



CONHECIMENTO DO USUÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA HANSENÍASE

PRIMARY HEALTH CARE USER'S KNOWLEDGE ABOUT HANSEN'S DISEASE

CONOCIMIENTO DEL USUARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

Felipe Clementino Gomes¹, Terezinha Costa de Oliveira², Jane Eire Rocha de Araújo³, Lidiany Galdino Félix⁴, Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo⁵

ABSTRACT

Objective: investigating the knowledge of users of Primary Health Care about leprosy. **Method:** a cross-sectional, descriptive, exploratory and qualitative study with 55 participants at a Family Health Unit in the city of Campina Grande/PB/Brazil. Data were collected through interviews with structured script, transcribed verbatim, and treated in the light of Discourse Analysis, after project approval by the Research Ethics Committee, CAAE No. 0613.0.133.000-10. **Results:** after data analysis it identified three categories: << Knowledge about leprosy and Sources of Information >>, << Knowledge about Transmission and Preventive Measures >> and << Association of Leprosy to Stigma >>. **Conclusion:** leprosy is related to values and social practices, with significant knowledge deficit by the subjects, concerning transferability, symptoms and prevention. This fact demands engagement with health education of the population, making an active and an effective process, reverberating in the early diagnosis, treatment and social stigma. **Descriptors:** Leprosy; Knowledge; Primary Health Care.

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de usuários da Atenção Primária de Saúde sobre a hanseníase. **Método:** estudo transversal, descritivo, exploratório, qualitativo realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB/Brasil, com 55 participantes. Os dados foram coletados por entrevistas com roteiro estruturado, transcritas na íntegra, tratadas à luz da Análise de Discurso, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 0613.0.133.000-10. **Resultados:** após a análise dos dados identificaram-se três categorias: << Conhecimento sobre Hanseníase e Fontes de Informação >>, << Conhecimento sobre Transmissibilidade e Medidas Preventivas >> e << Associação da Hanseníase ao Estigma >>. **Conclusão:** a hanseníase está relacionada aos valores e às práticas sociais, com significativo déficit de conhecimento dos sujeitos quanto à transmissibilidade, sintomatologia e prevenção. Tal fato demanda educação em saúde com engajamento da população, tornando o processo ativo e efetivo, reverberando nos diagnósticos precoces, tratamento e estigma social. **Descritores:** Hanseníase; Conhecimento; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento de los usuarios de Atención Primaria de la Salud acerca de la lepra. **Método:** un estudio transversal, descriptivo, exploratorio y cualitativo con 55 participantes en una Unidad de Salud de la Familia en la ciudad de Campina Grande/PB/Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con guión estructurado, transcritas textualmente, tratadas a la luz del análisis del discurso, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación, CAAE No. 0613.0.133.000-10. **Resultados:** tras el análisis de datos se identificaron tres categorías: << El conocimiento acerca de la lepra y fuentes de información >>, << Conocimiento acerca de la Transmisión y de las Medidas Preventivas >> y << Asociación de la Lepra al Estigma >>. **Conclusión:** la lepra está relacionada con los valores y las prácticas sociales, con significativo déficit de conocimiento por la parte de las personas acerca de la transmisión, a los síntomas y a la prevención. Este hecho exige el compromiso con la educación sanitaria de la población, haciéndose el proceso activo y eficaz, reverberando en el diagnóstico temprano, el tratamiento y el estigma social. **Descriptores:** Lepra; Conocimiento; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeiro Especialista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: felipegomes.enfer@gmail.com;

²Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: terezza_costa09@hotmail.com; ³Pedagoga Especialista, Coordenação Programa Tuberculose Hanseníase, Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: janerocha2012@bol.com.br; ⁴Enfermeira Mestre, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: lidiany_felix@hotmail.com; ⁵Enfermeira Mestre, Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: kleanemaria@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é um antigo problema de saúde pública no Brasil e representa ainda um dos mais importantes desafios para as autoridades sanitárias. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica e cultural, é pontuada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas advindas do adoecimento, motivo pelo qual, condiciona o doente a vivenciar experiências de estigma e exclusão social.¹

