

# Hanseníase: Compreensão de Agentes Comunitários de Saúde

## Leprosy: Understanding of Community Health Agents

CRISTIANI GARRIDO DE ANDRADE<sup>1</sup>  
ISABELLE CRISTINNE PINTO COSTA<sup>1</sup>  
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE<sup>2</sup>  
KAMYLA FÉLIX OLIVEIRA DOS SANTOS<sup>3</sup>  
ELOISE MARIA DE LIMA GOUVEIA<sup>4</sup>  
HELLEN GOMES E CLAUDINO<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Verificar a compreensão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) em relação à hanseníase; detectar se existe alguma fragilidade na compreensão desses profissionais, no tocante à hanseníase, e recomendar ações educativas direcionadas a esclarecer e a fortalecer os pontos fragilizados dessa compreensão. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, quali-quantitativo, que obedeceu aos princípios éticos da Resolução 196/96. A amostra foi composta por 14 ACSs, que atuam em Unidades de Saúde da Família no município de Guarabira/PB. Os dados foram coletados entre março e abril de 2010, através de um instrumento estruturado. A análise qualitativa foi realizada através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e os dados quantitativos foram analisados a partir dos números absolutos e percentuais. **Resultados:** O estudo comprovou que os ACSs têm uma compreensão limitada em relação aos sinais e aos sintomas da patologia e que o processo de capacitação continuada encontra-se desarticulado, apesar de os mesmos possuírem consciência em relação à possibilidade de cura e dos tipos de medicação para cada forma clínica da doença. **Conclusão:** A partir das respostas fornecidas, percebe-se que a compreensão inadequada dos profissionais de saúde em relação à hanseníase torna deficientes as ações de promoção, proteção e recuperação da doença, o que repercute na qualidade de vida da população atendida.

### DESCRIPTORIOS

Hanseníase. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

### ABSTRACT

**Objectives:** To verify how the Community Health Workers (CHWs) understand leprosy and to propose educative actions to the strengthening of that understanding. **Method:** This is a descriptive, qualitative and quantitative study that followed the ethical principles of the 196/96 Resolution. The sample consisted of 14 Community Health Workers (CHWs) who work in Family Health Units in the city of Guarabira (PB). Data were collect between March and April 2010, through a structured instrument. Qualitative analysis was done through technique of collective subject discourse and quantitative data were analyzed from the absolute numbers and percentages. **Results:** The study has proved that CHWs have a limited understanding in relation to the signs and symptoms of the pathology, that the process of qualification is disjointed, although they have conscience of the possibility of healing and of the types of medication for each clinical form of the disease. **Conclusion:** Based on the answers provided, it is concluded that inadequate understanding of health professionals in relation to leprosy makes deficient the actions for promotion, protection and recovery of the disease, what affects the quality of life of the supported population.

### DESCRIPTORS

Leprosy. Health education. Promotion of health.

- 1 Enfermeira. Fonoaudióloga. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde Coletiva com ênfase na ESF. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética – CCS/UFPB.
- 2 Mestre em Enfermagem. Docente da FASER e do Departamento de Enfermagem Clínica – Centro de Ciências da Saúde / UFPB. Enfermeira da Clínica de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley / UFPB. João Pessoa – Paraíba.
- 3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética – CCS/UFPB.
- 4 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho pela Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética – CCS/UFPB.
- 5 Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pós-graduanda em Auditoria em Saúde pela Faculdades Integradas de Patos. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do Núcleo de estudos e Pesquisas em Bioética – CCS/UFPB.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo da Hansen - BH), uma bactéria descoberta em 1873, com características tintoriais semelhantes às do bacilo da tuberculose (álcool-ácido resistente). Logo, a hanseníase é considerada uma patologia que representa um importante problema de saúde pública, não somente pelo grande número de pessoas que acomete, mas também pelas incapacidades que produz. Por essa razão, requer medidas que devem ser compartilhadas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002).

