguntas do jogo eram fornecidas com a ajuda dos adolescentes monitores e integrantes dos círculos. Os adolescentes ficaram à vontade pra jogar, interagir, explicar as regras do jogo e auxiliar nas respostas dos colegas que eram convidados a jogar. Os vencedores ganhavam brindes simbólicos como lápis e cadernetas.

A avaliação da vivência dos círculos foi considerada positiva pelos adolescentes que puderam concretizar o processo de multiplicação dos seus conhecimentos com outros colegas.

**Figura 20** - A culminância dos Círculos de Cultura com jogo de tabuleiro. Recife, 2019.



Fonte: imagem – banco de dados da autora

A vivência dos Círculos de Cultura e culminância resultou em depoimentos descritos pelos adolescentes em cartolinas ou por meio de depoimentos expressos no círculo, onde relataram:

*“Foi tudo muito bom porque a gente aprende sobre hanseníase e sobre como evitar, como ajudar as pessoas a não ficarem doentes, a se tratar.”.AD03*

*“Foi tão bom que dá pena de acabar. É bom aprender assim, com brincadeira, com jogo. Eu gostei de saber dessa doença que pode ser tão grave” AD11*

*“ Eu achei que todos gostaram muito mesmo. A gente ficou feliz de ajudar os outros alunos a aprender sobre hanseníase”. AD19*

*“Eu não gosto de saber de doença, mas assim, dessa vez foi bom porque a gente ficou conversando, falando das coisas, conhecendo a vida dos colegas, sabendo sobre a doença”.*

AD09

*“Minha irmã tem hanseníase, eu apoio e eu amo do mesmo jeito”.AD15*

#### 6.4 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA CCNC-IPMH COM ADOLESCENTES ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Na tabela 20 apresenta-se a comparação da média do escore dos domínios (CC, CN e CCt) e dimensões (AT, NS e CP) da medida de Intenção (I) entre os momentos antes e após a intervenção. Verifica-se que houve aumento estatisticamente significativo da média do escore da intenção, bem como de todos os seus domínios e dimensões, quando comparados os momentos antes e após a intervenção.

A avaliação dos resultados da aplicação da escala de intenção após a realização dos Círculos de Cultura demonstrou a elevação dos escores de todos os domínios e dimensões, com destaque para as crenças de controle, cuja elevação foi de 11,6 pontos em relação à mediana, seguida das crenças normativas que elevaram 5,0 pontos em relação à mediana.

Considerando a análise das dimensões da escala, o destaque continuou sendo da norma subjetiva, cujo escore elevou 7,0 pontos em relação à mediana. É válido ressaltar que o controle comportamental percebido, dimensão que apresentava menor escore antes da intervenção, foi aquele que apresentou maior alteração após a realização dos Círculos de Cultura, tendo subido 8,1 pontos em relação à mediana.

É possível identificar que antes da intervenção, o escore de intenção (I= 31,3) foi influenciado principalmente pelas crenças normativas e a norma subjetiva, as quais apresentavam os maiores escores (CN=55,0 e NS=37,8 respectivamente), resultado semelhante ao grupo geral de adolescentes escolares entrevistados no Recife (Survey com 257 adolescentes).

Realizados os Círculos de Cultura e reaplicada a escala CCNC-ipMH foi possível verificar um aumento de 6,4 pontos no escore de intenção, passando de 31,3 para 37,7 e influenciada principalmente pelas crenças normativas e de controle, norma subjetiva e controle comportamental percebido, tendo sido esta última, a dimensão que apresentou maior acréscimo no escore após a intervenção, com aumento de 8,1 pontos.

**Tabela 20** - Comparação da mediana dos domínios e dimensões da escala de intenção, antes e após a realização dos Círculos de Cultura. Recife, 2019

Domínios / Dimensões / Intenção	Momento de avaliação		p-valor <sup>1</sup>
	Antes da intervenção	Após a intervenção	
Crenças Comportamentais CC	53,0	57,0 (↑ 4,0)	0,002
Crenças Normativas CN	<b>55,0</b>	<b>60,0</b> (↑ 5,0)	0,003
Crenças de Controle CCt	48,4	<b>60,0</b> (↑ <b>11,6</b> )	0,001
Atitude AT	33,4	37,2 (↑ 3,8)	0,004
Norma Subjetiva NS	<b>37,8</b>	<b>44,8</b> (↑ 7,00)	0,001
Controle Comportamental Percebido CCP	31,2	<b>39,3</b> (↑ <b>8,1</b> )	0,002
<b>Intenção I</b>	31,3	<b>37,7</b> ( <b>6,4</b> ↑)	<0,001

Fonte: dados primários. <sup>1</sup>p-valor do teste de Wilcoxon para amostra pareada.

Na tabela 21 está apresentada a distribuição da classificação de intenção segundo o momento avaliado. Verifica-se que a frequência de intenção preventiva negativa (I-) no momento antes da intervenção era de 60% e que após a intervenção há uma redução para 20,0%. Essa alteração foi refletida no grupo com intenção preventiva positiva (I+), o qual dobrou de 40% para 80,0%. O teste de homogeneidade foi considerado estatisticamente significativo.

**Tabela 21** - Distribuição da prevalência de intenção positiva e negativa em relação à mediana, segundo o momento de avaliação. Recife, 2019.

Classificação da intenção	Momento de avaliação		p-valor
	Antes da intervenção	Após a intervenção	
I- (≤31,3 pontos)	<b>15(60%)</b>	05 (20%)	<b>0,011</b>
I+ (>31,3 pontos)	10 (40%)	<b>20 (80%)</b>	

Fonte: dados primários.

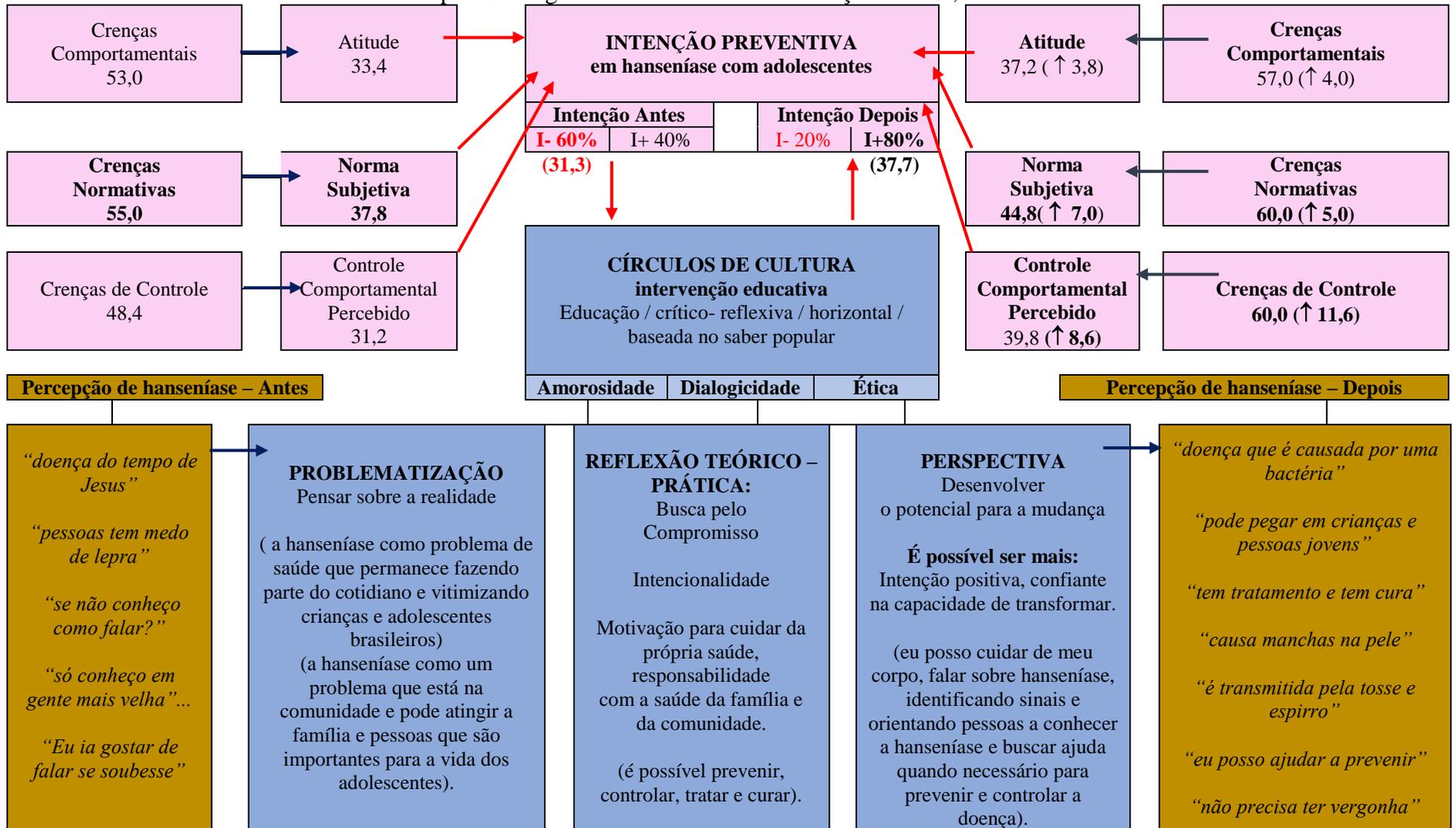
O quadro 30 apresenta o resumo das informações quantitativas e qualitativas, obtidas no desenvolvimento da pesquisa, conforme o momento da intervenção, considerando os percentuais de intenção positiva (percentual de sujeitos com escores superiores à mediana) e negativa (percentual de sujeitos com escores inferiores à mediana), juntamente com os escores dos domínios e dimensões.

Em rosa estão destacados os dados relacionados aos elementos numéricos da escala de intenção – CCNC-ipMH, antes e após a intervenção educativa. Em azul, os pressupostos teóricos da intervenção educativa, descrição das principais etapas e perspectivas. Em marrom, a percepção a respeito da hanseníase, relatada pelos adolescentes, na forma de expressões-chave destacadas, antes e após a intervenção.

Antes da intervenção, a percepção dos adolescentes a respeito da hanseníase aparece como algo desconhecido, distante, antigo e que não está presente no cotidiano de suas vidas. O desconhecimento aparece nas falas como o motivo pelo qual não se fala a respeito da hanseníase.

A percepção dos adolescentes após a intervenção aparece destacada nas falas como uma doença atual, transmissível e possível de prevenir, tratar e curar. Os adolescentes expressam que podem ajudar a prevenir e ressaltam que não precisa haver vergonha.

**Quadro 30 -** Triangulação das informações das etapas quantitativas e qualitativas da pesquisa com apresentação dos percentuais de intenção positiva segundo o momento da intervenção. Recife, 2019.



Fonte: a autora

## 7 DISCUSSÃO

A hanseníase continua a ser um problema de saúde que desafia as políticas públicas brasileira e mundial a empreender medidas mais eficazes de prevenção e controle. Entre as estratégias de enfrentamento, a educação em saúde figura como ferramenta essencial para assegurar o acesso da população, principalmente daqueles de áreas de conglomerado com elevado número de casos, a conhecimentos sobre dados epidemiológicos, fatores causais, transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e medidas para o controle da doença (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014; PATRÍCIO et. al., 2019)

Estudo realizado em outros países igualmente atingidos pela hanseníase, como é o caso da Índia e Indonésia, demonstrou que o pouco conhecimento sobre a doença determina os altos níveis de estigma e desejo de manter a distância social em relação às pessoas com hanseníase. Por outro lado, as estratégias de educação em saúde que levem em consideração a cultura, crenças e as lacunas de conhecimento das pessoas da comunidade, podem influenciar positivamente a percepção da hanseníase, aprimorando a atitude positiva em relação às pessoas infectadas, reduzindo o estigma da comunidade e aumentando o comportamento de busca de saúde (SINGH; SINGH; MAHATO, 2019).

As intervenções educativas são necessárias para promover comportamento de busca por saúde, reduzindo o impacto de doenças preveníveis como a hanseníase na saúde da população. Para tanto, precisam apresentar abordagem simples e objetiva com ajuste de comunicação para o nível social da clientela. É necessário, portanto, compreender em que medida há potencial na ação educativa, para criar uma mudança no comportamento dos educandos. Ao considerar os estudos que analisam o impacto de intervenções de ações educativas em saúde, um dos primeiros fatores para uma intervenção bem-sucedida consiste em identificar alavancas para a mudança de comportamento e neste sentido, é destacada a importância de compreender o modo como uma estratégia de educação pode mobilizar a prática cotidiana do indivíduo (GRZYWACZ et. al., 2013).

A intervenção educativa em saúde sobre hanseníase deve ser capaz de fomentar atitudes positivas da comunidade em relação às pessoas afetadas pela doença, propor um rompimento com estigmas e preconceitos instituídos socialmente e corporificados por atitudes e comportamentos desprovidos de conhecimentos científicos, estimulando o pensamento crítico e reflexivo dos fatores sócio culturais que isolam os pacientes de hanseníase,

fomentando um ciclo de exclusões e impondo uma invisibilidade ao seu sofrimento e as suas demandas para sobreviver, para além da cura da hanseníase.

Entretanto, a falha nas estratégias e atividades de educação em saúde nas escolas, nas visitas domiciliares, em atividades educativas com grupos populacionais corroboram com o desconhecimento da doença pela população, contribuindo para propagação dessa doença infectocontagiosa (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014; SILVA et al, 2019)

De acordo com diferentes metanálises, a intenção comportamental é o “*proxy*” válido para o comportamento, representando consideráveis proporções de variância no comportamento real. Assim, mesmo que a intenção de um indivíduo não signifique necessariamente a adoção de um determinado comportamento, a transformação do comportamento raramente ocorrerá sem que haja intenção para mudar (SEIMETZ; KUMAR; MOSLER, 2016).

## 7.1 O ESTUDO E SEUS PROBLEMAS METODOLÓGICOS

A explanação integrada de dados que reúnem informações provenientes da aplicação de uma escala fundamentada numa teoria sócio-psicológica, aliada à necessidade de avaliar efeitos de uma metodologia de Educação Popular mediada por Círculos de Cultura foi o desafio instigante do presente estudo que, no entanto apresentou alguns elementos dificultadores descritos a seguir.

A proposta de executar um estudo com métodos mistos, especialmente no que se refere à realização da coleta de dados para a validação semântica da escala, a aplicação de instrumentos de pesquisa com adolescentes de sete escolas públicas situadas em diferentes bairros do Recife, a construção de materiais didáticos e a necessidade do registro de dados qualitativos durante dos Círculos de Cultura tornariam esse estudo impossível de ser realizado sem que houvesse uma equipe de apoio, devidamente preparada. Para tanto, foi necessário capacitar estudantes e residentes de enfermagem que precisavam estar sensíveis, motivados e preparados para exercer o apoio necessário sem interferir na qualidade dos registros e do resultado da pesquisa. A capacitação de 20 monitores e animadores de Círculos de Cultura foi o desafio inicial da pesquisa.

O estudo foi desenvolvido continuamente, contudo, um dos maiores para a sua continuidade foi obter a autorização de acesso aos adolescentes, especificamente a autorização de pais e responsáveis. Nenhuma outra atividade demandou tanto atraso no cronograma de atividades. Essa etapa do estudo precisa ser organizada com uma margem de

tempo suficiente no planejamento de pesquisas que envolvam menores de idade, sob pena de inviabilizar o cumprimento de cronogramas de trabalho.

Os processos de validação da escala de intenção e da intervenção educativa envolveram a participação de um painel de juízes selecionados entre especialistas com reconhecido conhecimento científico nas áreas de enfermagem, psicologia e educação, residentes em diferentes regiões do Brasil. O número de especialistas foi calculado em função de garantir o número ideal de integrantes com experiência na área de estudo e com diferentes perspectivas sobre o problema de pesquisa. Contudo, foi necessário estender o convite a um número superior ao dobro do quantitativo esperado de juízes de maneira a garantir a resposta de cada juiz nas duas rodadas de avaliação.

Portanto, a demora na resposta dos juízes ao primeiro contato e a demora ou ausência de respostas antes que fosse concluída a segunda rodada de avaliação também foi um elemento dificultador e que ampliou a duração das etapas do estudo além do tempo planejado.

## 7.2 A VALIDAÇÃO DA ESCALA “CRENÇAS COMPORTAMENTAIS, NORMATIVAS E DE CONTROLE PARA A FORMAÇÃO DE INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENÍASE” – O DESAFIO DE INTEGRAR A ANÁLISE DE UM CONSTRUTO PARA A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE

A proposição de instrumentos de avaliação psicológica é um tema de interesse da Psicologia e que tem integrado os processos de avaliação das práticas clínicas de diferentes áreas de conhecimento, inclusive a Enfermagem ( LOBÃO, MENEZES, 2012; ULBRICH et al,2018). Contudo, os instrumentos construídos precisam apresentar requisitos relacionados à fidedignidade, confiabilidade e precisão para garantir a qualidade psicométrica.

Neste estudo, o desafio constituiu buscar os elementos de uma teoria que subsidiasse a mensuração de um construto cuja análise permitisse a avaliação da efetividade de uma estratégia educativa. A opção para solução do desafio foi utilizar os subsídios da psicologia cognitiva, identificando-se um construto passível de ser mensurado através de uma escala psicométrica, devidamente fundamentada em uma teoria.

A opção pela construção da escala de intenção preventiva foi conseguinte ao aprofundamento do conhecimento da TCP, a qual vem sendo utilizada ao longo de anos, para analisar determinantes de comportamentos relacionados à saúde (ZEMORE; AJZEN, 2014; DE LEEUW et. al. 2015). Porém, o fator determinante para a seleção da teoria emergiu da

identificação de indicadores culturais em seus pressupostos, apresentados por meio explicação da interferência de crenças como elementos sócio-culturais subjacentes aos comportamentos dos indivíduos.

A pesquisa realizada envolve a avaliação da efetividade de uma intervenção, mediada por estratégia de Educação Popular, cuja metodologia pedagógica prevê a construção crítica, coletiva, dialógica do conhecimento e valoriza a perspectiva sócio-cultural dos indivíduos que atuam conjuntamente na construção do saber. Nesse contexto, a utilização dos atributos teóricos da TCP, expressos na conceituação da intenção preventiva e das crenças que influenciam o comportamento, possibilitaram a correlação da teoria com as intervenções capazes de motivar mudanças na intenção de adotar comportamentos preventivos relacionados à hanseníase.

Neste trabalho, a elaboração da escala que teve como construto-chave a intenção preventiva, envolveu um processo de validação de conteúdo e semântica que demandou ajustes substanciais do protótipo até a sua versão final, objetivando contemplar sugestões dos experts e adaptar a linguagem adequada à compreensão da população-alvo.

As questões relacionadas à avaliação das consequências, a motivação para adotar os comportamentos preventivos e a formulação de “cross-questions” foram os elementos que justificaram introdução do maior número de questões sugeridas pelos juízes envolvidos no processo de validação. Essas alterações foram justificáveis pela importância de garantir a identificação de informações necessárias ao conhecimento das crenças salientes e para obtenção dos parâmetros numéricos requeridos à aplicação das fórmulas usadas no cálculo da atitude, norma subjetiva e intenção. As críticas e recomendações dos juízes permitiram chegar a um conjunto de adaptações em diferentes aspectos da escala, incluindo mudanças tanto no conteúdo quanto na linguagem.

A avaliação dos parâmetros da escala revelaram índices de validade de conteúdo, homogeneidade, fidedignidade e interpretabilidade que asseguraram evidências de sua qualidade psicométrica. No entanto, é válido destacar que o aumento do número de questões com consequente ampliação do tempo gasto para responder à escala, podem dificultar a sua utilização posterior. Contudo, é válido destacar que o processo de validação de conteúdo e avaliação das propriedades psicométricas da escala CCNC-ipMH, bem como a análise da consistência interna e homogeneidade justificaram a permanência de todas as perguntas elaboradas na versão final da escala.

A análise fatorial confirmatória, técnica utilizada para avaliação de instrumentos psicométricos, empregada com o objetivo de verificar se existem itens suscetíveis de serem

extraídos ou agrupados, pode ser uma alternativa a ser empregada posteriormente. A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que estuda correlações entre um grande número de variáveis agrupando-as em fatores. A análise fatorial confirmatória define o número de componentes a serem extraídos (SILVA, MARÔCO, CAMPOS, 2018).

