

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ÂNGELA NASCIMENTO OLIVEIRA
GILDETE MARIA ARAÚJO COSTA
LAODICÉIA RODRIGUES LIMA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS (ENFERMEIROS E
MÉDICOS) DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA**

São Luís
2010

**ÂNGELA NASCIMENTO OLIVEIRA
GILDETE MARIA ARAÚJO COSTA
LAODICÉIA RODRIGUES LIMA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS (ENFERMEIROS E
MÉDICOS) DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2010

Oliveira, Ângela Nascimento.

Conhecimentos e práticas dos profissionais (médicos e enfermeiros) das equipes de saúde da família sobre Hanseníase no município de Santa Inês - MA. Ângela Nascimento Oliveira; Gildete Maria Araújo Costa; Laodicéia Rodrigues Lima. - São Luís, 2010.

41f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Hanseníase. 2. Conhecimentos. 3. Práticas. 3. Estratégia Saúde da Família.

CDU 616-002.73

**ÂNGELA NASCIMENTO OLIVEIRA
GILDETE MARIA ARAÚJO COSTA
LAODICÉIA RODRIGUES LIMA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS (ENFERMEIROS E
MÉDICOS) DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS- MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

À Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Chico Xavier

RESUMO

Abordagem quantitativa descritiva sobre conhecimentos e práticas dos profissionais (enfermeiros e médicos) das equipes de saúde da família sobre Hanseníase no município de Santa Inês – MA . A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica que se manifesta principalmente por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O tratamento deve ser oferecido em todas as Unidades Básicas de Saúde. O presente estudo foi idealizado com o objetivo de avaliar o conhecimento e as práticas dos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família sobre Hanseníase. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário constituído de perguntas abertas e fechadas para 34 profissionais (médicos e enfermeiros). Na aplicação do questionário identifica-se o perfil sócio-demográfico dos profissionais, bem como a qualificação em hanseníase descrevendo o conhecimento sobre a doença e a sua atuação em ações de prevenção e cura da mesma. Os resultados mostram que a maioria dos profissionais fez treinamento no município porém observou-se equívocos sobre o conhecimento e manejo da doença por alguns destes ,bem como a ausência de realizações de ações de prevenção e cura em algumas equipes de saúde da família.

Palavras-chave: Hanseníase. Conhecimentos. Práticas. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Descriptive quantitative approach on knowledge and practices of professionals (nurses and physicians) of family health teams on Leprosy in Santa Inês - MA. Leprosy is an infectious disease of chronic evolution that manifests mainly by skin lesions with decreased sensitivity to heat pain and tactile. Treatment should be offered in all Basic Health Units. The present study was designed to evaluate knowledge and practices of the top level of the Family Health Program on Leprosy. To collect data we used a questionnaire consisting of open and closed questions to 34 professionals (doctors and nurses). In applying the questionnaire identifies the socio-demographic profile of the professionals as well as the classification of leprosy describing the knowledge about the disease and its role in prevention and cure it. The results show that most professionals had training in the city but there was confusion about the knowledge and management of the disease by some of these, as well as the lack of achievements in prevention and cure in some family health teams.

Key-words: Leprosy. Knowledge. Practices. Family Health Strategy

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de treinamento sobre Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.....	22
Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o local de realização do treinamento sobre Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.	22
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o tempo de participação no último treinamento oferecido pelo município. Santa Inês-MA. 2009.....	23
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o exame utilizado para classificação do grau de incapacidade física. Santa Inês-MA. 2009.....	24
Gráfico 5 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a sensibilidade mais precocemente alterada. Santa Inês-MA. 2009.....	25
Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a poliquimioterapia utilizada no tratamento da Hanseníase Multibacilar. Santa Inês-MA. 2009.....	25
Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a poliquimioterapia utilizada no tratamento da Hanseníase Pauibacilar. Santa Inês-MA. 2009.....	27
Gráfico 8 - Distribuição Percentual dos 34 profissionais de acordo com o o critério de alta por cura da Hanseníase Multibacilar. Santa Inês-MA. 2009.....	27
Gráfico 9 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com resultado negativo da baciloscopia. Santa Inês-MA. 2009.....	28
Gráfico 10 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a contra-indicação do tratamento PQT no caso de gravidez e aleitamento materno. Santa Inês-MA. 2009.....	29

Gráfico 11 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a ocorrência de reações hansênicas nos casos MB. Santa Inês-MA. 2009.....	30
Gráfico 12 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o abandono do tratamento da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.....	31
Gráfico 13 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de ações para adesão ao tratamento da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.....	32
Gráfico 14 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de ações de prevenção da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICES.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Tais manifestações são resultantes da predileção do *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), agente causador da doença de Hansen, em acometer células cutâneas e nervosas periféricas. Foi o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, notável pesquisador sobre o tema, que identificou, em 1873, este bacilo como o causador da lepra, a qual teve seu nome trocado para Hanseníase em homenagem ao seu descobridor (FOSS, 1999; GOMES, 2000).

Segundo Talhari; Neves (1997) durante as reações (surto reacionais), vários órgãos podem ser acometidos, tais como: olhos, rins, supra-renais, testículos, fígado e baço. Por sua vez, Aquino et. al. (2003) conceituam a Hanseníase como uma “doença infecto-contagiosa crônica e curável causada pelo bacilo de Hansen, que apresenta alta infectividade, mas baixa patogenicidade, sendo seu poder imunogênio responsável pelo seu alto potencial incapacitante da doença”.

Por outro lado, os autores Lockwood (2002); Brasil (2002); Bernardi; Machado (2004) consideram que, apesar de ser uma doença infecciosa, suas características neurodegenerativas constituem o elemento progressivo que leva à incapacidade física e a estigmas de longo prazo da doença. Além das lesões cutâneas com diminuição ou ausência de sensibilidade, os nervos periféricos são afetados, especialmente em mãos, pés e olhos. A evolução da hanseníase depende do grau de imunidade da pessoa infectada, podendo evoluir para a perda de força e sensibilidade pela neurite periférica. A partir disso, surgem deformidades como o “pé caído” e a “mão em garra”, além de cegueira e mutilações, complementam os referidos autores.

Para o Ministério da Saúde, o “comprometimento dos nervos periféricos” é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para “provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades”. O mesmo autor justifica que estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como “diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença” (BRASIL, 2002).

As lesões mais comuns são:

- Manchas pigmentares ou discrômicas: resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele.
- Placa: é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de placas.
- Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite. Resulta da presença de infiltrado celular na derme, às vezes com edema e vasodilatação.
- Tubérculo: designação em desuso. Significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz.
- Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É processo patológico que se localiza na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível (BRASIL, 2002).

Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas (BRASIL, 2002).

Definida pelo Ministério da Saúde como uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, a Hanseníase acomete principalmente, a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica comprometendo as articulações, olhos, mãos, pés, testículos, gânglios e outros órgãos (BRASIL, 2003).

Embora o bacilo tenha a capacidade de infectar grande número de indivíduos, poucos adoecem devido à sua patogenicidade, propriedade esta que não é função apenas de suas características intrínsecas, mas que depende, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e do grau de endemicidade do meio (TALHARE et al., 1997; SAMPAIO et al., 1998; OPROMOLLA, 2000). Segundo Sampaio et al (1998); Opromolla (2000) o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão de doenças, embora ainda existam grandes lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados especialmente aqueles relacionados ao ambiente social

Considerada doença polimorfa, a expressão de suas manifestações clínicas reflete a relação entre o hospedeiro e o parasita. Nos indivíduos que adoecem, de acordo com a resposta imunológica específico ao bacilo, a infecção evolui de diversas maneiras. Essa resposta imune constitui um espectro que expressa às diferentes formas clínicas (SOUZA, 1997). As formas clínicas da Hanseníase são referenciadas por Leão (1997) como: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e

Virchowiana, sendo que a forma indeterminada é o quadro pólo da doença, seu estado inicial, se não for tratada, pode evoluir para outras formas.

Sobre a **Hanseníase Indeterminada (HI)**, Margarida; Tedesco; Riviti (2002) a consideram como a forma inicial da doença, caracterizando-se pela presença de manchas hipocrômicas, com limites imprecisos. Podem ocorrer casos de alterações de sensibilidade, sem necessariamente, ocorrer casos de alteração de cor. A tendência natural é evoluir para um dos pólos, mas pode permanecer como indeterminada ou curar-se espontaneamente. Geralmente, nesta fase a baciloscopia é negativa e a doença ainda não é contagiosa. Rodrigues (2002) cita alguns diagnósticos diferenciais: pitíriase versicolor, eczematite, dermatite seborréica, vitiligo dentre outros.

No que se refere à **Hanseníase Tuberculóide (HT)**, Rodrigues (2002) esclarece que a forma indeterminada quando não tratada leva a um quadro de lesões típicas, que se caracterizam por placas (lesões elevadas, salientes) de bordas bem delimitadas, de cor eritematosa. Há comprometimento neurológico (neurites, espessamento do filete nervoso superficial), alteração de motricidade, podendo chegar a lesões ulcerantes profundas. O referido autor diz ainda que, raramente ocorre comprometimento visceral. O exame baciloscópio de linfa da pele e mucosa é negativo e o teste de Mitsuda é positivo.