A epidemiologia da hanseníase no mundo ainda permanece com lacunas e enigmas, o que sugere a adoção de medidas mais eficazes.² Embora a prevalência tenha sido muito reduzida por intermédio de programas de diagnóstico e tratamentos encurtados, a taxa de detecção de casos novos ainda permanece alta em muitas partes do mundo, inclusive no Brasil, impedindo-o de alcançar a meta estabelecida de 1/10.000 habitantes, parâmetro o qual a doença é considerada eliminada.³

O Brasil é considerado o 2º país do mundo em casos de hanseníase e congrega mais de 80% dos casos no continente americano, sendo classificado como único país endêmico nesse continente.³ A distribuição da doença não é homogênea no Brasil, posto que apresenta índices muito altos nas regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste, quando comparados aos estados da região Sul e Sudeste. Esta heterogeneidade na distribuição da hanseníase, articulada às diferenças regionais nos aspectos culturais, sociais e econômicos, indica a necessidade de formulação e implementação de planos de ação apropriados a cada região, em cada momento histórico e político.⁴

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabelece diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas, com ênfase na horizontalização e descentralização que estão organizadas em torno de eixos estruturadores tais como vigilância epidemiológica; atenção integral; comunicação, educação e pesquisa.⁵

A promoção de campanhas de divulgação na mídia desenvolvidas pelo PNCH acontece desde a década de 1980, com o objetivo de fornecer a população conhecimento sobre a doença.⁶ Estratégias educativas, sociais e pedagógicas também são desenvolvidas permitindo assim a construção e reconstrução de saberes por meio de um processo de ensino aprendizagem participativo, dialógico e problematizador.⁷

Parcerias com tecnologias sociais fortalecem as ações de promoção e prevenção imprescindíveis para o controle da hanseníase. Nesse sentido a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, buscam desenvolver ações voltadas para o controle da doença através do ensino-serviço-comunidade com inserção do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) em Vigilância em Saúde, nos serviços de atenção primária.

O PET-Vigilância tem o objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta é desenvolver o processo de ensino-aprendizagem de forma participativa, tendo como eixo central o trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, com a utilização das ferramentas da pesquisa e avaliação em saúde para construção do conhecimento.⁸ Desta forma, se faz necessário apreender a realidade para que a partir das necessidades encontradas seja possível planejar e executar ações na comunidade através das ferramentas de comunicação e educação.

Acredita-se que os achados do estudo poderão contribuir com informações relevantes, para orientação de gestores, coordenadores de programas e profissionais do serviço, no sentido de planejar ações e tomada de decisões adequadas à sua realidade contribuindo dessa forma com os serviços de saúde.

OBJETIVO

- Investigar o conhecimento que os usuários da Atenção Primária de Saúde possuem sobre hanseníase.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, exploratório, qualitativo, realizado no município de Campina Grande, localizado na unidade geoambiental do Planalto da Borborema, mesorregião do agreste paraibano. Conta com uma população de 385.276 habitantes e ocupa uma área de 621 km². É um município prioritário pelo Ministério da Saúde para ação de controle da hanseníase.

Selecionou-se como local da pesquisa uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) que atende a uma população de 6.437 famílias com abrangência de quatro bairros do referido município. Essa escolha se justifica por ser essa área considerada hiperendêmica no

município, com prevalência de 4,97 casos por 10.000 habitantes.

A população do estudo foi composta pelos usuários cadastrados na referida UBSF. A amostra foi do tipo não-probabilística, constituída por acessibilidade. Foram considerados como critérios de inclusão, ser maior de 18 anos e estar presente em sala de espera nos dias estabelecidos para realização da coleta de dados (demanda espontânea). Os 55 participantes foram informados da total liberdade de participar ou não e de desistir em qualquer das etapas da pesquisa, assinando, caso afirmativo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período entre março e junho de 2011, por meio de formulários semiestruturados. Antes da coleta o instrumento foi submetido ao pré-teste no intuito de corrigir inadequações e questões não compreendidas, melhorando a clareza e objetividade das perguntas a fim de reduzir as possibilidades de vieses.