Entre os procedimentos analíticos da escala a avaliação da adequação da linguagem foi um elemento que mereceu atenção, recebeu críticas e sugestões dos experts e mesmo após as alterações sugeridas, quando realizada a validação semântica, foi identificada a necessidade de proceder ajustes e incluir novos termos explicativos com o objetivo de torná-la mais clara e compreensível. Essa experiência destaca a importância de adaptação cultural das escalas, considerando a idade, a escolaridade e o nível sócio-econômico da população-meta.

### 7.3 O PERFIL DOS ADOLESCENTES – ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS

Os pressupostos de intenção preventiva, destacados nos domínios e dimensões da Escala CCNC-ipMH, foram levantados entre 257 adolescentes escolares do Recife. O material obtido serviu de base para descrever e analisar o perfil dos adolescentes, incluindo o conhecimento a respeito da hanseníase, antes da intervenção educativa. Os entrevistados tinham idades entre 13 e 14 anos, pardos, que se declararam de religiões evangélicas.

A opção por trabalhar com essa faixa etária deve-se ao fato de reconhecer o potencial do adolescente em produzir impacto positivo das ações educativas em sua saúde, multiplicando informações entre seus pares e familiares. Corroboram com esse dado os resultados de pesquisas que avaliam adoção e preservação de atitudes saudáveis entre os indivíduos, nas quais são destacados os melhores resultados de intervenções educativas em saúde quando o alvo são os indivíduos capazes de compreender os perigos resultantes da falta de cuidados com a saúde e antes que ela seja permanentemente danificada. Por esta razão, os adolescentes aparecem como o grupo etário importante e para o qual a educação promotora da saúde não pode ser negligenciada. O pré-requisito para a aquisição efetiva de hábitos saudáveis pelos jovens é a incorporação da educação em saúde no processo educacional. Todos os indivíduos devem ter acesso a conhecimentos sobre a saúde e as habilidades para cuidar dela. Tal medida, conseqüentemente, poderá levar a mudanças no estilo de vida do adolescente e de sua família (GRZYWACZ et al, 2013).

Os participantes do estudo residiam no Recife, em áreas endêmicas para a hanseníase, vivendo em situação domiciliar de baixa renda. Os adolescentes apresentavam perfil econômico compatível com 47,8% dos brasileiros de 0 a 14 anos, segundo dados do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), vivendo em condições socioeconômicas e ambientais que favoreciam à vulnerabilidade para a exposição a doenças e por este motivo integraram a população selecionada para ações educativas voltadas à prevenção da hanseníase.

O grupo estudado e posteriormente submetido à intervenção educativa, foi formado por adolescentes que se consideravam saudáveis, ainda assim, vulneráveis. A vulnerabilidade que se relacionava à situação sócio-econômica e não apenas biológica, constituindo um grupo populacional que merecia atenção e novos modos de educar e produzir saúde. Nesse contexto, segundo Brasil (2018), o adolescente, em seu ciclo de vida aparentemente saudável, torna-se vulnerável pelos hábitos e comportamentos. Vulnerabilidades que são produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e limitação de direitos e oportunidades.

Estudo realizado no nordeste do Brasil demonstrou que a vulnerabilidade social é um importante determinante da transmissão de doenças e sua manutenção nessa população. No que se refere à hanseníase, a vulnerabilidade é expressa pela urbanização não planejada, moradias em assentamentos informais com infraestrutura precária (SOUZA et. al., 2019). Tais condições podem ser facilmente identificadas em grandes aglomerados urbanos do Recife, nas áreas onde residia a maioria dos integrantes deste estudo.

A vulnerabilidade social, de acordo com o psicólogo russo Lev Vygotsky, proponente fundador da Teoria Histórico-Cultural, também conhecida como Sociointeracionista, ser humano é um ser histórico, social, biológico e cultural. Logo, não se pode ensinar e aprender sem considerar tais aspectos. Vygotsky apresenta as relações sociais como indispensáveis para a formação do indivíduo (VYGOTSKY 2007; 2011; SANTOS; MEIRELLES, 2017). Baseado nesses pressupostos teóricos é que as ações de educação em saúde têm convergido para o reconhecimento de que os aspectos sociais, históricos e culturais são determinantes nos processos de saúde e doença, dos indivíduos e de suas comunidades.

É válido frisar que a saúde não se encerra apenas na ausência de doenças ou na prevenção de comportamentos de risco. Especialmente na adolescência, a saúde está relacionada à qualidade de vida, alcançada por meio da satisfação pessoal e do desenvolvimento de competências sociais. Portanto, a promoção do desenvolvimento saudável do adolescente não pode estar concentrado apenas na garantia de sobrevivência ou no cuidado de problemas denominados orgânicos. As ações educativas precisam combinar a preocupação com as condições físicas, os aspectos psicológicos e socioambientais, que os

possibilitem lidar com as transformações esperadas na adolescência e os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem (SENNA; DESSEN, 2015).

Ainda no que concerne ao perfil dos adolescentes, é válido destacar que a maioria relatou buscar aconselhamento da mãe e familiares, quando precisavam tomar decisões importantes. Essa característica chamou atenção porque uma marca comum na maioria dos adolescentes é a necessidade de fazer parte de um grupo. Necessidade que reflete na importância atribuída às amizades e que possibilitam a integração a um grupo com interesses comuns. O grupo social exerce forte influência sobre as escolhas do adolescente, seus gostos, comportamentos e atitudes, conduzindo por vezes, ao natural afastamento do seu núcleo familiar, levando a um enfraquecimento dos referenciais familiares (FERRONATO, 2019). Paralelamente a essas mudanças, nessa época da vida, crescem a autonomia e a independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências que podem representar importantes fatores de risco para a saúde.

Se por outro lado, conforme citado pelos adolescentes participantes do estudo, existe aceitação e é atribuído valor à interferência e participação dos pais e familiares na sua educação, as experiências educativas com adolescentes devem ser planejadas de forma a valorizar a integração familiar, proporcionando momentos de diálogo e aconselhamento. A família como agente socializante, pode auxiliar seus integrantes na construção da consciência crítica sobre a importância de adquirir comportamento saudáveis e auxiliar na redução à exposição aos fatores de risco. Essa característica dos adolescentes pode ser utilizada nas ações de educação em saúde para a prevenção e redução da prevalência de hanseníase entre os contatos domiciliares. E ainda, o adolescente que valoriza a intervenção familiar em suas decisões, principalmente representado na pessoa de sua mãe, pode ser motivado a fortalecer laços de corresponsabilidade com a saúde e bem-estar de seus familiares e transferir esse compromisso com a saúde e bem-estar, para amigos e pessoas da comunidade.

Outro aspecto relevante diz respeito à ampla maioria dos adolescentes ter relatado que desconhecia a hanseníase, associando-a com informações a sobre a existência de uma doença antiga, conhecida apenas por alguns indivíduos com a denominação de lepra e da qual só ouviram falar através de textos bíblicos, em igrejas ou em telenovelas. A exemplo de outros adolescentes entrevistados no Brasil, o deficiente conhecimento sobre a hanseníase também foi identificado em recentes estudos realizados no norte da Índia e no Nepal, países endêmicos para a hanseníase. Nestes países, a hanseníase constitui problema de saúde pública como no Brasil, no entanto foi identificado que, além do desconhecimento sobre a doença, existem altos níveis de estigma, medo e desejo de manter a distância social em relação às pessoas

afetadas pela hanseníase (CORIOLANO-MARINUS et. al., 2012; NOORDENDE et. al., 2019; SINGH; SINGH; MAHATO, 2019).

A hanseníase é uma doença milenar que ainda carrega marcas do preconceito. Apesar de curável, a hanseníase com a denotação de lepra, remete à doença antiga, incurável, desfigurante e que acometia os impuros. Essa perspectiva da doença, ainda presente em registros bíblicos, novelas e filmes épicos, quando associada à falta de conhecimento, pode promover atitudes desfavoráveis e criar obstáculos à prevenção e controle.

O desconhecimento dos adolescentes a respeito da hanseníase constitui preocupação, especialmente quando considerado que residem em áreas endêmicas para a doença. Estudos demonstram que ter conhecimento sobre a transmissão da hanseníase está positivamente associado à atitude favorável em relação à prevenção, na medida em que pode motivar a identificação precoce de sinais e sintomas de pessoas acometidas pela doença e estimular a busca do diagnóstico e tratamento (SINGH; SINGH; MAHATO, 2019).

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, a realização de atividades educativas a fim de disseminar informações sobre a transmissão, a cadeia epidemiológica e o tratamento da hanseníase, reduzindo o preconceito diante dos portadores da doença (PINHEIRO; SIMPSON, 2017).

A avaliação do perfil dos adolescentes alerta para a importância de estratégias educativas relacionadas à hanseníase, não apenas porque são vulneráveis, porque desconhecem a doença ou porque moram em áreas de risco, mas também porque esse grupo populacional tem potencial para exercer protagonismo em seu núcleo familiar, entre seus pares e no contexto social, promovendo saúde e prevenindo doenças como a hanseníase e outras. Para tanto, os adolescentes precisam ter acesso à ação educativa mobilizadora, que envolva a construção de um saber em saúde significativo, crítico, reflexivo e comprometido com as possibilidades de transformação da realidade.

As ações educativas de saúde junto ao público adolescente devem emergir de um entrelace dos saberes, valorizando-se a inquietação quanto às influências do ambiente sócio-histórico-econômico e cultural na exposição e no enfrentamento de doenças como a hanseníase, promovendo empoderamento e protagonismo.

Ao analisar o ambiente sócio-histórico-econômico e cultural, é válido considerar a influência da religião, da mídia na abordagem de temas relacionados à saúde pública, às experiências educacionais vivenciadas, os processos de resistência para mudanças, as questões culturais, crenças transgeracionais que estabelecem modos próprios aos indivíduos quanto as suas relações pessoais no e com o mundo. Todos esses elementos influenciam e

interferem no valor atribuído às ações de prevenção e promoção da saúde. No que concerne à hanseníase, a concepção de doença antiga, relacionada a estigmas, distante do cotidiano do adolescente pode minimizar a criticidade quanto à magnitude da doença, à percepção do problema de saúde pública que merece envolvimento, atenção e cuidado.

Estudos realizados em outras regiões do Brasil, de modo semelhante, identificaram desconhecimento de adolescentes acerca da hanseníase, assim como concepções errôneas e culturalmente construídas acerca da hanseníase, que reforçam a manutenção do estigma e o preconceito na sociedade, prejudicando o seu controle (FREITAS et. al.,2019; MONTEIRO et. al.,2015). Portanto, não se trata de informar os adolescentes a respeito da hanseníase, mas diante de uma doença com elevada carga de estigma, a educação para a saúde precisa mobilizar conceitos e preconceitos. É necessário considerar as crenças, as lacunas de conhecimento e os medos, reduzindo equívocos e influenciando positivamente a percepção da hanseníase como um problema em potencial na escola, na família e na comunidade.

Para se assegurar a efetivação da educação em saúde é necessário garantir intervenções de qualidade a partir da escola, mas não somente nela, primando pelo conhecimento reflexivo, consciente e crítico. Conforme destacou Paulo Freire (FREIRE, 2013), a chave da educação para a mudança está na reflexão sobre a intencionalidade e a ação conscientizadora. No entanto, os programas de educação em saúde para a hanseníase, envolvendo adolescentes, estão se mostrando ineficientes através dos resultados de pesquisas. Os esforços de educativos precisam desenvolver competências que valorizem a intenção para a mudança em busca do envolvimento, disseminação das medidas de prevenção e controle da hanseníase, focalizando os comportamentos saudáveis a serem adotados pelo adolescente, seus pares e familiares.

A principal fonte de educação é a escola, embora a casa da família esteja continuamente influenciando o desenvolvimento do conhecimento e dos hábitos que interferem diretamente na saúde. Uma tarefa importante da escola é também a educação em saúde, realizada pelos professores de várias áreas de conhecimento, que podem desenvolver as habilidades dos alunos de cuidar de sua própria saúde, dos outros alunos e das pessoas com as quais convive na comunidade.

A educação em saúde deve significar a criação consciente de oportunidades projetadas para promover o conhecimento que seja capaz de ampliar a motivação dos indivíduos a adotar comportamentos saudáveis. Essa afirmação torna a educação em saúde de vital importância entre as tarefas da escola contemporânea. De acordo com o Programa Saúde da Escola (PSE) (BRASIL, 2011), a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do

pensamento crítico e político, na medida em que pode contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interferir diretamente na produção social da saúde. As práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas.

Diante do exposto, elucida-se a importância de conhecer e promover ações educativas firmadas a partir do conhecimento de crenças, valores e do saber popular. Segundo a TCP (AJZEN,2014) a decisão de se envolver em qualquer comportamento pode finalmente ser rastreada até as crenças da pessoa sobre o comportamento em questão. As crenças sobre as prováveis conseqüências do comportamento (crenças comportamentais), crenças sobre a normativa (expectativas dos outros) e as crenças sobre a presença de fatores que podem facilitar ou impedir desempenho do comportamento (crenças de controle) são capazes de produzir uma atitude favorável em relação ao comportamento, resultando na pressão social percebida ou norma subjetiva, e dar origem à capacidade de executar o comportamento. Em combinação, esses construtos levam ao formação de uma intenção comportamental.

É portanto, necessário atualizar nossa compreensão do conhecimento e percepção da hanseníase entre as populações onde as intervenções educativas serão introduzidas, para adaptar a comunicação de forma ideal à situação atual. Essa perspectiva apóia a importância de conhecer, discutir e basear ações de educação em saúde em hanseníase, envolvendo o conhecimento de crenças, atitude e intencionalidade para adotar comportamentos preventivos em hanseníase como estratégia para ampliar a efetividade de atividades de educação em saúde com adolescentes.

No presente estudo, a investigação das crenças relacionadas à hanseníase foi realizada por meio da exploração dos relatos de adolescentes associados aos comportamentos preventivos de interesse em hanseníase, destacados por: “ter conhecimento, saber identificar sinais sugestivos de doença, saber comunicar os familiares, amigos e pessoas da comunidade a respeito hanseníase e saber onde e com quem é possível buscar ajuda se houver suspeita de hanseníase”. Os relatos dos adolescentes serviram pra informar sobre suas crenças diante dos comportamentos de interesse no estudo e foram usados como indicadores úteis ao planejamento de ação educativa.

#### 7.4 CRENÇAS E INTENÇÃO PREVENTIVA EM RELAÇÃO À HANSENÍASE DOS ADOLESCENTES ESCOLARES RESIDENTES NAS ÁREAS ENDÊMICAS DO RECIFE

A aplicação da Escala CCCN-ipMH com adolescentes escolares do Recife possibilitou identificar que a medida da intenção positiva (I+) foi ligeiramente inferior à medida da intenção negativa (I-). E em relação ao levantamento dos domínios e dimensões da escala de intenção, as crenças normativas e a norma subjetiva foram as que mais se destacaram, em especial: “saber onde buscar ajuda se eu, alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase”. A explicação para o destaque atribuído às crenças normativas deve-se ao valor atribuído à opinião de pessoas importantes a respeito dos comportamentos adotados e a tendência a apresentar motivação para concordar com elas.

O discreto predomínio da fraca intenção (I-), associado ao relato de desconhecimento a respeito da doença, permite vislumbrar um contexto desfavorável para as intenções comportamentais relacionadas às medidas de prevenção e controle da hanseníase entre os escolares entrevistados. Segundo os teóricos da TCP (AJZEN et al, 2011) o conhecimento é um importante preditor de comportamento, na medida em que une um comportamento de interesse a resultados positivos ou negativos, permite vislumbrar expectativas normativas positivas de indivíduos importantes ou grupos e ajuda a controlar os fatores que podem facilitar ou inibir o desempenho do comportamento.

O conhecimento sobre crenças salientes entre os adolescentes revelou a importância do valor que o adolescente atribui ao comportamento, em função da expectativa de seus pares, familiares e pessoas da comunidade, haja vista que as crenças e a normas subjetivas apontam para a influência não apenas de pessoas da família, mas também da rede de integração social. A norma subjetiva é o comportamento avaliado como socialmente normativo e aceitável.

Outros estudos, onde foram levantadas as intenções preventivas de adolescentes, de forma semelhante, foi destacada a saliência de crenças normativas e norma subjetiva entre os jovens entrevistados (JEONG;PARK 2013; ERBE et.al., 2018). Nestas pesquisas, as crenças que se destacaram foram aquelas que se relacionavam à percepção do apoio percebido ou a falta de apoio oferecido por outros sujeitos, considerados influentes, funcionando como determinante para a motivação do indivíduo em se engajar num determinado comportamento específico de interesse. Corroborando o resultado desse estudo, uma meta-análise de trabalhos que utilizaram a TCP demonstrou que a atitude e a norma subjetiva explicam cerca de 30% a 60% da intenção comportamental, enquanto o controle comportamental percebido explica de 10% a 30% a intenção (GOMIDE, 2014).

A norma subjetiva refere-se às crenças vindas do ambiente social, onde grupos sociais significativos como amigos, pais, cônjuges ou outros membros da família esperam em relação ao desempenho ou não de certos comportamentos pelo indivíduo. Se o sujeito entende que outras pessoas significativas aprovam determinado comportamento, ele possivelmente terá intenção de realizá-lo (AJZEN, 2011).

As crenças normativas ressaltadas como fortes preditoras de intenção de adolescentes pode ser explicada pela tendência que eles apresentam em agir de acordo com a aprovação da coletividade. A norma subjetiva funciona como a pressão social percebida. Na adolescência, as relações entre pares são qualitativamente diferentes de outros estágios do desenvolvimento e as experiências sociais são consideradas determinantes da função social do indivíduo. Assim, a forma como os adolescentes percebem seus comportamentos e crenças aos olhos dos outros funciona como componente crítico para a tomada de decisões sobre comportamentos futuros (MCCORMICK;HODGES;SIMONE, 2015; LUDDEN;O'BRIEN, PASCH, 2017).

O grupo tem grande importância em diferentes dimensões da vida do adolescente, especialmente o grupo formado por outros adolescentes. Essa influência se traduz no sentimento de lealdade ao grupo, na intimidade entre seus membros, no compartilhamento de segredos, na adesão de cada um à imagem visual do grupo e na forma de expressar comportamentos. Esses comportamentos são assumidos pelo adolescente no contexto coletivo, em nome da unidade do grupo, ainda que não seja a orientação individual que ele possua (OLIVEIRA, 2014).

Ao considerar a influência da norma subjetiva em relação à promoção de intenções preventivas, as atividades de educação em saúde precisam incorporar componentes para o desenvolvimento de habilidades sociais dos adolescentes, adquiridas a partir das situações de interação social e integrar aspectos relacionados à influência de seus pares. Nesse sentido, os Círculos de Cultura representam um espaço educacionalmente efetivo, capaz de promover a interação entre adolescentes, motivar o compartilhamento de conhecimentos e favorecer o engajamento dos grupos em comportamentos preventivos. A escola deve ser valorizada como espaço estratégico para ações de educação em saúde dessa natureza, capaz de integrar e intermediar o diálogo do adolescente com sua família e sua comunidade.

Em relação ao conjunto das crenças salientes entre os adolescentes, chamou atenção a baixa frequência de respostas positivas para as crenças de controle. Este dado pode servir como explicação a respeito do motivo pelo qual a intenção positiva para a adoção dos comportamentos preventivos em hanseníase, não tenha sido alta no grupo de escolares. Segundo Zemore e Ajzen (2014), o controle comportamental percebido, formado pelas

crenças de controle, é tipicamente tratado como um preditor direto de intenção e consequentemente, forte preditor do comportamento. Desse modo, comportamentos para os quais se tem crenças de controle e controle comportamental percebido fracamente avaliados, decorrerá uma fraca intenção comportamental.

