

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

EMMANUELLE NOVAES DE V. BRITO
FRANCISCA IOLANDA G. C. NEIVA
GILMA DE ABREU C. PEREIRA
JANYÊRE ALMEIDA DE SOUZA
LEONÍZIA ANTUNES RAMOS

**CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO CENTRO
DE SAÚDE COHAB-ANIL SOBRE HANSENÍASE**

2006

EMMANUELLE NOVAES DE V. BRITO

FRANCISCA IOLANDA G. C. NEIVA

GILMA DE ABREU C. PEREIRA

JANYÊRE ALMEIDA DE SOUZA

LEONÍZIA ANTUNES RAMOS

**CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO CENTRO
DE SAÚDE COHAB-ANIL SOBRE HANSENÍASE**

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

Orientação: Prof^a Doutora Mônica Elinor
Alves Gama.

São Luís

2006

Brito, Emmanuele Novais de V. et al

Conhecimento do agente comunitário de saúde do centro de saúde Cohab-Anil sobre Hanseníase / Emmanuele Novaes de V. Brito et al. – São Luís, 206 .

43 f:il

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, São Luís – Maranhão, 2006.

1. Hanseníase. 2. Agente Comunitário de Saúde I.Título

CDU 616-002.73

EMMANUELLE NOVAES DE V. BRITO
FRANCISCA IOLANDA G. C. NEIVA
GILMA DE ABREU C. PEREIRA
JANYÊRE ALMEIDA DE SOUZA
LEONÍZIA ANTUNES RAMOS

**CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO
CENTRO DE SAÚDE COHAB-ANIL SOBRE HANSENÍASE**

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

Aprovado em: / /

Prof^ª. Mônica E. Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina pela USP

Prof^º Ivan Figueiredo
Doutor em Medicina pela UFMA

Enquanto tem esperança o homem conta com um rumo, a energia para se movimentar e o mapa para se orientar. Possui cem alternativas e uma infinidade de sonhos; com esperança ele está na metade do caminho para onde quer ir, sem esperança ele está perdido para sempre.

Leo Buscaglia

AGRADECIMENTOS

À professora Mônica Gama pela contribuição na elaboração da pesquisa.

Aos informantes pela disponibilidade em contribuir com o estudo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente na construção deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo descreve o conhecimento dos agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde Cohab-Anil sobre Hanseníase. Com base no referencial teórico utilizado, realizamos pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa tendo como informantes os 14 agentes do referido centro de saúde. A pesquisa foi realizada em três etapas – na primeira foi aplicado um questionário para saber o conhecimento prévio dos informantes, seguido de um treinamento sobre a doença e nova aplicação do questionário a fim de avaliar se houve influência do treinamento no entendimento dos mesmos. Os questionários nos serviram como suporte para a organização e análise dos dados. Evidenciamos que os agentes comunitários de saúde já apresentavam algum conhecimento sobre a Hanseníase, em parte, por alguns dos informantes já terem realizado capacitação anterior. Percebemos que os agentes apresentavam algumas dúvidas sobre a doença que diminuíram após o teste, mas não acabaram, fato compreensível pela complexidade da doença. Constatamos que em relação ao tratamento os informantes estão bem orientados, bem como a cerca da conduta de encaminhar possíveis doentes ao serviço de saúde e a sentirem-se capacitados para orientar a comunidade. Os agentes apresentam conhecimento básico para orientar a comunidade e detectar casos suspeitos, ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase no Brasil. Ressaltamos que o treinamento foi relevante no entendimento dos mesmos sobre a doença, relevando a importância dos serviços de saúde manterem treinamentos contínuos aos agentes comunitários de saúde que são considerados o elo entre a comunidade e a equipe da saúde, lembrando que os mesmos estão inseridos na Estratégia Saúde da Família que é hoje a porta de entrada de portadores de Hanseníase no sistema de saúde do país.

Palavras-chave: Hanseníase. Agente comunitário de saúde. Estratégia saúde da família

ABSTRACT

This paper aims to describe the knowledge of community health agents working at Cohab-Anil Health Center, São Luis, Maranhão, Brazil, over Hansen's Disease. A descriptive research with a quantitative approach was held in three different stages with 14 (fourteen) members of the staff. At first, a quiz was applied in order to check their previous information, then, some training concerning the illness took place, and at last, a new quiz was presented to check the feedback. These questionnaires were meant to be used as tools for data analyses and support in the future. These results were quite significant to prove there had already been some knowledge over Hansen's Disease. However, it was noticed all the agents still had some doubts about the disease which were made clear after the test, although not totally eliminated considering the complexity of the topic. When it comes to its treatment, the subjects are well informed, plus, they are really aware about the necessity of detecting and sending suspicious patients to the health service as well as very confident to give the community some basic guidelines. It is important to highlight these actions are constantly demanded by the National Program of Elimination and Control of Hansen's Disease in Brazil from the Federal Health Board. Eventually, the necessity of keeping trainings for these agents is a must, considering they are the main link between the population and the health team, also, it is important to say they are part of the "Family Health Strategy" which is considered the front door to the public health service for Hansen's disease patients in Brazil.

Key-words: Hansen's disease. Community health agent. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		p.
Quadro 1	Perfil demográfico dos 14 ACS's entrevistados. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	27
Quadro 2	Conceito de Hanseníase relatados pelos 14 ACS's do Centro de saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	28
Quadro 3	Sinais e sintomas da Hanseníase referidos pelos 14 ACS's do Centro de saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	29
Quadro 4	Modos de transmissão da Hanseníase citados pelos 14 ACS's entrevistados. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	30
Quadro 5	Respostas atribuídas pelos 14 ACS's referentes ao tratamento da Hanseníase. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís.....	31
Quadro 6	Respostas dos ACS relativas à presença de dúvidas sobre Hanseníase; Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	34
Tabela 1	Número de ACS's que referiram receio em manter contato com Hansenianos. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	32
Tabela 2	Número de ACS's que se sentem capacitados em orientar a comunidade acerca de Hanseníase. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.....	32

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BAAR	- Bactéria Álcool-Ácido Resistente
ESF	- Estratégia Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PQT	- Poliquimioterapia
PSF	- Programa Saúde da Família
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	7
LISTA DE SIGLAS	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Conhecendo a Hanseníase	14
3.2 Educação em saúde	19
3.3 Princípios do Sistema Único de Saúde - SUS	20
3.4 Princípios da Estratégia Saúde da Família – ESF	22
3.5 Programa Nacional de Eliminação e Controle da Hanseníase	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Local, período, e informantes	24
4.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	24
5 RESULTADOS	27
6 CONCLUSÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	39
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase, também conhecida como Lepra, Mal-de-Lázaro e Morféia, é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (KUHL; DAL'FORNO, 2000), também chamado bacilo de Hansen. Tal doença atinge a pele e os nervos periféricos gerando incapacidades físicas e conseqüências sociais aos indivíduos acometidos. A Hanseníase é uma doença milenar descrita desde a era pré-cristã, a qual era confundida com outras doenças dermatológicas. As referências mais remotas da doença são de 600 anos a.C e procedem da Ásia que juntamente com África são consideradas berços da doença no mundo (BRASIL, 2005). Ainda hoje carrega estigma e preconceito devido às denominações e manejo dos doentes no passado, caracterizados principalmente pelo isolamento e abandono, em grande parte por influência da igreja católica que considerava as pessoas portadoras de Hanseníase impuras, pecadoras, sem moral e punidas por Deus.