No entendimento de BERNARDI, MACHADO, (2006), a referida patologia ocorre de forma endêmica nos países do Terceiro Mundo, em particular na Ásia, na África e nas Américas do Sul e Central, locais onde se encontram os focos mais graves da doença no âmbito mundial. Entre esses, o Brasil ocupa lugar de destaque, estando atrás apenas da Índia em números de casos.

Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (2009) indicam que no Nordeste, em 2007, ocorreram 12.245 casos novos de hanseníase por 10<sup>4</sup> habitantes, sendo 633 na Paraíba. No ano de 2008, 750 casos novos foram registrados no referido estado.

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, esta é transmitida por meio de uma pessoa doente portadora da forma infectante multibacilar, sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, através das vias aéreas superiores, infectando, assim, outras pessoas susceptíveis (BRASIL, 2008). Vários estudos têm demonstrado que, diante da contaminação, a maioria dos indivíduos oferece resistência ao *M. leprae*, não desenvolvendo a doença, situação que pode ser alterada, em função da relação entre agente, meio ambiente e hospedeiro (BRASIL, 2002).

No que concerne ao diagnóstico, o tratamento e a cura da doença, esses são possíveis, primeiramente, no âmbito da atenção básica (AB). Em relação às incapacidades físicas, essas podem ser evitadas ou reduzidas, se as pessoas afetadas forem identificadas e diagnosticadas precocemente, tratadas com técnicas adequadas e acompanhadas nos serviços de saúde de AB (BRASIL, 2002).

Em vista disso, práticas dos profissionais que compõem a estratégia da saúde da família (ESF) são muito importantes e estão particularmente associadas à prevenção das incapacidades e à promoção da saúde. Portanto, devem ser efetivadas, principalmente, por meio de educação em saúde, no sentido de estimular os usuários a participarem, de forma consciente e constante,

dos programas. Um grande desafio para a equipe de saúde é trabalhar para que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) adiram ao tratamento, haja vista que a hanseníase exige uma terapêutica e um acompanhamento de longo prazo, além de a medicação utilizada ocasionar diversas reações.

Com base nessa assertiva, constata-se a necessidade da realização de campanhas, através das quais a população possa ter conhecimento sobre essa patologia. Para alcançar essas metas, é indispensável à atuação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), uma vez que eles atuam em contato direto e constante com a população adstrita, portanto são obrigados a residir na área de atuação e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com mais intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (NOGUEIRA, RAMOS, VALE, 2002).

Destarte, o referido profissional, por ter maior proximidade com o usuário, por habitar o mesmo bairro e, ainda, por adentrar frequentemente o domicílio do usuário, tem a potencialidade de observar as questões complexas que envolvem a hanseníase. Para isso, é preciso conhecer mais acerca dessa patologia, a fim de desenvolver ações para lidar com todos esses aspectos, já que a educação em saúde possibilita que as pessoas tenham informações sobre ela e tenham habilidade para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida. Ressalta-se, ainda, que ela é um importante instrumento facilitador para capacitar a comunidade e contribuir para a promoção da saúde. Por conseguinte, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica, pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e na visão de mundo (SANTOS *et al.*, 2008). Para desenvolver essas ações, é imprescindível que esses profissionais conheçam essas práticas educativas, assim sendo torna-se essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CAVALCANTI, WANZELER, 2009).

Considerando, então, que a educação em saúde é uma medida profilática e visando à importância de os ACSs possuírem compreensão acerca da hanseníase, o presente estudo teve como objetivos: verificar a compreensão dos agentes comunitários de saúde em relação à hanseníase; detectar se existe alguma fragilidade na compreensão desses profissionais, no tocante à hanseníase, e recomendar ações educativas direcionadas a esclarecer e a fortalecer pontos fragilizados dessa compreensão.

## MATERIALE MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem quali-quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever características de uma determinada população ou fenômeno, assim como de estabelecer as relações entre variáveis (GIL, 2007). Já a pesquisa qualitativa busca o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um aprofundamento das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, com controle rigoroso, e a análise profunda dessa informação, através de procedimentos estatísticos (MINAYO, 2002).