De acordo com os pressupostos da TCP, o controle comportamental percebido influencia a importância de fatores capazes de prejudicar ou melhorar o desempenho do comportamento, ou seja, revela-se na capacidade percebida por um indivíduo a respeito da possibilidade de mudar um comportamento dentro do contexto de barreiras percebidas. Quanto menor a avaliação em relação aos recursos disponíveis e mais obstáculos os indivíduos percebem, menor o controle comportamental percebido e menor a intenção de realizar comportamentos. O construto controle comportamental percebido (CCP), foi adicionado à TCP na tentativa de lidar com situações que as pessoas podem não ter controle completo sobre a realização de um comportamento de interesse (AJZEN, MADDEN, 1986; AJZEN, 2002).

Os adolescentes elucidaram os bons atributos do comportamento: “saber onde buscar ajuda se eu, alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase”, expresso através de expectativas normativas positivas e de motivação para concordar com a coletividade., houve baixa avaliação para esse mesmo comportamento, analisando-se as crenças de controle que podem ser associadas às barreiras percebidas para a sua execução.

Apesar de não terem sido investigadas as barreiras específicas para a execução dos comportamentos preventivos de interesse à prevenção da hanseníase, a reduzida saliência de crenças de controle leva a crer que os escolares perceberam dificuldades para o seu desempenho em relação aos comportamentos analisados ou reconheceram que lhes faltavam conhecimentos e/ou habilidades para o exercício de tais práticas. Por esse motivo é importante que as atividades educativas valorizem a aplicação de estratégias que incitem a construção de um conhecimento contextualizado e dialógico que explore as expectativas, os medos, as habilidades e competências para que o adolescente possa atuar como um agente transformador da realidade posta.

As crenças de controle apresentaram percentuais de respostas positivas abaixo de 50% na avaliação de três entre os quatro comportamentos preventivos de interesse em hanseníase, exceto para “conhecer sobre hanseníase”. O dado permite inferir que para esse comportamento, as barreiras podem ser identificadas como menos significativas ou que o controle volitivo possa superar as barreiras externas impostas ao seu desempenho. Portanto, o dado permite inferir que o adolescente acredita em sua capacidade de poder conhecer mais

sobre hanseníase e, utilizando-se a informação em seu favor, tal crença poderá ser alvo de ação educativa e elemento de motivação para estender a crença de controle aos outros comportamentos de interesse em hanseníase.

Desse modo, o conhecimento da situação de vulnerabilidade social dos adolescentes para a exposição à hanseníase, a identificação da fraca intenção preventiva, o alto valor atribuído às crenças associadas à percepção social dos comportamentos e a baixa avaliação do controle comportamental percebido, permite vislumbrar um importante cenário de ações educativas capazes de produzir impacto e incremento da intenção preventiva em hanseníase com esses adolescentes.

A proposta de intervenção educativa voltada ao engajamento dos adolescentes em comportamentos que promovam a prevenção da hanseníase considerou a conjunção das informações obtidas, por meio da análise de suas crenças, apoiando a seleção de estratégias capazes de otimizar os resultados de intervenções de educação em saúde. Para Freire (2015; 2017) os conteúdos do processo de ensino-aprendizagem desaparecem enquanto objetos acabados, para transformar-se em constructos culturais passíveis de recriação nesta educação, agora compreendida como ação cultural.

No caso dos participantes do estudo, considerando a análise das crenças e a medida do construto intenção, destaca-se a importância e explorar atividades de educação em saúde que considerem a motivação dos adolescentes em concordar com as expectativas da família e coletividade; levantar e discutir as barreiras percebidas como impedimento para a adoção dos comportamentos preventivos de interesse e finalmente selecionar os métodos para envolver os indivíduos em atividades críticas e reflexivas que elevem a concepção de empoderamento.

Ao educador Freire (2011; 2014), o empoderamento acontece como resultado ao reforço da curiosidade, capacidade crítica e da “insubmissão” do educando. Dentro de uma concepção de Educação Popular em Saúde, esta percepção remete à construção compartilhada do conhecimento, cuja finalidade é a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. Esta construção compartilhada de conhecimento acontece em ambiente educativo que valorize o diálogo, a cooperação e a interação entre sujeitos de saberes diferentes (SEVALLO, 2017).

A análise das crenças dos participantes permitiu reconhecer a necessidade de estabelecer estratégias para aumentar o controle comportamental percebido, elevando-se a percepção de competência dos adolescentes em superar barreiras e aumentar a confiança na capacidade de atuar preventivamente em hanseníase. É válido destacar que essa abordagem favorece a aquisição de ferramentas importantes para o autocuidado, como a motivação,

engajamento, trabalho em grupo, autonomia, as quais são fundamentais para promoção da saúde os indivíduos que vivem em ambientes adversos semelhantes àqueles em que vivem os adolescentes envolvidos nesse estudo.

Outro aspecto que merece ser levado em consideração na tentativa de aumentar a intenção preventiva, consiste na discussão dos fatores externos que estão correlacionados com a medida da intenção. Experiências anteriores e vivências de problemas de saúde, pessoais e familiares, que apresentaram correlação positiva com a intenção preventiva dos adolescentes, devem fazer parte das estratégias para sensibilizar e motivar a adoção de comportamentos preventivos.

As vivências conforme proposto por Vygotsky(1991), constituem-se em uma dimensão das experiências acumuladas pelo sujeito e permitem compreender como os diferentes aspectos do meio afetam o sujeito. O conceito de vivência proposto por Vygotsky sugere uma articulação complexa entre a dimensão cognitiva e afetiva do funcionamento psíquico. Entende-se que todo avanço no desenvolvimento do adolescente modifica a influência do meio sobre ele e profundas mudanças internas ocorrem, quando toma consciência da sua relação afetiva com o meio e consigo mesmo.

Ações educativas, baseadas em crenças e voltada à intenção preventiva, devem explorar e discutir os elementos da história de vida pessoal dos adolescentes e a vida coletiva de que fazem parte. Estudos que avaliaram os mediadores de intenção preventiva e as experiências pessoais com saúde (BOEKELOO; BROOKS; WANG, 2017), igualmente encontraram correlação significativa de experiências anteriores com a intenção e recomendaram que tais experiências sejam utilizadas como elementos motivacionais ao comportamento.

Freire (2012; 2013; 2014) destaca a importância da educação problematizadora, que busque estimular a consciência crítica da realidade e a postura ativa sem que haja uma negação ou desvalorização do mundo que os influencia. Segundo o educador, ensinar exige reconhecimento da identidade cultural e desse modo não é possível desprezar as vivências do aluno, suas experiências vividas fora da sala de aula, presentes em sua vida familiar, social, a comunidade na qual está inserido. As experiências precisam fazer parte da construção do saber do educando, sendo assim, a importância que o professor dá e essas questões vão influenciar diretamente na construção do seu conhecimento.

## 7.5 FUNDAMENTOS E REQUISITOS TRABALHADOS NOS CÍRCULOS DE CULTURA PARA A PROMOÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE COM ADOLESCENTES ESCOLARES

Desenvolver o conhecimento é crucial em intervenções educacionais que visam fomentar intenções preventivas. Contudo, a transmissão do conhecimento não é suficiente para mudar estilos de vida e padrões comportamentais. De acordo com a TCP, em vez de tentar apenas garantir que as pessoas tenham acesso a informações científicas precisas, para promover mudanças, é necessário identificar as crenças subjetivas e saber o quanto e de que modo essas crenças afetam sua intenção e comportamento. Uma vez identificados os alvos críticos, o próximo passo na concepção de uma intervenção é desenvolver argumentos persuasivos para mudar crenças e selecionar canais pelos quais pretende-se fornecer comunicações persuasivas às populações-alvo (AJZEN; DRIVER, 1992).

Para Freire (2012;2014), o ponto de partida para a sua reflexão sobre a consciência e a conscientização que se define pela sua intencionalidade. Não se pode conceber a consciência espacialmente, como um receptáculo vazio presente no homem que deve ser preenchido. A consciência intencional provoca uma aproximação reflexiva à realidade e possui a propriedade de fazer o educando voltar-se sobre si mesmo e ser consciente de sua consciência.

A proposta da intervenção educativa buscou associar os construtos da TCP com metodologia de ação educativa de Círculos de Cultura baseada nas concepções pedagógicas de educação popular de Freire. A finalidade foi associar o conhecimento do capital cultural de adolescentes, representado pelas crenças subjacentes à intenção preventiva em hanseníase, conjuntamente a uma ação educativa que mobilizasse os escolares a pensar sobre a realidade dentro de uma concepção de reflexão-ação, cujo propósito era o incremento da intenção positiva para o protagonismo de comportamentos preventivos em hanseníase.

A utilização da metodologia de educação crítico-reflexiva (Círculos de Cultura) em associação com os pressupostos de uma teoria comportamental (TCP) foi o recurso metodológico adotado para analisar os reflexos de uma intervenção educativa experimental, cuja eficácia pudesse ser expressa, do ponto de vista psicométrico, através do impacto sobre o construto intenção preventiva. Nessa perspectiva, a revisão da literatura mostrou que a TCP constituía um modelo adequado para ser usado com população adolescente em intervenções de curto prazo que visassem a mudança de comportamento (MUZAFFAR et.al., 2014; LEEUW et al, 2015; STEINMETZ et.al., 2016).

O planejamento dos Círculos de Cultura foi conduzido de tal modo a valorizar a reflexão crítica a respeito da situação de vulnerabilidade social dos adolescentes, as experiências anteriores em saúde e adoecimento, o conhecimento prévio a respeito da hanseníase (saber popular), as crenças salientes, identificadas como subjacentes à intenção positiva para o engajamento em comportamentos preventivos de interesse em hanseníase, reunindo informações para a redução da percepção de barreiras ao comportamento preventivo.

O desafio foi reunir adolescentes escolares, cuja maioria relatou desconhecer a hanseníase ou remetia o conhecimento da doença a uma morbidade antiga, subjetiva, cujo conteúdo das expressões sugeriam concepções estigmatizantes, buscando-se, ao mesmo tempo, entrelaçar essas concepções a uma conscientização a respeito da hanseníase como uma doença que persiste no plano real, na proximidade do adolescente, escola, família e comunidade.

Nesse sentido, concordando com Freire (2013), o processo educativo precisa envolver as relações com o mundo, não como realidade estática, mas como realidade em transformação, em processo. Assim, os adolescentes foram estimulados a conhecer a realidade da exposição dos indivíduos à hanseníase e suas consequências, incluindo os estigmas, refletindo sobre atitudes e intenções verdadeiramente transformadoras dessa realidade, e assim pensar como prevenir, controlar, minimizar os malefícios da hanseníase nos seus espaços de convívio social.

A intervenção precisaria ser capaz de concentrar, motivar e colaborar na construção de uma percepção positiva quanto ao potencial do adolescente, individual e coletivamente, em protagonizar comportamentos de prevenção. Nesse aspecto, as dinâmicas de sensibilização, a problematização, a fundamentação teórica, a reflexão teórico-prática e a síntese do conhecimento adquirido coletivamente buscava resgatar a importância atribuída, pelo grupo, à pressão social (normas subjetivas que se destacaram entre os adolescentes) ou seja, o quanto o comportamento preventivo poderia ser bem vindo, aceito e valorizado na coletividade.

Ao mesmo tempo, destacava-se os recursos potenciais para sobressair diante das possíveis barreiras ao comportamento preventivo (valorização do controle comportamental percebido), utilizando-se os recursos fundamentais do diálogo, o qual, segundo Freire (2012;2015;2017) se estabelece a partir da tolerância, humildade, capacidade de escuta e na esperança. Desse modo, procurava-se valorizar o diálogo em um clima de respeito à palavra de cada um, o estímulo à participação de todos, o entrosamento e a relação horizontal de simpatia, com vivências marcadas pelo enaltecimento da confiança na capacidade dos sujeitos.

Diante desse objetivo, os Círculos de Cultura foram realizados de modo a explorar as crenças que se apresentaram salientes entre os adolescentes (usadas como motivadoras de intenção) e ao mesmo tempo, trazer para a roda de conversa as demais crenças que apresentaram menor destaque no grupo estudado (usadas como desafios para reflexão-ação do adolescente engajado, capaz de mudar/transformar a sua realidade).

As atividades valorizavam pensamentos associados a “o quanto comportamento é bom, útil, necessário à minha saúde, de meus familiares, amigos e comunidade”, “o quanto é importante concordar e procurar corresponder aos anseios de pessoas que acreditam no meu potencial para protagonizar ações de proteção à saúde e prevenção da hanseníase”, “o quanto sou capaz de conhecer mais sobre hanseníase e usar meus conhecimentos para identificar sinais, buscar ajuda, falar sobre hanseníase na minha escola, família, comunidade”.

A correlação entre o “saber popular e o científico” também constituiu a base das reflexões teórico-práticas nos Círculos de Cultura, por meio das quais se buscava integrar as informações a respeito da hanseníase com as concepções anteriores e crenças dos adolescentes. Procurava-se explorar a palavra de cada adolescente, esclarecendo que não existiam respostas erradas para as questões da saúde e sim respostas que emergiam do entendimento de cada um e que serviriam de base para a construção de um conhecimento coletivo.

A discussão sobre barreiras e expectativas de competência para o desempenho dos comportamentos preventivos foi introduzida em cada Círculo de Cultura, motivando-se os debates sobre estratégias de enfrentamento e capacidade de influenciar seus pares para a adoção de um determinado comportamento preventivo em hanseníase, utilizando-se como recurso pedagógico, o diálogo que fortalecia o empoderamento.

O auto-relato dos escolares a respeito das fontes originais de informação sobre hanseníase (igrejas e telenovelas), o emprego de expressões como “lepra” e a elevada prevalência de adolescentes que disseram desconhecer a doença, justificou a inclusão de temáticas relacionadas ao estigma e a hanseníase. O estigma como causa importante de atraso do diagnóstico da hanseníase, que facilita a transmissão da infecção nas famílias e nas comunidades (OMS, 2016).

Considerando a orientação da estratégia global para o enfrentamento da hanseníase e o estigma, as ações educativas foram realizadas de forma a promover o debate sobre o preconceito, sua forma de expressão, consequências e enfrentamento através de atividades que valorizavam a empatia.

As evidências científicas sugerem que a empatia e as normas sociais tem um efeito considerável sobre as atitudes e comportamentos sociais dos adolescentes e influenciam as respostas estigmatizantes implícitas e explícitas em relação aos pares com problemas de saúde (SILKE, SWORDS, HEARY 2017).

Segundo Paulo Freire, “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Nessa concepção de educação, a empatia merece destaque, porque o diálogo exige a capacidade se colocar no lugar do outro. E desse modo, assim como a capacidade para dialogar, refletir e criticar, a competência para empatizar também é uma competência que precisa ser promovida. A empatia depende de uma ambiência que promova múltiplas interações, possibilidades de diálogo, de reflexão, de construção coletiva entre pessoas diferentes (FREIRE, 2014).

Durante os Círculos de Cultura, a música foi o recurso para sensibilizar e trazer a temática do estigma para a roda de discussão. A letra da música remetia à existência do preconceito, suas formas de expressão e permitia a reflexão sobre as raízes do medo e do preconceito. Por fim, após a análise das repercussões, foram expostas as estratégias para o enfrentamento, com destaque do grupo para a importância do conhecimento da comunidade a respeito da doença, os modos de transmissão, tratamento e cura. Estímulo à empatia e compaixão foram citados como sentimentos necessários à melhoria das atitudes do grupo e da sociedade em relação ao portador de hanseníase, com vistas à redução do estigma.

Os adolescentes demonstraram interesse em discutir o motivo da abolição do termo lepra para designar a hanseníase, bem como os motivos que justificavam o preconceito relacionado à doença. A história da doença, a origem do preconceito associado às deformidades físicas, a noção da doença como punição divina e a segregação dos doentes foram temáticas que emergiram nos debates sobre o preconceito e todo sofrimento que acarreta.

Ao final de cada Círculo de Cultura realizou-se a avaliação da experiência do grupo. O objetivo era discutir os aspectos positivos e negativos das atividades, o significado das vivências pedagógicas para os adolescentes. De acordo com Freire (1970;2017), não é possível educar sem avaliar a prática, analisar o que se faz, comparando os resultados obtidos. A avaliação revela acertos, erros, imprecisões e aumenta a efetividade da atividade educativa.

Os adolescentes, desacostumados a avaliar, inicialmente apresentaram uma atitude tímida e defensiva, silenciando diante dos questionamentos, mesmo após o esclarecimento dos propósitos avaliativos. A inclusão de recursos lúdicos, o uso de figuras (“emojis”), auxiliou os mais tímidos a expressar seus sentimentos e impressões com relação às

experiências nos Círculos de Cultura. Os mais desinibidos apontavam os aspectos positivos e negativos das atividades. E outros ainda, concordavam com os colegas com um gesto ou breve expressão. Aos poucos, nos encontros que se sucederam, o entrosamento favoreceu à expressão de sentimentos no momento da autoavaliação.

Por se tratar de uma proposta de educação popular em saúde, com objetivo de promover reflexão, crítica, autonomia, cooperação, interação e a interlocução entre saberes, o processo de avaliação precisa ser compreendido como parte importante na construção do conhecimento e fundamental no processo de emancipação e protagonismo dos alunos.

#### 7.6 AVALIAÇÃO DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE E SEUS PREDITORES, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM CÍRCULOS DE CULTURA

Os resultados dos Círculos de Cultura foram correlacionados aos mediadores psicométricos da TCP, relacionados à medida da intenção, calculada através da aplicação da escala CCNC-ipMH com os 25 adolescentes que participaram do estudo, antes e após a realização de todos os círculos.

Os dados revelaram que a porcentagem de adolescentes com escores de intenção preventiva positiva dobrou em relação aos valores apresentados na avaliação que precedeu a realização dos Círculos de Cultura. Os resultados fornecem evidências a respeito dos benefícios da intervenção na predição de comportamentos preventivos em hanseníase.

Todas as dimensões e domínios avaliados pela escala e correlacionadas ao construto intenção, apresentaram elevação dos escores, especialmente a norma subjetiva e o controle comportamental percebido.

As crenças normativas e a norma subjetiva foram os principais preditores da intenção preventiva positiva, destacando-se, antes e após a intervenção educativa, ratificando a concepção de que os adolescentes percebem significativa influência normativa na intenção preventiva para adotar comportamentos relacionados à prevenção da hanseníase.

A influência das crenças normativas e norma subjetiva sobre a intenção comportamental de adolescentes parece bem apoiada por pesquisas anteriores. Estudos ressaltaram a importância da utilização da percepção e apoio das normas sociais em programas de intervenção educativa, considerando que os jovens tendem a adotar comportamentos que correspondam às expectativas das pessoas e grupos que apresentam

influência em suas vidas (ZHANG; JEMMOTT 3rd, 2015; KING et.al., 2015; LONSDALE, 2016; MANYAAPELO et. al., 2016; EL-MOUSAWI; CHARBAJI, 2016).

Diante a marcante influência normativa na medida da intenção preventiva dos adolescentes, é possível dizer que a intenção para a adoção de comportamentos preventivos em hanseníase pode ser intensificada quando se obtém o apoio de fontes confiáveis de encorajamento, representadas por pessoas da família e amigos.

A efetividade da intervenção educativa também revelou-se pela elevação dos escores relacionados às crenças de controle e o controle comportamental percebido. De acordo estudos que analisam a eficácia de intervenções educativas à luz da TCP, uma intervenção é considerada efetiva quando é capaz de aumentar as crenças dos participantes na capacidade de mudar o comportamento, refletida no controle comportamental percebido (GRZYWACZ et al (2013).

Investigações na área de saúde mostraram que o controle comportamental percebido é o mais forte preditor de intenção (GUO et. al., 2014; GOMES; NUNES, 2017; VARMA et. al, 2018). E além da área de saúde, pesquisa que avaliou o controle percebido em relação ao sucesso no desempenho em matemática, demonstrou que os adolescentes que relataram níveis mais altos de controle comportamental percebido tendiam a ter um desempenho significativamente melhor (AREEPATTAMANNIL et. al., 2016).

Os resultados permitem inferir que a estratégia de educação popular em saúde é capaz de promover crenças de empoderamento, especialmente necessárias ao movimento de valorização ao protagonismo de adolescentes e de suas habilidades sociais para atuar como multiplicadores de saúde para a prevenção da hanseníase.