As respostas aos questionamentos foram transcritas na íntegra no texto, sendo utilizada para identificação a letra U (usuário) e numeração de 1 a 55. Os discursos foram analisados por meio da análise de discurso, fundamentada na temática, que é definida como a descoberta dos núcleos de sentidos e constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto que está sendo analisado.⁹

Foi realizada a pré-análise dos dados por meio de leitura flutuante de todo o material; em seguida, as informações foram organizadas para torná-las operacionais e sistematizadas para conduzir um esquema preciso para desenvolvimento das outras etapas. Por fim, foi realizada a exploração do material, pelas leituras exaustivas que permitiu a identificação e o recorte das categorias emergentes. Esses dados foram agregados de acordo com as semelhanças e a partir daí, classificados em categorias empíricas e analisadas por meio de inferências e interpretações previstas no referencial teórico ou sugeridas pela leitura do material.

No tocante aos aspectos éticos, o estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE nº 0613.0.133.000-10. Ao mesmo tempo, foi solicitado através de ofício, autorização à coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/SMS/CG.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa envolveu 55 indivíduos, sendo 41 (74,5%) mulheres. A amostra apresentou extremos etários: idades de 18 a 74 anos foram notificadas, com média geral de 37,63 anos. Predominaram-se indivíduos na faixa etária de 18 a 30 anos (49,1%), casados ou em união estável (56,4%) com ensino fundamental completo (32,7%), pardos (52,7%), com ocupação “do lar” (41,8%) e renda de até 1 (um) salário mínimo (60,0%).

Os núcleos de sentido que emergiram a partir da análise dos dados foram “Conhecimento sobre hanseníase e fontes de informação”; “Conhecimento sobre a transmissibilidade da hanseníase e medidas preventivas” e “Associação da hanseníase ao estigma”.

• Conhecimento sobre hanseníase e fontes de informação

Por ser uma das doenças mais antigas, questionou-se aos usuários “você sabe o que é hanseníase?”. Dois deles associaram a hanseníase às suas origens, referindo-se ao termo lepra.

[...] acho que é lepra, tem vários tipos de caroços, de inchaço. (U53)

Sei que é uma doença que dá na pele, igual à lepra de antigamente, só que agora tem tratamento. (U25)

O termo lepra, ainda nos dias atuais, carrega subjetivamente uma conotação relacionada à segregação e preconceito. O emprego deste termo foi proscrito em 1976 nos documentos do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 65 e nos órgãos da administração direta em 1995, através da Lei nº 9.010, cujo propósito foi minimizar o problema cultural discricionário e trazer resultados significativos na eliminação do estigma.^{1,10}

A “lepra”, apesar dos avanços, continua a ser lembrada pela comunidade como uma doença de sofrimento em detrimento da “hanseníase”, que aparece como uma doença subjugada e relativamente desconhecida, fato evidenciado pelos seguintes discursos:¹¹⁻¹²

Eu sei o que é. Li muito, mas agora fugiu da mente! (U9)

É um tipo de coceira que passa por o sangue. (U21)

Pode ser transmitida através da alergia [...]. Depende da profissão que a pessoa exerce e se tiver contato com poeira. (U33)

Acho que é no sangue, mas sai umas machas feias na pele. (U22)

São ‘patocas’ vermelhas, carocinhos que a gente não sente. (U11)

Os participantes frequentemente se referiam de forma isolada a sinais e sintomas ou associavam a doença a fatores etiológicos não correspondentes. É importante frisar que, no momento das entrevistas, tais elucidações vieram carregadas de um forte sentimento de desentendimento quanto à doença.