O cenário do estudo foi representado por quatro unidades de saúde integrantes do Programa Saúde da Família, localizadas na cidade de Guarabira/PB. A escolha desse município deve-se ao fato da elevada incidência de hanseníase no mesmo, o que requer o fortalecimento dos programas nacionais de controle e de eliminação da doença.

A população do estudo foi composta por ACSs, que integram as Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo. A amostra foi representada, inicialmente, por 28 ACSs, de ambos os sexos, e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estar atuando nas referidas unidades, no período de realização da coleta de dados e apresentar interesse e disponibilidade para participar do estudo. É importante enfatizar que dos 28 agentes integrantes da amostra inicial, 14 responderam ao instrumento de coleta de dados, pois 12 estavam afastados da atuação, e dois não responderam ao formulário.

A coleta de dados foi feita durante os meses de março e abril de 2010. Assim, considerando as observâncias éticas da Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Emília de Rodat-FASER, conforme protocolo de número 005/2010. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de terem sido esclarecidos sobre o estudo e antes de começarem a responder o formulário.

Para a coleta de dados, optou-se pelo formulário, este é empregado para assinalar uma coleção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador, numa situação face a face com o entrevistado. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, com base nas seguintes questões norteadoras do estudo: “O Sr (a) sabe relatar quais os principais sinais e sintomas da hanseníase?”; “Que ações o Sr (a) realiza na Unidade de Saúde

ou na comunidade (durante a visita domiciliar, etc.) para contribuir com o controle e tratamento da hanseníase?” É importante enfatizar que, nessa técnica, a fala de todos os participantes constitui o discurso de um único sujeito, denominado sujeito coletivo, que visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conformam o dado imaginário (LEFEVRE, LEFEVRE, 2003). Já os dados quantitativos, que se referem às respostas apreendidas sobre o tratamento das formas paucibacilar e multibacilar e possibilidade de cura da patologia, foram apresentados em números absolutos e percentuais, dispostos em tabelas, analisados à luz da literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes

Dos 14 (100%) ACSs, participantes do estudo, 09 (64%) eram do sexo feminino; quanto à faixa etária, prevaleceu a idade entre 24 e 53 anos, o que confere maturidade para desenvolver a função proposta. No que diz respeito à escolaridade, 10 (72%) cursaram o Ensino Médio completo, três (21%), o primeiro grau completo, e um (7%) tem o nível superior em Ciências Biológicas. Tal dado é bastante positivo porque evidencia que o nível de escolaridade está acima do que é exigido para exercer a profissão de Agente Comunitário de Saúde, o que pode ser considerado um fator determinante na compreensão do seu papel e determinação de ações específicas.

Em relação ao tempo de formação profissional, os participantes do estudo têm entre cinco e quatorze anos de tempo de trabalho. Esse tempo é considerado importante para a aquisição de experiência e consequente percepção do comportamento de saúde da comunidade e construção de vínculo com os usuários. Quanto à participação em atividades profissionais complementares, ficou evidenciado que 12 (86%) ACSs participarem de curso ou treinamento sobre as ações de saúde na atenção primária, com duração de quatro a trinta horas.

### Dados relacionados aos objetivos do estudo

#### Compreensão acerca dos principais sinais e sintomas da hanseníase

Para a análise dos discursos, tomou-se por base a modalidade temática, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual surgiram as ideias centrais, a partir do seguinte questionamento: “O Sr (a) sabe relatar quais os principais sinais e sintomas da hanseníase?”, apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Demonstrativo do discurso do Sujeito Coletivo e respectivas Ideias Centrais sobre o seguinte questionamento: O Sr (a) sabe relatar quais os principais sinais e sintomas da hanseníase? 2010.