Com relação à **Hanseníase Dimorfa (HD)**, Brasil (2001) acrescenta que a forma Dimorfa clinicamente oscila entre as manifestações da forma Tuberculóide e as da forma Virchowiana, podendo apresentar:

Lesões de pele bem delimitadas, sem ou com raros bacilos, ao mesmo tempo em que lesões infiltrativas e numa mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e extensa difusa. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são freqüentes dando a esses pacientes, alto risco de desenvolver incapacidades e deformidades físicas. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa com classificação operacional para fins de tratamento multibacilar (MB).

No caso da **Hanseníase Virchowiana (HV)**, Brasil (2003) discorre que as manchas se tornam eritematosas, ferruginosas e infiltradas, as bordas ficam imprecisas, com o tempo surgirão pápulas, nódulos, tubérculos. Essas lesões características são denominadas de hansenomas na face, os pés e as mãos ficam edemaciados.

As regiões palmares perdem a coloração, ficando cianóticas. Nesta forma, é frequente o comprometimento nasal e deformação do nariz. As lesões podem alcançar a boca, faringe e laringe.

A Organização Mundial de Saúde para elaborar programas de controle definiu a classificação em dois grupos:

Hanseníase Paucibacilar (PB) – denominada assim por conter poucos bacilos e é subdividida em: forma indeterminada e, a maioria, dimorfos-tuberculóides, todos com baciloscopia negativa;

Hanseníase Multibacilar (MB) – denominada assim por conter muitos bacilos e é subdividida em: forma dimorfa e dimorfos-virchowianos, todos com baciloscopia positiva.

Atualmente há doentes em todo mundo, sendo que neste aspecto, o Brasil se destaca figurando em segundo lugar em número de casos, seguindo-se à Índia (BRASIL, 2001). A esse respeito, autores como Glatt; Alvin (1995); OMS (1993) descrevem que a Hanseníase é uma enfermidade de importância nacional, “colocando o Brasil em segundo lugar no mundo pelos elevados coeficientes de incidência e prevalência, comprometendo homens e mulheres, acarretando sérios prejuízos de ordem bio-psico-social e econômico”. E a Fundação Nacional de Saúde, (1998) pontua:

Entre os 11 países considerados de maior endemacidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Índia ocupa o 1º e o Brasil, o 2º lugar em números de casos detectados. Em nosso país, os dados de notificação do ano de 1998, em relação à prevalência, classificaram os Estados do Maranhão como o segundo do Brasil e o primeiro da região nordeste, com 16, 13 casos/10000 habitantes.

O compromisso que os países assumiram para eliminar a doença até 2011, foi cumprido por todos, menos pelo o Brasil. O Brasil abandonou o compromisso e defende nova estratégia: O controle. A decisão foi discutida em 2007 e publicada pela Portaria N° 125, de 26 de março de 2009 pelo Ministério da Saúde, onde o indicador utilizado é o de detecção de menos casos em pessoas com menos de 15 anos (BRASIL, 2009).

A decisão gerou mal-estar no cenário internacional e descontentamento entre as Organizações Não Governamentais (ONGs). A coordenadora do Programa Nacional de Controle da Hanseníase no país, Maria Aparecida de Faria Grossi, rebate as críticas e diz que o Brasil tem muito do que se orgulhar. E se pronuncia dizendo:

“Controlar é muito mais do que eliminar. Estamos assumindo a vanguarda não nos preocupamos apenas com números de casos, mas com prevenção, tratamento e reabilitação, argumenta ainda que, quando se trabalha com metas o risco depende do esquema tanto para assistência quanto para a prevenção, quando os números são alcançados”.

De acordo com o Ministério da Saúde, o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno para todos os casos diagnosticados, até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância de contatos domiciliares. Nessa perspectiva, visa-se fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da Hanseníase, organização de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social (BRASIL, 2002).

Oportunamente Eidt (2000) ressalta que esta doença representa, ainda hoje, um grave problema de saúde pública no Brasil, uma vez que, além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem sócio-econômica, ressalta-se a repercussão psicológica ocasionadas pelas sequelas físicas da doença, contribuindo para a diminuição da auto-estima e para a auto-segregação do hanseniano. “Por isso desde a recepção do usuário até a sua alta, o acolhimento, o diálogo e o respeito tornam-se fundamentais na relação do paciente com os profissionais”. O Ministério da Saúde, afirma ainda que deve ser dada toda atenção na capacitação dos profissionais responsáveis por essa atribuição nos diferentes setores da unidade de saúde, de modo a estimular a entrada e a adesão do portador da doença ao acompanhamento do seu tratamento e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009).

Com essa compreensão, a Organização Mundial de Saúde (2003) estima em, aproximadamente, 25% a taxa de pacientes com Hanseníase sofrendo de algum tipo de incapacidade. O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico onde se procede com uma avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Antes, porém, de dar início ao exame, deve-se fazer a anamnese colhendo informações sobre a sua história clínica, ou seja, presença de sinais e sintomas dermatoneurológicos característicos da doença e sua história epidemiológica, ou seja, sobre a sua fonte de infecção. O roteiro de diagnóstico clínico constitui-se de: anamnese, avaliação dermatológica, avaliação neurológica, diagnóstico dos estados reacionais, diagnóstico diferencial e classificação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2002).

A Hanseníase tem tratamento e cura. É dever de toda Unidade Básica de Saúde realizar o tratamento para Hanseníase, seguindo o esquema terapêutico padronizado de acordo com a classificação operacional. Porém, se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode ficar como seqüela permanente no momento da alta. Este dado reforça a importância do tratamento precoce e do início imediato do tratamento adequado para a prevenção das incapacidades físicas que a evolução da doença pode causar. “Por isso é imprescindível que as ações dos profissionais nas unidades sejam seguras, corretas e objetivas” e que estejam integradas a rotina dos serviços. A orientação ao paciente, como exemplo à prática regular de alto cuidado reflete a preocupação do profissional com a qualidade de suas ações (BRASIL, 2009).

Para fins de tratamento as formas indeterminada e tuberculóide são classificadas como paucibacilar (casos com até cinco lesões) e as formas dimorfa e virchowiana como multibacilar (casos com mais de cinco lesões de pele) (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, o tratamento específico da pessoa com Hanseníase indicado pelo Ministério da Saúde é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT, administrada através do esquema-padrão, de acordo com a classificação em Paucibacilar e Multibacilar. Seu acompanhamento tem como objetivo identificar, tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença, a prevenção e, o tratamento das incapacidades físicas, devem ser realizados nas unidades de saúde (BRASIL, 2003).

De acordo o Ministério da Saúde, os critérios de alta por cura são:

Hanseníase Paucibacilar (PB) – o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura;

Hanseníase Multibacilar (MB) – o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento com 12 doses (BRASIL, 2009).

Por ser uma doença estigmatizada pela sociedade, alguns fatores como o preconceito e a falta de conhecimento influencia numa boa relação com os

portadores de Hanseníase, sendo de fundamental importância uma investigação sobre o relacionamento interpessoal. Os profissionais e a população devem compreender que a saúde da comunidade depende das ações oferecidas pelos serviços de saúde e pelo esforço da própria população através de conhecimentos, compreensão, motivação, reflexão e adoção de práticas de saúde (PONTE et al., 2005).

Tendo em vista que a Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de alta incidência e prevalência que acomete pessoas de várias faixas etárias provocando lesões cutâneas, neurológicas e até mesmo incapacidade funcional, justifica-se a realização desta pesquisa com base na realidade do município de Santa Inês – MA, visto que o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros é de fundamental importância para a prevenção e recuperação da saúde dos pacientes portadores de Hanseníase. Além disso ressalta o valor do acolhimento o qual é necessário para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre o paciente e o profissional, pois ações como prevenção, só acontece quando tem a orientação adequada, a participação não somente do portador mas como o engajamento da equipe e família, proporcionando assim a perspectiva positiva do usuário em relação ao seu tratamento, bem como, uma nova atitude e visão sobre a doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento e as práticas dos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família sobre Hanseníase no município de Santa Inês - MA

2.2 Específicos

Traçar o perfil sócio-demográfico dos profissionais médicos e enfermeiros;

Identificar a qualificação em Hanseníase desses profissionais;

Descrever o conhecimento destes profissionais sobre Hanseníase;

Verificar a atuação desses profissionais em ações de prevenção e cura da Hanseníase.

3 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo prospectivo, quantitativo de natureza descritiva.