A doença ocorre em diversos países do mundo, estando o Brasil em segundo lugar em número absolutos de casos da mesma, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde - OMS. É endêmica em todo o território nacional, porém apresenta maior prevalência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Segundo dados do Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2006), até 2004 dentre os estados brasileiros o estado do Maranhão ocupava o primeiro lugar em número de casos absolutos de Hanseníase e o segundo lugar na prevalência por 10.000 habitantes (16,76/10.000). O coeficiente de prevalência preconizado na Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1991 pelos membros das Nações Unidas foi de 5,41/10.000 no estado. Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão mostram que no ano de 2004 foram notificados 5.999 casos no estado, sendo 842 ocorrências na capital São Luís. Em 2005 até o mês de junho houveram 2.694 notificações no estado, dentre as quais 337 na capital.

Um estudo realizado por Aquino (2003) com 207 pacientes entre agosto de 1998 e novembro de 2000 no município de Buriticupu (área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão) mostrou o seguinte perfil do paciente hanseniano:

Predomínio de pessoas casadas (45,9%), com escolaridade de 1º grau (56%), lavradores (40,1%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (76,3%), na faixa etária de 14 a 44 anos (63,3%), do gênero masculino (60,9%) e da cor parda (67,6%), residindo em casa de taipa (44%), com uso de fossa negra (82,6%), utilizando água proveniente de poço (58%), sem tratamento da água para consumo (51,7 %) e destinando lixo a céu aberto (63,8%).

Araújo (2003) considera que a Hanseníase constitui-se um importante problema de saúde pública em vários países do mundo e no Brasil. Segundo o autor 94% dos casos conhecidos nas Américas e 94% dos casos novos diagnosticados são notificados no Brasil.

De acordo com o Guia para Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) desde 1985, o país vem reestruturando suas ações voltadas para o controle da Hanseníase, e em 1999 assumiu junto a OMS o compromisso de eliminá-la até 2005 (prazo prorrogado até 2010). A proposta é reduzir a ocorrência da doença para menos de um caso em cada 10.000 habitantes, deixando assim de ser considerada um problema de saúde pública.

Devido a sua grande importância epidemiológica a Hanseníase é uma das doenças contempladas na Estratégia Saúde da Família - ESF. A ESF surgiu como estratégia do Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Esta estratégia incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS que são, segundo Figueiredo (2005): Universalidade, Descentralização, Integralidade e Participação da comunidade, estando estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios: Territorialização, Resolubilidade, Vínculo e coresponsabilização, Humanização, Atenção à família e aos indivíduos no seu contexto, Participação Social e Trabalho em equipe.

De acordo com Brasil (2002) para que esta estratégia possa alcançar bons resultados é necessário que se estabeleça uma relação de confiança, atenção e respeito, entre a comunidade e os profissionais de saúde, já que a idéia de Saúde da Família relaciona-se com a participação da comunidade em parceria com a equipe de saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde a Estratégia de Saúde da Família - ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Estas atividades da ESF são desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar chamada Equipe de Saúde da Família, a qual atende uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. É composta, por no mínimo de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000). O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou a domicílio.

O Agente Comunitário de Saúde integra as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa Saúde da Família - PSF realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos

domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do PSF o Agente Comunitário de Saúde - ACS funciona como:

Um elo entre a equipe e a comunidade, mantendo um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Ele também potencializa o trabalho educativo à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular (BRASIL, 2000).

Cada ACS da equipe é responsável pela cobertura de uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias, sendo considerada as realidades geográficas, econômicas e sociopolítica da área, levando-se em consideração a densidade populacional e a facilidade do acesso à Unidade de Saúde. (BRASIL, 2000).

Devido a sua alta prevalência há grande interesse em erradicar ou diminuir substancialmente o número de ocorrências de Hanseníase. Por conta deste interesse o Ministério da Saúde investe em campanhas informativas junto aos postos de saúde pública ou unidades básicas de saúde, treinando o pessoal da área da saúde para possibilitar a detecção precoce de casos e acompanhamento do tratamento.

Diante destas considerações acreditamos ser importante estudar esta temática uma vez que os profissionais da Equipe Saúde da Família constituem a base da saúde pública e parte fundamental do sucesso desta proposta.

Em uma das reuniões com os ACS's do Centro de Saúde COHAB-ANIL foi observado pela enfermeira da equipe (que é integrante deste grupo) que uma das maiores dúvidas relatadas pelos mesmos em relação à abordagem realizada na comunidade diz respeito à Hanseníase.

Com base nesta situação-problema surgiu o interesse em avaliar o conhecimento que os ACS's detêm sobre a Hanseníase e suas ações na identificação e captação de possíveis portadores da doença, uma vez que o consideramos o elo entre a equipe a comunidade.

Acreditamos que se os ACS's detiverem conhecimentos básicos sobre a doença será mais fácil a captação de possíveis doentes e com isso a precoce notificação e tratamento, favorecendo assim a interrupção da cadeia epidemiológica da infecção e proporcionando melhorias na qualidade de vida da comunidade através de orientações de promoção à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Hanseníase e o impacto de ações educativas como fator estratégia influenciadora na atuação dos mesmos na comunidade.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil demográfico dos Agentes Comunitários do Centro de Saúde COHAB-ANIL;
- Analisar o conhecimento prévio dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Hanseníase;
- Verificar a influência das atividades educativas no conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Hanseníase.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conhecendo a Hanseníase

De acordo com Brasil (2003), a Hanseníase é uma doença que desde a antiguidade vem sendo considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável provocando rejeição e discriminação aos seus portadores. No entanto, a partir da década de 40 com a utilização da Dapsona e seus derivados houve uma revolução no tratamento da doença devido à introdução do tratamento ambulatorial e a extinção dos leprosários que estigmatizaram a Hanseníase e seus portadores na sociedade.