A avaliação da intervenção do ponto de vista qualitativo permitiu identificar expressões-chave como: “ (a hanseníase) *pode pegar em crianças e pessoas jovens*”; “*tem tratamento e tem cura*”; “*causa manchas na pele*”; “*é transmitida pela tosse e espirro*” e “*não precisa ter vergonha (de ter hanseníase)*”. Tais expressões permitem inferir o avanço na qualidade do conhecimento a respeito da doença, mas o destaque relacionado às crenças, foi identificado pela expressão “*eu posso ajudar a prevenir*”.

A expressão-chave “*eu posso ajudar a prevenir*”, na perspectiva de análise dos pressupostos da TCP, permite destacar um passo favorável ao engajamento dos adolescentes no comportamento preventivo de interesse. A qualidade do conteúdo das informações relacionadas à hanseníase e a expressão de crença controle, pode ser traduzido na redução da percepção de barreiras percebidas e promover facilidades reais para a adoção de comportamento preventivo.

No entanto, é importante destacar que mesmo tendo sido identificada a intenção positiva em mudar um comportamento, podem haver obstáculos capazes de impedir ou dificultar as mudanças. Os obstáculos podem ser de natureza interna, como falta de conhecimento ou de habilidades, ou externas, como tempo, oportunidade, cooperação de outras pessoas (AJZEN; MADDEN, 1986).

No presente estudo, as barreiras ao comportamento preventivo em hanseníase puderam ser evidenciadas por meio do relato dos adolescentes, expressas pelo desconhecimento a respeito da hanseníase e refletidas nos baixos escores das crenças de controle e controle comportamental percebido, antes da intervenção. Essa constatação permite inferir que as informações obtidas a partir aplicação da TCP podem ajudar a criar intervenções educativas personalizadas, relevantes e mais eficazes, quando consideradas as crenças e as barreiras à adoção do comportamento.

É válido destacar que a TCP é útil e para explicar os mecanismos pelos quais se espera que as intervenções educativas exerçam seus efeitos sobre o comportamento, contudo, os resultados suportam apenas as previsões teóricas de mudança de comportamento (RICH et.al.,2015; CUENEN et.al., 2016; ATOMBO et.al., 2017; PEREIRA; LEMOS, 2019; KYE et.al., 2019).

A capacidade de aprender do aluno decorre de um mecanismo intencional, que envolve a competência de correlacionar as novas informações com as ideias relevantes existentes em sua estrutura cognitiva. A mudança do comportamento é uma consequência da reflexão, da intensidade do compromisso, do engajamento e da integração do sujeito (AGRA et. al., 2019).

Segundo Freire (2013), o papel do processo educativo é fundamental para a intenção seja concretizada numa mudança de comportamento. Acredita-se que os Círculos de Cultura promoveram o fortalecimento da intenção preventiva porque a estratégia incitou a confiança do adolescente em si mesmo, identificada por meio da elevação dos escores das crenças de controle e controle comportamental percebido.

Embora não tenham sido exploradas as barreiras percebidas como obstáculo para a adoção de comportamentos preventivos ou de que modo tais barreiras poderiam ser transpostas, os resultados permitem inferir que a intervenção educativa esteve em consonância com a educação emancipatória que promove a potência de transformação. Para Freire (2014), o sujeito humano toma parte da realidade ao seu redor, faz uma leitura do mundo, interpretando, problematizando, conscientizando e perguntando o porquê que os eventos

ocorrem. As experiências vão moldando o aparato humano cognitivo e as torna intencionalidade para as suas atividades diárias.

A análise da efetividade de uma estratégia educativa , baseada na metodologia de Círculos de Cultura, proposta por Freire, avaliada a partir dos domínios e dimensões da Teoria do Comportamento Planejado, permitiu comprovar a hipótese de que uma estratégia de educação popular em saúde, desenvolvida com base em crenças salientes, foi capaz de promover elevação dos escores de atitude, norma subjetiva, controle comportamental percebido e apresentou correlação com o aumento significativo do escore de intenção positiva para os comportamentos de interesse na prevenção da hanseníase com adolescentes escolares do Recife.

O desenvolvimento da metodologia de Círculos de Cultura como estratégia educativa, fundada no diálogo e na busca pela autonomia dos sujeitos, emerge de uma proposta educacional dialógica fundamentada na ação-reflexão-ação, visando à libertação e o compromisso com transformação, não apenas no campo cognitivo dos indivíduos, mas essencialmente no campo social e político onde os saberes podem mobilizar atitudes, converter-se em intenções e se concretizar em comportamentos.

## 8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados do estudo constituem valiosas contribuições do levantamento de dimensões psicológicas e culturais úteis ao planejamento, desenvolvimento e avaliação de resultados de intervenções educativas em saúde. Contudo, suas contribuições devem ser analisadas também à luz de suas limitações.

A escala CCNC-ipMH foi construída para atender aos propósitos desta pesquisa, desenvolvida a partir das recomendações da TCP, com propriedades psicométricas confiáveis, foi validada para trabalhar com adolescentes com escolarização fundamental incompleta. A validade externa dos resultados pode ser limitada, se considerados grupos populacionais com faixas etárias, escolarização, condições culturais e socioeconômicas diferentes.

O viés de aferição pode ter ocorrido na medida da intenção preventiva (especialmente na segunda aferição realizada após a intervenção), apesar da confiabilidade e consistência interna das respostas dos adolescentes terem sido examinadas. Os adolescentes participantes dos Círculos de Cultura podem ter escolhido respostas socialmente desejáveis, acarretando um aumento no escore da intenção preventiva positiva.

A etapa qualitativa do estudo apresentou limitação quanto ao levantamento de barreiras percebidas pelos adolescentes, em relação a possibilidade de mudança ou adoção de comportamentos preventivos em hanseníase. A exploração de dificuldades ou barreiras percebidas devem ser investigadas em estudos posteriores, a fim de incluir a análise da perspectiva de competência e desempenho de comportamentos de interesse, sob o olhar do adolescente.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou desafio inovador de reunir elementos conceituais da Psicologia Cognitiva, estabelecidos nos pressupostos da Teoria do Comportamento Planejado, como fundamento para avaliar os resultados de uma intervenção educativa crítico-reflexiva, construída em consonância com os princípios pedagógicos de Paulo Freire. O construto “intenção preventiva” foi utilizado como parâmetro para analisar os efeitos da intervenção realizada através de Círculos de Cultura com adolescentes escolares.

O objetivo da investigação científica foi alcançado por meio da construção e validação da Escala de Crenças Comportamentais, Normativas e de Controle para a Formação de Intenções Preventivas em Hanseníase - CCNC-ipMH, que permitiu a mensuração da intenção preventiva em hanseníase e das crenças salientes que funcionam como preditoras de comportamento preventivo de adolescentes em relação à hanseníase, antes e após a aplicação de Círculos de Cultura.

A matriz conceitual da escala foi fundamentada em estudo qualitativo de revisão narrativa, com levantamento da produção científica do principal teórico da TCP e seus colaboradores. Foram identificados três domínios (crenças comportamentais, normativas e de controle) e três dimensões (atitude, norma subjetiva e controle comportamental percebido), explorados em relação a quatro comportamentos preventivos de interesse em hanseníase: “conhecer sobre hanseníase”, “identificar sinais de hanseníase”, “saber onde e com quem buscar ajuda se eu, alguém de minha família ou algum amigo, tiver sinais de hanseníase” e “falar sobre hanseníase”.

A escala foi submetida à validação de face, conteúdo e semântica, além da aferição das propriedades psicométricas: homogeneidade, fidedignidade e interpretabilidade, que revelaram adequada consistência, confiabilidade e relevância para a avaliação da intenção com a população-alvo de adolescentes menores de 15 anos.

As crenças salientes relacionadas à intenção preventiva em hanseníase foram investigadas em adolescentes que viviam em situação domiciliar de baixa renda e relataram buscar apoio da opinião da mãe e outros familiares para a tomada de decisões importantes na sua vida. Quanto à hanseníase, o desconhecimento, a designação da doença com uso do termo lepra e o relato de acesso a informações em igrejas e telenovelas foi predominante no grupo de adolescentes que viviam em áreas endêmicas para a hanseníase.

A medida da intenção preventiva e de seus preditores, entre os adolescentes escolares, revelaram predominância de escores intenção preventiva negativa (abaixo da mediana),

correlacionado às crenças associadas à percepção social dos comportamentos (normativas) e baixa correlação com o controle comportamental percebido (percepção de barreiras ao comportamento).

O comportamento preventivo de interesse definido por “saber onde buscar ajuda se eu, alguém de minha família ou amigo tiver suspeita de hanseníase” foi destacado no domínio das crenças normativas. Esse dado revela que os adolescentes preservam a preocupação com a família e os amigos e constitui um item importante a ser trabalhado nas ações educativas.

As informações a respeito das crenças foram utilizadas como material cultural para fundamentar o planejamento e construção das ações de educação em saúde, mediadas por Círculos de Cultura, voltadas à promoção do compromisso social e a intencionalidade para mudança de comportamento e o engajamento na prevenção da hanseníase.

A experiência da construção, validação e descrição de uma intervenção educativa mediada por Círculos de Cultura resulta como contribuição do presente estudo, haja vista que poderá servir como referência de apoio a pesquisadores e educadores que pretendam utilizar da abordagem de Círculo de Cultura como estratégias de promoção da saúde do escolar e da família, assim como metodologia para coleta de dados em pesquisas na área de educação e saúde.

Com a reaplicação da escala CCNC-ipMH após os Círculos de Cultura foi evidenciado um aumento no escore de intenção, influenciada principalmente pelas crenças normativas e de controle, norma subjetiva e principalmente no controle comportamental percebido. Os resultados permitem inferir que o diferencial, apresentado na forma do incremento da intenção preventiva e das crenças de controle está relacionado ao método educativo. Por incitar a confiança do adolescente em si mesmo e na sua capacidade de mudar, engajar-se e protagonizar ações voltadas à promoção de comportamentos saudáveis.

O estudo deixa como contribuição a produção de uma escala psicométrica que, construída e validada para medida de intenção preventiva com adolescentes escolares em relação à hanseníase, fundamentada em elementos sócio-culturais, poderá ser utilizada em outros ambientes escolares de diferentes regiões do Brasil com a finalidade de apoiar estratégias educativas desenvolvidas para mobilizar iniciativas que valorizem o protagonismo de adolescentes na prevenção da hanseníase.

Do mesmo modo, a adaptação linguística e cultural da escala CCNC-ipMH poderá possibilitar a sua utilização em outros países que vivenciem a hanseníase como problema de saúde pública. O envolvimento de estudantes de graduação e residentes de enfermagem, inseridos em grupos de pesquisa, bem como a descrição do processo de capacitação de

animadores de Círculos de Cultura, resultou em mais uma contribuição do estudo, haja vista que pode servir de modelo para cursos de capacitação pedagógica em Educação Popular em Saúde e referência para a orientação a respeito do processo de calibração de equipe de apoio para coleta de dados em pesquisas qualitativas, especificamente na pesquisa-ação.

Por fim, é válido destacar que a TCP foi um recurso útil para explicar os mecanismos pelos quais se espera que as intervenções educativas exerçam seus efeitos sobre o comportamento de educandos. E apesar dos resultados suportarem apenas as previsões teóricas de mudança de comportamento, é importante reconhecer a experiência exitosa da utilização dos pressupostos de uma teoria cognitiva como ferramenta para o planejamento e avaliação de alvos potenciais de educação em saúde para a promoção de comportamentos preventivos, possibilitando a sua articulação em outras áreas de interesse para a saúde de adolescentes.

## REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda et al. Analysis of the concept of Meaningful Learning in light of the Ausubel's Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.248-255, fev. 2019.

AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v50,p. 179 – 211. 1991.

\_\_\_\_\_, I. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. **Psychological Bulletin**. n. 84,p. 888-918, 1977.

\_\_\_\_\_, I.; FISHBEIN, M. The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. **Journal of Experimental Social Psychology**, n. 6, p.466-487, 1970.

\_\_\_\_\_, I. Consumer attitudes and behavior:: the theory of planned behavior applied to food consumption decisions. **Rivista di Economia Agraria**, Firenze, v. 2, p.121-138, 2015.

\_\_\_\_\_, I. From Intentions to Action: Theory of Planned Behavior. In: KUHL, Julius; BECKMANN, Jiirgen (Ed.). **Springer Series in Social Psychology**. Munich: Springer-verlag, 1985. Cap. 2. p. 11-39.

\_\_\_\_\_, I. Nature and operation of attitudes. **Annu. Rev. Psychol.**, Massachusetts, v. 52, p.27-58, 2001.

\_\_\_\_\_, Icek. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior1. **Journal Ofapplied Social Psychology**, Massachusetts, v. 4, n. 32, p.665-683, 2002.

\_\_\_\_\_, I. The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire:: a commentary on Sniehoffa, Pesseau, and Araújo-Soares. **Health Psychology Review**, Massachusetts, v. 20, p.01-08, jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2014.883474>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

\_\_\_\_\_, I. The theory of planned behaviour is alive and well, and not ready to retire: a commentary on Sniehoffa, Pesseau, and Araújo-Soares. **Health Psychology Review**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.131-137, 12 fev. 2014.

\_\_\_\_\_, I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. **Psychology & Health**, Massachusetts, v. 9, n. 26, p.1113-1124, 2011.

\_\_\_\_\_, I; BROWN, Amherst Thomas C.; CARVAJAL, Franklin. Explaining the Discrepancy Between Intentions and Actions: T: The Case of Hypothetical Bias in Contingent Valuation. **Pers Soc Psychol Bull.**, Massachusetts, v. 9, n. 30, p.1108-1021, 2004.

\_\_\_\_\_, I; BROWN, Thomas C.; CARVAJAL, Franklin. Explaining the Discrepancy between Intentions and Actions: The Case of Hypothetical Bias in Contingent Valuation. **Personality And Social Psychology Bulletin**, [s.l.], v. 30, n. 9, p.1108-1121, set. 2004.

\_\_\_\_\_, I; DRIVER, B. L.. Application of the Theory of Planned Behavior to Leisure Choice. **Journal Of Leisure Research**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.207-224, jul. 1992.

\_\_\_\_\_, I; FISHBEIN, Martin. Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. **European Review Of Social Psychology**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-33, jan. 2000.

\_\_\_\_\_, I; FISHBEIN, Martin. Questions Raised by a Reasoned Action Approach: Comment on Ogden (2003).. **Health Psychology**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.431-434, jul. 2004.

\_\_\_\_\_, I; FISHBEIN, Martin. Questions Raised by a Reasoned Action Approach: Comment on Ogden. **Health Psychology Copyright 2004 By The American Psychological Association 2004, Vol. 23, No. 4, 431–434**, Massachusetts, v. 23, n. 4, p.431-424, 2004.

\_\_\_\_\_, I; MADDEN, Thomas J.. Prediction of Goal-Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control. **Journal Of Experimental Social Psychology**, Massachusetts, n. 22, p.453-474, 1986.

\_\_\_\_\_,I. Construction a TPB questionnaire. Disponível em: <http://www.uni-bielefeld.de/ikg/zick/ajzenconstriutionbquestionnaire.pdf> - revisado em 2006 - Acesso em 13/01/2016.

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

ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.; NERY,I. ...[et al.]. **Hanseníase : avanços e desafios** / – Brasília : NESPROM, 2014. 492 p. (Coleção PROEXT ; )

ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L.;NERY, I.; RAMOS JR, A.N., et al. **Hanseníase : avanços e desafios**. NESPROM. Brasília, 2014, 492 p.

AREEPATTAMANNIL, Shaljan et al. International note: Prediction of mathematics work ethic and performance from behavioral, normative, and control beliefs among Qatari adolescents. **Journal Of Adolescence**, [s.l.], v. 46, p.38-44, jan. 2016.

ATOMBO, Charles et al. Perceived enjoyment, concentration, intention, and speed violation behavior: Using flow theory and theory of planned behavior. **Traffic Injury Prevention**, [s.l.], v. 18, n. 7, p.694-702, 23 mar. 2017

BAMBERG, S.; AJZEN, I.; SCHIMIDT, P. **Choice of travel in the theory of planned behavior: The roles of past behavior, habit, and reasoned action.** *Basic and Applied Social Psychology*, 2003.

BAMBERG, Sebastian; AJZEN, Icek; SCHMIDT, Peter. Choice of Travel Mode in the Theory of Planned Behavior: The Roles of Past Behavior, Habit, and Reasoned Action. **Basic And Applied Social Psychology**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.175-187, set. 2003

BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.229p.

BATISTA, T.V.G.; VIEIRA, C.S.C.A.; PAULA, M.A. B.A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 89-104, Mar. 2014.

BAYLEY, Julie E.; BAINES, Darrin; BROWN, Katherine E.. Developing the evidence base for gender- and age-relevant school sex education: questionnaire findings from an adolescent sample using an augmented theory of planned behaviour. **Sexual Health**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.548-557, 2017.

BECK, Lisa; AJZEN, Icek. Predicting Dishonest Actions Using the Theory of Planned Behavior. **Journal Of Research In Personality**, Massachusetts, v. 5, p.285-301, 1991.

BELLUCCI JR, J. A.; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, Oct. 2012 .

BOEKELOO, Bradleyo.; BROOKS, Alyssa Todaro; WANG, Min Qi. Exposures Associated with Minority High Schoolers' Predisposition for Health Science. **American Journal Of Health Behavior**, [s.l.], v. 41, n. 2, p.104-113, 1 mar. 2017.

BONETTI, O.P.; PEDROSA, J.I.S.; SIQUEIRA, T.C.A. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev APS**. 2011 out/dez; 14(4): 397-407.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** 7ª ed. São Paulo:Brasiliense; 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Hanseníase. Secretaria de Vigilância em Saúde, v.44,n.4, 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev Saúde Pública** 2010a;44(1):200-2

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília:2017

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS-M, 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.125**, de 7 de outubro de 2010b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761**- Política Nacional de Educação Popular no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 19 de novembro de 2013c.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases**: plano de ação 2011-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis, Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília :2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed., Brasília: 2010c.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/29/Série\\_Hanseníase-2000a2014pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/29/Série_Hanseníase-2000a2014pdf)) Acesso em: 15 de novembro de 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 2012.

BRASIL. Lei Darcy Ribeiro (1996). LDB nacional [recurso eletrônico] : **Lei de diretrizes e bases da educação nacional : Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. 11. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015b. – (Série legislação ; n. 159).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE** : Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersetorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.46 p. : il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. **Hanseníase: Protocolo de Atendimento** – Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública** : manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase**. 2. ed., rev. e ampl. – Brasília:2008.

BRICEÑO-LEÓN,R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, 12(1):7-30, jan-mar, 1996.

BRIDEN,A.MAGUIRE, E.An assessment of knowledge and attitudes towards amongst leprosy/Hansen's disease workers in Guyana. **Lepr Rev.** 74(2):154, Jun, 2003.

CHAVES, Jéssica Bazilio. **A intenção masculina de procurar as Unidades Básicas de Saúde::** Uma análise da Teoria do Comportamento Planejado. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016. Cap. 04.

CHENG, Chien-mu; HUANG, Jiun-hau. Moderating Effects of Sexual Orientation and Gender Characteristic on Condom Use Intentions Among Boys' Senior High School Students in Taiwan: An Exploration Based on the Theory of Planned Behavior. **The Journal Of Sex Research**, [s.l.], v. 55, n. 7, p.902-914, 27 out. 2017.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 3, n. 20, p.925-936, 2015.

CONNER, M.; SPARKS, p. **The theory of planned behaviour and health behaviours**. Open University Press, 1996.

COOKE, R.; PASCHAL, S. Moderation of cognition-intention and cognition-behaviour relations: A meta-analysis of properties of variables from the theory of planned behaviour. **British Journal of Social Psychology**. v.43, n.2,p.159-186, 2004.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya Lavor et al. Saúde do escolar: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p.72-78, 2012.

COSTA, V.D.; CEDARO, J.J. Hanseníase: Estigmas e sofrimento no decorrer dos tempos. **Interfaces da psicologia com a educação, a saúde e o trabalho: Leituras**. Porto Velho-RO, 1.ed. P.130: 129-138,2014.