- **Local de estudo**

A pesquisa foi realizada em 19 Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Inês – MA, sendo 2 Unidades com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 17 com Estratégia Saúde da Família (ESF), destas UBS, 4 são da zona rural. As Unidades estão localizadas nos bairros da cidade e povoados da zona rural. As Equipes de Saúde da Família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O município de Santa Inês está localizado no oeste maranhense a 243 km da capital do Estado, com aproximadamente 85.701 [habitantes](#) (IBGE, 2009). Beneficiado pela passagem da [BR-222](#), BR-316 e da [Estrada de Ferro Carajás](#), o município de Santa Inês é atualmente um dos mais importantes do Estado do Maranhão, tanto pela força de seu comércio e de sua agricultura, como pela instalação, em seu território, de um distrito industrial que abriu largas perspectivas para seu desenvolvimento. O município possui 1 Unidade Hospitalar, 2 conveniadas e 17 Unidades Básicas Ambulatoriais.

- **População**

A população estudada constituiu-se de 34 profissionais de nível superior, totalizando 19 enfermeiros e 15 médicos da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam nas 19 Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Inês - MA.

- **Instrumentos, coleta e análise de dados**

Como técnica para coleta de dados utilizou-se um questionário constituído de perguntas fechadas e abertas, através das quais foi feita a coleta.

Após autorização da Secretaria de Saúde, manteve-se contato com os profissionais, através de visita às Unidades durante horário de trabalho. A esses profissionais, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, procedendo-se em seguida com a aplicação e recebimento dos questionários, para posterior organização e análise dos dados, a partir da estatística descritiva, representando-os em forma de gráficos e tabelas através da versão do Programa Excel 2007.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS N^o. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as características socioeconômicas e demográficas dos 34 profissionais entrevistados, a Tabela 1 mostra que predominou o sexo feminino (62%), com 56% de enfermeiros e 44% de médicos. Destaca-se ainda que 74% dos profissionais realizaram sua formação acadêmica em Universidade Pública e apenas 26% na Universidade Privada, assim como 91% afirmaram residirem no município de Santa Inês.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos 34 profissionais (Médicos e enfermeiros) de acordo com as características socioeconômicas e demográficas. Santa Inês-MA. 2009.

VARIÁVEIS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	%
SEXO		
Masculino	13	38%
Feminino	21	62%
TOTAL	34	100%
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
Médico	15	44%
Enfermeiro	19	56%
TOTAL	34	100%
UNIVERSIDADE QUE SE FORMOU		
Pública	25	74%
Privada	9	26%
TOTAL	34	100%
RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO		
Sim	31	91%
não	3	9%
TOTAL	34	100%

As constatações acima demonstram que mais da metade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família são enfermeiros, com predomínio para o sexo feminino entre as duas categorias. Sobre a formação das equipes, o Ministério da Saúde ressalta que as equipes da estratégia devem ser compostas, no mínimo por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2008).

No município de Santa Inês existem 17 equipes de Estratégia Saúde da Família e 4 EACS, sendo que as ações dos agentes comunitários são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro coordenador. Ressalta-se ainda que haja atribuições comuns a estes profissionais da equipe, além das específicas, ou seja, o trabalho é multiprofissional, e, como tal há necessidade de integração e motivação para atuar em conjunto em prol do usuário, devendo conhecer e reconhecer as atribuições dos membros que compõem essas equipes.

No que se refere à formação acadêmica e ao fato dos profissionais residirem no município de Santa Inês, justifica-se como uma das características da Estratégia Saúde da Família que enfatiza a territorialização das ações, ressaltando-se a importância de residir na região de atuação, como preconiza o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 648/28 de março de 2006, considerando-se que o trabalho seja realizado em equipe e suas ações dirigidas a populações de territórios bem definidos, de maneira a resolver os problemas de saúde de maior frequência e importância em seu território (BRASIL, 2006).

Quanto à qualificação, verificou-se que 91% desses profissionais fizeram algum treinamento sobre Hanseníase e apenas 09% disseram nunca ter feito nenhum treinamento. (Gráfico 1)

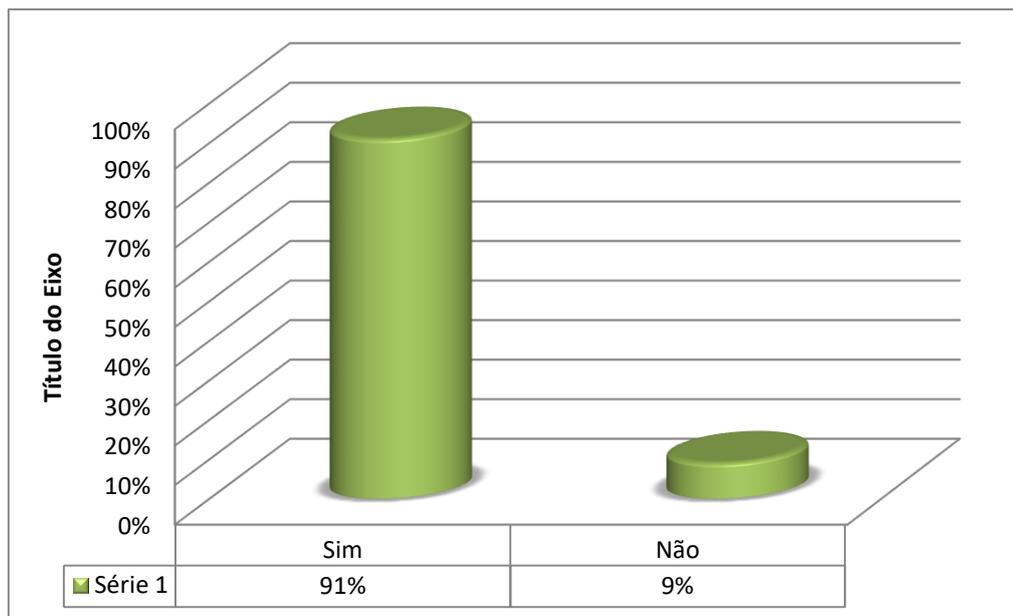


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de treinamento sobre Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.

Para o Ministério da Saúde a capacitação dos profissionais sobre a perspectiva do trabalho em Equipes de Saúde da Família é pautada na priorização da Atenção Básica. Neste sentido, sobre a hanseníase são necessárias a contribuição e participação das atividades de educação permanente, principalmente quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate ao estigma da doença, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades. Esta educação permanente deve atingir todos os profissionais do município (BRASIL, 2008).

No que diz respeito ao fato do treinamento ter sido oferecido pela Secretaria municipal de Saúde de Santa Inês, a maioria (81%) afirmou que sim, enquanto que 19 % fizeram em outras localidades. (Gráfico 2)

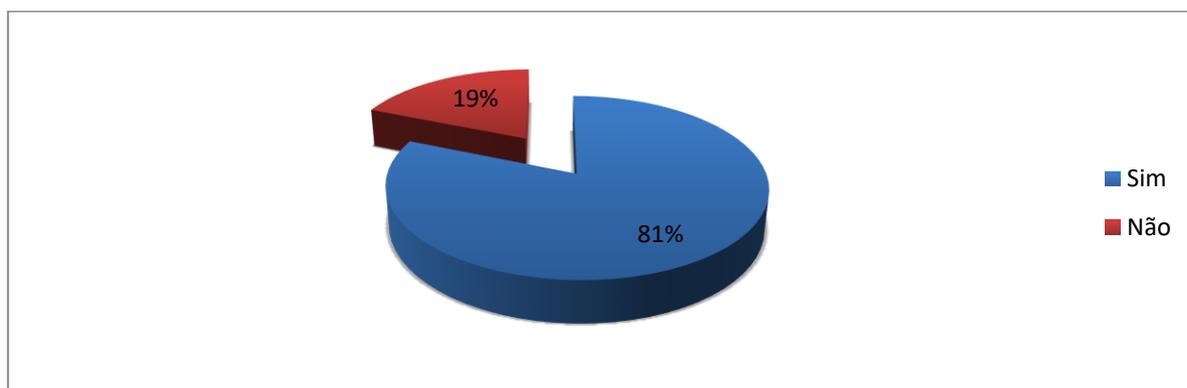


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o local de realização do treinamento sobre Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.

O Ministério da Saúde considera de extrema relevância que a educação continuada, aplicada por qualquer esfera da gestão, reconheça que cada trabalhador tem seus valores e conceitos sobre práticas de saúde, demonstrando ser uma estratégia potente, onde a transformação das práticas e suas reorientações são elementos prioritários à construção da integralidade e da qualificação do cuidado à saúde (BRASIL, 2006).