A partir de 1982, o Ministério da Saúde adotou um novo tratamento para a doença o qual é utilizado até hoje, a poliquimioterapia. Trata-se da combinação de medicamentos com administração associada que previne a resistência medicamentosa e leva à cura mais rapidamente (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, a Hanseníase é encarada como problema de saúde pública mudando o perfil da doença. Atualmente, é de responsabilidade das Unidades de Saúde e também de seus profissionais que haja descoberta precoce dos casos, tratamento completo e cura sem seqüelas. É neste contexto que a Estratégia de Saúde da Família está inserida, uma vez que uma das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde na execução da estratégia é o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, onde que todos os profissionais de Saúde da Família participam das atividades estabelecidas. A expectativa é que a atuação da Estratégia Saúde da Família seja um diferencial em termos de impacto no número de novos casos e acompanhamento e controle de casos já existentes devido a sua grande cobertura e a sua proposta de trabalho que é estabelecer um vínculo de corresponsabilidade entre a população e os serviços de saúde (BRASIL, 2003).

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Acomete especialmente o nervo ocular e nervos periféricos das mãos e pés. Por conta do acometimento neurológico a doença tem grande potencial incapacitante e geradora de deformidades físicas. Assim desencadeia também problemas sociais uma vez que diminui a qualidade de vida do doente, limita sua capacidade para o trabalho, infere estigma e preconceito afastando-o do convívio social (BRASIL, 2003).

A Hanseníase é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional, devendo cada caso da doença ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica responsável pela área através de uma ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2003).

O agente etiológico da doença é o bacilo *Mycobacterium leprae* também chamado bacilo de Hansen. Trata-se de uma bactéria álcool-ácido resistente - BAAR que é parasita intracelular obrigatório. De acordo com BRASIL (2002), o tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias. O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, assim infecta muitas pessoas, porém poucas adoecem. O homem é a fonte de infecção da doença. A transmissão acontece de uma pessoa portadora do bacilo que não está em tratamento, que o elimina para o meio exterior através das vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaríngea) ou através de lesões na pele. O período de incubação é variável, em média é de dois a sete anos (BRASIL, 2003).

Existem duas categorias de portadores da doença: os paucibacilares, que apresentam certa resistência ao bacilo e apresentam pequeno número de bacilos no organismo, sendo estes insuficientes para infectar outro indivíduo. A outra categoria, os multibacilares, é considerada como importante fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. Há pouca resistência ao bacilo e os portadores abrigam grande número de bacilos no organismo, passando a eliminá-los para o meio exterior (BRASIL, 2003). É importante destacar que a grande maioria das pessoas é resistente ao bacilo da Hanseníase. Apenas 5% a 10% das pessoas que tem contato com o bacilo adoecem, de acordo com a dependência do sistema imunológico de cada indivíduo. Outros fatores contribuem também que o indivíduo adoça tais como, as condições sócio-econômicas desfavoráveis, condições precárias de saúde e convívio em aglomerações (BRASIL, 2003).

A Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Há maior incidência em homens do que em mulheres na maioria das regiões do mundo (BRASIL, 2002). A Hanseníase se manifesta através de sinais e sintomas dermato-neurológicos. Os sinais e sintomas dermatológicos incluem lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade. Segundo Brasil (2002), as lesões mais comuns são:

Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas (alterações da cor da pele sem relevo); pápulas (lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita medindo até um centímetro); infiltrações (alteração na espessura da pele de forma difusa); tubérculos (lesão sólida, elevada, "caroços") e nódulos (lesão sólida mais palpável do que visível).

As alterações de pele sempre acompanham alteração da sensibilidade devido ao acometimento de ramos sensitivos cutâneos dos nervos. A alteração varia de hipoestesia, quando há diminuição desta, até anestesia que é a ausência de sensibilidade. Pode haver ainda sensação de formigamento na lesão levando a ser confundido com prurido pelo paciente (BRASIL, 2003).

As alterações neurológicas manifestam-se através de lesões dos troncos nervosos periféricos. Tais lesões são decorrentes de neurites que podem ser causadas tanto pela ação direta do bacilo nos nervos quanto pela reação do organismo ao bacilo. Os sinais e sintomas são a dor e/ou espessamento dos nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas inervadas, diminuição e/ou perda de força dos músculos inervados pelos nervos acometidos. Os nervos mais comumente acometidos são os dos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2003).

Existem quatro manifestações clínicas da Hanseníase: forma indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa. A manifestação clínica inicial é a forma indeterminada. Quando o indivíduo tem maior imunidade ao bacilo, evoluem para a forma tuberculóide, já os que não possuem imunidade ao bacilo evoluem para a forma virchowiana. Os que possuem grau de imunidade instável evoluem para forma dimorfa que é uma forma intermediária (BRASIL, 2003).

O diagnóstico da doença baseia-se nos sinais clínicos e nos sintomas da doença descritos anteriormente. Além disso, também se considera a baciloscopia positiva.

Os doentes são classificados como paucibacilares ou multibacilares para fins de tratamento de acordo com o número de lesões de pele e no resultado da baciloscopia. Pacientes paucibacilares são aqueles que apresentam até cinco lesões na pele e baciloscopia negativa que corresponde às formas indeterminada e tuberculóide. Os multibacilares são aqueles que apresentam mais de cinco lesões de pele e baciloscopia positiva que corresponde com as formas virchowiana e dimorfa, sendo que esta última pode apresentar também baciloscopia negativa (BRASIL, 2003).

É importante realizar o diagnóstico diferencial com outras doenças dermatológicas tais como a eczemátides, pitíriase versicolor, vitiligo, pitíriase rósea, eritema solar, eritrodermia, psoríase, eritema nodoso, lúpus eritematoso, sífilis, xantomas, neurofibromatose de von Recklinghausen, entre outras. A alteração da sensibilidade local é o dado mais relevante na elucidação diagnóstica (BRASIL, 2003).

O tratamento da doença é a parte fundamental do sucesso no controle da Hanseníase. O tratamento integral compreende a quimioterapia específica (Poliquimioterapia

- PQT) padronizada pela OMS e o acompanhamento do paciente visando a prevenção e tratamento de incapacidades físicas (BRASIL, 2003).

O tratamento é ambulatorial, sendo que o paciente comparece a Unidade de Saúde mensalmente para realizar a consulta de acompanhamento e receber a medicação em forma de dose supervisionada. Nesta consulta é realizada a avaliação dermato-neurológica. O paciente também recebe orientações quanto à prevenção de incapacidades e autocuidado (BRASIL, 2003).

A poliquimioterapia destrói o bacilo tornando-o incapaz de infectar outras pessoas e assim desfaz-se a cadeia epidemiológica da doença e evita-se o avanço da doença no indivíduo. As medicações da poliquimioterapia são a Rifampicina, a Dapsona e a Clofazimina. Conforme a definição do caso como paucibacilar ou multibacilar existem esquemas-padrão de tratamento com a associação das drogas citadas. O tratamento é concluído após o término da administração do número de doses padronizadas para cada caso da doença (BRASIL, 2003).