A população relaciona erroneamente as manchas na pele a diagnósticos diferenciais da hanseníase, como pitíriase versicolor, vitiligo e tinea do corpo, e acabam por utilizarem artifícios ineficazes, baseados na sabedoria popular, para tratar a doença, como ervas medicinais e reza de benzedeiras. Como consequência há retardo no diagnóstico e do tratamento que implica indubitavelmente em um maior número de manifestações multibacilares e lesões decorrentes da própria evolução da doença.¹³

A distribuição espacial das formas clínicas da hanseníase se explica por desigualdade de acesso aos serviços de saúde associado à falta de conhecimento da população, consequência do déficit de ações educativas, a nível comunitário, fazendo-se necessária, desta forma, a divulgação para conhecimento e identificação dos sinais e sintomas da doença.¹³

Em 83,6% dos casos, os participantes referiram ter obtido informações sobre a hanseníase, sendo que 65,5% destes, por meio de mídias televisivas, radiofônicas ou virtuais; 18,2% por meio de profissionais da saúde; 7,3% por jornais, revistas e panfletos e 5,5% na escola. Em 9,1% dos casos outras pessoas passaram informações.

Daqueles que afirmaram saber do que a hanseníase se tratava, a maioria referiu-se aos sintomas principais e incapacidades, evidenciando que foram em algum momento informados:

[...] É aquela (doença) que queima, que a gente não sente dores quando queima com fogo. (U5)

É uma doença que dá na pele, que não dói. Aparece na televisão de vez em quando. (U13)

É uma doença que dá na pele, que perde a sensibilidade no local onde 'tá' com as manchas e tem tratamento. (U28)

São manchas que se a gente belisca, não sente e a pessoa pode perder os dedos. (U32)

É uma doença que atinge os nervos, com manchas avermelhadas, carço e atinge os músculos. (U55)

Percebe-se então, que um dos maiores obstáculos para eliminação da doença é o desconhecimento. A eliminação da hanseníase é prioridade dos gestores em saúde nas três esferas de governo, conforme acordado no

Pacto pela Saúde.¹⁴ Assim, ações e estratégias preventivas, promocionais e curativas com o intuito de ampliar o conhecimento da população, principalmente em relação à transmissão, prevenção e controle, são fatores precípuos e indissociáveis deste processo.^{15,16}

• Conhecimento sobre a transmissibilidade da hanseníase e medidas preventivas

Quando indagados como se transmite a hanseníase, 33,3% referiram que a forma mais provável de transmissão era através do contato com a pele de doentes, 23,8% afirmaram que a hanseníase era transmitida pelo ar, 14,3% por água e alimentos contaminados, 9,5% por talheres e fômites, 9,5% por seringas e sangue contaminados e 10,0% não sabia.

Percebe-se que alguns dos usuários já ouviram falar sobre a doença, mas não sabem efetivamente como se adquire, suas causas e modos de prevenção. O próprio hanseniano desconhece a doença.¹⁷

A hanseníase é popularmente concebida como uma doença que pode ser transmitida por um simples contato de pele, e que se transmite enquanto a lesão estiver presente. De fato, a ausência de conhecimento sobre a transmissão da doença favorece a transmissibilidade, uma vez que esta ocorre pelas vias aéreas superiores de um doente multibacilar sem tratamento. Vale salientar que logo ao iniciar o tratamento há uma redução da carga bacilar com diminuição da transmissibilidade. Neste sentido, questionou-se “você acha que podemos evitar a hanseníase?”. Houve dúvidas quanto aos conceitos de prevenção e tratamento, que puderam ser percebidas em vários discursos:

Com tratamento, se tem a cura. A gente evita se tratando. (U5)

Sim. Consultar o médico, tomar remédio e fazer o tratamento. (U12)

A pessoa quando 'tá' contagiada não tem como evitar, apenas fazendo o tratamento é que se evita. (U30)

O tratamento é indispensável ao paciente para que possa curar-se. Tratando a fonte de infecção se interrompe a transmissão. Entretanto, a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença, o estímulo à procura pelo serviço de saúde, maximização dos esforços de busca ativa dos sintomáticos dermatológicos e a imunização com BCG são medidas fundamentais para o controle da endemia.¹³

O conceito de prevenção associa-se diretamente à ideia de transformação do indivíduo em agente promotor de saúde nos

âmbitos individual e coletivo. Visa-se dessa forma, a atuação no campo profilático, com a premissa de contribuir para debelar discursos com tons passivos e fatalísticos remetentes à doença, tais como:

Doença a pessoa não evita. [...] Eu acho que vem com o tempo. Só Deus que pode evitar! (U32)