Com relação ao tempo de participação do último treinamento, 59% afirmaram que tem menos de 1 ano, 9% a 3 anos e 6%, participaram a mais de 3 anos. (Gráfico 3)

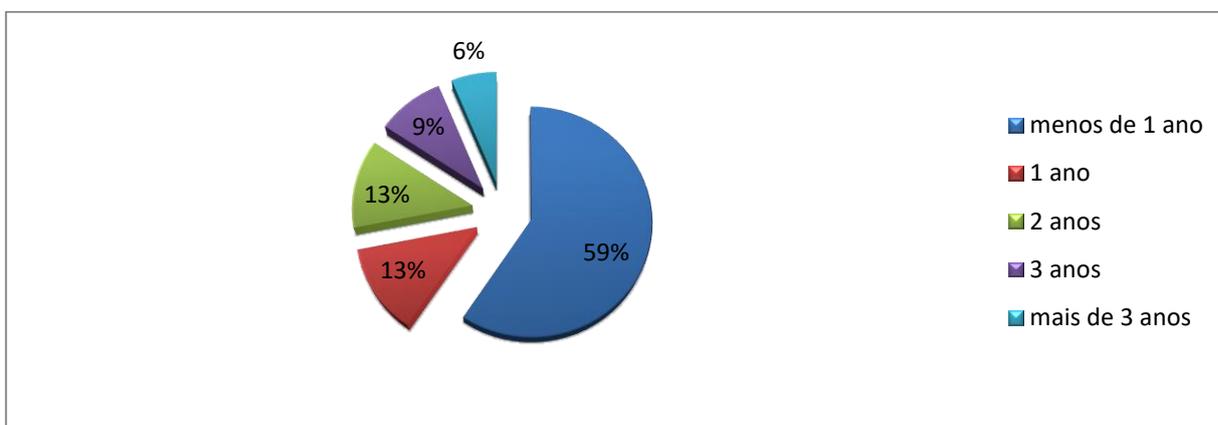


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o tempo de participação no último treinamento oferecido pelo município. Santa Inês-MA. 2009.

Apesar de um pequeno percentual de profissionais ter afirmado que participou de treinamentos a mais de 3 anos, sabe-se que intervalo de tempo muito grande sem atualizações pode comprometer a qualidade do serviço, visto que o desenvolvimento da saúde é contínuo, ocorrendo mudanças e descobertas. A exemplo disso cita-se a Portaria Nº 125/2009 que define e dirige as novas orientações sobre a Política Nacional de Combate à Hanseníase, destacando que “os profissionais, quando conhecedores das leis e normas preconizadas para a assistência, podem contribuir de forma eficaz para que as ações executadas visem à equidade e a integralidade dos seus serviços com profissionalismo e ética” (BRASIL, 2006).

Para Moretto (2001) “a educação continuada proporciona ao profissional qualificação, abre portas para o crescimento profissional e como consequência oferece qualidade ao serviço, por conseguinte, confiança ao usuário”. O referido autor ainda pondera que “por mais que as escolas oportunizem aulas práticas e

estágios, bem como os supervisores procurem orientar da melhor forma possível seus acadêmicos, é na vivência profissional que se obtém a noção de todo serviço”.

No que diz respeito ao exame que permite classificar o grau de incapacidade física, 50% respondeu ser o exame neurológico, e 51% o dermatológico e/ou neurológico. (Gráfico 4)

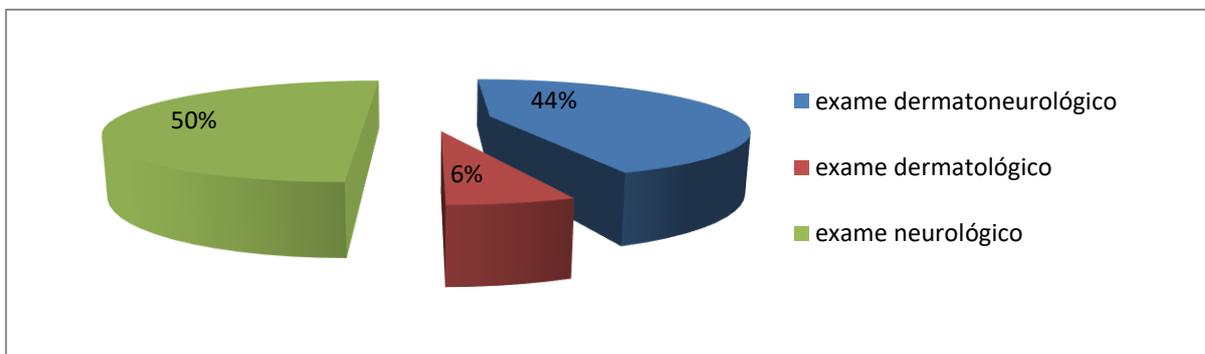


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o exame utilizado para classificação do grau de incapacidade física. Santa Inês-MA. 2009

Uma das ações na assistência ao paciente com Hanseníase é a prevenção de incapacidades que a doença pode provocar, bem como o seu tratamento. Para isto, deve ser realizada avaliação dermatoneurológica. Este exame prevê uma escala de zero a dois, onde o grau zero confere nenhum problema com olhos, mãos e pés devido à hanseníase e, o grau dois, corresponde a vários problemas ou comprometimento dos olhos, mãos e pés. Estas incapacidades são condições que podem ser evitadas ou reduzidas, se os portadores da doença forem identificados e diagnosticados o mais rápido possível, tratados com técnicas simplificadas e acompanhados nos Serviços de Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Com relação à sensibilidade mais precocemente alterada, 41% dos entrevistados afirmaram ser a sensibilidade tátil e 59% a sensibilidade térmica e/ou dolorosa. Entretanto, apenas 30% dos entrevistados demonstraram saber desta informação, seguindo de 29% que afirmam ser a sensibilidade dolorosa. (Gráfico 4)

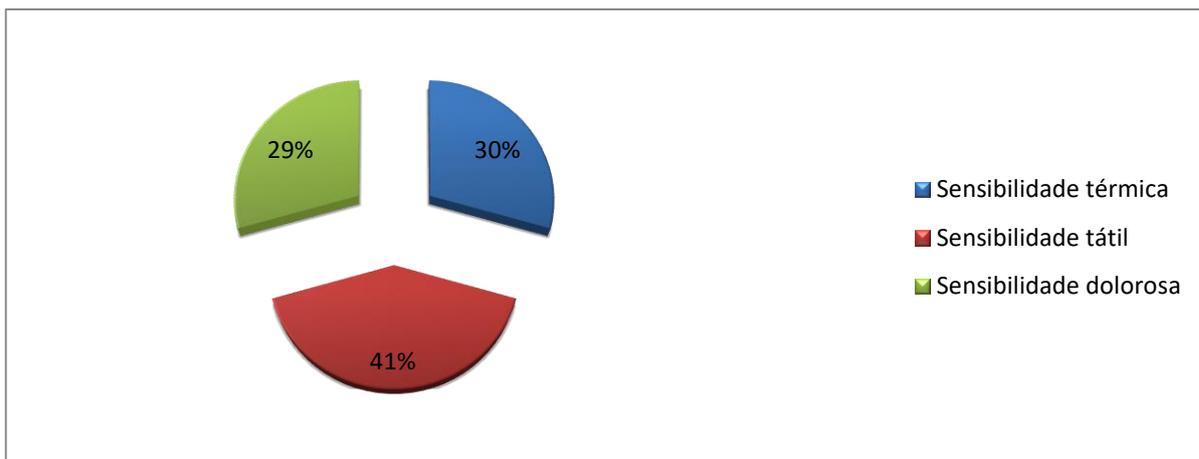


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a sensibilidade mais precocemente alterada. Santa Inês-MA. 2009.

Segundo o Ministério da Saúde a sensibilidade térmica é a mais precocemente alterada e que esta condição deve ser observada através do exame dermatológico com auxílio dos monofilamentos. A sensibilidade tátil é analisada com um chumaço de algodão. A sensibilidade dolorosa é observada através do toque nas lesões com alfinete. Estes procedimentos devem ser realizados no primeiro contato com o suspeito da doença, na Unidade Básica, a fim de evitar o aparecimento ou o agravamento do grau de incapacidade e de deformidades, o que revela ser imperativa a aptidão do profissional para realizá-la (BRASIL, 2008).

No que se refere à poliquimioterapia (PQT/OMS) padronizada pela OMS para o tratamento da Hanseníase Multibacilar, 47% dos profissionais afirmaram ser Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, e os demais, 53%, a Rifampicina, Dapsona, Isoniazida e Pirazimanida (Gráfico 6).

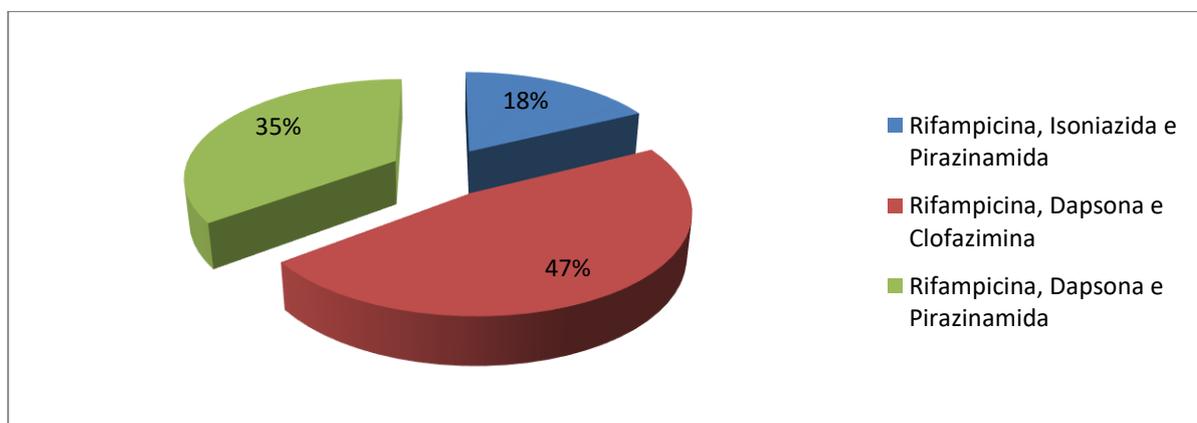


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a poliquimioterapia utilizada no tratamento da Hanseníase Multibacilar. Santa Inês-MA. 2009.