Brasil (2003) estabelece o seguinte esquema padrão de tratamento:

DROGA	PQT/PB (6 doses)	PQT/MB (12 doses)
RIFAMPICINA	600 mg/1 vez ao mês, dose supervisionada num total de 6 doses em até 9 meses	600 mg/1 vez ao mês, dose supervisionada, num total de 12 doses em até 18 meses
DAPSONA	100 mg/1 vez ao dia dose auto-administrada	100 mg/1 vez ao dia dose auto-administrada
CLOFAZIMINA	Não utilizado	300 mg/1 vez ao mês dose supervisionada num total de 12 doses em até 18 meses com 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários dose auto-administrada.

Avaliação:

SEGUIMENTO CASOS	DOS >	Comparecimento mensal para dose supervisionada (6 doses) Revisão dermatoneurológica na 6ª dose.	Comparecimento mensal para dose supervisionada (12 doses) Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª dose.
CRITÉRIOS DE ALTA POR CURA	•	6 doses de PQT supervisionada em até 9 meses independente do número de faltas consecutivas	12 doses de PQT supervisionada em até 18 meses independente do número de faltas consecutivas

Existem esquemas alternativos que podem ser utilizados em situações especiais como em gestantes, pacientes alérgicos a alguma das medicações do esquema padrão, pacientes com outras doenças associadas como a Tuberculose (BRASIL, 2003).

De acordo com Araújo (2003), os doentes de Hanseníase podem apresentar episódios inflamatórios que se intercalam o curso crônico da doença, são os chamados surtos reacionais.

Brasil (2003) descreve os dois tipos mais importantes destas reações:

- Tipo I ou Reação Reversa: novas lesões dermatológicas (manchas ou placas) e alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites).
- Tipo II ou Eritema Nodoso Hansênico: nódulos vermelhos dolorosos, febre, dor articular, dor e espessamento dos nervos e mal estar generalizado.

É necessário também realizar a vigilância dos contatos do doente através de exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares (que residem ou residiram nos últimos cinco anos com o doente) e da aplicação de duas doses de BCG com intervalo de seis meses nos contatos sadios. Caso o indivíduo já tenha a primeira dose da vacina esta é considerada, conforme nos informa (BRASIL, 2003).

3.2 Educação em saúde

A educação é o ato ou efeito de educar (instruir-se); processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral da criança e do ser humano em geral (FERREIRA, 1995).

De acordo com Figueiredo (2005):

As práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos – sujeitos sociais, históricos e culturais do ato de conhecer ou reconhecer – aquisição de habilidades para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida. Proporcionando transformações na vida do indivíduo.

A educação em saúde trata-se de uma tarefa que depende da saúde, de profissionais com habilidades e competências para orientar as pessoas a promover a saúde, evitar riscos à saúde restaurar a saúde e prevenir doenças (FIGUEIREDO, 2005).

Neste contexto, a OMS pontua que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação, sendo um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida sadia, utilizar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (BRASIL, 2000).

A educação em saúde, entendida como uma prática transformadora, no que se refere às ações de controle da Hanseníase, deve ser relacionada a todas as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde aos usuários, incluindo familiares, e nas ações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2002). Segundo Buss (1998), os ACS's atuam no apoio aos indivíduos, identificando as situações mais comuns de risco em saúde; participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde.

Entende-se por ações educativas as práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas junto à população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde, através da reflexão crítica de ambos os atores (docentes e discentes / profissionais e indivíduos) com isso, avalia-se os instrumentos essenciais para quem se destina à ação educativa; críticas e reflexões dos atores envolvidos no processo educativo (FIGUEIREDO, 2005).

De acordo com o MS, o processo educativo nas ações de controle da Hanseníase deve contar com a participação do cliente ou de seus representantes, dos familiares e da comunidade, nas ações que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento de incapacidades físicas, no combate ao eventual estigma e na manutenção do paciente no meio social. Contudo, para uma assistência de qualidade ao paciente portador de Hanseníase, deve-se discutir com o cliente, sempre que necessário, todas as questões inerentes a sua doença e ao seu tratamento, estimulando sempre o paciente na prática do autocuidado (BRASIL, 2002).

Para George (2000) autocuidado é o desempenho e a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar.

Nessa ordem, educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não podemos entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condição da sua vida, exercendo assim a construção da cidadania. Esta visão ratifica a proposta básica da ESF que entende a comunidade como parcela fundamental e atuante no sucesso da estratégia, uma vez que só com a participação efetiva da comunidade é possível alcançar os seus objetivos de promoção à saúde.

3.3 Princípios do Sistema Único de Saúde - SUS

A saúde é um direito de todos os cidadãos e é dever do Estado promover o acesso da população a ela, conforme determina a constituição de 1988, através de uma rede de serviços com ações organizadas de maneira racional denominado SUS (BRASIL, 2000).

O SUS foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90 e refere-se a um conjunto de ações e de serviços de saúde prestada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a eles vinculadas, seguindo a mesma doutrina e os mesmos princípios organizacionais em todo o território nacional, sob as responsabilidades das três esferas autônomas de governo; federal, estadual e municipal com atividades que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo atendimento universal, igualitário e integral a todo cidadão brasileiro que dele precisar, nas unidades de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados,

em visitas domiciliares e mediante ações coletivas de saúde, sem que nada seja cobrado do usuário (FIGUEIREDO, 2005).

De acordo com Figueiredo (2005) os preceitos constitucionais a doutrina do SUS norteia-se pelos princípios abaixo:

- **Universalidade** – é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.
- **Equidade** – é o fato de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras, até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.
- **Integralidade** – é o reconhecimento, na prática dos serviços, de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoções, proteção e recuperação da saúde também compõem um todo indivisível, não podendo ser compartimentalizada; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Em relação aos princípios que regem a organização do SUS, Figueiredo (2005) destaca os seguintes:

- **Regionalização e hierarquização** – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a diferença da população a ser atendida.
- **Resolubilidade** – é a exigência de que quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de saúde com impacto sobre a coletividade, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.
- **Descentralização** – é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.
- **Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de execução, em todos os

níveis, desde o federal até o local, através dos conselhos e conferências de saúde.

- **Complementariedade do setor privado** – baseado na constituição deverá ocorrer por insuficiência do setor público.

3.4 Princípios da Estratégia Saúde da Família - ESF

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do sistema único da saúde, já citados anteriormente. Esta estratégia está estruturada em unidades básicas de saúde que trabalham norteados pelos princípios que constroem a estratégia, são eles: territorialização, resolubilidade, vínculo e co-responsabilidade, humanização, participação social, atenção à saúde da família e os indivíduos no seu contexto e trabalho em equipe.

A territorialização refere-se à limitação da área/território de atuação da equipe saúde da família e a definição de uma população adstrita com o objetivo de conhecer a realidade das famílias dando ênfase nas características sócias, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2002).