Se tiver de pegar, pega. Ninguém procura doença. (U7)

É um negócio embolado no vento, que vem. É difícil de evitar. (U9)

Quando dá, não tem como evitar. A gente não 'tá' longe de coisa ruim. (U13)

Ela vem dela mesmo, igual ao câncer, não dá pra prevenir. A única doença que dá pra prevenir é a AIDS. (U16)

Não! Ela aparece de bolo, é igual a sapo, sem a pessoa convidar, sem a pessoa saber. (U29)

Para que a prevenção do agravo seja efetiva, é preciso desenvolver um processo de compreensão da importância das mudanças culturais e ambientais na população. Só compactuam e participam das mudanças as comunidades que se sentem efetivamente sensibilizadas.¹⁸ Deve haver entendimento e aceitação de forma a integralizar a população no processo de promoção de saúde.

Faz-se necessário, então, conhecer a população, compreender sua forma de lidar com a hanseníase, entender seus hábitos e costumes. Diversas significações foram percebidas nos discursos, desde aquelas nas quais havia absoluta falta de conhecimento sobre a prevenção do agravo, até aquelas cuja reivindicação foi a implementação de estratégias mais eficazes de educação à população, resultando em uma diversidade de subjetividades.

Sim (dá pra evitar). Higienização do corpo e procurar o médico se aparecer alguma mancha. (U3)

Se os postos dessem mais dicas, se manifestassem mais sobre o assunto. Tem que mostrar o que ela causa! (U24)

Como poderia evitar sem saber o que tem? Nem se num 'tô' vendo? A gente evita só quando aparece alguma coisa. (U25)

Qualquer doença podemos evitar, até a gripe, porque é uma doença que pega pelo bafo. (U38)

Procurar ajuda médica imediatamente, assim que surgirem os sintomas. (U21)

Percebem-se discursos com poucas abordagens específicas. Desprender a população de conceitos errôneos e empíricos se faz necessário para que se efetue a descoberta de novas realidades, de modo que seja possível reconhecer os problemas de saúde sob uma nova perspectiva.¹⁸

É peculiar criar condições que integrem o indivíduo ao contexto social de sua convivência, de forma crítica e participativa. A adesão aos programas só ocorre se a população se vê inserida no processo de solução de um problema.¹⁸

O processo de informação e educação deve ser implementado, através de situações pedagógicas que proporcione reestruturação de atitudes. O senso comum afirma que educar em saúde é “informar com o máximo de conteúdo”, mas assim, o profissional apenas passa adiante aquilo que apreendeu ao longo do tempo, fazendo com que diretrizes de manuais e guias técnicos sejam as regras soberanas a serem seguidas, pouco despertando o interesse da população para a situação.^{1,15,18}

Não há a efetiva criação de ambientes nos quais haja uma educação dialogada e participativa.¹⁸ O desafio central para as atividades de educação em hanseníase e na atenção primária em saúde não reside no aprimoramento da transmissão de mensagens, tampouco na persuasão comunicativa nos moldes das estratégias de marketing, mas em rever o pressuposto de que a existência de elementos de informação científica é suficiente para aumentar o comportamento adequado para a manutenção da saúde.

Com a presença de ações educativas a nível comunitário, pode ocorrer a potencialização do acesso ao diagnóstico precoce, do quantitativo de usuários em alta por cura, da dissipação da estigmatização, geralmente associada às populações menos e esclarecidas e menos favorecidas.^{1,13,16}

● Associação da hanseníase ao estigma

No tocante ao estigma social, foi questionado se os participantes conheciam alguém com hanseníase. Assim, 34,5% afirmaram que sim, sendo os mais referidos: os vizinhos (44,5%), familiares (22,4%) e amigos (16,7%). Outras pessoas foram relatadas por 16,4% dos participantes.

Em seguida, perguntou-se “você tem medo de chegar perto de uma pessoa com hanseníase”? Verificou-se que 86,3% responderam que não teriam medo. Este é um ponto interessante pela predominância de justificativas baseadas em motivos religiosos, legitimando a aproximação dos doentes sob argumentação de proteção divina.