O Ministério da Saúde confirma que para o tratamento Multibacilar a PQT/OMS é Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, Brasil (2009). Um considerável percentual de entrevistados respondeu corretamente segundo a norma, embora não tenha correspondido às expectativas. Um percentual consideravelmente menor de profissionais (35%) afirmou ser Rifampicina, Dapsona e Pirazinamida, sendo que esta última droga faz parte do tratamento de Tuberculose, gerando confusão por parte dos mesmos sobre as drogas farmacológicas do esquema de tratamento desta doença. Outro percentual ainda menor (18%) cita Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida, dentre os quais, a Isoniazida é um medicamento que não faz parte da poliquimioterapia contra hanseníase.

Para o Ministério da Saúde, a medicação é disponibilizada de acordo com a classificação operacional e com a condição (adulto ou infantil) em cartelas confeccionadas separadamente, esta confusão acerca dos nomes ainda não interfere diretamente no tratamento por parte dos pacientes. Porém, reflete a necessidade da continuidade dos estudos sobre esta doença, bem como um maior contato com essas medicações, as quais são distribuídas gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde, geralmente por estes profissionais durante procedimento de doses supervisionadas (BRASIL, 2008).

Sobre a poliquimioterapia (PQT/OMS) padronizada pela OMS para o tratamento da Hanseníase Paucibacilar, 76% dos profissionais responderam ser Rifampicina e Dapsona, justificando-se como um percentual maior de acertos. Contudo, 24% disseram ser Rifampicina, Pirazinamida e Clofazimina, incidindo de forma representativa em respostas erradas sobre este tratamento, confirmando também, confusão com os nomes das drogas utilizadas nesse tipo de PQT. (Gráfico 7)

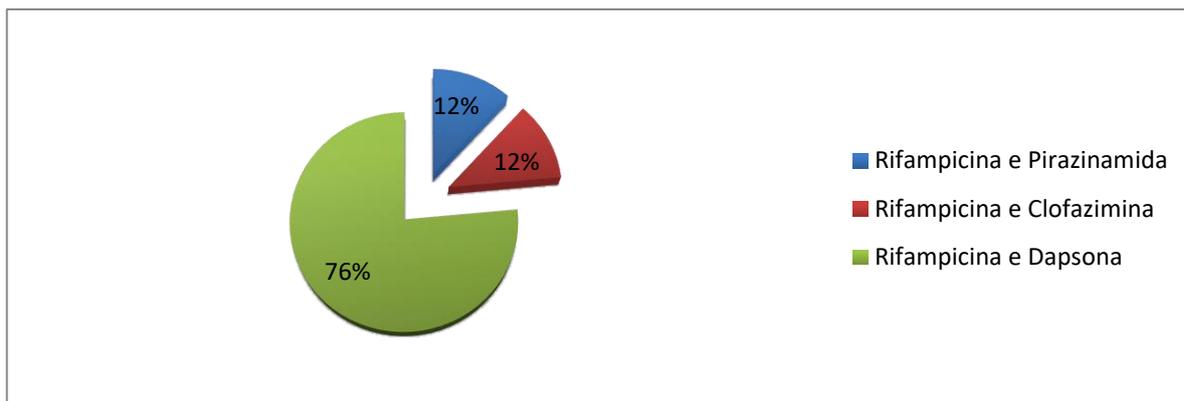


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a poliquimioterapia utilizada no tratamento da Hanseníase Pauibacilar. Santa Inês-MA. 2009.

Na classificação Paucibacilar, o Ministério da Saúde esclarece que o tratamento dura em média 6 meses e que esta forma clínica não transmite o bacilo de Hansen. As drogas são Rifampicina e Dapsona, mesmo que a apresentação do medicamento favoreça a escolha correta das drogas que a compõem. O tratamento correto é orientado por um profissional consciente de suas responsabilidades, o mesmo tem poder de gerar impactos positivos na confiança do usuário em relação à cura desta doença (BRASIL, 2008).

Quanto ao critério de alta por cura de um paciente com Hanseníase multibacilar, 82% dos profissionais responderam ser em 12 doses supervisionadas em até 18 meses e após avaliação simplificada, e 18% responderam ser em 12 doses supervisionadas em até 12 meses. (Gráfico 8)

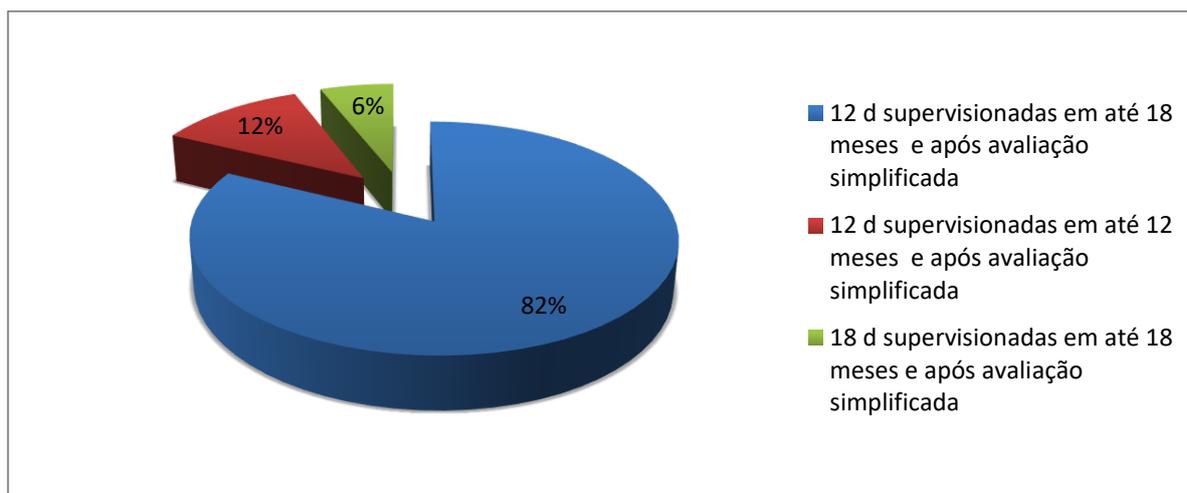


Gráfico 8 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o critério de alta por cura da Hanseníase Multibacilar. Santa Inês-MA. 2009.

Para o Ministério da Saúde, o encerramento da poliquimioterapia é estabelecido de acordo com os critérios de regularidade ao tratamento PQT/OMS: número de doses e tempo de tratamento, lembrando que esta alta deve ser um procedimento médico e, procedida de avaliação dermatoneurológica para averiguação do grau de incapacidade na alta (BRASIL, 2009).

Embora a maioria dos profissionais tenha demonstrado ter este conhecimento, pode-se perceber um equívoco em uma minoria de profissionais no que se refere ao tempo e na quantidade de doses e avaliação. Estas afirmações equivocadas se chegarem ao paciente podem comprometer a adesão ao tratamento, bem como a continuidade do mesmo, resultando em deficiências das ações de saúde.

Quanto ao resultado negativo da baciloscopia como exclusão do diagnóstico de Hanseníase, o Gráfico 9 mostra que 97% dos profissionais afirmaram não excluir e apenas 3% afirmaram excluir do diagnóstico.

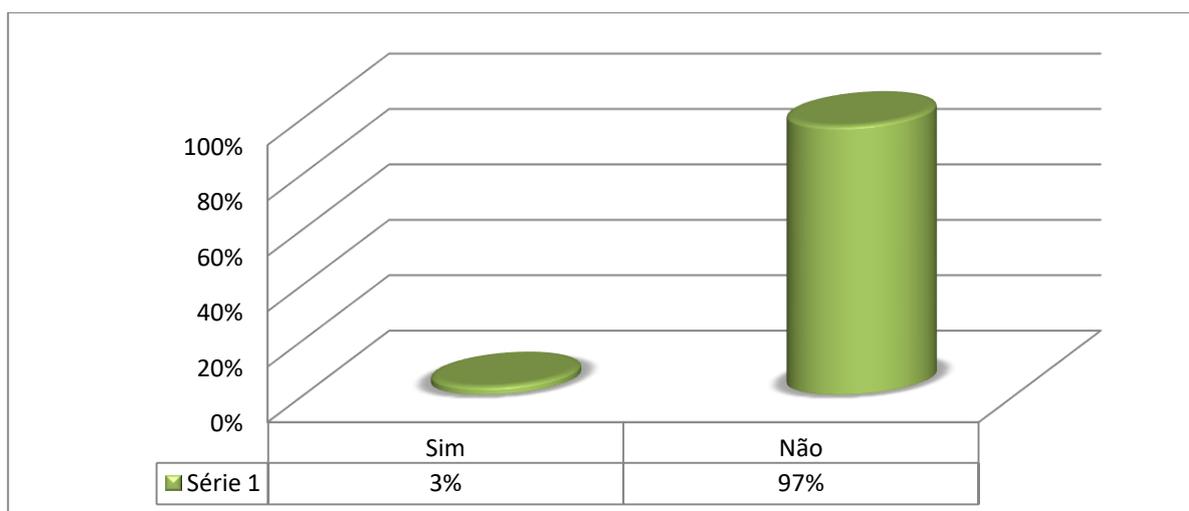


Gráfico 9 - Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com resultado negativo da baciloscopia. Santa Inês-MA. 2009.

Sobre o diagnóstico de caso de Hanseníase na Atenção Básica de Saúde, o Ministério da Saúde afirma que é essencialmente feito por meio do “exame dermatoneurológico para identificar lesões em áreas de pele ou áreas de alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos”. E que, quando disponível, “a baciloscopia de pele (esfregaço dérmico) deve ser utilizada como exame complementar para os casos em Paucibacilar ou Multibacilar” (BRASIL, 2009).

A baciloscopia positiva classifica o caso como Multibacilar, independente do número de lesões, o seu resultado negativo não exclui o diagnóstico de Hanseníase o que pode refletir em qualidade do processo de diagnóstico da doença. Vale lembrar que a Hanseníase é doença curável, e quanto mais cedo diagnosticada e tratada maiores os benefícios não somente para o paciente, mas também para toda a comunidade.

Em se tratando da gravidez e do aleitamento materno como contra-indicação ao tratamento PQT, 82% dos profissionais respondeu que não, enquanto que apenas 18% disseram que sim. (Gráfico 10)

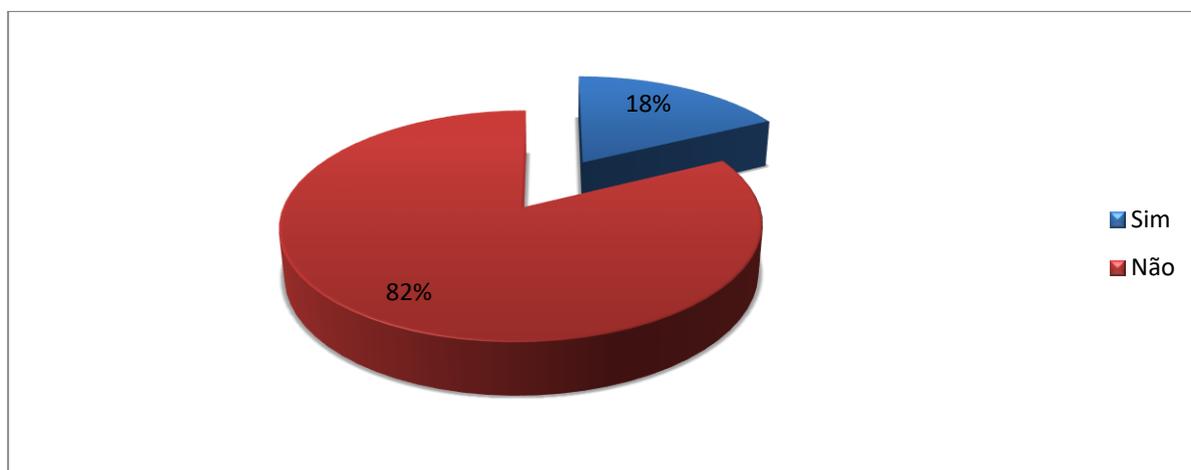


Gráfico 10 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a contra-indicação do tratamento PQT no caso de gravidez e aleitamento materno. Santa Inês-MA. 2009.

Em conformidade com os esclarecimentos do Ministério da Saúde “a gravidez e o aleitamento materno não contra-indicam a administração dos esquemas de tratamento da Hanseníase. Os esquemas da poliquimioterapia são seguros tanto para a mãe quanto para criança”. Torna-se prudente esclarecer que:

Algumas drogas são excretadas pelo leite, porém sem efeitos adversos, exceto a hiperpigmentação da criança pela Clofazimina, com regressão gradual após um ano. Toda gestante com suspeita da doença deve ser avaliada pelo serviço de Hanseníase para diagnóstico e tratamento. Ao tratar uma paciente com diagnóstico de Hanseníase, está oferecendo a ela não somente uma atenção sobre Hanseníase, mas também prestando um pré-natal de qualidade onde está sendo valorizada na sua integralidade (BRASIL, 2000).

O fato de uma minoria ter respondido que a gravidez e aleitamento contra-indicam ao tratamento PQT, além de colocar em risco a gestação, têm também as possibilidades de incapacidade e deformidade, bem como a continuidade da

presença do bacilo em seu organismo, sendo esta mulher um ser potencial transmissor do bacilo para seus contatos, e conseqüentemente aumentar o número de casos da doença (BRASIL, 2000).

No que se refere ao fato das reações hansênicas ocorrerem apenas nos casos Multibacilar, o Gráfico 11 mostra que 71% dos profissionais afirmaram que não e apenas 29%, que sim.

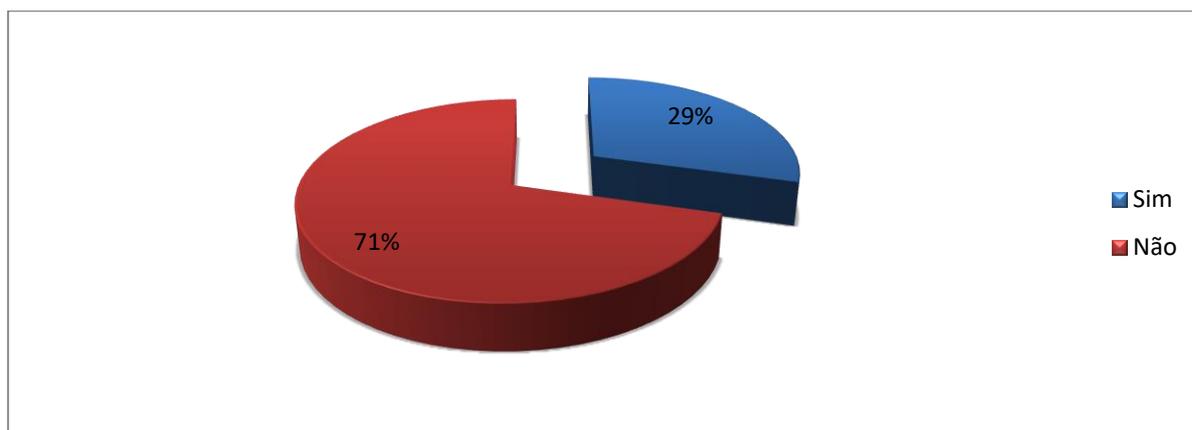


Gráfico 11 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a ocorrência de reações hansênicas apenas nos casos MB. Santa Inês-MA. 2009.

As informações acima justificam que a maioria dos profissionais demonstrou ter conhecimento sobre essa condição. Por sua vez, o Ministério da Saúde confirma que:

Os estados reacionais conhecidos como reações hansênicas são manifestações agudas, ocasionadas por alterações do sistema imunológico do portador da doença. Essas manifestações podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento, tanto nos casos Paucibacilar quanto nos Multibacilar (BRASIL, 2008).

Entretanto, ainda existe uma minoria que demonstrou não possuir esta informação adequadamente, relatando que as reações apenas ocorrem nos casos Multibacilar. Paralelamente a esta prerrogativa, pode ter na assistência destes profissionais, a ausência das informações pertinentes ao tratamento no qual o usuário está inserido, podendo provocar falta de credibilidade no paciente, caso estas manifestações venham a ocorrer. Assim sendo, o Ministério da Saúde oportunamente ressalta que “o paciente precisa confiar na equipe de saúde que o acompanha, bem como ter suas expectativas respondidas diante de situações que possam desestimular a continuidade do tratamento, mesmo em casos de reações” (BRASIL, 2009).