A resolubilidade garante a assistência aos problemas de saúde mais comuns da comunidade, dando respostas às necessidades básicas da população de sua área adstrita e responsabilizando-se pelas referências e contra-referências de maior complexidade, sempre que necessário (BRASIL, 2002).

O autor supra citado ressalta, ainda, que a noção de vínculo e co-responsabilidade é definida como a aliança entre a equipe de saúde e as famílias para o cumprimento das ações, onde todos são atores participantes do processo de manutenção e recuperação da saúde e promoção do autocuidado. Humanização vem com a valorização da relação dos profissionais de saúde com os usuários e com a família, o que permite maior vínculo de confiança e respeito, onde a participação social garante a atuação dos indivíduos como cidadãos, o que permite desenvolver um processo de planejamento pactuado em todas as fases de atuação: programação, execução e avaliação das ações (BRASIL, 2002).

Brasil (2002) destaca que:

A atenção à família e aos indivíduos no seu contexto traz para a equipe maior compreensão do contexto familiar e das características sócio-culturais do usuário; o que contribuirá para que a equipe veja o indivíduo como ser indissociável de seu meio, permitindo realizar uma abordagem integral e articulada sem perder de vista o estado de equilíbrio individual de cada membro da família.

O trabalho em equipe consiste na construção de uma equipe de trabalho como uma verdadeira unidade produtora das ações de saúde, intersetorialmente articuladas, objetivando o consenso e respeitando as responsabilidades de cada membro a partir de uma prática democrática e construtiva.

3.5 Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

Devido aos altos índices de incidência e prevalência da Hanseníase no Brasil, como já mostrado anteriormente, o Ministério da Saúde elaborou um programa para eliminação da Hanseníase no Brasil, visando atingir a meta de eliminação da doença preconizada em 1999 junto a outros países em conferência da OMS.

Este programa considera a ESF como a principal ferramenta para cumprimento desta meta. A partir dos princípios da mesma as equipes de saúde da família vêm trabalhando para melhorar o atendimento aos pacientes portadores de Hanseníase seguindo orientações das ações programáticas do programa de eliminação da Hanseníase que tem como diretrizes (BRASIL, 2002):

- Busca ativa de casos que é a identificação de sintomáticos dermatológicos entre os usuários;
- Diagnóstico clínico de casos que compreende o exame de sintomáticos dermatológicos e comunicantes, além da classificação clínica dos casos;
- Cadastramento dos portadores que vem ser útil para a alimentação e análise dos sistemas de informações;
- Tratamento supervisionado que consiste no acompanhamento ambulatorial e domiciliar, avaliação dermato-neurológica, fornecimento de medicamentos, curativos e atendimento de intercorrências;
- Controle de incapacidades físicas através da avaliação e classificação das incapacidades físicas, aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades e atividades educativas;
- Medidas preventivas através de pesquisa de comunicantes, divulgação de sinais e sintomas da Hanseníase, prevenção de incapacidades físicas e atividades educativas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo nos conduziu a realização de pesquisa quantitativa, do tipo descritiva. Escolhemos um grupo que foi submetido a uma avaliação inicial sobre um tema (Hanseníase), seguido de uma intervenção (atividade educativa) e posteriormente realizamos nova avaliação sobre o tema, a fim de descrever a realidade do grupo citado.

4.2 Local, período e informantes

O estudo foi realizado no período de fevereiro a maio de 2006, no Centro de Saúde COHAB-ANIL. A escolha foi intencional devido ser o local de trabalho de uma das integrantes desta pesquisa, o que facilitou nosso acesso à mesma.

Os informantes foram os 14 ACS's que compõem as três equipes de saúde da família da referida unidade que totalizam a população do estudo.

O Centro de Saúde COHAB-ANIL localiza-se na Rua 04, s/n do IV conjunto da Cohab o qual foi fundado em dezembro de 1984. Este tem como propósito realizar atividade de saúde pública nos níveis de atenção primária e secundária junto à comunidade; programar e executar as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica; além de manter entrosamento com as unidades de atenção terciária à saúde, assegurando um melhor atendimento à população e, também servir como campo de apoio para estágios.

Estas atividades são desenvolvidas por três equipes de saúde da família, as quais são compostas por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Atendem a população do 1º e 2º conjunto da Cohab, Itapiracó, Planalto-Anil e Novo Angelim.

4.3 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi subdividida em três momentos: primeiro foi aplicado questionário aos ACS's, sem aviso prévio, com perguntas básicas sobre Hanseníase

(Apêndice A). Posteriormente, após avaliação dos questionários foi planejado e desenvolvido um programa de atividade educativa que constou em uma palestra expositiva sobre Hanseníase com demonstração de fotos e distribuição de informativos. Foi utilizado discurso no nível do entendimento dos ACS's e direcionado para as dificuldades apresentadas no primeiro questionário.

A última etapa foi uma nova aplicação dos questionários para avaliar se a atividade educativa desenvolvida teve repercussão no entendimento dos mesmos sobre a doença.

As variáveis que foram coletadas referiam-se a identificação dos entrevistados, bem como questões abertas específicas, contemplando conhecimentos a cerca da doença (definição, epidemiologia, sintomatologia e tratamento).

A princípio seriam aplicados questionários a 18 (dezoito) ACS's, porém somente 14 (quatorze) destes participaram da pesquisa, visto que dois saíram do Programa Saúde da Família, um encontrava-se em gozo de férias e um se absteve.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário do Maranhão, Unidade Presidente Dutra, e respeitou todas as normas preconizadas para estudos envolvendo seres humanos (Anexo A). Os dados foram coletados após aprovação do Comitê. Para aplicação do questionário, foram prestadas previamente as devidas explicações aos entrevistados com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Para validar o questionário aplicado foram consideradas as seguintes definições para respaldar a análise das respostas:

QUESTÃO	CORRETO	INCORRETO
Q1: O que você entende por Hanseníase?	Respostas que contemplaram parcial ou totalmente o conteúdo descrito abaixo: “Doença infecto-contagiosa, que atinge pele e nervos, causada pelo <i>M. leprae</i> ou bacilo de Hansen” (BRASIL, 2003)	Respostas que não contemplaram o conteúdo pré-definido como correto.
Q2: Que sinais e sintomas você conhece sobre Hanseníase?	Respostas que contemplaram parcial ou totalmente o conteúdo descrito abaixo: Presença de manchas, nódulos, alteração de sensibilidade (dormência) e edema. (BRASIL, 2003)	Respostas que não contemplaram o conteúdo pré-definido como correto.
Q3: Você sabe como é transmitida a Hanseníase?	Respostas que contemplaram parcial ou totalmente o conteúdo descrito abaixo: Transmissão através das vias aéreas superiores, ou seja, pelo ar ou saliva, lesões da pele. (BRASIL, 2003)	Respostas que não contemplaram o conteúdo pré-definido como correto.
Q4: Você sabe como é realizado o tratamento da Hanseníase?	Respostas que contemplaram parcial ou totalmente o conteúdo descrito abaixo: Medicação oral, no período de 6 meses 1 ano, em rede pública ou gratuito. (BRASIL, 2003)	Respostas que não contemplaram o conteúdo pré-definido como correto.