Não tenho medo de chegar perto, pois tenho fé em Deus. (U15)

Eu não diria medo. Sou católica, tenho fé em Deus, que é mais que essas doenças. (U20)

Porque Deus é quem nos livra de todo mal. (U40)

Na Antiguidade, os hansenianos eram vistos como vítimas de um mal enviado por Deus. Essa é uma visão que pode ser compartilhada ainda nos dias de hoje. Quando nos remetemos à doença, há um consenso implícito no olhar dos participantes: os doentes inspiram medo.^{10,12} Medo pelo contágio, pela associação com seus portadores, pelo significado de lepra.

O apoio religioso é frequentemente buscado, na tentativa de superação dessa situação, fato que ocorre associado a certo grau de estigma.¹¹ Estigma é a impossibilidade da plenitude de vida do sujeito, que passa a ser alvo de diversos tipos de discriminação, contribuindo para seu isolamento perante a sociedade.¹² Refere-se a uma marca reconhecida pelo seu aspecto “negativo”, pela sua rotulação.¹¹⁻¹²

Eu chegaria perto sim, mas com medo de pegar. (U12)

Se a pessoa tiver em tratamento não (tenho medo de chegar perto). Tu é doido é, pra ‘mim’ pegar! (U16)

Mesmo vivenciando tempos modernos, com avançados meios de comunicação, e tratamento disponível para hanseníase, a sociedade não conseguiu eliminar o estigma que permeia a doença. A marca de desonra fisicamente presente na desfiguração do leproso é incorporada a sua identificação, lançando a doença no lado mais obscuro da sociedade.¹¹

A prática do isolamento compulsório utilizada em todos os países do mundo antes da descoberta de cura era o pior modo de punição, de desqualificação, de exílio, de rejeição, de privação e de recusa para um doente hanseniano.¹⁰

No Brasil, a extinção da prática do isolamento compulsório e a substituição do termo ‘lepra’ concorrem para amainar o preconceito e os temores vinculados à doença. No entanto é necessária a circulação e inserção do hanseniano no meio social e seu envolvimento nas diversas atividades como meio de desfocalização da doença, com vistas à humanização e socialização.¹¹

Não tenho preconceito, acho que não é contagiosa a ponto de isolar a pessoa. (U21)

Não, eu não deixo isso entrar na minha mente não. Não tenho preconceito. (U19)

Eu já tive (hanseníase) e não ficaria com medo não, (mas) não sei dizer quem nunca teve. (U24)

Não tenho medo de chegar porque todos somos humanos. (U33)

Esse último depoimento expressa fielmente a hanseníase em seu sentido mais abrangente, transpassando a esfera biológica, levando em

consideração o homem em sua total integralidade, incluindo aspectos sociais, culturais e afetivos.

O déficit não está somente na ausência de ação educativa, mas também de interação social, que é tão ou mais importante para o hanseniano do que qualquer aspecto funcional e estrutural.¹² Tal relacionamento é fundamental para a criação de vínculos de confiança e segurança, contribuindo efetivamente para o processo de cura. Assim, a inserção do doente hanseniano no meio social labora diretamente na dissipação do estereótipo negativo ao passo que contribui para a divulgação de orientações acerca do agravo e para a melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A hanseníase está relacionada à forma pela qual os valores e as práticas sociais são percebidas e incorporadas pelos sujeitos, refletindo o contexto no qual o sujeito está inserido e se desenvolve. Constatou-se que o conhecimento acerca da doença apresenta déficit quanto a transmissibilidade, sinais e sintomas e ainda permanece a associação da doença a religiosidade. A informação oportuna favorece a promoção da mudança e aceitação social, desde que haja participação e engajamento da população, tornando o processo de eliminação ativo e efetivo, reverberando nos diagnósticos precoces, no tratamento adequado, na diminuição de incapacidades físicas e no estigma social.

Apenas afirmar que a doença tem tratamento e cura não é suficiente. Há necessidade do envolvimento de usuários, familiares e comunidade no trabalho educativo e na luta pela modificação da concepção social.