CRESTANI, Anelise Henrich; MORAES, Anaelena Bragança de; SOUZA, Ana Paula Ramos de. Validação de conteúdo: clareza/pertinência, fidedignidade e consistência interna de sinais enunciativos de aquisição da linguagem. **Codas**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.1-6, 10 ago. 2017.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos:- Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015.

\_\_\_\_\_, John W.; CLARK, Vicki Plano. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 326 p.

CUENEN, Ariane et al. Effect evaluation of a road safety education program based on victim testimonials in high schools in Belgium. **Accident Analysis & Prevention**, [s.l.], v. 94, p.18-27, set. 2016.

DAL-FARRA, Rossano André; LOPES, Paulo Tadeu Campos. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**. v. 24, n. 3, p. 67-80, 2014.

DAVID, H.M.S. L.; BONETTI, O. P.; SILVA, M. R. F. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 1, p. 179-185, 2012 .

DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília, 2007.

DUARTE, R. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Editora UFPR, Curitiba, n. 24, 2004, 225p.

ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena; GONÇALVES, Natália; ROMANOSKI, Priscila Juceli. propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.2-11, 8 jan. 2018.

EL-MOUSAWI, Hasan Yousef; CHARBAJI, Abdulrazzak. Becoming a CPA—How to Attract University Students to the Accounting Profession Using Theory of Planned Behavior? **Open Journal Of Accounting**, [s.l.], v. 05, n. 02, p.9-18, 2016.

ERBE, Ryan G. et al. A Salient Belief Elicitation Examining Adolescents' Meditation Beliefs Using the Reasoned Action Approach. **Health Promotion Practice**, [s.l.], p.1-9, 15 nov. 2018. SAGE Publications.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1524839918811803>.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz Antonio de Castro. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1491-1495, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, P.(Ed). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of tenth conference of North American Nursing Diagnosis Associations. Philadelphia: JB Lippincott, p.54-7, 1994.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V. M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, Aug. 2010.

FERRONATO, Vivian Freitas Olivieri. A Importância da Família na Formação Social do Adolescente. **Rev. Educ.**, São Paulo, v. 24, n. 18, p.3-9, 2019.

FISHBEIN, Martin; AJZEN, Icek. Theory-based Behavior Change Interventions: Comments on Hobbis and Sutton. **Journal Of Health Psychology**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.27-31, jan. 2005.

FLACH, D.M.A.M., et al . Análise do protocolo complementar de investigação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro em 2009 e 2010. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 36, n. 2, 2011.

FRASER, Robert T. et al. Understanding Employers' Hiring Intentions in Relation to Qualified Workers with Disabilities: Preliminary Findings. **Journal Of Occupational Rehabilitation**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.420-426, 21 nov. 2009.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler. São Paulo:** Autores Associados/Cortez, 2017.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia da Esperança.** Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012

\_\_\_\_\_, P. **Educação como prática da liberdade.** 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia do Oprimido.** 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_, Paulo. **Educação e Mudança.** 12ª Edição. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_, P; NOGUEIRA, Adriano; GERALDI, João Wanderley. **Trabalho, comentário, reflexão.** Petrópolis, RJ, Vozes, 1990.

FREITAS, BHBM, CORTELA, DCB, FERREIRA, SMB. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev. Saúde Pública** 2017; 51:28.

\_\_\_\_\_, BHBM et al. Percepção de adolescentes sobre a hanseníase. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Cuiabá, v. 2, n. 13, p.292-297, 2019.

FREITAS, Daniela Vasques; XAVIER, Sirlândia Soares; LIMA, Márcio Amorim Tolentino. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Ilhéus-BA, no Período de 2010 a 2014. **J Health Sci**, S.l, v. 4, n. 19, p.274-277, 2017.

FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen; GARCIA, Leila Posenato. Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 – 2003 e 2010 – 2012. **Rev Bras Epidemiol**, Brasília, v. 4, n. 20, p.702-713, 2017.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GODIN, G. Theories of reasoned action and planned behavior: usefulness for exercise promotion. In: **Medicine and Science in Sports and Exercise** .v. 26, n. 11, p.1391-1394, 1994.

GOMES, A. C. B. O processo de Armauer Hansen. **Jornal do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul**, p.13, fev. 2000 .

GOMES, Alexandra Isabel Cabral da Silva; NUNES, Maria Cristina Salgado. Predicting Condom Use: A Comparison of the Theory of Reasoned Action, the Theory of Planned Behavior and an Extended Model of TPB. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 33, p.1-8, 8 jan. 2018.

GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):7-18, jan, 2011.

GOMIDE, Camila Sant'anna. **Atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido de uma população universitária em relação ao consumo de água: análise à luz da teoria do comportamento planejado (TCP)**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Administração e Contabilidade, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

GONÇALVES, Marcela et al. Work and Leprosy: women in their pains, struggles and toils. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.660-667, 2018.

GONÇALVES, A. Problema de Saúde Pública: caracterizando e avaliando aplicações. **Bras Epidemiol**. 2006; 9(2): 251-6.

GRZYWACZ, Joseph G. et al. "Causes" Of Pesticide Safety Behavior Change in Latino Farmworker Families. **Am J Health Behav**, Oklahoma, v. 4, n. 37, p.449-457, 2013.

GUO, Ruiling et al. Predictors of Intention to Use Condoms Among Chinese College Students. **Journal Of Community Health**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.712-718, 5 jan. 2014.

HEIDEMANN, I. B. S.; BOEHS, A. E.B.; WOSNY, A.M.; STULP, K. P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev Bras Enferm**.v.63, n.3, p. 416-20, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE) – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2017.

JEONG, Hyeonju; PARK, Hyun Soon. The Effect of Parasocial Interaction on Intention to Register as Organ Donors Through Entertainment-Education Programs in Korea. **Asia Pacific Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.2040-2048, 25 jan. 2013

JOHNSON, R. Burke; ONWUEGBUZIE, Anthony J.; TURNER, Lisa A. Toward a definition of mixed methods research. **Journal of mixed methods research**, v. 1, n. 2, p. 112-133, 2007.

JOVENTINO, Emanuella Silva. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

KAUR, Gurkamajit et al. Characterization of ML0314c of *Mycobacterium leprae* and deciphering its role in the immune response in leprosy patients. **Gene**, [s.l.], v. 643, p.26-34, fev. 2018.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.S.; RIBEIRO, A.P.G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface**. Botucatu, v. 14, n. 32, p. 37-51, Mar. 2010.

KINALSKI, Daniela dal Forno et al. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 2, p.424-429, abr. 2017.

KING, Kristi M. et al. Kentucky Teen Institute. **Health Promotion Practice**, [s.l.], v. 16, n. 6, p.885-896, 25 maio 2015

KYE, Su Yeon et al. Effects of a cancer prevention education program on elementary school students' knowledge, attitude, self-efficacy, and intention in South Korea. **Epidemiology And Health**, [s.l.], p.1-22, 16 jun. 2019

LANA, F.C.F. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev.bras.enferm.**, Brasília, v.60, n.6,p.696-700, Dec.2007.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**. 33:159, 1977.

LEEUEW, Astrid de et al. Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. **Journal Of Environmental Psychology**, [s.l.], v. 42, p.128-138, jun. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.03.005>.

LEEUEW, Astrid de et al. Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. **Journal Of Environmental Psychology**, Walferdange, Luxembourg, v. 15, n. 48, p.128-138, jun. 2015

LIBANEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola; 1989.

LIMA, LO. Método Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: Lima LO. **Tecnologia, educação e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979. p.175-6.

LIRA, K.B., et al . Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. **Braz J Infect Dis**, Salvador , v. 16, n. 5, p. 472-475, Oct. 2012 .

LOBÃO, W.M; MENEZES, I.G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 04, n. 20, p.01-09, 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOESCHER, L. J., BULLER, M. K., BULLER, D. B., EMERSON, J; TAYLOR, A. M. Public education projects in skin cancer. **Cancer**. v. 75, p.651-656. 1995.

LONSDALE, Damian. Intentions to Cheat: Ajzen's Planned Behavior and Goal-Related Personality Facets. **The Journal Of Psychology**, [s.l.], v. 151, n. 2, p.113-129, 27 out. 2016.

LUDDEN, Alison B.; O'BRIEN, Elizabeth M.; PASCH, Keryn E.. Beliefs, Behaviors, and Contexts of Adolescent Caffeine Use: A Focus Group Study. **Substance Use & Misuse**, [s.l.], v. 52, n. 9, p.1196-1207, 12 jun. 2017

LUNA, I.C.F.; MOURA, L.T.R.; VIEIRA, M.C.A. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 2, abr-jun, 2013, pp. 208-215.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm** 2009 Out/Dez; 14(4):773-6.

MADDEN, Thomas J.; ELLEN, Pamela Scholder; AJZEN, Icek. A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. **Personality And Social Psychology Bulletin**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.3-9, fev. 1992

MANYAAPELO, Thabang et al. The psychosocial determinants of the intention to avoid sexual engagement when intoxicated among young men in KwaZulu-Natal, South Africa. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.1-12, 13 jul. 2016.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-posições**, [s.l.], v. 29, n. 2, p.389-415, ago. 2018.

MARTINS, E.C.B.; SERRALVO, F.A.; JOÃO, B.N. Teoria do comportamento planejado: uma aplicação no mercado educacional superior. **Gestão & Regionalidade**. v.30, n.88, Jan-Abr, 2014.

MASSAROLI, Aline et al. Método delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.2-9, 8 jan. 2018.

MATTHIENSEN, Alexandre. **Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários**. Boa Vista - Rr: Comitê de Publicações da Embrapa, 2011. 31 p. (Documento 48).

MCCORMICK, Cheryl M.; HODGES, Travis E.; SIMONE, Jonathan J.. Peer pressures: Social instability stress in adolescence and social deficits in adulthood in a rodent model. **Developmental Cognitive Neuroscience**, [s.l.], v. 11, p.2-11, fev. 2015.

MCNAUGHT, Carmel; LAM, Paul. Using Wordle as a Supplementary Research Tool. **The Qualitative Report**, Hong Kong, v. 3, n. 15, p.630-643, 2010.

MEDEIROS, Rosana et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 4, p.127-135, 5 mar. 2015. Health Sciences Research Unit: Nursing.

MELLO, C.(Org.). Métodos quantitativos: pesquisa, levantamento ou survey.

**Disponível em:**

[http://www.carlosmello.unifei.edu.br/Disciplinas/Mestrado/PCM-10/Apostila-Mestrado/Apostila\\_Metodologia\\_Completa\\_2012.pdf](http://www.carlosmello.unifei.edu.br/Disciplinas/Mestrado/PCM-10/Apostila-Mestrado/Apostila_Metodologia_Completa_2012.pdf). Acesso em: 21 janeiro 2016.

MELO, M. R.C.; DANTAS, V.L.A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.25, n.3, p.328-336, 2012.

MINAYO M.C.S.;ASSIS, S.G;SOUZA,E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Editora Fiocruz, 20ed. 2005. 243p.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 112 p.

MONTEIRO E.M.L.M, VIEIRA NFC. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de Círculos de Cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE**. Recife: EDUPE; 2008.

\_\_\_\_\_, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.3, p.397-403, 2010.

MONTEIRO, Bruna Rodrigues et al. Hanseníase: enfocando a educação em saúde Para o projoovem. **Journal Of Research Fundamental Care On Line**, Natal, n. 7, p.49-57, 2015.

MONTEIRO, Iago Orleans Pinheiro; ANDRADE, Anny Beatriz Costa Antony de; CASTRO, Bárbara Misslane da Cruz. Educação em saúde: comparlhando saberes em saúde com alunos do ensino fundamental na cidade de Manaus. **Saúde em Redes.**, Manaus, v. 2, n. 4, p.183-189, 2018.

MUZAFFAR, Henna et al. The HOT (Healthy Outcome for Teens) project. Using a web-based medium to influence attitude, subjective norm, perceived behavioral control and intention for obesity and type 2 diabetes prevention. **Appetite**, [s.l.], v. 72, p.82-89, jan. 2014.

NERY, V. A. S.; NERY, I. G.; NERY, W. G., Educação popular em saúde: um instrumento para a construção da cidadania. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.114-129, jan./dez. 2012.

NICHOLLS, P. G., C. Wiens, and W. C. S. Smith. "Delay in presentation in the context of local knowledge and attitude towards leprosy-the results of qualitative fieldwork in Paraguay." **International journal of leprosy and other mycobacterial diseases**.v.71 n.3. p.198-209,2003.

NISAR, N.; KHAN, IA; QADRI, MH; SHAH, PGN. knowledge attitude and practices about leprosy in a fishing community in Karachi Pakistan. **Pak J Med Sci**. 23(6):936-940,oct-dec, 2007.

NOORDENDE, Anna T. van 't et al. The role of perceptions and knowledge of leprosy in the elimination of leprosy: A baseline study in Fatehpur district, northern India. **Plos Neglected Tropical Diseases**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.1-16, 5 abr. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007302>.

OLIVEIRA, C.A.R. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Teresina, Piauí. 2008.63p. **Dissertação (Mestrado)** –Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA,M.L.W.D. Estratégias de prevenção e controle da hanseníase. **Hanseníase: avanços e desafios**. Universidade de Brasília-UnB. Brasília, NESPROM, p.401-418, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para Hanseníase (2016–2020)**: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. Genebra, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas**: Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas, OMS: Brasília, 2012.

OTTATI, Fernanda; NORONHA, Ana Paula Porto. Parâmetros psicométricos de instrumentos de interesse profissional. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 2, p. 37-50, jul. 2003 .

PADILHA, P.R.O “Círculo de Cultura” na perspectiva da intertransculturalidade. Disponível em: <http://gepfaccat.files.wordpress.com/2012/10/o-cc3adrculo-de-cultura-na-persepectivaintertransculturalidade-paulo-roberto-padilha.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: Fundamentos e práticas. 1a . ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560 p.

\_\_\_\_\_, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

\_\_\_\_\_, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5 ed. esp., p. 206-223, 1998.

\_\_\_\_\_, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.397p.

\_\_\_\_\_, Luiz. Psicometria: Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp):992-9. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, n. 43, p.992-999, 2009.

\_\_\_\_\_, Luiz. **Psicometria**:: Teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2017. 392 p.

PATRÍCIO, Anna Cláudia Freire de Araújo et al. Causes and Solution Strategies for Hanseniasis in Children: Ishikawa Diagram / Causas e Estratégias de Soluções para Hanseníase em Crianças. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.739-747, 2 abr. 2019.

PEREIRA, José Diogo; LEMOS, Marina Serra de. Preditores motivacionais de adesão à prevenção do câncer do colo do útero em estudantes universitárias. **Estudos de Psicologia (campinas)**, [s.l.], v. 36, p.1-11, 21 jan. 2019.

PERNAMBUCO, **Programa de enfretamento das doenças negligenciadas no estado de Pernambuco (SANAR)**. Secretaria de Vigilância em Saúde-Recife, 2.ed. p.27: 01 a 44, 2014.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-estadual-de-vigilancia-prevencao>). Acesso em 15 de novembro de 2015.

PESCADOR, Michely de Almeida; SAKAE, Thiago Mamôru; MAGAJEWSKY, Flavio Ricardo Liberali. Análise de tendência histórica da evolução da hanseníase em santa catarina no período de 2001-2015. **Arq. Catarin Med.**, Santa Catarina, v. 1, n. 47, p.141-158, jan-mar, 2018.

PINHEIRO, Mônica Gisele Costa; SIMPSON, Clélia Albino. Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase [Prejudice, stigma and exclusion. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 25, p.1-6, 24 mar. 2017. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

PIRES, C.A.A., MALCHER, C.M.S.R; ABREU JÚNIOR, J.M.C.; ALBUQUERQUE, T.G.; CORRÊA, I.R.S.; DAXBACHER, E.L.R. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr** 2012;30(2):292-5.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 456 p.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J; SOUZA, A.M.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Qualitative research: concepts and applications in health. **Rev. Enferm UERJ**. v.15, n.2, p.276-83, 2007.

RAJU, M.S.; KOPPARTY, S.N. Impact of knowledge of leprosy on the attitude towards leprosy patients: a community study. **Indian J Lepr**. 67(3): 259-72, 1995 Jul-Sep.

RECIFE, Secretaria de Educação. **Disponível em:** <http://www.recife.pe.gov.br/educacao/redemunicipal.php>. Acesso em 23 de março de 2017b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Administração. Prefeitura da Cidade do Recife (Org.). **Regiões Político Administrativas do Recife**. 2017. Disponível em: <[https://static-files.folhadirigida.com.br/uploads/files/Edital18601\\_4.pdf](https://static-files.folhadirigida.com.br/uploads/files/Edital18601_4.pdf)>. Acesso em: 02 abr. 2017a.

RIBEIRO, J.L.P. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. **Ana. Psicológica**, Lisboa, v. 22, n. 2, p. 387-397, jun. 2004.

RICH, Antonia et al. Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. **Journal Of Behavioral Medicine**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.673-688, 21 maio 2015.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia da pesquisa**. 5ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.624p. (Série Métodos de Pesquisa).

SANCHEZ, Heriberto Fiuza. **Construção e validação de um instrumento para avaliação dos serviços públicos de saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários (asbap-usuário)**. 2013. 199 f. **Tese (Doutorado)** - Curso de Odontologia, Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.2-9, 2017.

SANTOS, Telma Temoteo dos; MEIRELLES, Rosane Moreira Silva de. Educação em saúde como um processo sociocultural e histórico: diálogos com a Teoria de Vygotsky. in: XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação Em Ciências –, 2017, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: ENPEC, 2017. v. 1, p. 1 - 9.

SASIDHARANPILLAI, Sarita et al. Childhood leprosy:: A retrospective descriptive study from Government Medical College, Kozhikode, Kerala, India. **Lepr Rev**, Kerala, India, v. 85, p.100-110, 2014.

SCHNEIDER, PB; FREITAS, BHBM . Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.1-11, 12 mar. 2018.

- SCHUENEMANN, Verena J. et al. Ancient genomes reveal a high diversity of *Mycobacterium leprae* in medieval Europe. **Plos Pathogens**, [s.l.], v. 14, n. 5, p.01-17, 10 maio 2018. Public Library of Science (PLoS).
- SEIMETZ, E.; KUMAR, S.; MOSLER, H.-j.. Effects of an awareness raising campaign on intention and behavioural determinants for handwashing. **Health Education Research**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.109-120, 2 mar. 2016. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyw002>.
- SENNA, Sylvia; DESSEN, Maria. Reflections about the health of the brazilian adolescent. **Psicologia, Saúde & Doenças**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.217-229, set. 2015.
- SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 64, p.177-188, 18 maio 2017.
- SILKE, Charlotte; SWORDS, Lorraine; HEARY, Caroline. The predictive effect of empathy and social norms on adolescents' implicit and explicit stigma responses. **Psychiatry Research**, [s.l.], v. 257, p.118-125, nov. 2017
- SILVA, Moises B. da et al. Evidence of zoonotic leprosy in Pará, Brazilian Amazon, and risks associated with human contact or consumption of armadillos. **Plos Neglected Tropical Diseases**, [s.l.], v. 12, n. 6, p.01-19, 28 jun. 2018a.
- SILVA, Janete Silva Rezende da et al. Fatores sociodemográficos associados ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.1-11, 5 set. 2018b.
- SILVA, W. R.; MARÔCO, J; CAMPOS, J.A.D.B. Avaliação da estrutura fatorial do Body Shape Questionnaire: análise fatorial exploratória ou confirmatória? **J. Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 3, n. 67, p.201-207, 2018.
- SINGH, Rakesh; SINGH, Babita; MAHATO, Sharika. Community knowledge, attitude, and perceived stigma of leprosy amongst community members living in Dhanusha and Parsa districts of Southern Central Nepal. **Plos Neglected Tropical Diseases**, Nepal, v. 3, n. 11, p.2-19, 2019.
- SMITH, B., SULLIVAN, E., BAUMAN, A., POWELL-DAVIES, G., MITCHELL, J.. Lay beliefs about the preventability of major health conditions. **Health Education Research (Theory and Practice)**. v.14, n.3, p. 315-325, 1999.
- SOUZA, C.d.f. et al. Spatial clustering, social vulnerability and risk of leprosy in an endemic area in Northeast Brazil: an ecological study. **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, [s.l.], v. 23, p.1-27, 6 maio 2019.
- STECKER, Tracy et al. Engagement in mental health treatment among veterans returning from Iraq. **Patient Prefer Adherence**, Iraq, v. 4, p.45-49, 2010.