5 RESULTADOS

Foram aplicados questionários a 14 Agentes Comunitários de Saúde - ACS's sendo verificado que apenas um dos informantes é do sexo masculino, a média de idade é de 34,5 anos, todos têm no mínimo 11 anos de estudo, o que pode corresponder ao ensino médio completo. O tempo de exercício profissional foi em média de 28 meses, em relação à participação em capacitação anterior sobre Hanseníase observamos que a maioria, 8 ACS's, referiu já ter realizado capacitação específica.

Constatamos que os entrevistados contemplam alguns dos critérios definidos para a categoria pelo Ministério da Saúde que são residir na área em que atuam e ter concluído o ensino fundamental, pré-requisitos estabelecidos pela Lei 10.507/2002, artigo 3º, incisos I a III. Não há referência na lei sobre idade ou sexo dos Agentes Comunitários de Saúde, porém em Portaria anterior (1.886/1997) estava estabelecida a idade mínima de 18 anos para execução da atividade. (Quadro 1).

Quadro 1 - Perfil demográfico dos 14 ACS's entrevistados. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

Nº de ACS	SEXO	IDADE	ANOS DE ESTUDO	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	CAPACITAÇÃO ANTERIOR
14	Feminino-13	23 a 46 anos	11 a 20 anos	8 meses a 4 anos	Sim - 8
	Masculino-01				Não - 6

Ao abordarmos os ACS's sobre o conceito de Hanseníase verificamos que os informantes já possuíam algum conhecimento sobre a doença. Considerando o conceito descrito na metodologia como correto observamos compatibilidade no que se refere tratar-se a Hanseníase de uma doença infecto-contagiosa; porém chama atenção o pouco destaque dado às alterações de pele e nervos, uma vez que estes dados deveriam ser o ponto chave para a detecção de casos por serem os sinais mais evidentes da doença. Esta observação nos leva a pensar que isto esteja relacionado ao fato da Hanseníase ser uma doença ainda

estigmatizante marcada pelo contágio, apesar de saber-se que este só ocorre na vigência de contato íntimo e prolongado com o doente (AQUINO *et al*, 2003).

Diante disso destacamos a grande relevância da realização de atividades de educação em saúde junto aos profissionais de saúde com o objetivo de ampliar seus conhecimentos e assim aliá-los as atividades programáticas do Ministério da Saúde para a Eliminação da Hanseníase no país (BRASIL, 2002).

Esta análise reforçou a nossa proposta de realização de treinamento para os ACS's que participaram desta pesquisa. Após a realização do treinamento foi possível notar que apenas dois informantes responderam fora do contexto pré-estabelecido. Notamos ainda, que as respostas fornecidas foram mais completas (Quadro 2).

Quadro 2 - Conceito de Hanseníase relatados pelos 14 ACS's do Centro de saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Doença bacteriana ou doença causada pelo bacilo de Hansen	06	01
Doença que afeta pele e nervos	04	03
Doença infecto-contagiosa causada pelo bacilo de Hansen	–	03
Doença contagiosa	03	01
Doença infecto-contagiosa	03	04
Doença transmitida pelo ar	–	01
Doença que quando descoberta no início tem como tratar	01	–
Doença transmitida por vírus	–	01

De acordo com o conceito pré-estabelecido na metodologia, todos os ACS's responderam corretamente a questão sobre os sinais e sintomas da Hanseníase.

Observamos que no pós-teste as respostas foram mais completas, ampliando-se com referências à perda de sensibilidade e presença de nódulos ou caroços. Este dado reforça o papel do ACS como componente da equipe nas ações programáticas da eliminação da Hanseníase, uma vez que terá condições de identificar um caso suspeito da doença. Percebemos que ao serem solicitados para conceituar a Hanseníase os informantes não fizeram muitas referências ao comprometimento dermatoneurológico, porém no questionamento específico dos sinais e sintomas foi possível notar que os mesmos detêm este conhecimento (BRASIL, 2003). Nos questionários também foram citados sinais e sintomas que não estavam contemplados no conceito definido na metodologia, mas que fazem parte do quadro clínico da doença, como, por exemplo, inapetência, insônia, nervosismo e presença de edema (Quadro 3).

Quadro 3 - Sinais e sintomas da Hanseníase referidos pelos 14 ACS's do Centro de saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Manchas	02	02
Manchas e dormência	09	05
Manchas, dormência (ou perda de sensibilidade) e nódulos (ou caroços)	01	06
Manchas e caroços	02	01

Verificamos que ao questionarmos os ACS's sobre a transmissão da Hanseníase a maioria referiu que a transmissão se dá pelo contato direto com o doente e pelas vias aéreas superiores, sendo esta mais citada no pós-teste (Quadro 4).

Observamos que as respostas relatadas pelos informantes são compatíveis com o preconizado por Brasil (2002) o qual afirma que:

A principal via de eliminação do bacilo pelo indivíduo doente de Hanseníase e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, sendo que para que a transmissão do bacilo ocorra é necessário o contato direto com a pessoa doente não tratada.

**Quadro 4 - Modos de transmissão da Hanseníase citados pelos 14 ACS's entrevistados.
Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.**

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Contato direto com o doente	08	08
Vias aéreas superiores (ar / saliva)	05	09
Relação sexual e convívio social	01	–

Ao questionarmos os ACS's sobre seus conhecimentos acerca do tratamento da Hanseníase notamos que a maioria citou corretamente o tratamento destacando o uso de medicação oral, com período de tratamento de seis ou 12 meses, sendo observado um aumento do número destas respostas no pós-teste.

Deve-se ressaltar que no pré-teste dois dos informantes responderam apenas que sabiam como era feito o tratamento, porém sem defini-lo. Um dos informantes apenas relatou que não sabia como era realizado o tratamento.

Após o treinamento apenas um dos informantes manteve-se afirmando que sabia como se dava o tratamento sem descrevê-lo. Considerando como ampliação do conhecimento dos ACS's pode-se inferir que a atividade educativa desenvolvida teve efeito satisfatório nesta questão.

Percebemos que os ACS's conseguiram ressaltar os componentes mais importantes do tratamento da doença. Um deles inclusive fez ressalva a um fator muito importante a ser lembrado que é a gratuidade da medicação.