Ideia central I	DSC
<b>Manchas avermelhadas, esbranquiçadas perda de sensibilidade na pele</b>	<i>[...] manchas na pele (ACS1, 2, 3, 4, 5) [...] manchas avermelhadas ou esbranquiçadas na pele (ACS 6) [...] manchas avermelhadas na pele (ACS 7, 9, 10) [...] manchas na pele brancas ou vermelhas (ACS 8) [...] o corpo fica avermelhado quente não podendo levar sol (ACS 8) [...] perda de sensibilidade (ACS 11, 12, 13) [...] dormência (ACS3, 5)</i>
Ideia central II	DSC
<b>Palpar os troncos nervosos</b>	<i>[...] palpar os troncos nervosos mais acometidos (ACS 14)</i>

Na ideia central I, destaca-se que os participantes identificaram como sinais e sintomas a presença de manchas avermelhadas, esbranquiçadas e perda de sensibilidade na pele do paciente portador de hanseníase. Através desses achados, observa-se que os ACSs estão apresentando um conhecimento pouco aprofundado acerca da hanseníase, haja vista que os sinais e sintomas perpassam de simples manchas no corpo. Entretanto, é inegável que os sinais e os sintomas clássicos da patologia são manchas na pele esbranquiçadas (hipocrômicas) ou avermelhadas (BRASIL, 2008).

Portanto, o que preocupa a saúde pública em relação à hanseníase, não são apenas as manchas na pele, mas também o acometimento do sistema nervoso periférico (terminações nervosas livres e troncos nervosos), o que pode levar ao surgimento da perda de sensibilidade, das atrofias, das parestias e das paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (EIDT, 2004).

Quanto à ideia central II, o ACS realizou uma compreensão errônea acerca do diagnóstico clínico da patologia, visto que o mesmo relacionou a questão da palpação como um sinal da hanseníase, cumpre assinalar que esta colocação vai de encontro ao que é abordado na literatura, uma vez que o diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico), porém, não responde ao questionamento realizado (BRASIL, 2002).

Diante dessa realidade, as ideias centrais revelam que os ACSs apresentam uma compreensão limitada acerca das manifestações clínicas da patologia, e isso

dificulta um diagnóstico precoce, tal fato não está de acordo com o que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, que inclui como medidas: o diagnóstico precoce, o tratamento específico, a prevenção e a redução dos danos físicos.

#### **Compreensão acerca das ações realizadas na Unidade de Saúde ou na comunidade**

O Quadro 2 demonstra as ideias centrais e os respectivos discursos do sujeito coletivo que evidenciam as ações realizadas na Unidade de Saúde ou na comunidade, para contribuir com o controle e o tratamento da hanseníase.

Na ideia central I, observa-se que os participantes da pesquisa descrevem que realizam palestras educativas sobre a patologia, a identificação de sinais e a busca ativa para controle e tratamento da hanseníase. O DSC desses entrevistados revela que eles reconhecem as suas atribuições no controle da hanseníase, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, mas devem ser capacitados para adquirir mais informações a respeito do assunto.

Cumprasse assinalar que, na assistência ao paciente com hanseníase, é necessário discutir todas as questões inerentes à sua doença, estimulando-o sempre, na prática do autocuidado. Entretanto, é de extrema valia a educação continuada desses ACSs, uma vez que será necessária para efetivar o controle de comunicantes, a prevenção de incapacidades e a reabilitação que, apesar de estarem incluídas nas ações de controle da hanseníase, nem sempre acontecem.

Em relação ao assunto abordado na ideia central II, constatou-se que a população em estudo compreende que faz parte da sua competência a questão do encaminhamento para a unidade de saúde, porém os ACSs devem, inicialmente, identificar os sinais e

**Quadro 2.** Demonstrativo do discurso do Sujeito Coletivo e as respectivas Ideias Centrais sobre o seguinte questionamento: Que ações o Sr (a) realiza na Unidade de Saúde ou na comunidade (durante a visita domiciliar, etc.) para contribuir com o controle e tratamento da hanseníase? 2010.

Ideia central I	DSC
<b>Palestras educativas, identificação de sinais e busca ativa</b>	<i>[...] palestras educativas informando sobre a doença e transmissão (ACS 10, 11, 14)[...] palestras educativas e busca ativa (ACS 1) [...] sempre peço para as pessoas procurarem manchas sem sensibilidade no corpo (ACS 2, 3, 4, 5) [...] esclarecimento sobre a doença (ACS 7, 8) [...] informação sobre a doença e cura da mesma, conscientizando para facilitação da identificação (ACS6).</i>
Ideia central II	DSC
<b>Encaminhamento para Unidade de Saúde</b>	<i>[...] o nosso papel é encaminhar para unidade de saúde mais próxima (ACS9) [...] conversar com o paciente e encaminhar para unidade de saúde (ACS10) [...] em caso de suspeita encaminhar o paciente ao PSF (ACS1, 11, 14)</i>
Ideia central III	DSC
<b>Orientar o paciente em relação à medicação a ser tomada, bem como sua eficácia</b>	<i>[...] orientando o paciente quanto à medicação que deve ser tomada para que o tratamento seja completo e chegue a cura (ACS12, 13)[...]na visita domiciliar informar e orientar sobre a eficácia da medicação (ACS14) [...] orientar o paciente como tomar o medicamento (ACS1,2).</i>

sintomas da patologia, para, em seguida, encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde mais próxima.

No que concerne à medicação a ser tomada, assunto abordado na ideia central III, os ACSs demonstraram que orientam o paciente em relação a essa questão, bem como a eficácia da realização do tratamento completo para a cura da patologia. É importante destacar que, para realizar essas orientações, os ACSs devem conhecer o tratamento e as medicações apresentadas para cada caso.

Nesse sentido, ressalva-se que, dentre as atribuições do ACSs estão: acompanhar os usuários em tratamento, alertá-los quanto à necessidade de concluí-lo no tempo preconizado, orientá-los quanto aos prováveis sinais e sintomas de reações e efeitos adversos da medicação e supervisionar o uso de medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe (BRASIL, 2008). Esses aspectos não foram abordados pelos participantes do estudo.

Convém salientar que 08 (57%) dos ACSs relataram encontrar dificuldades para realizar ações para o controle e o tratamento da hanseníase, devido ao precário processo de capacitação, o que evidencia a falta de treinamento das equipes, enquanto seis (43%) afirmam não têm tais dificuldades.

### Compreensão acerca da possibilidade de cura da hanseníase

A tabela 1 apresenta o número de ACSs que relataram ter conhecimento sobre a possibilidade de cura da hanseníase.

Através desses achados, verifica-se que todos os ACSs (100%) mencionaram que compreendem que a hanseníase tem cura. Esse resultado é confirmado por meio da literatura, que alude que o tratamento do paciente com hanseníase é essencial para curá-lo, fechar a fonte de infecção e interromper a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. Esse fato foi de extrema relevância, pois, durante a sua atuação, o ACS pode orientar o paciente quanto à possibilidade de cura da patologia, caso o tratamento seja realizado de maneira correta (BRASIL, 2008).

### Compreensão acerca do tratamento da forma paucibacilar

A tabela 2 é referente ao tratamento da forma paucibacilar da hanseníase.

**Tabela 1.** Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao questionamento acerca da possibilidade de cura da patologia. 2010.

<b>A hanseníase tem cura?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	14	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabela 2.** Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao tratamento para a forma paucibacilar da hanseníase, 2010.

<b>Medicamentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rifampicina e dapsona	9	64
Rifampicina e clofazimina	0	0
Clofazimina	0	0
Apenas rifampicina	5	36
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Os resultados demonstram certa dificuldade por parte da população em estudo sobre o tratamento preciso da patologia em questão, haja vista que o esquema de tratamento paucibacilar é composto por uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionados em uma cartela, no seguinte esquema: rifampicina: uma dose mensal de 600 mg, com administração supervisionada; dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada. A duração do tratamento do paciente paucibacilar e o seu critério para alta devem ser de seis doses mensais supervisionadas de rifampicina em até nove meses de tratamento (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, ressalva-se que o tratamento por meio da poliquimioterapia, inativa o bacilo e o torna inexequível, o que evita a evolução da doença e, portanto, previne as incapacidades e as deformidades causa-

das por ela, o que irá induzir à cura. O bacilo inativo, por sua vez, ficará impossibilitado de infectar outras pessoas, porquanto rompe a cadeia epidemiológica da doença. Dessa forma, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e se o tratamento for realizado de forma completa e corretamente, garante a cura da doença (MELLIN, PINTO, 2008).

### **Compreensão acerca do tratamento da forma multibacilar**

A tabela 3 faz menção ao tratamento da forma multibacilar da hanseníase.

Conforme os achados acima, averigua-se que a grande maioria dos pesquisados apresentam compreensão acerca do tratamento da hanseníase, posto que a terapêutica multibacilar é composta por uma combinação

**Tabela 3.** Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, em relação ao tratamento para a forma multibacilar da hanseníase, 2010.

<b>Medicamentos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Apenas rifampicina	0	0
Rifampicina, dapsona clofazimina	8	57
Apenas clofazimina	5	36
Apenas dapsona	1	7
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

de rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionadas em uma cartela, no seguinte esquema: rifampicina: uma dose mensal de 600 mg, com administração supervisionada; clofazimina: uma dose mensal de 300 mg com administração supervisionada, e uma dose diária de 50 mg autoadministrada; e dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada. A duração do tratamento do paciente multibacilar e o seu critério para alta devem ser 12 doses mensais, em até 18 meses de tratamento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2002).

## CONCLUSÃO

Uma questão importante a se considerar a partir dos resultados apresentados é a compreensão limitada que os ACSs apresentam em relação a diversos pontos inerentes à hanseníase. Tais fatos podem refletir nas ações de controle da patologia, visto que ela é baseada no diagnóstico precoce de casos, no tratamento e na

cura, razão por que esses profissionais devem saber que a hanseníase pode ser controlada e que, quando retardado o seu diagnóstico, ocorre uma maior chance de contaminação dos comunicantes e da comunidade, o que aumenta a incidência e a prevalência da patologia. Logo, esses profissionais devem estar atentos para identificar os primeiros sinais da patologia, realizando as ações preventivas e curativas.

Essas fragilidades devem ser relevantes para criar subsídios, a fim de refletir na implementação de políticas públicas voltadas para o controle da patologia. Desse modo, a educação em saúde em hanseníase, ainda, é uma dificuldade a ser trabalhada, desde questões que envolvem a identificação dos sinais e dos sintomas da patologia até ações de tratamento, de controle e de cura da doença. Nesse contexto, o processo de capacitação e de treinamento dos ACSs é fundamental para que eles adquiram habilidades e práticas e implemente-as com eficiência na sua rotina de trabalho, para melhorar a qualidade de assistência prestada à comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. BERNARDIC, MACHADO ARL. Hanseníase. In: DUNCAN BB, SCHIMIDT MI, GIUGLIANE ERJ e colaboradores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. CAVALCANTI YW, WANZELER MCC. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 13(1): 13-20, 2009.
5. EIDT LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde soc.*, 13(2): 76-78, 2004.
6. GIL AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
7. LEFEVRE F, LEFEVRE AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2003.
8. MELLIN AS, PINTO AG. Aproximação do processo de trabalho no projeto de saúde da família em centro de saúde de Campinas. *Rev enferm UFPE online*, 2(2): 147-56, 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/418/411>. Acesso em: 15/04/2010.
9. MINAYO MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

10. NOGUEIRA PN, RAMOS SBF, VALE VO. *A Vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Cadernos do IPEA, 2002.
11. SANTOS SMR, JESUS MCP, AMARALAMM, COSTADMN, ARCANJO RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm.*, 17(1):124-30, 2008.
12. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>  
Acesso em: 23 mar. 2010.

**CORRESPONDÊNCIA**

Cristiani Garrido de Andrade  
Rua Comendador Sebastião Interaminense, 245, apt. 403,  
Bessa, João Pessoa/PB, Brasil. CEP: 58.000-000

**E-mail**

cristiani\_garrido@hotmail.com.