STEFANI, M.M.A. Desafios na era pós genômica para o desenvolvimento de testes laboratoriais para o diagnóstico da hanseníase. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 41, supl. 2, p. 89-94, 2008.

STEINMETZ, Holger et al. How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior? **Zeitschrift Für Psychologie**, [s.l.], v. 224, n. 3, p.216-233, jul. 2016.

STREINER, D. Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha Does and Doesn't Matter. **Journal of Personality Assessment** . v. 80, n.3, p:217-22, 2003

TERWEE, Caroline B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal Of Clinical Epidemiology**, [s.l.], v. 60, n. 1, p.34-42, jan. 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18 ed. São Paulo, 2011

ULBRICH, E. M. et al. Escala para o cuidado apoiado na atenção primária: um estudo metodológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.1-7, 7 jun. 2018. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>.

VARMA, Ashish. Big Data Usage Intention of Management Accountants: Blending the Utility Theory with the Theory of Planned Behavior in an Emerging Market Context. **Theoretical Economics Letters**, [s.l.], v. 08, n. 13, p.2803-2817, 2018.

VASCONCELOS-RAPOSO, J. ; MONTEIRO, M.J, Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/sida: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. **Psicologia, Saúde e Doenças**. 2006,v.7, n.1, p.125-136, 2006.

VASCONCELOS, Selene Cordeiro et al. Bioethical analysis to the therapeutic use of Cannabis: Integrative review. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.96-104, 17 maio 2017.

VOSGERAU, Dilmeire Sant'anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [s.l.], v. 14, n. 474, p.165-189, 2014.

VYGOTSKY, L. S. Paidologia del adolescente. In: **Obras Escogidas – Vol. IV : Psicología infantil**. Madrid: Visor, 1928-1931/1996.

\_\_\_\_\_, L. S.. **Psicologia pedagógica**. 3ª. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007

\_\_\_\_\_, Lev S.. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes editora Ltda., 1991. 90 p.

ZAMPARONI, Valdemir. Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.13-39, 16 nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

ZEMORE, Sarah E.; AJZEN, Icek. Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. **Journal Of Substance Abuse Treatmentjournal Of Substance Abuse Treatment**, California, v. 46, p.174-182, 2014.

ZHANG, Jingwen; JEMMOTT, John B.. Unintentional Exposure to Online Sexual Content and Sexual Behavior Intentions Among College Students in China. **Asia Pacific Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.561-571, 18 dez. 2014.

## APÊNDICE A – CENÁRIO ESCOLAR

### CONHECENDO A ESCOLA E OS ADOLESCENTES

Esta etapa terá como objetivo conhecer a estrutura física da escola e dos espaços de convivência dos adolescentes, na escola que constituirá o cenário do estudo.

- Impressões relativas a escola e seus espaços físicos:
- Estrutura organizacional -
- Avaliação da hospitalidade/ receptividade dos integrantes da escola (dirigentes e professores) em relação à pesquisadora e demais integrantes da equipe de pesquisa
- Registro da impressão das potencialidades da escola para o desenvolvimento de atividades educativas.

Em relação aos adolescentes:

- Percepção dos adolescentes em relação a aparência pessoal (incluindo a impressão sobre o autocuidado), atitudes e cuidados / observação do cuidado dos adolescentes em relação às recomendações dos professores, gestores e profissionais de saúde sobre os cuidados com a saúde pessoal;
- Percepção da relação dos alunos com a escola - ambiente, com os ambientes da escola; integração dos adolescentes nas atividades relacionadas à saúde na escola e na comunidade.
- Interação dos adolescentes com seus grupos;
- Existência de lideranças
- Hospitalidade/receptividade dos adolescentes em relação aos pesquisadores.

#### **Conhecendo a comunidade (área de abrangência da escola):**

- Registrar as impressões relativas aos tipos de moradia predominantes;
- Acesso a transportes;
- Centros de convivência, grêmios de lazer, cultura e prática de esportes;
- Comércio;
- Condições de : saneamento, oferta de água tratada, iluminação, condições de vias públicas, etc).

<b>ESPAÇO FÍSICO</b>	
1-	Quantidade de salas de aula:
2-	Descrição das salas de aula: _____ _____ _____
3-	A escola possui: <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Laboratório de Informática <input type="checkbox"/> Quadra Poliesportiva <input type="checkbox"/> Auditório <input type="checkbox"/> Outros _____
4-	Equipamentos disponíveis na escola: <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Equipamento de Som <input type="checkbox"/> Data Show <input type="checkbox"/> Retroprojektor
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>	
1-	A escola possui integração com a comunidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por que?
2-	Descrição de atividades formais e informais que ocorrem na escola: <input type="checkbox"/> Aulas <input type="checkbox"/> Teatro <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Esportes <input type="checkbox"/> Outros _____
3-	Descreva se existe integração da escola com outras instituições sociais (Universidades, Organizações Sociais (ONG's), Outros Programas da Prefeitura ou do Estado, PSF, PSE):

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA****Entrevista Semi- Estruturada para integrantes dos Círculos de Cultura**

Dados de Identificação:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Local de residência:

Escola que estuda:

**1ª Questão norteadora:** Você sabe o que é hanseníase?

Onde você ouviu falar sobre a doença?

O que a doença provoca?

Tem tratamento para a hanseníase?

Existe cura para a hanseníase?

O que as pessoas apresentam quando ficam doentes, com hanseníase?

Como se adquire a hanseníase?

O que fazer quando existe suspeita de que alguém esteja com hanseníase?

Você acredita que poderia ser capaz de fazer algo para prevenir a hanseníase?

**APÊNDICE – C INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PERFIL E ESCALA  
CCNC-ipMH  
INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DO PERFIL**

**Características sócio-demográficas**

**1 Qual a sua idade?**

- ( 1 ) 12 anos
- ( 2 ) 13 anos
- ( 3 ) 14 anos
- ( 4 ) 15 anos ou mais

**2 Qual o seu sexo?**

- ( 1 ) Masculino
- ( 2 ) Feminino

**3 Qual a renda ( número de salários mínimos) que todos os seus familiares recebem?**

( conte apenas aqueles que moram ou que ajudam no sustento dos que moram com você)

- ( 1 ) Nenhum
- ( 2 ) Menos que um Salário Mínimo
- ( 3 ) De 1 até menos que 2 Salários Mínimos
- ( 4 ) De 2 até menos que 3 Salários Mínimos
- ( 5 ) 3 ou mais Salários Mínimos
- ( 6 ) Não sei informar

**4 Qual a sua religião?**

- ( 1 ) Católica
- ( 2 ) Evangélica
- ( 3 ) Espírita
- ( 4 ) Outra religião
- ( 5 ) Não tenho religião

**5 Como você se considera (sua cor de pele):**

- ( 1 ) Branco
- ( 2 ) Preto
- ( 3 ) Pardo (moreno)
- ( 4 ) Indígena
- ( 5 ) Amarelo

**6 Quando vai tomar uma decisão na sua vida ou fazer uma escolha importante, geralmente procura conversar ou pedir conselhos a alguma pessoa?**

- ( 1 ) Mãe
- ( 2 ) Pai
- ( 3 ) Outro familiar
- ( 4 ) Amigos
- ( 5 ) Outra pessoa
- ( 6 ) Ninguém

**7 Qual o ano que estuda na escola?**

- ( 1 ) 6º ano
- ( 2 ) 7º ano
- ( 3 ) 8º ano
- ( 4 ) 9º ano

**Características sócio-sanitárias e de higiene**

**8 De onde vem a água que você e sua família utilizam em casa (para beber e cozinhar )?**

- ( 1 ) Nossa água é encanada – vem da Compesa.
- ( 2 ) Nossa água vem de um poço ou cisterna.
- ( 3 ) Pegamos nossa água de carro “pipa”
- ( 4 ) Outra forma

**9 Na sua casa tem banheiro?**

- ( 1 ) Sim. Um banheiro dentro de casa
- ( 2 ) Sim. Um banheiro ( só usado por minha família) mas fica fora de casa.
- ( 3 ) Utilizamos banheiro público

**10 O que você e sua família fazem com o lixo produzido em casa?**

- ( 1 ) O lixo é ensacado e a prefeitura recolhe com caminhão ( coleta pública).
- ( 2 ) Onde moramos não passa caminhão de lixo da prefeitura ( tocamos fogo no lixo de casa)
- ( 3 ) Onde moramos não passa caminhão de lixo da prefeitura ( enterramos o lixo em terrenos).
- ( 4 ) Outra forma de destino do lixo. Qual:

**11 Quantos cômodos (ex. sala, banheiro, quarto, cozinha, etc) existem em sua casa?**

- ( 1 ) 1 Cômodo
- ( 2 ) 2 Cômodos
- ( 3 ) 3 Cômodos
- ( 4 ) 4 Cômodos ou mais

**12 Quantas pessoas moram com você?**

- ( 1 ) Eu e mais uma pessoa.
- ( 2 ) Eu e mais duas pessoas.
- ( 3 ) Eu e mais três pessoas.
- ( 4 ) Eu e quatro pessoas ou mais.

**13 Você toma banho todos os dias?**

- ( 1 ) Sim, sempre
- ( 2 ) As vezes
- ( 3 ) Não

**14** Você lava as mãos todas as vezes que vai ao banheiro?

- ( 1 ) Sim, sempre
- ( 2 ) As vezes
- ( 3 ) Não

**15** Você lava as mãos antes de fazer as refeições?

- ( 1 ) Sim, sempre
- ( 2 ) As vezes
- ( 3 ) Não

**Condições de saúde – adolescente e familiares**

**16** Você tem algum problema de saúde?

- ( 1 ) Sim, qual:
- ( 2 ) Não

**17** Você possui alguma doença de pele?

- (mancha escura ou branca que você não sente quando toca ou “dormente”, ferida que não cicatriza, verrugas, etc)
- ( 1 ) Sim, qual?
  - ( 2 ) Não

**18** Você tem algum familiar com problema de saúde?

- ( 1 ) Sim, qual:
- ( 2 ) Não

**19** Você possui alguma pessoa na família com doença de pele?

- (mancha escura ou branca que você não sente quando toca ou “dormente”, ferida que não cicatriza, verrugas, etc)
- ( 1 ) Sim, qual?
  - ( 2 ) Não

**20** Você tem cartão de vacina?

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não
- ( 3 ) Não sei informar

**Oferta de serviços de saúde na comunidade de residência do adolescente frequencia nos espaços de lazer**

**21** Na comunidade onde você mora tem posto de saúde?

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não

**22** Na comunidade onde você mora tem

- UPA ou Upinha?
- ( 1 ) Sim
  - ( 2 ) Não

**23** Na comunidade onde você mora tem hospital?

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não

**24** Você frequenta espaços sociais em sua comunidade? (quadra, clube, igreja, praças, etc).

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não

**Conhecimento sobre hanseníase**

**25** Você já tinha ouvido falar sobre hanseníase?

- ( 1 ) Sim, onde?
- ( 2 ) Não

**26** Você já teve ou tem hanseníase?

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não

**27** Você conhece alguém que tem ou já teve hanseníase?

- ( 1 ) Sim
- ( 2 ) Não

**ESCALA DE MEDIDA DA INTENÇÃO PREVENTIVA EM HANSENÍASE:****“CRENÇAS COMPORTAMENTAIS, NORMATIVAS E DE CONTROLE PARA A FORMAÇÃO DE INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENÍASE” – CCNC-ipMH****CRENÇAS COMPORTAMENTAIS****Crenças comportamentais = CC**

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 1 Eu acredito que seja bom conhecer sobre hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 2 Eu acredito que seja bom saber se eu tenho algum sinal que pode indicar que posso estar com hanseníase:**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 3 Eu acredito que seja bom saber se alguém da minha família ou um de meus amigos tem algum sinal que pode indicar que esteja com hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 4 Eu acredito que seja ruim saber identificar se existem sinais de hanseníase em meu corpo, nas pessoas da minha família ou nos meus amigos**

1    2    3    4    5    6    7

**Avaliação das consequências = AC**

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 1 Eu acredito que é possível que um adolescente seja capaz de conhecer sobre hanseníase**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 2 Eu acredito que é possível que um adolescente seja capaz de identificar sinais de hanseníase em seu corpo:**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 3 Eu acredito que é possível que um adolescente seja capaz de saber se alguém de sua família ou um de seus amigos tem algum sinal que pode indicar que esteja com hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 4 Eu não acredito que um adolescente seja capaz de saber identificar se existem sinais de hanseníase em seu corpo, no corpo das pessoas de sua família ou nos seus amigos.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 5 Eu acredito que seja bom falar sobre hanseníase com pessoas de minha família**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 5 Eu acredito que é possível que um adolescente seja capaz de falar sobre hanseníase com pessoas de sua família.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 6 Eu acredito que seja bom falar sobre hanseníase com meus amigos e pessoas da minha comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 6 Eu acredito que é possível que um adolescente seja capaz de falar sobre hanseníase com amigos e pessoas de sua comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 7 Eu acredito que seja ruim falar sobre hanseníase com meus amigos e pessoas da minha comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 7 Eu não acredito que um adolescente seja capaz de falar sobre hanseníase com amigos e pessoas de sua comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 8 Eu acredito que seja bom saber onde posso buscar ajuda se eu tiver com suspeita de que estou com hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 8 Eu acredito que um adolescente seja capaz de saber onde pode buscar ajuda se tiver com suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 9 Eu acredito que seja bom saber onde posso buscar ajuda se alguém de minha família ou amigo tiver com suspeita de que esteja com hanseníase**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 9 Eu acredito que um adolescente seja capaz de saber onde pode buscar ajuda se alguém de sua família ou amigo tiver com suspeita de que esteja com hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CC 10 Eu acredito que seja ruim saber onde buscar ajuda se alguém de minha família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**AC 10 Eu não acredito que um adolescente seja capaz de saber onde pode buscar ajuda se alguém de sua família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

#### CRENÇAS NORMATIVAS

##### **Crenças Normativas= CN**

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 1 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu tivesse conhecimento sobre hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

##### **Motivação = M**

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 1 Eu concordaria em ter conhecimento sobre hanseníase, se as pessoas que são importantes para mim, também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 2 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse identificar que tenho algum sinal que pode indicar que estou com hanseníase**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 2 Eu concordaria em saber identificar se tenho algum sinal que indique que estou com hanseníase, se as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 3 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse identificar que alguém da minha família ou amigo tem algum sinal que pode indicar hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 3 Eu concordaria em saber identificar se tem alguém da minha família ou amigo com algum sinal que pode indicar hanseníase, desde que as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 4 A maioria das pessoas que importa para mim, não aprovaria que eu soubesse identificar se existem sinais de hanseníase no meu corpo ou no corpo de pessoas da minha família ou amigos.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 4 Eu não concordaria em saber identificar se existem sinais de hanseníase em meu corpo ou no corpo de meus familiares ou amigos, se as pessoas que são importantes para mim não acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 5 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse falar sobre hanseníase com pessoas da minha família.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 5 Eu concordaria em saber falar sobre hanseníase com meus familiares, se as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 6 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse falar sobre hanseníase com amigos e pessoas da comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 6 Eu concordaria em saber falar sobre hanseníase com amigos e na comunidade, se as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 7 A maioria das pessoas que importa para mim, não aprovaria se eu soubesse falar sobre hanseníase com familiares, amigos ou com pessoas da comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 7 Eu não concordaria em falar sobre hanseníase com familiares, amigos ou na comunidade, se as pessoas que são importantes para mim não acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 8 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse onde buscar ajuda caso tivesse com suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 8 Eu concordaria em saber onde buscar ajuda se tivesse suspeita de hanseníase, desde que as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 9 A maioria das pessoas que importa para mim, aprovaria se eu soubesse onde buscar ajuda caso alguém de minha família ou amigo estiver com suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 9 Eu concordaria em saber onde buscar ajuda se algum familiar ou amigo estiver com suspeita de hanseníase, desde que as pessoas que são importantes para mim também acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CN 10 A maioria das pessoas que importa para mim, não aprovaria se eu soubesse onde buscar ajuda caso eu, algum familiar ou amigo estivesse com suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**M 10 Eu não concordaria em saber onde buscar ajuda caso eu, algum familiar ou amigo estiver com suspeita de hanseníase, se as pessoas que são importantes para mim não acreditassem que isso seria bom.**

1    2    3    4    5    6    7

#### CRENÇAS DE CONTROLE

##### **Crenças de Controle= CCt**

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 1 Estou confiante que eu seria capaz de ter conhecimento sobre hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 2 Estou confiante que eu seria capaz de saber identificar se tenho algum sinal que pode indicar que estou com hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 3 Estou confiante que seria capaz de saber identificar se alguém de minha família ou amigo tem algum sinal que pode indicar hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 4 Eu não estou confiante de que eu seria capaz de saber identificar se existe algum sinal de hanseníase em meu corpo, no de familiares ou de amigos.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 5 Estou confiante de que eu seria capaz de falar sobre hanseníase com a minha família**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 6 Estou confiante de que sou capaz de falar sobre hanseníase com amigos e pessoas da comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 7 Eu não me sinto confiante de que eu seria capaz de falar sobre hanseníase com amigos ou pessoas da comunidade.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 8 Estou confiante de que sou capaz de saber onde buscar ajuda caso eu tenha suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 9 Estou confiante de que sou capaz de saber onde buscar ajuda caso alguém de minha família ou amigo apresentar suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

Numa escala de 1 a 7, o quanto a frase abaixo é verdadeira para você:  
(faça um círculo no número que corresponde a sua resposta)

**CCt 10 Eu não estou confiante de que seria capaz de saber onde buscar ajuda caso eu, alguém de minha família ou amigo apresentar suspeita de hanseníase.**

1    2    3    4    5    6    7

MUITO OBRIGADA PELA IMPORTANTE CONTRIBUIÇÃO NESTA PESQUISA.

**APÊNDICE D - CURSO DE CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO POPULAR - Capacitação em Círculo de Cultura como referencial teórico-metodológico em Educação Popular para monitores**

**OBJETIVO GERAL**

Capacitar monitores para realização da intervenção educativa com Círculos de Cultura nos pressupostos teórico-metodológicos da Pedagogia de Paulo Freire.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof. MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES**

**CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

**Unidade 1-** Paulo Freire: biografia / o autor e suas obras; Pedagogia Paulo Freire; Educação Popular sob a ótica de Paulo Freire – Construtos freireanos na abordagem do ensino crítico-social.

**Unidade II -** Educação em Saúde – conceitos; Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEP -SUS / Programa Saúde na Escola – PSE / Intervenção de Promoção à Saúde;

**Unidade III -** Práticas pedagógicas no contexto da Saúde (Enfermagem) / Desafios e viabilidades; Papel do Educador Popular na Saúde

**Unidade IV -** Adolescência – conceitos – epidemiologia; Saúde do Escolar: Adolescência no contexto escolar; Promoção da saúde do adolescente escolar; Protagonismo Juvenil;

**Unidade V –** Círculos de Cultura – Teoria e prática de intervenção educativa em Educação Popular. Estudo das etapas na concepção de Monteiro e Vieira.

**CARGA HORÁRIA – 60 horas**

**PÚBLICO-ALVO**

Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – vinculadas ao Projeto de Monitoria Universitária: Pré-natal da família: articulações assistenciais para integração do pai e integrantes do grupo de apoio à pesquisa de Doutorado: **Círculos de cultura: promovendo intenções preventivas em hanseníase com adolescentes escolares.**

Residentes de Enfermagem do Programas de Enfermagem Obstétrica do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros E e integrantes do grupo de apoio à pesquisa de Doutorado: **Círculos de cultura: promovendo intenções preventivas em hanseníase com adolescentes escolares.**

Residentes de Enfermagem dos Programas de Enfermagem Obstétrica do Hospital Agamenon Magalhães;

Residentes de Enfermagem em Psiquiatria do Hospital Ulisses Pernambucano.

Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – vinculadas ao Grupo de Pesquisa: Assistir e Cuidar e integrantes do grupo de apoio à pesquisa de Doutorado: **Círculos de cultura: promovendo intenções preventivas em hanseníase com adolescentes escolares.**

### CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Data	CH	Conteúdo	Estratégia de Ensino
	12 h	<p><b>Unidade I:</b></p> <p>Paulo Freire- o autor e sua obra;</p> <p>A Pedagogia de Paulo Freire – O método</p> <p>Análise das obras com contextualização</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Pedagogia do Oprimido</li> <li>→ Política e Educação</li> <li>→ Pedagogia da Esperança</li> <li>→ Pedagogia da Autonomia</li> <li>→ Educação como prática da liberdade</li> </ul> <p>Pressupostos e construtos freireanos na abordagem do ensino crítico- social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Saber popular</li> <li>→ Educação Bancária</li> <li>→ Educação Problematicadora</li> <li>→ Conscientização</li> <li>→ Situações-limite e o Inédito-viável</li> <li>→ Diálogo e dialogicidade</li> <li>→ Amorosidade</li> <li>→ Ética</li> <li>→ Papel do educador e papel do educando</li> </ul>	<p>Dia 10 de julho manhã: PRESENCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmica de Apresentação , integração e sensibilização → Quem sou eu?</li> <li>- Apresentação do objetivo e proposta o curso</li> <li>- Apresentação da Biografia de Paulo Freire + Filme</li> <li>- Leitura e discussão do Texto sobre Pedagogia de Paulo Freire</li> <li>- Síntese da biografia de Paulo Freire – Linha da Vida.</li> <li>- Distribuição dos textos / resumos</li> </ul> <p>10 de julho – tarde: DISPERSÃO</p> <p>Leitura e resumo - Principais obras de Paulo Freire;</p> <p>Pesquisa e elaboração de material sobre principais conceitos freireanos</p> <p>11 de julho manhã – PRESENCIAL:</p> <p>Apresentação dos resumos e conceitos - discussão e avaliação</p> <p>Cartazes / colagens e discussão</p> <p>Avaliação da Unidade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuição material para Unidade II</li> </ul>

Data	CH	Conteúdo	Estratégia de Ensino
	12 horas	<p><b>Unidade II:</b></p> <p>Promoção da Saúde Educação em Saúde Educação Popular em Saúde – conceitos;</p> <p>Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEP -SUS - relação com Pensamento freireano;</p> <p>Desafios para Implantação da PNEP</p>	<p>Dinâmica de Integração e sensibilização – Dinâmica da mímica Música – Quando a maré encher Tarjetas: religião / esperança / fome / barraco / brincadeira / droga / violência / alegria</p> <p>Discussão dos conceitos (mapa conceitual) → da educação popular – promoção da saúde – educação em saúde – colocações individuais (em palavra-cruzada) para construção de um único mapa conceitual → Síntese de conceitos no varal</p> <p>Varal: Situações-limites e Inéditos viáveis em Educação em Saúde com recortes de revistas e colagens</p> <p>Discussão e avaliação</p> <p>Distribuição material Unidade III</p>

Data	CH	Conteúdo	Estratégia de Ensino
	8 horas	<p><b>Unidade III:</b></p> <p>Programa Saúde na Escola – PSE</p> <p>Papel do Educador popular em saúde.</p> <p>Práticas pedagógicas no contexto da Saúde (Enfermagem) / desafios e viabilidades: A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas</p>	<p>Técnica de vivência – O alienígena de Tênis</p> <p>Leitura de texto e construção dos núcleos centrais para discussão</p> <p>Discussão e avaliação</p> <p>Distribuição material Unidade IV</p>

Data	CH	Conteúdo	Estratégia de Ensino
	8 h	<p><b>Unidade IV:</b></p> <p>Adolescência – conceitos – epidemiologia;</p> <p>Saúde do Escolar: Adolescência no contexto escolar; Promoção da saúde do adolescente escolar</p> <p>Protagonismo juvenil</p>	<p>Técnica de vivência: Dinâmica do Pirulito -</p> <p>Trabalho com recortes de revistas e colagens:</p> <p>Quem é o adolescente brasileiro – faixa etária – OMS / ECA Quantos são? Como vivem? Escolarização? Principais problemas de saúde? O espaço escolar – professores – como promotores da saúde do adolescente; Como promover saúde do escolar? Quais os desafios? Protagonismo juvenil – o que é? Qual a sua importância? Como desenvolver?</p> <p>Distribuição material Unidade V</p>

Data	CH	Conteúdo	Estratégia de Ensino
	8 horas	<p><b>Unidade V:</b></p> <p>Círculos de Cultura – referencial teórico-metodológico de ação educativa para promoção da saúde.</p> <p>→ Conceitos fundamentais → Intencionalidade no processo educativo; → Características que distinguem uma proposta de ação educativa “tradicional ou bancária” de uma proposta de “metodologia ativa, participativa”; → Planejamento de uma ação educativa em saúde; → Etapas que compõem uma ação educativa em saúde → Círculo de cultura como metodologia de coleta de dados em pesquisas.</p>	<p>Técnica – balões com papéis e música - etapas do Círculo de Cultura.</p> <p>Construção de “ Estações do Saber”.</p> <p>Textos:</p> <p>→ Círculos de cultura - cartilha PNEP – SUS; → Círculo de Cultura e o planejamento participativo. → Educação Popular em Saúde – Estela Meirelles; → Círculo de Cultura como estratégia de coleta de dados.</p> <p>Apresentação da proposta dos Círculos de Cultura com Adolescentes Escolares na Escola Mário Melo / Divisão do grupo Planejamento da Atividade de Integração / Culminância</p>

<b>Data</b>	<b>CH</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégia de Ensino</b>
	8 horas	Planejamento de Estratégia Educativa com Círculo de Cultura com adolescentes escolares	Apresentação das propostas de cada círculo pelos educandos → Descrição dos objetivos, conteúdos, dinâmicas, métodos de avaliação
	2h	Atividade de Integração na Escola Mário Melo  (Com todos os integrantes)	Atividade a ser planejada pelo grupo todo  (Convite para formação dos alunos do grupo participante dos Círculos de Cultura)
	2h	1º Círculo de Cultura:  Participantes – todos que quiserem mas especialmente integrantes dos Círculos 1 e 2.	Atividade do Círculo 1
	2h	2º Círculo de Cultura:  Participantes – todos que quiserem mas especialmente integrantes dos Círculos 1 e 2.	Atividade do Círculo 2

<b>Data</b>	<b>CH</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Estratégia de Ensino</b>
	2h	3º Círculo de Cultura: Participantes – todos que quiserem mas especialmente integrantes dos Círculos 3 e 4.	Atividade do Círculo 3
	2h	4º Círculo de Cultura: Participantes – todos que quiserem mas especialmente integrantes dos Círculos 3 e 4.	Atividade do Círculo 4
	2h	5º Círculo de Cultura: Participantes – todos que quiserem mas especialmente integrantes dos Círculos 1 e 5.	Atividade do Círculo 5
	2h	Culminância dos Círculos de Cultura Participantes – todos. Liberados integrantes dos Círculos 1.	Atividade de Culminância na Escola Mário Melo.
	3h	Avaliação final do Curso de Capacitação	Atividade de avaliação

**APÊNDICE E – INTERVENÇÃO EDUCATIVA – CÍRCULOS DE Cultura**

**1º CÍRCULO DE CULTURA**

**“INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM ESCOLARES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE”**

<b>1º CÍRCULO - INTEGRAÇÃO E AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA / INÍCIO DA FUNDAMENTAÇÃO</b>	
<p>No primeiro círculo será investigado o conhecimento prévio dos adolescentes sobre definição e transmissão da hanseníase, como também suas expectativas. Com o intuito de assegurar que os Círculos constituam um ambiente propício à satisfação das expectativas dos integrantes será elaborado um pacto de convivência, que deverá apresentar os requisitos esperados pelo grupo para que os mesmos sejam respeitados ao longo da realização da intervenção educativa em saúde.</p>	
<b>ESTRATÉGIA – TEMÁTICA</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO</b>
<p><b>SENSIBILIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO GRUPO –</b></p> <p>Dinâmica para estimular a comunicação entre os participantes e principalmente quebrar o gelo que existe dentro do grupo e assim promover uma interação entre todos os membros da equipe, uma integração total entre os participantes.</p>	<p><b>1ª DINÂMICA DO QUEBRA - GELO: A TOCA DO COELHO.</b></p> <p>Faz-se a dinâmica e em seguida cada aluno recebe um crachá com seu nome ou apelido como gosta de ser chamado e vai falar uma característica sua com a letra inicial de seu nome a cada vez que entrar na toca do coelho. Os monitores também poderão participar da dinâmica.</p>

<p style="text-align: center;"><b>PROBLEMATIZAÇÃO</b></p> <p>Proposição de questões geradoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que é hanseníase para você?</li> <li>2. Como se pega hanseníase?</li> </ol> <p>Esses questionamentos constituirão elementos “disparadores” para a discussão, para que os membros dos círculos possam expressar seus conhecimentos prévios, sem a preocupação com estar certo ou errado.</p>	<p>Utilizar a tempestade de ideias com o grupo, utilizando o desenho do ciclo de adoecimento da hanseníase. Estimular a participação individual e de todos. Propiciar discussões que favoreçam a identificação da interferência de fatores externos para que o indivíduo seja contaminado. Será solicitado que cada adolescente responda às perguntas norteadoras através de desenhos e posteriormente expliquem seu significado. Em seguida, serão elaborados cartazes com a produção do grupo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>O que é hanseníase? Como se transmite?</b></p> <p>Será necessário que os educadores em saúde / animadores apresentem um conteúdo científico contextualizado com a realidade dos adolescentes. Uso de linguagem simples e clara, de modo a aprofundar a compreensão sobre a doença e sua forma de transmissão.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>O objetivo é possibilitar aos adolescentes discutir, sob orientação do educador/animador, apreender o conteúdo que vai sendo desenvolvido e ao mesmo tempo, tirar as dúvidas e expressar seus sentimentos ao longo da apresentação. Ao passo em que vai tomando contato com o conteúdo teórico científico relacionado à hanseníase.</p> <p>Apresentar um conteúdo científico contextualizado utilizando álbum seriado com fotos ilustrativas, coloridas e com linguagem simples e clara para que os adolescentes possam aprofundar a compreensão sobre a doença e sua forma de transmissão.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>

<p style="text-align: center;"><b>REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA</b></p> <p>Constituiu uma análise crítica entre os conhecimentos construídos com base no saber empírico e o que foi fortalecido, ou foi modificado em diálogo com o saber científico sobre a temática.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adolescentes novamente reveem suas respostas para as questões geradoras (O que é hanseníase para você?)</li> <li>2. Como se pega hanseníase? (Refletindo sobre o conteúdo das discussões anteriores)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Roda de conversa → o animador poderá escrever em tarjetas , os tópicos discutidos no círculo: saber empírico x científico (de acordo com a fala dos adolescentes). Dividir o grupo em dois e pedir para pontuarem o que foi modificado na evolução das discussões.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>
<p style="text-align: center;"><b>ELABORAÇÃO COLETIVA DAS RESPOSTAS:</b></p> <p>Para elaboração coletiva das respostas serão retomadas as questões geradoras deste Círculo: O que hanseníase para vocês? Como se pega hanseníase? Agora com a preocupação de fazer uma resposta coletiva</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Anotam-se as respostas dos adolescentes sobre as questões norteadoras do círculo. Todas as tarjetas têm a mesma cor e são em formato que permitem o encaixe formando uma única figura. A figura terá uma parte em branco no seu interior. O centro da figura, que está em branco, será preenchido com a resposta do grupo às questões norteadoras deste círculo. Dessa forma, pretende-se propiciar uma visualização de que nenhuma informação foi perdida, compondo um "todo repleto de significados".</p>

<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE</b></p> <p>Será realizado um compilado das ideias e pensamentos que emergirem do grupo, apresentadas como fundamentos apreendidos, que consideraram significativos na construção do conhecimento coletivo durante o Círculo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Os adolescentes serão convidados a escrever em um pequeno pedaço de papel as ideias ou pensamentos que emergiram durante o grupo, depois esses pedaços serão colados em um cartaz como forma de síntese do apreendido no dia.</p>
<p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO:</b></p> <p>a etapa da avaliação é fundamentada no auto avaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos Círculos.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Usar imagens de símbolos curtir, não curtir para eles fazerem a sua avaliação Curti e Não curtir</p> <p></p> <p>Neste momento também será requerido que eles avaliem como perceberam a sua participação na construção do conhecimento no Círculo de Cultura que foi desenvolvido e se a experiência contribuiu para seu aprendizado. Cada participante do Círculo será estimulado a falar sobre sua experiência, explicitando como se sente e o que destaca em sua aprendizagem e se tem sugestão para modificar algo que não avaliou satisfatoriamente. Tudo será realizado de tal modo que todos possam falar.</p> <p>Nesse momento...os flip Charts das produções do grupo serão expostos para que todos possam ver o que produziram. E serão registradas as avaliações negativas para que sejam repensadas para os próximos círculos.</p>

## 2º CÍRCULO DE CULTURA

### “INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM ESCOLARES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE”

2º CÍRCULO - CARACTERÍSTICAS (SINAIS E SINTOMAS DA HANSENÍASE) E FORMAS DE DIAGNÓSTICO	
ESTRATÉGIA – TEMÁTICA	IMPLEMENTAÇÃO
<p><b>SENSIBILIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO GRUPO –</b></p> <p>Dinâmica para motivar e estimular a comunicação entre os participantes</p>	<p><b>1ª DINÂMICA:</b> Dividir o grupo em duplas. Cada um vai olhar detalhadamente para o outro e depois relatar para o grupo o que conseguiu ver no outro num período de 5 minutos. Com isto pode-se estimulá-los a prestar atenção em certas características de quem está com hanseníase.</p>
<p><b>PROBLEMATIZAÇÃO:</b></p> <p>Nesta etapa foram apresentadas as seguintes questões geradoras:</p> <p>Quais os sinais e sintomas da hanseníase? Como a mesma pode ser diagnosticada?</p> <p>Na etapa de problematização o adolescente é estimulando a relatar conhecimentos, dúvidas e inquietações.</p>	<p><b>DINÂMICA</b></p> <p>Os adolescentes serão convidados a rever as questões norteadoras e fazer suas respostas em forma de desenhos. Os desenhos serão colocados na parede e os adolescentes vão explicar suas respostas.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>

<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b></p> <p>Quais os sinais e sintomas da hanseníase? Como a mesma pode ser diagnosticada?</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Na fundamentação teórica será necessário que os educadores em saúde / animadores dos Círculos apresentem um conteúdo científico contextualizado com a realidade dos adolescentes, utilizando uma linguagem simples e clara, de modo a aprofundar os conhecimentos sobre as características e diagnóstico da hanseníase. Será usado um álbum seriado com cartazes e cartilhas com imagens que possam rodar nas mãos dos adolescentes. Será demonstrado como fazer os testes de sensibilidade das manchas de casos suspeitos.</p>
<p style="text-align: center;"><b>REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA:</b></p> <p>Adolescentes novamente reveem suas respostas para as questões geradoras. Refletindo sobre o conteúdo das discussões anteriores a esta etapa do 2º círculo: Quais os sinais e sintomas da hanseníase? Como a mesma pode ser diagnosticada?</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Roda de conversa → o animador poderá escrever em tarjetas , os tópicos discutidos no círculo: saber empírico x científico (de acordo com a fala dos adolescentes). Dividir o grupo em dois e pedir para pontuarem o que foi modificado na evolução das discussões.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>

<p><b>ELABORAÇÃO COLETIVA DAS RESPOSTAS:</b> Para elaboração coletiva das respostas será retomada as questões disparadoras deste Círculo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Anotam-se as respostas dos adolescentes sobre as questões norteadoras do círculo. Todas as tarjetas têm a mesma cor e são em formato que permitem o encaixe formando uma única figura. A figura terá uma parte em branco no seu interior. O centro da figura, que está em branco, será preenchido com a resposta do grupo às questões norteadoras deste círculo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE</b></p> <p>Será realizado um compilado das ideias e pensamentos que emergirem do grupo, apresentadas como fundamentos apreendidos, que consideraram significativos na construção do conhecimento coletivo durante o Círculo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Os adolescentes serão convidados a escrever em um pequeno pedaço de papel as ideias ou pensamentos que emergiram durante o grupo, depois esses pedaços serão colados em um cartaz como forma de síntese do apreendido no dia.</p>

**AVALIAÇÃO:**

a etapa da avaliação é fundamentada no auto avaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos Círculos.

**ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA**

Será requerido que eles avaliem como a metodologia de ensino (o Círculo de Cultura) foi desenvolvida, inicialmente poderá ser usado emogis, que deverão ser selecionados por ter uma identificação com os seus sentimentos no momento.



Em sequência será solicitado para comentar o que contribuiu ou não para seu aprendizado. Em uma composição de 4 ou 5 adolescentes por grupo será estimulado a expressar sua opinião sobre a experiência, explicando o que sentiu e o que figura será formada com as tarjar produzidas pelo grupo.

Nesse momento...os flipcharts das produções do grupo serão expostos para que todos possam ver o que produziram. E serão registradas as avaliações negativas para que sejam repensadas para os próximos círculos.

### 3º CÍRCULO DE CULTURA

#### “INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM ESCOLARES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE”

3º CÍRCULO - TRATAMENTO DA HANSENÍASE	
<p style="text-align: center;"><b>SENSIBILIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO GRUPO –</b></p> <p>Dinâmica para motivar e estimular a comunicação entre os participantes</p>	<p style="text-align: center;"><b>DINÂMICA</b></p> <p><b>Dinâmica do Barbante</b> para animar o grupo / quebrar o ritmo. 2. Mostrar a importância de persistir e não desistir diante dos problemas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROBLEMATIZAÇÃO:</b></p> <p>A Hanseníase tem cura? Existe tratamento para a Hanseníase? Como pode ser tratada?</p> <p>Na etapa de problematização o adolescente é estimulando a relatar conhecimentos, dúvidas e inquietações.</p>	<p style="text-align: center;"><b>DINÂMICA</b></p> <p>Dramatização a partir de um caso, com a história de João com Hanseníase. Os adolescentes são convidados a escrever juntos a história desde o diagnóstico até a busca pelo tratamento. Quais os caminhos a seguir na história? As respostas vão depender das discussões de possibilidades pelo grupo. Através das perguntas geradoras, as respostas vão surgindo. As principais perguntas e respostas são anotadas em tarjetas.</p>

<p><b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b></p>	<p><b>ESTRATÉGIA – DISCUSSÃO DIALOGADA</b></p> <p>Utilizar álbum seriado para explicar sobre o tratamento da doença. Usar álbum seriado e apresentar cartelas de medicação diferenciando o esquema paucibacilar e multibacilar para o tratamento infantil e adulto. Destacar as doses supervisionadas, que ficam na parte superior da cartela e devem ser administradas na presença do enfermeiro e as de uso contínuo em casa.</p>
<p><b>REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA:</b></p> <p>Adolescentes novamente reveem suas respostas para as questões disparadoras. Refletindo sobre o conteúdo das discussões anteriores no 3º círculo</p>	<p><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Anota-se as respostas individuais em tarjetas brancas e fixa-se em um quadro. As tarjetas brancas terão um formato que permite encaixar com as próximas tarjetas preenchidas nas próximas etapas.</p> <p>Para subsidiar a reflexão teórico-prática os alunos devem se dividir em grupos para participar de um jogo de tabuleiro que consiste de uma cartela de comprimido em tamanho aumentado feita de emborrachado produzida pelas facilitadoras colocada no chão. Os adolescentes vão lançar dados e responder perguntas. Quem responder corretamente irá avançando até chegar no último comprimido. As perguntas abordarão o tratamento da hanseníase.</p>

<p style="text-align: center;"><b>ELABORAÇÃO COLETIVA DAS RESPOSTAS:</b></p> <p>Para elaboração coletiva das respostas será retomada as questões geradoras deste Círculo:  A Hanseníase tem cura?  Como pode ser tratada?</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Roda de Conversa com o grupo e os animadores que colocarão no quadro algumas tarjetas de cores diferentes com perguntas e respostas erradas para o grupo identificar o erro e colocar do lado a forma correta.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE</b></p> <p>Será realizado um compilado das ideias e pensamentos que emergirem do grupo, apresentadas como fundamentos apreendidos, que consideraram significativos na construção do conhecimento coletivo durante o Círculo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Dividir a turma em grupos e solicitar que cada grupo pontue em uma cartolina as ideias do dia, depois os grupos se juntam para verificar as respostas e colocam todas em um único cartaz circulando as ideias que foram repetidas e que construirão a reunião do pensamento do grupo sobre a temática do círculo.</p>

**AVALIAÇÃO:**

a etapa da avaliação é fundamentada na auto avaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos Círculos.