Fazendo referência a como proceder diante de um caso de abandono de tratamento da Hanseníase, 64% dos profissionais responderam que fazem busca ativa, enquanto 6% optam por reiniciar o tratamento. (Gráfico 12)

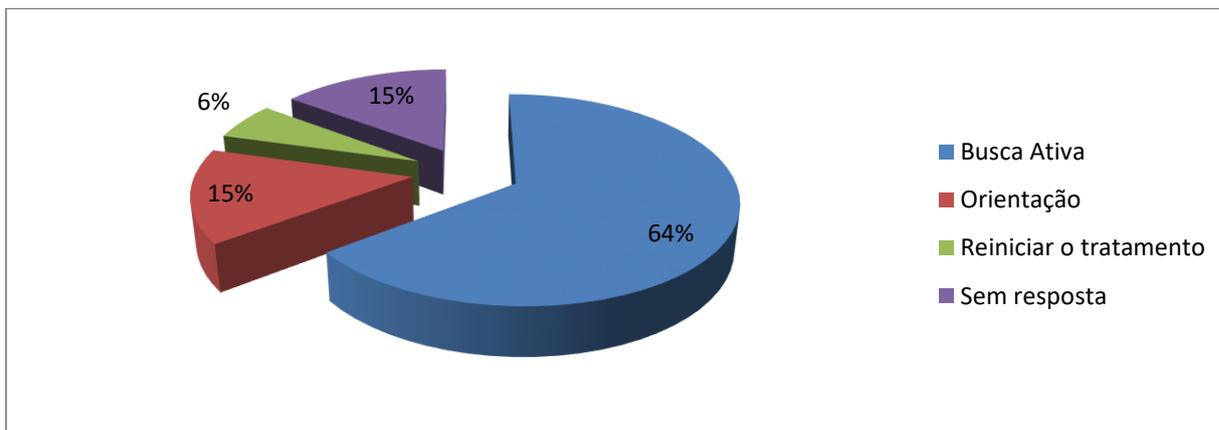


Gráfico 12 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com o abandono do tratamento da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.

Sobre busca ativa do paciente mediante o abandono do tratamento, Almeida et. al (2008), diz que ela precisa ser rápida e eficaz, pois há os critérios de número de doses e o tempo de tratamento, com a possibilidade de reações hansênicas. O referido autor acrescenta ainda que uma das competências que possibilite a atuação dos profissionais de saúde é:

A capacidade de tomada de decisão, onde o seu serviço deve estar fundamentado nesta capacidade visando o uso apropriado, eficácia do procedimento e de práticas, devendo possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais adequada.

No gráfico 12 mostra também a opção “Orientação ao paciente” assinalada por 15% dos profissionais. A esse respeito, Mattei (2005) se pronuncia afirmando que:

Para os profissionais enfermeiros, diante da consulta de enfermagem, além da ação terapêutica possibilita-se um retorno de comunicação, em que o paciente pode tirar suas dúvidas através de perguntas, além da troca de experiência entre o paciente e o profissional implementando principalmente, ações de educação de saúde.

Nota-se ainda que 6% assinalou a opção “Reiniciar o tratamento”. Para o Ministério da Saúde o critério para este procedimento deve seguir as normas preconizadas, as quais dizem que os pacientes Paucibacilar e Multibacilar que não concluíram o tratamento no período adequado conforme esquema indicado “deverão reiniciá-lo sempre que possível, aproveitando doses anteriormente desde que os prazos para conclusão sejam cumpridos (BRASIL, 2009).

Outra parte dos profissionais (15%) declarou “Sem resposta”. Diante da problemática real de abandono de tratamento, vale ressaltar que os profissionais devem estar atentos ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde:

Realizar seus serviços baseados nos princípios da ética da vida e não se omitirem num processo os quais podem contribuir positivamente, tendo em vista que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra num procedimento médico ou de enfermagem, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto individual quanto coletivo. Além disso, devem ser capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades (BRASIL, 2006).

De acordo com o Gráfico 13, as ações “visitas domiciliares (35%), educação continuada (21%) e incentivo (15%)” são desenvolvidas pelos profissionais perfazendo um total de 71%, enquanto 29% destes, não realizam nenhuma ação.

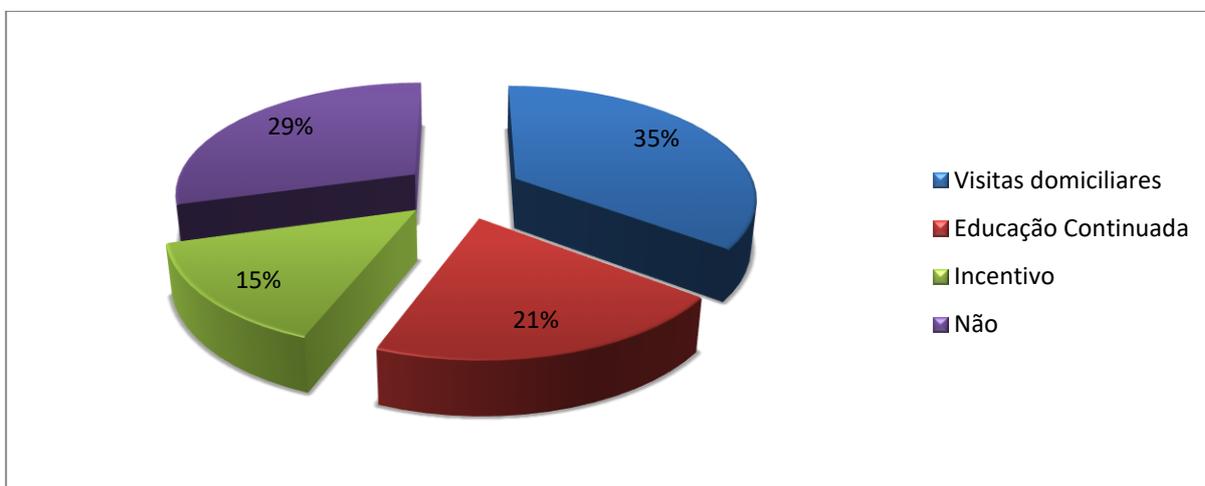


Gráfico 13 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de ações para adesão ao tratamento da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.

É sabido que uma das metas da Política de Controle da Hanseníase é o diagnóstico precoce, bem como o tratamento imediato. Logo, com referência aos profissionais que não realizam nenhuma ação para adesão ao tratamento, diz-se que essa atitude deixa a desejar alguns dos objetivos observados na Atenção Básica como, por exemplo, a abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença. Partindo-se desse entendimento, o Ministério da Saúde ressalta que:

Deve-se preconizar a prática da saúde centrada na pessoa, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde, estimulando a resiliência e participação e a autonomia dos indivíduos da família e da comunidade. Uma equipe que não pleiteia a busca pela adesão ao tratamento da doença, abre mão das características da estratégia na qual está inserida, esquece do triângulo pessoa, família e comunidade, no qual é o foco de atenção do serviço (BRASIL, 2006).

Dentre as ações de prevenção da Hanseníase, 59% dos profissionais entrevistados afirmaram que realizam palestras e 29% não realizam nenhuma ação no combate à referida doença. (Gráfico 14)

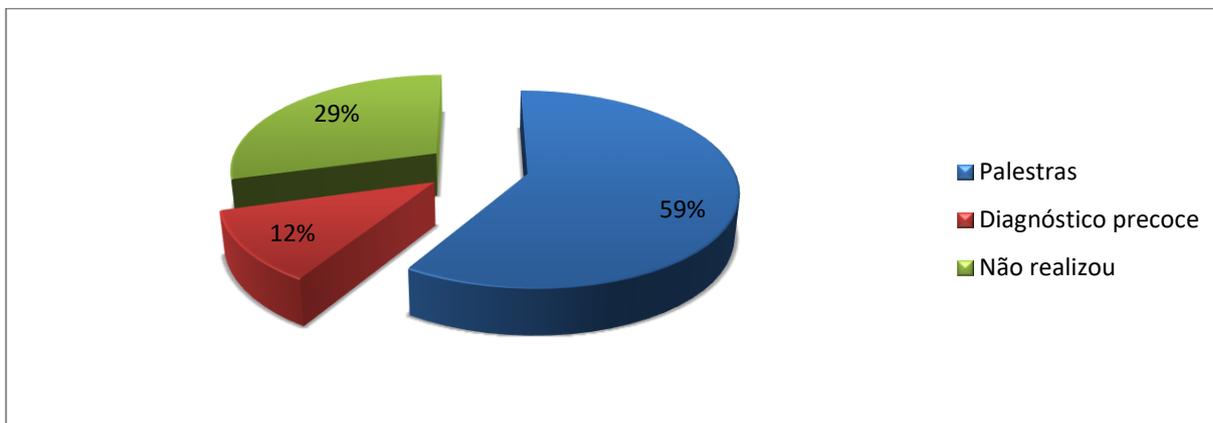


Gráfico 14 – Distribuição percentual dos 34 profissionais de acordo com a realização de ações de prevenção da Hanseníase. Santa Inês-MA. 2009.

O Ministério da Saúde menciona que uma das atribuições da equipe consiste em “desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo a comunidade e segmento sociais (escolas, conselhos de saúde, associações de moradores dentre outras) relativas ao controle da Hanseníase e combate ao estigma”. Consideram-se também de extrema representatividade as ações de comunicação entendendo-as como “fundamentais à divulgação sobre Hanseníase, dirigida à população em geral [...] essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social” (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Por outro lado, na medida em que um significativo percentual de profissionais afirma que não realiza nenhuma atividade que vise prevenir a referida doença, tornam-se descrentes as práticas de educação em saúde, onde as possíveis mudanças de hábitos e atitudes geram qualidade de vida ao indivíduo e à sociedade.

5 CONCLUSÃO

O conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF interagem e refletem diretamente na qualidade da assistência aos usuários. Neste sentido, abordou-se neste estudo os resultados desta interação em relação aos profissionais que assistem aos portadores de Hanseníase, uma doença antiga e que ainda estigmatiza quer seja psicologicamente, fisicamente ou socialmente.

Dos profissionais entrevistados, médicos e enfermeiros, predominou a formação acadêmica nas instituições públicas, e maioria reside no município que atuam, o que possibilita maior conhecimento da realidade. Também verificou-se que há predomínio do sexo feminino. A maioria fez treinamento sobre Hanseníase e este foi oferecido pela secretaria municipal de saúde, destacando que o tempo do último treinamento tem menos de 1 ano entre a maioria.

Para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre Hanseníase alguns aspectos foram investigados sobre a doença, como o tipo de exame utilizado para avaliação do grau de incapacidade física, onde metade demonstrou confusão com os outros exames. A sensibilidade mais precocemente alterada no portador da doença, uma minoria referiu corretamente esta condição. Sobre a poliquimioterapia padronizada pela OMS para o tratamento multibacilar, menos da metade respondeu corretamente, demonstrando conhecimento apenas sobre o tratamento Paucibacilar; nestes dois aspectos pode-se notar equívocos sobre as drogas utilizadas. Porém sobre o critério de alta por cura foi observado respostas corretas da maioria. Outro dado relevante é o fato do diagnóstico poder ser excluído ou não se a baciloscopia for negativa, onde a maioria respondeu corretamente, bem como a gravidez e ao aleitamento materno não contra-indicado ao tratamento PQT. Além disso, observou-se que muitos profissionais conhecem que as reações hansênicas não ocorrem apenas nos casos multibacilar.

Outro aspecto importante investigado foi a atuação dos profissionais em ações de prevenção e cura da doença, entre as quais procurou saber como procedem diante de um caso de abandono de tratamento, tendo-se que a maioria faz busca ativa dos pacientes, no entanto, ainda houveram aqueles que responderam negativamente esta questão. Nota-se que dentre as ações de prevenção prevaleceram as palestras, porém ainda existem profissionais que

referiram não ter realizado nenhuma atividade em 2009. Além disso para garantirem a adesão ao tratamento, a maior parte realizou visitas domiciliares e educação continuada, ressaltando-se que há uma parte que também não realizou nenhuma ação neste sentido.

A qualificação dos profissionais da ESF é pautada na priorização da Atenção Básica. Na assistência ao cliente com Hanseníase são necessários a contribuição e participação das atividades de educação permanente, principalmente quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica, combate aos estigmas da doença, efeitos adversos de medicamentos/farmacovigilância e prevenção de incapacidades, sendo que esta educação deve beneficiar todos os profissionais.

Os resultados mostram que a maioria dos profissionais fizeram treinamento no município porém observou-se equívocos sobre o conhecimento e manejo da doença por alguns destes, bem como a ausência de realizações de ações de prevenção e cura em algumas Equipes de Saúde da Família. Tal omissão, bem como a inexistência de atividades voltadas à prevenção da doença, desestimulam as práticas de educação em saúde, abrindo mão das características da estratégia na qual está inserido, esquecendo do triângulo pessoa, família, comunidade, no qual é o foco de atenção do serviço, onde as possíveis mudanças de hábitos e atitudes geram qualidade de vida ao indivíduo e à sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.J.; PEREIRA A.L.; FEUERWERKER L..A contribuição da Rede Unida para a qualificação da Saúde da Família. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, DF, ano 7, n. 10, abr./jun. 2006.
- AQUINO, D. M. C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2003.
- BERNARDI, C.; MACHADO, A. R. L. Hanseníase. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.1520-1525.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. _____. _____. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. _____. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Fundação Nacional de Saúde de Epidemiologia. 3. ed. Brasília: Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, 2003.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n.21. 2.ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ações de Controle da Hanseníase: Portaria Conjunta nº 125**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- FOSS, N.T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Rev. Bras. Dermatol.**, n. 30, p. 325-334. 1997.
- GLATT, R.; ALVIM, M.F.S. **Situação da hanseníase no Brasil e diretrizes do plano nacional de eliminação**. In: CENSO INTERNA LEPROLOGIA, 2., San José, Costa Rica, 1995.
- LANA, F.C.F. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte – MG - período 92/97. **Hansen. Int**, v. 25, n. 2, p. 121-131. 2000.
- LEÃO, R.N.Q. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico**. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997.
- LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy elimination – a virtual phenomenon or a reality? **British Medical Journal**, v. 324, n. 7352, p. 1516-1518, 2002.

MARGARIDO, L.; TEDESCO, A. J.; RIVITI, E. A. Hanseníase. In: VERONESI, R.; GOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MATTEI, D A; TAGLIARI, MH; MORETTO, EFS. **O enfermeiro na equipe de saúde da família**. **Rev.Tec-cient Enferm**, v.3, n.11, p.308-317, nov./dez. 2004, jan./abril, 2005.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Sousa Lima, 2000.

PONTE, K. M. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Hanseníase: a realidade para o ser adolescente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 296-301, maio./jun. 2005.

RODRIGUES, P. R. M. Hanseníase: um problema de saúde publica. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, ano 3, n. 21, p. 74-77, set./out. 2002.

SAMPAIO, S. A. P. et al. **Dermatologia: hanseníase**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 467-487.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 30, p.325-334.1997.

TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Dermatologia tropical: hanseníase**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medesi, 1997. p 1-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Weekly epidemiological record**. 1993. p. 181-188.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS

Sexo: () Masculino () Feminino

Formação acadêmica? () Médico (a) () Enfermeiro (a)

Universidade que se formou? () Pública () Privada

Mora no município de Santa Inês ? () Sim () Não

2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIFICAÇÃO EM HANSENÍASE

Já fez algum treinamento sobre Hanseníase? () Sim () Não

Este treinamento foi oferecido pelo município de Santa Inês? () Sim () Não

Quanto tempo tem o último treinamento que participou ?

() Menos de 1 ano () 1 ano () 2 anos () 3 anos () Mais de 3 anos

3. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE HANSENÍASE

Qual tipo de exame permite que a partir dele seja classificado o grau de incapacidade física? () Exame dermatológico () Exame neurológico ()

Exame dermatoneurológico ()outro (os). Quais?

Qual sensibilidade é mais precocemente alterada?

() Sensibilidade térmica () Sensibilidade tátil () Sensibilidade dolorosa

() Outra. Qual? _____

Qual a poliquimioterapia padronizada pela OMS para o tratamento de uma pessoa com Hanseníase multibacilar ?

() Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida

() Rifampicina, Dapsona e Clofazimina

() Rifampicina, Dapsona e Pirazinamida

() Outro. Qual? _____

Qual a poliquimioterapia padronizada pela OMS para o tratamento de uma pessoa com Hanseníase Paucibacilar ?

() Rifampicina e Pirazinamida

() Rifampicina e Clofazimina

() Rifampicina e Dapsona

() Outro. Qual? _____

Qual o critério de alta por cura para um paciente com Hanseníase Multibacilar?

() 12 doses supervisionadas em até 18 meses e após avaliação neurológica simplificada

() 12 doses supervisionadas em até 12 meses e após avaliação neurológica simplificada;

() 18 doses supervisionadas em até 18 meses e após avaliação neurológica simplificada;

() Outro. Qual? _____

O resultado negativo da baciloscopia exclui o diagnóstico de hanseníase?

() Sim () Não

A gravidez e o aleitamento contra-indicam o tratamento PQT? () Sim () Não

As reações hansênicas ocorrem apenas nos casos MB? () Sim () Não

4. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DOENÇA E CURA DA HANSENÍASE.

Este ano já realizou alguma ação de prevenção de hanseníase? () Sim () Não

Caso sim, qual (is) _____

Desenvolve alguma ação voltada para garantir a adesão ao tratamento?

() Sim () Não. Caso sim, qual? _____

Como procede diante de um caso de abandono de tratamento de hanseníase?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

End: Rua das Acácias, Quadra 38, Casa 07, Renascença CEP: 65.075-010 São Luís-MA Fone: (98) 3235-1557 e-mail: mgama@elo.com

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Ângela Nascimento Oliveira; Gildete Maria Araújo Costa; Laodicéia Rodrigues Lima.

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS (ENFERMEIROS E MÉDICOS) DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS-MA

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do conhecimento e práticas dos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família sobre Hanseníase. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sr(a) que ajudarão a traçar o perfil desses profissionais no município de Santa Inês - MA para que se torne possível verificar sua atuação e avaliar seu conhecimento sobre a doença. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sr(a). quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sr(a). poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, qualificação, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sr(a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Santa Inês - MA, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Centro de Saúde Djalma Marques
Travessa Dom Pedro II S/N CEP: 65.300-000
Santa Inês – MA Tel: (98) 3653-1560