É de suma importância que a equipe de saúde, a priori, esteja disposta e apta a prestar a assistência, na atenção primária à saúde, que visualize e atue na integralidade do paciente e da comunidade, vislumbrando aspectos não só biológicos, mas, também, psicossociais.

A inclusão social dos portadores de hanseníase também é fator preponderante e deve apoiar-se em ações conjuntas do Estado, provendo políticas públicas que garantam aos indivíduos condições sociais, econômicas e culturais para a sua sobrevivência, e da sociedade, que deve estar ligada à busca e ao exercício de sua cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Silva MCD, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet] 2010 Apr-June [cited 2013 Sept 29]; 14 (2): 2223-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf>
2. Pereira EVE, Nogueira LT, Machado HAS, Lima LAN, Ramos CHM. Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001-2008. An Bras Dermatol [Internet] 2011 [cited 2013 Sept 27];86(2):235-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/en_v86n2a05.pdf
3. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. Rev Soc Bras Med Trop [Internet] 2008 [cited 2013 Sept 27]; 41(Supl 2):6-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41s2/en_v41s2a03.pdf
4. Grossi MAF. The control of leprosy in Brazil requires consolidation of the construction of integrated health care. Cad Saud Colet [Internet] 2009 [cited 2013 Oct 03];17(1):7-11. Available from: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/index.php?option=com_content&view=article&id=103&Itemid=169
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Vigilância em Saúde: Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008
6. Santos AK, Monteiro S, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet] 2009 Apr [cited 2013 Sept 29];25(4):857-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/17.pdf>
7. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSAC. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm [Internet] 2008 [cited 2013 Oct 03];61(spe):718-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a11v61esp.pdf>
8. Abrahão AL, Cordeiro BC, Marques D, Daher DV, Teixeira GHMC, Monteiro KA, et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. Rev Bras Educ Med [Internet] 2011 [cited 2013 Nov 30];35(3):435-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a19v35n3.pdf>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (Brasil): Hucitec-Abrasco; 2010.
10. Sá MB, Siqueira VHF. Hanseníase, preconceito e parrhesia: contribuições para se pensar saúde, educação e educação em saúde. Ciênc educ [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 30];19(1):231-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v19n1/16.pdf>
11. Neves IS, Rivemales MCC. Leprosy x social exclusion: updating study. Rev enferm UFPE on line [Internet] 2010 Jan-Mar [cited 2013 Nov 30];4(1):377-84. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/686>
12. Bittencourt LP, Carmo AC, Leão AMM, Clos AC. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. Rev enferm UERJ [Internet] Apr-June 2010 [cited 2013 Oct 28];18(2):185-90. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf>
13. Resende DM, Souza MR, Santana CF. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. Hansen Int [Internet] 2009 [cited 2013 Nov 30];34(1):27-36. Available from: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10983#
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília (Brasil): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
15. Simpson CA, Pinheiro MGC, Duarte LMCPD, Silva TMS. Schoolchildren's knowledge on prevention, diagnosis and treatment of leprosy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 July [cited 2013 Sept 30]; 5(5):1161-167. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1533/pdf_546
16. Simpson CA, Fonsêca LCT, Santos VRC. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. Hansen Int [Internet] 2010 [cited

2013 Oct 28];35(2):33-40. Available from:
http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244#

17. Sales JCS, Araújo MPR, Coelho MC, Luz VLES, Silva TCA, Silva Júnior FJG. Sexuality of people living with leprosy: perception and repercussions. J Nurs UFPE on line [Internet], 2013 Feb [cited 2013 Nov 30];7(2):460-6. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3654/pdf_2020

18. Diniz MCP, Figueiredo BG, Schall VT. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. Hist Cienc Saude-Manguinhos [Internet] Apr-June 2009 [cited 2013 Oct 28];16(2):533-56. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/17.pdf>



Submissão: 07/01/2014

Aceito: 20/09/2014

Publicado: 15/10/2014

Correspondência

Felipe Clementino Gomes
Rua Antônio Félix, 1354
Bairro São Sebastião
CEP 58706-110 – Patos (PB), Brasil