Ressaltamos também que um dos informantes citou como forma de tratamento para a Hanseníase o uso da vacina BCG, porém destaca-se que a mesma não compõe tratamento da hanseníase e sim proteção para os contatos intra-domiciliares do hanseniano. De acordo com Brasil (2002) foram realizados estudos que demonstraram que a utilização da vacina BCG atinge um nível de proteção de 20 a 80% para os contatos de hansenianos para a forma multibacilar (Quadro 5).

Quadro 5 - Respostas atribuídas pelos 14 ACS's referente ao tratamento da Hanseníase. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Medicação oral	06	08
Na rede publica com duração de 06 meses a 01 ano (dose supervisionada).	03	05
Exames	02	02
Medicação adequada com o tipo	01	–
Tratamento gratuito	–	01
Vacina BCG	–	01

Quando questionados quanto às suas ações diante de um cliente com suspeita de Hanseníase, constatamos na pesquisa que todos os ACS's estão cientes, quanto à conduta de encaminhamento do cliente ao Posto de Saúde / Centro de Saúde / Unidade de Saúde próximo à sua comunidade. Esta conduta também se manteve em 100% das respostas após o treinamento.

O trabalho dos ACS's é de grande importância para o bom funcionamento da ESF uma vez que os mesmos são considerados o elo entre a comunidade e a equipe de saúde; inclusive pela sua proximidade com a comunidade que assiste. Sabemos que hoje as Unidades Básicas de Saúde constituem a porta de entrada dos serviços de saúde no país, por ser um serviço acessível e de referência dentro do seu território adscrito.

Torna-se assim relevante saber que estes ACS's estão cientes quanto ao seu papel na equipe de saúde diante da comunidade em relação às ações programáticas do MS para o controle e eliminação da Hanseníase (BRASIL, 2001).

Todos os ACS's afirmaram no pré-teste não ter receio de manter contato com o paciente Hanseniano, sendo que maioria justificou o não receio desde que o paciente já tenha iniciado o tratamento, pois sabem que com este iniciado, o paciente não transmite mais a doença. Já no pós-teste, quatro ACS's informaram ter receio no contato com o doente desde que este ainda não tenha iniciado o tratamento. Essa é uma observação de avaliação positiva, pois reforça a preocupação dos ACS's com a necessidade do início precoce do tratamento para interromper a cadeia de transmissão da doença.

Acreditamos ainda que o fato destes 04 ACS's admitirem o receio em manter contato com o doente pode ser devido ao fato de já haver um vínculo de confiança estabelecido entre os mesmos e as pesquisadoras e assim tenham se sentido mais a vontade para relatar tal receio quando posteriormente abordados (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de ACS's que referiram receio em manter contato com Hansenianos. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Sim	-	04
Não	14	10
TOTAL	14	14

Ao questionarmos se os mesmos se sentem capacitados a fazer orientações na comunidade sobre Hanseníase a maioria 08 ACS's referiu que sim, estão capacitados para a atividade. Esta observação demonstra que os ACS's sentem-se preparados para desempenhar sua função dentro da equipe de saúde da família com responsabilidade na orientação da comunidade, seja através de visitas domiciliares ou reuniões comunitárias, sendo esta uma de suas atribuições preconizadas pelo MS (BRASIL, 2002) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de ACS's que se sentem capacitados em orientar a comunidade acerca de Hanseníase. Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Sim	08	12
Não	02	-
Mais ou menos	04	02
TOTAL	14	14

Ao questionarmos os ACS's a respeito da existência de dúvidas sobre a doença notamos que houve diminuição do número de informantes com dúvidas a cerca do tratamento, o que é coerente com o observado nas respostas sobre o tratamento abordado anteriormente, onde os mesmos responderam corretamente já no pré-teste. Ainda mantiveram-se algumas dúvidas, porém de forma reduzida, sobre a clínica da doença, a reinfeção, a transmissão e o acompanhamento.

Este dado nos faz acreditar que o treinamento oferecido foi relevante, porém uma análise mais fidedigna da questão fica difícil uma vez que cinco ACS's não responderam a questão.

É compreensível a existência de dúvidas sobre a doença, não só dos ACS's, como de outros profissionais da equipe. Vale lembrar que o diagnóstico da Hanseníase é basicamente clínico e de responsabilidade legal do profissional médico, sendo muitas vezes de difícil detecção pela complexidade de apresentação da mesma. Por exemplo, podemos ressaltar pacientes que apresentam casos de neurite sem outros sinais que podem passar despercebidos em avaliação pela equipe por não ser a forma mais clássica de manifestação da doença. Portanto, é mais relevante para o programa de eliminação e controle da doença que o ACS seja capaz de identificar possíveis portadores da doença através da sintomatologia mais frequente e comum que é a presença de manchas, com alteração de sensibilidade e presença de nódulos.

Ressaltamos ainda que dois dos informantes não apresentaram qualquer tipo de dúvida (Quadro 6).

**Quadro 6 - Respostas dos ACS relativas a presença de dúvidas sobre Hanseníase;
Centro de Saúde Cohab-Anil, São Luís, 2006.**

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE
Tratamento	05	–
Clinica	03	02
Transmissão	03	01
Reinfecção	03	02
Tipos	02	–
Cura	02	01
Não tem dúvidas	02	02
Causas	01	–
Acompanhamento	–	01
Não respondeu	–	05

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir com o presente estudo que:

- Verificamos que dos 14 ACS's entrevistados a maioria é do sexo feminino, com média de idade de 34 anos, todos tem o ensino médio completo, o tempo de exercício profissional é variável, sendo a média de 28 meses e a maioria já participou de capacitação anterior sobre a doença.
- Inicialmente, os ACS's já apresentavam algum conhecimento acerca da doença com ênfase às questões relativas a tratamento e encaminhamento dos casos suspeitos.
- Destacamos que a atividade educativa realizada teve resultado positivo sobre os informantes uma vez que observamos que as respostas fornecidas no pós-teste foram mais completas e os ACS's se mostraram capacitados a realizar orientações à comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hanseníase é uma doença de grande importância epidemiológica no Brasil por apresentar níveis elevados de prevalência e detecção. Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência no Estado do Maranhão no ano de 2005 foi de 5,94/10.000 habitantes. Há alguns anos o Ministério da Saúde vem reorganizando as ações para eliminação da doença no país, sendo a ESF a linha de frente neste processo (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde havia firmado um compromisso junto a OMS de eliminar a Hanseníase no Brasil até o final de 2005. A proposta seria reduzir a ocorrência da doença para menos de um caso em cada 10.000 habitantes, deixando assim de ser considerada um problema de saúde pública. No entanto a meta não foi alcançada e o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase continua realizando suas ações em todo país com a nova meta de eliminação em todos os municípios do Brasil até o ano de 2010 (BRASIL, 2006).

Toda a equipe de saúde da família exerce as ações programáticas do Programa de Eliminação e Controle da Hanseníase, sendo que o agente comunitário de saúde, por ser um membro próximo à comunidade e à equipe, torna-se um importante elo entre estes dois universos.