**EXPOSIÇÃO DIALOGADA**

Elaborar um quadro com emoticons que demonstrem totalmente satisfeito, médio e não satisfeito. Pedir que eles marquem a que melhor representa seu estado de espírito na autoavaliação.

Sugere-se que escrevam no quadro → Que bom! O que consideraram positivo

No quadro: Que tal? Eles escrevem o que não gostaram e que poderia mudar.

Nesse momento...os flip Charts das produções do grupo serão expostos para que todos possam ver o que produziram. E serão registradas as avaliações negativas para que sejam repensadas para os próximos círculos.

#### 4º CÍRCULO DE CULTURA

### “INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM ESCOLARES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE”

<b>4º CÍRCULO - ESTIGMA, PRECONCEITO E SAÚDE MENTAL RELACIONADO A HANSENÍASE:</b>	
<p style="text-align: center;"><b>SENSIBILIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO GRUPO</b></p> <p>Dinâmica para motivar e estimular a comunicação entre os participantes</p>	<p><b>1ª Dinâmica: Dinâmica das Tarjetas na testa</b></p> <p>Cada aluno recebe uma folha de papel e um lápis, em seguida é perguntando: O que você quer que o seu amigo, que está ao seu lado direito faça?</p> <p>Eles devem responder o questionamento e assinar o nome. Depois que todos entregarem as folhas, os facilitadores pedem para cada pessoa realizar aquilo que havia solicitado para o amigo do seu lado e finaliza-se explicando o sentido da dinâmica: o que eu não quero para mim, eu não faço para os outros.</p>
<p><b>PROBLEMATIZAÇÃO:</b></p> <p>Quais as causas dos preconceitos sobre hanseníase ainda estarem presentes na sociedade? Quais os prejuízos gerados pelo preconceito social para a saúde física e mental de indivíduos com diagnóstico de hanseníase?</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Distribuir recorte de frase preconceituosas com os portadores de hanseníase e pedir para o adolescente dar sua opinião diante do exposto.</p> <p>Nesse momento... um grupo de monitores vai anotar impressões e contribuições num flip chart, para ser utilizado em discussões posteriores.</p>

<p><b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b></p> <p>Quais as causas de preconceitos sobre hanseníase ainda estarem presentes na sociedade? Quais os prejuízos gerados pelo preconceito social para a saúde física e mental de indivíduos com diagnóstico de hanseníase?</p>	<p><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Vídeo Série - Herdeiros do Preconceito – Parte 2, que retrata na fala de antigos pacientes a realidade de isolamento e preconceito social marcada pelo internamento compulsórios na Colônia da Mirueira, em Jardim Paulista - PE.</p>
<p><b>REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA:</b></p> <p>Constitui uma análise crítica entre os conhecimentos construídos. Adolescentes novamente reveem suas respostas para as questões disparadoras.</p>	<p><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Reflexão relacionada às frases preconceituosas. Os adolescentes são convidados a reescrevê-las numa perspectiva de ajuda e acolhimento. Anota-se as respostas individuais em tarjetas e fixa-se em um quadro.</p>

<p style="text-align: center;"><b>ELABORAÇÃO COLETIVA DAS RESPOSTAS:</b></p> <p>Para elaboração coletiva das respostas será retomada as questões geradoras deste Círculo: Quais as causas de os preconceitos sobre hanseníase ainda estarem presentes na sociedade? Quais os prejuízos gerados pelo preconceito social para a saúde física e mental de indivíduos com diagnóstico de hanseníase?</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>As tarjetas produzidas individualmente serão redistribuídas para adolescentes que estão separados em grupos e estes elaborarão uma resposta em conjunto, a respeito das questões geradoras do círculo de cultura.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE</b></p> <p>Será realizado um compilado das ideias e pensamentos que emergirem do grupo, apresentadas como fundamentos apreendidos, que consideraram significativos na construção do conhecimento coletivo durante o Círculo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Em seguida forma-se um único grupo e haverá uma apresentação de todas as respostas dos grupos menores. Todas as respostas produzidas são colocadas em conjunto em um quadro. Circula-se as semelhanças e constrói-se uma única resposta do grupo. Dessa forma pretende-se deixar claro que nada se perdeu de informação, tudo formou um "todo significativo".</p> <p>O grupo será convidado a construir uma encenação ou fazer uma paródia sobre o conhecimento que foi construído nesse círculo.</p> <p>O grupo de facilitadores irá anotar as potencialidades dos adolescentes e identificar adolescentes de acordo com o interesse e habilidades comuns para atuarem como multiplicadores de saúde. Cada participante do grupo deve ter uma tendência maior para determinada ação. Desta forma eles podem ser agrupados de acordo com o interesse e habilidades comuns e montar a estratégia que melhor se adapte ao grupo.</p>

**AVALIAÇÃO:**

a etapa da avaliação é fundamentada no auto avaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos Círculos.

**EXPOSIÇÃO DIALOGADA**

Será requerido que eles avaliem como a metodologia de ensino (o Círculo de Cultura) foi desenvolvido e qual a contribuiu para seu aprendizado. As figuras formadas podem servir de base para que falem do que aprendeu de importante, o que mais gostou, o que menos gostou, etc.

Cada participante colocar suas impressões do que foi positivo e negativo. Dar sugestões para resolver os pontos negativos.

Nesse momento...os flip Charts das produções do grupo serão expostos para que todos possam ver o que produziram. E serão registradas as avaliações negativas para que sejam repensadas para os próximos círculos.

Concluir atividades com uma dança circular para descontrair e estimular a integração do grupo.

## 5º CÍRCULO DE CULTURA

### “INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM ESCOLARES NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE”

#### 5º CÍRCULO - ADOLESCENTE COMO MULTIPLICADOR DE SAÚDE EM HANSENÍASE

O objetivo é promover reflexão sobre o papel da escola como ambiente propiciador de oportunidades para o desenvolvimento do protagonismo juvenil E despertar nos estudantes o interesse pela participação ativa na comunidade escolar como agente de mudança, especialmente na prevenção da hanseníase.

#### SENSIBILIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO GRUPO

Dinâmica para motivar e estimular a comunicação entre os participantes

**Dinâmica:** dividir os adolescentes em dois grupos. Um grupo vai desenhar um corpo em conjunto. O outro grupo será instruído a desenhar cada parte do corpo individualmente e depois irão juntá-las. Moral da história: trabalho em equipe tem melhores resultados.

<p style="text-align: center;"><b>PROBLEMATIZAÇÃO:</b></p> <p>O que eu posso fazer? O que nós podemos fazer para propagar os conhecimentos sobre hanseníase?</p> <p>Como eu sou capaz de ajudar? Como nós somos capazes de ajudar a enfrentar o preconceito e despertar sobre a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento da doença?</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Neste momento serão discutidas as crenças salientes e normas subjetivas / barreiras percebidas / Intenções comportamentais - -- dados da Teoria do Comportamento Planejado ( que foram obtidos nas entrevistas individuais ) que ajudarão a compreender as melhores estratégias para desenvolver intenções preventivas entre os adolescentes participantes dos círculos.</p> <p>Levanta-se: quais as sugestões para apreender e organizar os conhecimentos relatados pelos adolescentes neste momento do Círculo?</p>
<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b></p> <p>Trabalhar conceitos e fundamentos do protagonismo juvenil, a sua importância e viabilização.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Apresentar experiências do grupo de pesquisa UFPE e UPE. Relatar atividades e trazer outros adolescentes para falar de experiências como multiplicadores de saúde.</p> <p>Espalhar cinco folhas de papel ofício pelo chão e escrever um nome de uma atividade lúdica: teatro, dança, música, desenho e fantoche, sendo solicitado que se agrupem considerando suas habilidades.</p> <p>Serão discutidas as técnicas de educação para a saúde – com ênfase na importância da orientação para a saúde com ética e solidariedade.</p>

<p><b>REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Montar um roteiro do passo a passo das ações que os adolescentes irão desenvolver, de acordo com a estratégia selecionada por eles... teatro, rap, mamulengo, repente, paródia etc.          Construção coletiva de uma atividade de culminância sobre a hanseníase na escola. Com construção (por eles mesmos) de materiais didáticos e apresentação para o grupo escolar e apresentação em associação de moradores e posto de saúde / PSF etc.</p>
<p><b>ELABORAÇÃO COLETIVA DAS RESPOSTAS:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Os monitores usarão um portfólio de todas as atividades de todos os círculos de cultura com fotos e filmagens e apresenta-se para o grupo.</p> <p>Ao final faz-se uma grande discussão do que foi aprendido, das experiências mais importantes, das mais difíceis, das mais divertidas, e do que ficou de lição diante das experiências vividas.</p> <p>Então apresenta-se a proposta da estratégia de culminância, com descrição de objetivos e os passos para sua execução.</p> <p>Relacionar com crenças comportamentais, crenças normativas e de poder da Teoria do Comportamento Planejado para a valorização das intenções preventivas.</p>

<p style="text-align: center;"><b>SÍNTESE</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATÉGIA DE CULMINÂNCIA</b></p> <p>Os adolescentes, com o apoio dos monitores, executarão a estratégia de educação em saúde. Na escola com outros adolescentes.</p>
<p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO FINAL:</b></p> <p>a etapa da avaliação é fundamentada no auto avaliação dos adolescentes, quanto a sua participação nos Círculos e na estratégia educativa de culminância .</p>	<p style="text-align: center;"><b>EXPOSIÇÃO DIALOGADA</b></p> <p>Será requerido que eles avaliem como a metodologia de ensino (o Círculo de Cultura) foi desenvolvido e qual a contribuiu para seu aprendizado. As figuras formadas podem servir de base para que falem do que aprendeu de importante, o que mais gostou, o que menos gostou, etc.</p> <p>Numa roda de conversa, exibem-se todas as imagens formadas em todos os círculos e pede que eles leiam e critiquem sobre como foi a sua participação. O que foi bom e o que pode melhorar. Cada adolescente fala um pouco de todos os ciclos (como um resumo) e qual a importância para ele, de ser um multiplicador de saúde.</p>

## ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

COMPLEXO HOSPITALAR  
HUOC/PROCAPE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CÍRCULOS DE CULTURA: PROMOVEDO INTENÇÕES PREVENTIVAS EM HANSENIASE COM ADOLESCENTES ESCOLARES

**Pesquisador:** MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 76747317.7.0000.5192

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.316.124

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com temática que discute sobre a hanseníase é uma doença infecciosa, categorizada no grupo das doenças negligenciadas, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, considerada endêmica em população que apresenta precárias

condições de vida. O Brasil é responsável por 90% dos casos da doença no continente americano. Crianças e adolescentes pertencem a grupos vulneráveis e a ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos é relevante indicador da magnitude da doença. A ocorrência da doença nessa faixa etária indica a precocidade da exposição e a persistência dos circuitos de transmissão. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o conhecimento produzido em relação às doenças negligenciadas, incluindo a hanseníase, ainda não foi revertido em avanços terapêuticos e os programas brasileiros foram considerados insuficientes para atingir objetivos do milênio. O estudo será conduzido tendo por base a seguinte questão norteadora: uma intervenção educativa em saúde, embasada na abordagem de Círculo de Cultura com adolescentes escolares, promove incremento nas intenções preventivas relativas à hanseníase? Pesquisa de modelo misto,

a ser realizada em três etapas, que articula enfoques quantitativo e qualitativo. A primeira etapa será realizada com o objetivo de elaborar e validar um instrumento de coleta de dados sobre

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310  
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)3184-1271 Fax: (81)3184-1271 E-mail: cep\_huoc.procape@upe.br

## COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE



Continuação do Protocolo: 2.318.124

crenças salientes e intenções preventivas em relação à hanseníase, tendo por base a Teoria do Comportamento Planejado. Na segunda será realizado um estudo tipo survey, com amostra de 356 adolescentes escolares residentes em regiões

de maior prevalência de hanseníase no Recife, no qual será aplicado o instrumento validado na etapa anterior, com o objetivo de levantar as crenças comportamentais, normativas e de controle que se apresentam salientes entre os adolescentes. A terceira será a pesquisa-ação com planejamento, aplicação e avaliação da estratégia educativa dos Circulos de Cultura, com o objetivo de conhecer as crenças salientes na formação das intenções

comportamentais preventivas em Hanseníase. Espera-se que a intervenção educativa possa apresentar resultados que comprovem a elevação das intenções preventivas entre os participantes, contribuindo para a percepção de risco de adoecer, para o diagnóstico precoce e para a redução das fontes de infecção que interferem na produção de novos casos. Espera-se também favorecer o protagonismo juvenil para o maior engajamento em

ações que modifiquem as relações e práticas de saúde. Os resultados do estudo poderão contribuir para a compreensão da relação entre a estratégia educativa crítico-reflexiva de Educação Popular (Circulo de Cultura) com os conhecimentos da Psicologia Cognitiva (Teoria de Comportamento Planejado) a fim de promover intenções preventivas com adolescentes e também valorizar ações educativas que promovam o fortalecimento do Programa Saúde na Escola, através dos Circulos de cultura, no enfrentamento aos elevados índices de hanseníase no Estado de Pernambuco.

### Objetivo da Pesquisa:

#### Objetivo Primário:

Analisar o processo de formação de intenções relativas a prevenção da hanseníase por adolescentes que vivenciam ações educativas em saúde, mediante Circulos de Cultura.

#### Objetivo Secundário:

Construir e validar um instrumento para levantamento das crenças comportamentais, normativas e de controle para a formação de intenções comportamentais; Descrever o perfil de adolescentes que residem em áreas de risco para Hanseníase, quanto às crenças comportamentais, normativas e de controle relativas à doença; Avaliar os fatores demográficos, ambientais e hábitos de higiene dos adolescentes que residem em

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310  
 Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)3184-1271 Fax: (81)3184-1271 E-mail: cep\_huoc.procape@upa.br

## COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 2.218.124

áreas de risco para hanseníase da cidade do Recife; Delinear as crenças salientes modais

identificáveis entre os adolescentes escolares residentes em áreas de risco para hanseníase; Elaborar planejamento participativo, a partir da identificação dos temas geradores dos Círculos de Cultura, como estratégia educativa para a prevenção da hanseníase com adolescentes escolares; Realizar Círculos de Cultura com adolescentes escolares para a prevenção da Hanseníase; Correlacionar os preditores de intenções preventivas da hanseníase, entre os adolescentes, a partir do levantamento de crenças salientes modais, antes e após a realização dos Círculos de Cultura. Discutir o modo como as estratégias educativas em saúde podem contribuir para a transformação de crenças salientes que constituem preditores de intenções preventivas em hanseníase.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### Riscos:

Os riscos referem-se ao temor de ter suas informações pessoais divulgadas indevidamente, bem como o desgaste físico em responder o instrumento de avaliação. Para minimizar os riscos, a pesquisadora assegura a confidencialidade por meio de instrumento devidamente

assinado. Do mesmo modo, foi elaborado um questionário em que não há utilização de dados pessoais, apenas profissionais e que estejam disponíveis em plataforma lattes, de domínio público. Quanto ao desgaste físico, foi elaborado um instrumento com questões que permitem a leitura rápida e a sua conclusão num tempo máximo de 15 minutos. Está assegurada a desistência de participação em qualquer momento, com ocultação de qualquer informação do desistente. **Riscos: Adolescentes:** Os riscos referem-se ao fato da pesquisa poder acarretar cansaço mental, constrangimento e ansiedade, pela utilização dos recursos de gravação, fotos e filmagens para a coleta de dados. Também o temor em ter o sigilo de ter suas informações pessoais divulgadas indevidamente, seu desgaste em responder o instrumento de avaliação e prejuízos por retirar o adolescente de suas atividades escolares em momento inoportuno. Para minimizar os riscos, a pesquisadora assegura a confidencialidade por meio

de instrumento devidamente assinado. A pesquisadora assegura que o seu nome assim como todos os dados que o identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo. Para isso, serão utilizados códigos para identificação das falas, garantindo-lhe o anonimato. As entrevistas serão gravadas em aparelho eletrônico de captação de voz (gravador digital de voz), assim como as filmagens ficarão

arquivadas no computador da pesquisadora responsável, durante um prazo de cinco anos, podendo ser apagadas depois desse período. Assegura que o questionário não há identificação de dados pessoais como o nome ou endereço. Quanto ao desgaste físico, foi elaborado um

Endereço: Rua Amâncio Marques, 310	CEP: 50.100-130
Bairro: Santo Amaro	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)3184-1271	Fax: (81)3184-1271
E-mail: cep_huoc.procape@upe.br	

COMPLEXO HOSPITALAR  
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 2.316.124

Instrumento com questões que permitem a leitura rápida e a sua conclusão num tempo máximo de 15 minutos. Será assegurado que o adolescente só participará de atividades que sejam realizadas fora dos horários estabelecidos para as aulas. Está assegurada a desistência de participação em qualquer momento, com ocultação de qualquer informação do desistente.

**Benefícios:**

Contribuição para a compreensão da relação entre a estratégia educativa crítico-reflexiva da Educação Popular (Círculo de Cultura) e os conhecimentos de Psicologia Cognitiva (Teoria de Comportamento Planejado) como forma de promover intenções preventivas de adolescentes em relação à hanseníase. Valorização do Protagonismo, engajamento e comprometimento do adolescente com as ações de transformação de novas relações e práticas de saúde, modificando atitudes, normas subjetivas e percepções de controle comportamental que constituem a base das intenções e consequentemente do comportamento preventivo destes sujeitos. Viabilização de ações que promovam a articulação da Estratégia de

Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola, num processo interativo de ação educativa, através dos Círculos de cultura, para auxiliar no enfrentamento aos elevados índices de hanseníase no Estado de Pernambuco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado de conformidade com as Resoluções 466/12, do CNS-MD, não havendo nenhum impedimento ético para realização do mesmo, devendo o pesquisador enviar relatório parcial, caso no decorrer da pesquisa venha a serem demonstrados fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento; e um relatório final a ser apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310  
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (01)3184-1271 Fax: (01)3184-1271 E-mail: cep\_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR  
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 2.316.124

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado de conformidade com as Resoluções 466/12, do CNS-MS, não havendo nenhum impedimento ético para realização do mesmo, devendo o pesquisador enviar relatório parcial, caso no decorrer da pesquisa venha a serem demonstrados fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento; e um relatório final a ser apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_983389.pdf	05/10/2017 10:28:49		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendedictejuizes.docx	05/10/2017 10:28:15	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.docx	04/10/2017 17:37:35	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendiceetcleadolescentesimalores.docx	04/10/2017 17:37:00	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	04/10/2017 17:32:23	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	12/09/2017 11:51:05	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	CARTADOUT.docx	28/08/2017 11:10:13	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/08/2017 05:23:33	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	termosodeimagem.docx	23/08/2017 05:19:47	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	apendiceJusodeimagem.docx	23/08/2017 05:17:49	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	apendiceentrevista.docx	23/08/2017 05:16:55	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	apendiceHroteiroobservacao.docx	23/08/2017 05:16:04	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	apendiceCperfiljuizes.docx	23/08/2017 05:15:10	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito

Endereço: Rua Amâncio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep\_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR  
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 2.216.124

Outros	apendiceBcartaparajulzes.docx	23/08/2017 05:14:16	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	apendiceAInstrumentoparajulzes.docx	23/08/2017 05:11:34	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	curriculumestela.docx	23/08/2017 05:11:11	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	curriculumlucia.docx	23/08/2017 05:10:30	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	23/08/2017 05:09:59	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/08/2017 05:03:51	MARIA LÚCIA NETO DE MENEZES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:  
**RAGUEL ROFFÉ**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Amálio Marques, 310  
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (01)2184-1271 Fax: (01)2184-1271 E-mail: cnp\_huoc.procape@upe.br