Com a realização da pesquisa observamos que apesar de estarem inseridos dentro de uma Unidade de Saúde que possui o Programa de Eliminação e Controle da Hanseníase implantado e de alguns já terem realizado capacitação anterior, os agentes comunitários de saúde demonstraram dúvidas em vários aspectos da doença, sendo algumas destas mantidas após o treinamento oferecido. No entanto, notamos que houve de uma maneira geral, melhora no entendimento dos mesmos acerca da Hanseníase. Isso pode ser observado, por exemplo, nas questões sobre o conceito e sintomatologia da doença onde as respostas do pós-teste foram mais completas, baseando-se nas referências do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que quanto ao tratamento da doença os ACS's já apresentavam desde o pré-teste conhecimento dos principais aspectos do tratamento, tais como, o uso da medicação oral, de fornecimento gratuito nas unidades de saúde, bem como o período do mesmo.

Destacamos como ponto positivo o fato de todos os informantes estarem cientes de conduzir os casos suspeitos da doença a Unidade de Saúde, reforçando assim o papel destas como a porta de entrada do sistema de saúde nacional.

A maioria referiu sentir-se capaz em orientar a comunidade sobre a doença. Sabemos que a educação em saúde não se faz em uma atividade isolada, é sim, uma atividade dinâmica e continuada, devendo ser aplicada em todos os momentos e de diversas formas dentro da estratégia saúde da família e por toda a sua equipe. Reconhecendo o ACS de saúde como componente fundamental da estratégia saúde da família, acreditamos que a educação continuada dos mesmos é uma atividade que precisa ser valorizada constantemente. Em se tratando da Hanseníase, que é uma doença complexa, a educação em saúde é ainda mais relevante por ser uma doença classificada como problema de saúde pública e com grande interesse mundial na sua eliminação.

Assim, sugerimos a coordenação do PSF do Centro de Saúde COHAB-ANIL que sejam traçadas ações relacionadas à educação em saúde abordando a Hanseníase em períodos regulares a fim de que cada vez mais, e melhor, os agentes comunitários de saúde mantenham-se informados e possam colocar em prática seus conhecimentos junto à comunidade com o objetivo principal de detectar precocemente casos suspeitos de Hanseníase para que os demais profissionais da equipe também exerçam suas atribuições com rapidez e eficácia contribuindo assim com a eliminação da Hanseníase no país.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Dorlene M. C. *et al.* Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. n. 36, p. 57-64, jan./fev.2003.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. n. 38, p. 373-382, maio/jun., 2003.

BASTOS, Núbia M. G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 2 ed. Fortaleza: Nacional, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Ação participativa: trabalhando com Hanseníase**. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Manual do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Hanseníase**. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniase_plano . Acesso em: 20 abr. 2006.

BUSS, Paulo Marchiari et al. **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América latina**. Rio de Janeiro: [s.n], 1998.

FARHAT, Calil Kairalla *et al.* **Infectologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

GALLO, Maria E. N. **Aspectos epidemiológicos da Hanseníase**. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/glossario/hanseníase1p.htm> . Acesso em: 21 abr. 2005.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 84-96.

HANSENÍASE. **Revista de Saúde Paulista**, São Paulo, n. 12, jan./mar., 2004.

KUHL, Isabel C. P.; DAL' FORNO, Taciana O. Temas em saúde. Disponível em: <http://www.medicinal.com.br/temas>>. Acesso em: 15 set. 2005.

NETO, Cyro Festa. **Manual de condutas médicas**. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/medicina>>. Acesso em: 21 abr.2005.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARÁ. **Controle da Hanseníase**. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br>> . Acesso em: 21 abr. 2005.

SILVEIRA, Maria F. Formação de profissionais: um desafio contemporâneo para o Programa Saúde da Família. **Revista Nursing**, v. 7, n. 73, jun. 2004.

VERONESI, Ricardo. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 1991.

TALHARI, Sinésio *et al.* **Dermatologia tropical**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Belém: Cejup, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

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

CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE COHAB-ANIL SOBRE HANSENÍASE

QUESTIONÁRIO

DADOS PESSOAIS

1. Identificação:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Anos de estudo:
5. Tempo que trabalha como ACS:
6. Já recebeu capacitação sobre Hanseníase: () Sim () Não

Caso positivo em que ano:

QUESTÕES ESPECÍFICAS

1. O que você entende por Hanseníase?
2. Que sinais e sintomas você conhece sobre Hanseníase?
3. Você sabe como é transmitida a hanseníase?
4. Você sabe como é realizado o tratamento da Hanseníase?
5. O que você deve fazer diante de um indivíduo com suspeita de Hanseníase?
6. Você tem receio de manter contato com um indivíduo que tem diagnóstico de Hanseníase?
7. Você se sente capacitado para fazer orientações na comunidade sobre Hanseníase?
8. Qual a sua principal dúvida a respeito da 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

Pesquisador responsável: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias Qd-39, C-7, Renascença-I CEP: 65075-010

Fone: 3235-1557 **E.mail:** mgama@elo.com.br

Pesquisadores: Emmanuelle Novaes de V. Brito; Francisca Iolanda Gomes Carreiro Neiva; Gilma de Abreu C. Pereira; Janyêre Almeida de Souza; Leonízia Antunes Ramos.

Prezado(a) Sr (a), estamos convidando-o(a) para participar da pesquisa intitulada **CONHECIMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE COHAB-ANIL SOBRE HANSENÍASE** que tem como objetivo maior o desenvolvimento de uma capacitação que contemple as dúvidas que o(a) sr(a) pode ter em relação a Hanseníase. Identificando-se as suas principais dúvidas, poderemos durante a capacitação (que será feita em data a ser agendada após a aplicação desse questionário a todos os agentes comunitários de saúde que trabalham nessa unidade de saúde) elaborar material didático compatível. O(A) sr(a) não será identificado sendo assegurado o sigilo e a privacidade das informações pessoais que fornecer. Lembramos também que sua participação não implicará em qualquer avaliação oficial do seu desempenho, não ameaçando assim seu vínculo trabalhista. Não haverá nenhum custo decorrente de sua participação na pesquisa sendo garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, podendo retirar-se ou recusar-se a participar sem qualquer prejuízo ao senhor (a).

Assim, pede-se que o senhor (a) assine o termo abaixo.

Eu, -----, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá avaliar o conhecimento do agente comunitário de saúde sobre Hanseníase na Unidade Básica de Saúde do bairro Cohab-Anil em São Luís-Ma, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa.

Fui esclarecido (a) ainda que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo a mim, tendo garantia de sigilo assegurando privacidade das informações que forneci.

São Luís-Ma, -----/-----/-----

Assinatura e carimbo da
pesquisadora responsável

Assinatura do participante

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUSBTÂNCIADO