Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

SABERES E PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA HANSENÍASE

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF COMMUNITY HEALTH AGENTS ABOUT HANSEN'S DISEASE

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN

Djulian Diego Ribeiro do Carmo Canário[1], Susanne Pinheiro Costa e Silva[2], Flávia Monteiro da Costa[3]

RESUMO

Objetivo*:** avaliar o conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca da hanseníase. ***Método*:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 37 ACS de Petrolina-PE escolhidos aleatoriamente. Os dados foram coletados por meio de formulário contendo questões abertas, analisados e categorizados pela Análise de Conteúdo. ***Resultados*:** a maioria dos agentes tinha pacientes hansênicos em sua área, porém alguns não realizavam tratamento; também a maioria sabia identificar a sintomatologia e medidas a serem tomadas após diagnóstico. No entanto, referiram pouco conhecimento sobre a doença. Nenhum dos participantes mencionou a importância da vacinação BCG para contatos do paciente. O preconceito ainda é algo preocupante, visto que alguns afirmaram evitar tocar ou aproximar-se dos acometidos. ***Conclusão*:** urge intensificar ações de educação em saúde, dado o contato permanente destes profissionais com a população, evitando marginalização de pacientes hansênicos e familiares. ***Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Hanseníase; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the knowledge of Community Health Agents (CHA) about leprosy. ***Method:*** A descriptive study with a qualitative approach, with 37 agents from Petrolina-Pernambuco, randomly chosen. The data were collected using a questionnaire containing open questions, analyzed and categorized by Content Analysis. ***Results:*** the most patients had leprosy agents in their area, but some are not undergoing treatment, the majority also knew how to identify the symptoms and measures to be taken after diagnosis. However, reported little knowledge about the disease. None of the participants mentioned the importance of BCG vaccination for contacts of the patient. Prejudice is still something disturbing, since some claimed avoid touching or get closer to the affected. ***Conclusion:*** it needs to intensify health education actions, given the permanent contact of these professionals with the population, avoiding marginalization of leprosy patients and the family. ***Descriptors:*** Community Health Workers; Leprosy; Knowledge, Attitudes and Practices in Health.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) sobre la lepra. ***Método:*** se realizó un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, con 37 agentes de Petrolina-Pernambuco, escogidos al azar. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario con preguntas abiertas, analizados y categorizados por el Análisis de Contenido. ***Resultados:*** la mayoría de los pacientes tenían pacientes con lepra en su área, pero algunos no estaban en tratamiento, la mayoría también sabia identificar los síntomas e las medidas que deben adoptarse después del diagnóstico. Sin embargo, informó poco conocimiento acerca de la enfermedad. Ninguno de los participantes mencionó la importancia de la vacunación BCG para contactos del paciente. El prejuicio es todavía algo preocupante, ya que algunos afirmaban evitar tocar o acercarse a los afectados. ***Conclusión:*** necesita intensificar las iniciativas de Educación de la Salud, dado el permanente contacto de estos profesionales con la población, evitando la marginación de los pacientes con lepra y sus familiares. ***Descriptores:*** Trabajadores de Salud Comunitaria; Lepra; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud.

[1]Enfermeiro,Universidade de Pernambuco/UPE. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: djulianribeiro@gmail.com; [2]Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Doutora em Psicologia, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF, Tutora do Pet Saúde. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: E-mail: susanne.pc@gmail.com; [3]Fisioterapeuta, Serviço de Infectologia de Petrolina, Especialista em Saúde Pública. Preceptora do Pet Saúde. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: E-mail: flavitamonteiro@hotmail.com

ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201401

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) corresponde a exercício de atividade profissional devidamente regulamentada, e cabe a este, por meios de ações individuais ou coletivas, realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS. Do surgimento da ideia do Auxiliar de Saúde, no programa de interiorização das ações de saúde e saneamento - PIASS, em 1976, chegou-se a atual Equipe de Saúde da Família, surgindo em 2001 a categoria do agente comunitário, um tipo de elo entre a comunidade e os profissionais de saúde da área adstrita.[1]

O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade.[2] Um estudo desenvolvido sobre os ACS no Projeto QUALIS/PSF[3] mostra que o mesmo não dispõe de instrumentos ou tecnologias, bem como dos conhecimentos para as diferentes situações esperadas pelo seu trabalho. Tal insuficiência promove confusão de saberes e permite que ele acabe trabalhando com o senso comum, a religião e, mais raramente, os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Muitas vezes a comunicação com outros profissionais é defasada, podendo levar a um agir sem embasamento metodológico.

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de que, face ao novo perfil de atuação para o ACS, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam seguir uma ação educativa, crítica e capaz de referenciar-se na realidade das práticas, assegurando o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.[4]

Neste contexto, é necessário pensar o agir destes profissionais diante de algumas situações, como por exemplo, à hanseníase, que é uma doença infectocontagiosa provocada pela bactéria *Micobacterium leprae*, e pode ser transmitida de pessoa a pessoa. Contudo, para que haja a transmissão, é necessário um contato prolongado com o doente, como a convivência de familiares na mesma residência, devendo a pessoa contaminada apresentar uma das formas transmissíveis e estar, ainda, sem tratamento.[1]

As condições especiais que determinam o surgimento da hanseníase não são totalmente conhecidas; supõe-se que fatores genéticos ativados por condições ambientais propícias e, principalmente, fatores imunológicos estão na base do processo de adoecimento. Não obstante, os avanços que contribuem para esclarecer as condições que a determinam ainda são inconclusivas.[5]

A transmissão se dá de indivíduo para indivíduo, por bactérias eliminadas por gotículas da fala e que são inalados por outras pessoas, penetrando o organismo pela mucosa do nariz. Outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. Por isso, é importante o exame dos contatos do doente de hanseníase, evitando que pessoas que coabitam com ele sejam contaminadas ou sejam diagnosticadas precocemente.[1]

A maioria da população adulta é resistente à hanseníase, sendo as crianças mais susceptíveis, geralmente adquirindo a doença quando há paciente contaminante no domicílio. O período de incubação varia de 2 a 7 anos e entre os fatores predisponentes estão o baixo nível socioeconômico, a desnutrição e a superpopulação doméstica.[1]

O diagnóstico da hanseníase é feito de forma rápida e simples, e o tratamento no Brasil é realizado nas unidades básicas de saúde. Os medicamentos são fornecidos gratuitamente aos pacientes, que são acompanhados durante todo o tratamento.[2] Após 15 dias do seu início, o paciente não é mais capaz de transmitir a doença, seja qual for a forma apresentada. Entretanto, o papel dos agentes comunitários de saúde é essencial para a interrupção da cadeia de transmissão, à medida que eles estão diretamente em contato com a comunidade, devendo conhecer a doença, encaminhar corretamente as suspeitas para início precoce do tratamento, evitando assim o foco de contaminação e reduzindo às sequelas que este paciente poderá apresentar, já que a hanseníase é uma das principais causas de incapacidades dentre as doenças infectocontagiosas.[1,6]

Nas duas últimas décadas, a tentativa de eliminação da Hanseníase tem sido intensificada através da Rede Básica de Saúde, dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.[7] No entanto, é necessário investir na qualidade das informações perpassadas, para que assim estes estejam atentos a novos e potenciais casos, contribuindo com o alcance das metas estabelecidas.

Observando que embora as metas de eliminação de doenças transmissíveis estejam mais perto de serem alcançadas, a hanseníase continua com papel de destaque frente às doenças negligenciadas. Por este motivo, e na tentativa de enriquecer o debate sobre a temática, este trabalho se propõe há conhecer um pouco mais sobre o

entendimento acerca da temática de quem trabalha diretamente no domicílio dos pacientes hansênicos.

O município de Petrolina-PE e sua região apresentam alta endemicidade para hanseníase. Embora várias medidas sejam adotadas na tentativa de minimizar este quadro, sabe-se que muitos casos ainda encontram-se sem diagnóstico e/ou tratamento. Diante disso, passamos a questionar quais os motivos que contribuem para a manutenção deste quadro, visto que grande parte do município possui equipes de Saúde da Família. Assim, a questão norteadora deste trabalho foi: será que o ACS possui conhecimentos suficientes sobre a hanseníase para a identificação precoce dos casos?

Este trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento de agentes comunitários de saúde acerca da hanseníase. Como elo direto com a comunidade, é de suma importância que o ACS esteja consciente de fatores primordiais das principais endemias que acometem a população. Assim, o controle da hanseníase depende também de informações adequadas que esses e outros profissionais repassam à população, além do compromisso com que buscam resolutividade para os casos encontrados.

Espera-se contribuir para a melhoria das informações destes e outros profissionais da Saúde da Família no tocante à hanseníase, auxiliando na consolidação de ações que colaborem para a promoção da saúde da população como um todo.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como uma tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas de comportamentos.[8]

O estudo foi realizado com 37 Agentes Comunitários de Saúde que atuavam em Unidades Básicas de Saúde do município de Petrolina nas quais eram desenvolvidas atividades de um grupo do PET Saúde. Nenhum dos profissionais convidados negou a participação. A categoria profissional de ACS foi escolhida por ser a que trabalha diretamente nas casas de pacientes com Hanseníase, tendo acesso direto aos pacientes e seus familiares/coabitantes.

Depois da autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVASF (CAAE 0034.0.441.000-11), iniciou-se o processo de coleta de dados, considerando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.[9] Preservou-se a confidenciabilidade e privacidade dos sujeitos. Para tanto, foram atribuídos códigos de identificação aos participantes.

Os dados foram obtidos a partir de um formulário estruturado com nove perguntas abertas. Após a realização da coleta de dados, o material foi analisado e as informações foram categorizadas através da Análise de Conteúdo.[10] Esta análise é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento, e interpretação dos resultados obtidos.[5]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde[1], é pela Rede Básica de Saúde, dos milhares de trabalhadores das ESF e dos Agentes Comunitários que o Departamento de Atenção Básica (DAB) busca a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. E, neste estudo, encontrou- se que metade dos ACS entrevistados tinha pacientes hansênicos na área, sendo que 08 deles apresentavam entre 02 e 06 pacientes com diagnóstico de hanseníase.

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.[1] Quando questionados acerca da existência de casos diagnosticados com Hanseníase em suas áreas e o quantitativo de pessoas que aderiram ao regime terapêutico, verificou-se que dois ACS referiram ter alguns pacientes que não realizavam o tratamento adequado, como descrito nos recortes a seguir:

> *Na minha área tem 4 pessoas com hanseníase, mas 2 estão em tratamento correto, 1 terminou e voltou a doença, 1 resiste em não tomar os medicamentos. (ACS1)*
>
> *Existem 6 pessoas, apenas 5 estão em tratamento. (ACS2)*

Esses relatos mostram que alguns acometidos pela hanseníase ainda não demonstram cuidar para que a cura possa ocorrer, talvez por acreditarem que a mesma não seja algo significativo ou preocupante para a sua saúde, apesar de tratar-se de uma doença milenar. A falta de conhecimento sobre os danos que a doença pode causar e seu alto potencial para infectar as pessoas que convivem no domicílio contribuem para que o tratamento correto não seja realizado, possibilitando a continuação da cadeia de

transmissão e até mesmo o desenvolvimento de incapacidades neles próprios, por vezes irreparáveis. Nesse momento, a intervenção da equipe de saúde é de extrema importância, esclarecendo as dúvidas para a melhoria da situação.

A presença de pacientes sem tratamento representa um foco de transmissão da doença, o que recai sobre a responsabilidade dos profissionais da saúde que trabalham na área.[1] O tratamento da hanseníase compreende quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica.[11]

Um estudo encontrou que para os pacientes e profissionais de saúde, o medicamento apresenta-se como algo ora benéfico ora maléfico ao bem-estar do paciente.[12] Ademais, a relação com o profissional de saúde também possui grande influência, pois verificou-se que a confiança depositada na aptidão deste para solucionar o problema divide indivíduos "aderentes" dos "não aderentes".[12]

A maioria dos ACS afirmou acreditar que poderia colaborar para que houvesse maior adesão ao tratamento de pacientes com Hanseníase, encaminhando os casos suspeitos para sua respectiva Unidade de Saúde, além de informar sobre os riscos da doença e sequelas que o abandono ao tratamento pode causar.

O Ministério da Saúde enfatiza que, para a cura do paciente, a regularidade do tratamento é fundamental. Mesmo após a alta, a prevenção de incapacidades é atividade primordial.[11] Ao serem indagados sobre como sua atuação poderia colaborar para que houvesse maior adesão ao tratamento, alguns deles referiram que a família dos pacientes deveria ser chamada a colaborar, embora a maioria dos participantes não soubesse responder a questão. Podemos observar este achado nos recorte adiante:

> *Acho o acompanhamento muito bom, mas poderíamos realmente trabalhar mais com as famílias do paciente, e também sensibilizar a comunidade quanto ao preconceito com o doente. (ACS3)*
>
> *Conscientizando às famílias sobre a doença, fazendo palestras para levar mais conhecimento à comunidade. (ACS4)*
>
> *Infelizmente não sei responder. (ACS5)*

Observando os trechos anteriores, percebe-se que alguns destes profissionais não sabiam sobre a importância do apoio familiar para a adesão ao tratamento, como também a necessidade de manter o diálogo com os contatos intradomiciliares para evitar à propagação da doença.

É grande a importância da divulgação junto à população dos sinais e sintomas da doença e a existência de tratamento gratuito e cura para a hanseníase. Os materiais educativos e os meios de comunicação devem utilizar linguagem compreensível à comunidade, considerando a sua realidade sociocultural. Considera-se como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos.[11]

Quanto ao encaminhamento e orientações básicas ao paciente, as respostas dadas levam a crer que os ACS procediam de forma correta, já que afirmaram encaminhar os casos suspeitos da comunidade à equipe de saúde. No entanto, como já foi referido, poucos mencionaram apoio (orientações) à família desses pacientes, o que é de grande relevância, pois todos devem ter acesso aos cuidados e diagnóstico precoce da doença, principalmente quando se trata de um grupo em risco potencial.

Foram encontrados os seguintes resultados quando se buscou o conhecimento dos agentes em relação à doença: a maioria considerava a Hanseníase como doença antiga, que pode ser facilmente tratada e curada se houver os cuidados necessários, demonstrando a necessidade de buscar o serviço de saúde caso haja achados na comunidade.

> *É uma doença infectocontagiosa. O bacilo é resistente, os sintomas podem demorar anos para aparecer, o tratamento é de acordo com a quantidade de bacilos, tem cura. (ACS6)*
>
> *É conhecida como antiga lepra, que não tinha tratamento e muitas pessoas perdiam partes do corpo e necessitavam ficar isoladas. Hoje, sabemos que é uma doença contagiosa, mas tem um modo de tratamento e acompanhamento. (ACS3)*
>
> *É uma doença transmissível e quando em tratamento, já no início, não se transmite à doença. Fazendo o tratamento, pode se chegar à cura. (ACS7)*

Contraditoriamente, um número considerável de participantes afirmou saber apenas informações muito preliminares no que tange ao assunto, denotando insegurança para falar sobre Hanseníase com a sua clientela. É importante destacar que a desinformação pode ocasionar em casos que passem

despercebidos, tardando o seu diagnóstico. A seguir, trechos que exemplificam tal achado:

> *É uma doença que tem cura desde que seja procurado o serviço de saúde. (ACS8)]*
>
> *Acredito que sei o básico, ou seja, o que uma agente de saúde precisa saber para desenvolver seu trabalho. (ACS9)*

Percebe-se a necessidade de capacitações regulares para esta categoria profissional, como também para os outros membros da equipe de saúde, pois muitos sabiam apenas informações básicas; alguns praticamente não tinham conhecimentos básicos sobre a doença, dificultando desde o diagnóstico de novos casos até o tratamento e reabilitação de possíveis incapacidades adquiridas, orientados pelos ACS à população.

Deve-se levar em consideração que o processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente (ou de seus representantes), familiares e comunidade, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social. Esse processo deve ter como referência as experiências municipais de controle social. [11]

No tocante às orientações dos agentes para os pacientes com diagnóstico de hanseníase, a maioria relatou orientar quanto à importância do tratamento correto, da consulta mensal e do autocuidado, embora alguns referissem apenas orientar sobre o uso contínuo da medicação ou mesmo sobre a não ingestão de alguns tipos de alimentos, como carne de porco e de carneiro, por acreditarem fazer mal à saúde. Ressalta-se que nenhum dos participantes mencionou sobre o acompanhamento dos contatos e vacinação BCG, entre outras orientações básicas.

> *Oriento a fazer adequadamente o autocuidado, tomar medicação de forma controlada, visitar o médico sempre que for necessário. (ACS9)*
>
> *Tem que ter o acompanhamento das consultas agendadas na Unidade de Saúde. Os cuidados com a medicação, como horário, o dia da dose supervisionada. Esclarecimentos sobre as reações da medicação. (ACS3)*
>
> *É para tomar medicamentos, ir pra consulta mensal e não comer todo tipo de comida, por exemplo, carne de ovelha e de carneiro são muito ofensivas. (ACS10)*

O diálogo contínuo sobre os sinais e sintomas da doença na comunidade, incitando-os para buscar o serviço de saúde tão logo percebam a sintomatologia característica (dermatológica) é de suma importância.[13] Somente assim, o diagnóstico precoce e o tratamento correto, que são essenciais para o controle da endemia, acontecerão efetivamente.

Os principais motivos da alta prevalência de hanseníase no Brasil são o diagnóstico tardio, ausência de educação continuada aos profissionais da saúde, falta de ações educativas a nível comunitário e familiar, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura assistencial e no cumprimento da Portaria 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase, o que ainda acontece em muitos dos municípios brasileiros.[13]

Algumas das atribuições de um Agente Comunitário de Saúde estão voltadas ao desenvolvimento de ações educativas e de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, mantendo a equipe informada principalmente sobre famílias em situações de risco. A vista domiciliar é ferramenta fundamental para a efetividade dos serviços na ESF, que permite ao profissional conhecer a realidade de vida do usuário - condições de habitação, relações familiares, entre outros. Promove, ainda, o planejamento da assistência, por enunciar o reconhecimento dos recursos que a família dispõe.[14]

Informações relativas ao acompanhamento dos casos são úteis para a avaliação da efetividade do tratamento e para o monitoramento da prevalência da doença. Essas informações devem ser registradas nas unidades de saúde (no prontuário do doente e na ficha de acompanhamento do caso) e enviadas ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior através de relatório de acompanhamento do caso. O fluxo e a periodicidade no envio dessas informações devem ser estabelecidos pela unidade federada, em conformidade com os procedimentos preconizados para o sistema de informação.[11]

Quando questionados sobre os cuidados tomados pelos ACS ao visitarem famílias com pacientes hansênicos, identificamos que grande parte referiu não ficar e nem sentar próximo ao paciente, como também evitar tocá-lo, revelando que ainda possuem atitude preconceituosa diante do mesmo, como pode ser observado adiante:

> *Eu tento não tocar o paciente porque ela (a doença) é transmissível, ainda que esteja em tratamento, pois não sei se está seguindo corretamente. (ACS11)*

> *É não conversar muito em cima do paciente, por conta do respingo da saliva, tosse ou espirro. (ACS12)*

Há de se considerar que outros ACS citaram não tomar nenhum cuidado, já que entendiam esta visita como outra qualquer, estando à preocupação voltada pra o bem estar do cliente. Houve também quem colocasse que os cuidados foram anteriores, como a imunização (vacina BCG) ou até mesmo observar se o paciente fazia o tratamento correto. Destaca-se, aqui, que apenas um ACS retratou a importância de evitar o preconceito, enquanto a maioria não levou em consideração este aspecto.

> *O cuidado que eu tive foi logo que comecei a trabalhar, tomei a vacina BCG. E nunca mais fui orientada para esses cuidados. (ACS13)*

> *A preocupação é não reviver o preconceito, muito presente nestes casos. Estar com as vacinas em dia, evitar ambientes fechados. (ACS15)*

A Hanseníase desenrolou-se como uma doença sempre temida, que causava horror devido às deformidades físicas apresentadas por indivíduos não tratados, gerando estigmas e superstições as mais diversas. Em toda a história da humanidade, nenhuma doença gerou marca social tão intensa quanto esta doença, sempre associada a conceitos tais como pecado, impureza e punição.[15]

Em se tratando de Hanseníase, o preconceito se alude à desqualificação e à marginalização social, consequência das deformidades físicas do paciente. A estereotipação reduz o indivíduo a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído à condição humana, restando a ele duas opções: se ajustar ao papel marginalizado a ele encarregado ou tentar "mascarar" as marcas que qualificam o estereótipo estigmatizante.[16]

Destarte, é fundamental referir que o saber do senso comum é sustentado pela cultura ao longo do tempo, e serve para nortear as decisões dos componentes da sociedade, provocando um atraso na visão sócio-cultual da doença.[17] É necessário repensar as práticas frente ao paciente, especialmente os hansênicos, acabando com a ideia que se perpetua de que esta doença é algo que será danosa para aqueles que conviverem com o acometido, lembrando que, na atualidade, pode ser vista como algo muito simples, especialmente quando tratada corretamente e em tempo hábil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em conta que metade dos agentes comunitários entrevistados tinha pacientes com hanseníase em sua área, o conhecimento deles acerca dessa doença tão difundida foi considerado precário. Grande parte dos ACS apresentava marcas de preconceitos e mitos, difundindo por vezes informações inverídicas, como a recomendação da não ingestão de alguns tipos de carne e outros alimentos. O papel do agente comunitário como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde torna-se questionável quando o conhecimento dele acerca do seu trabalho é incerto ou insuficiente.

O controle de doenças como a hanseníase ainda é pouco conhecido. A divulgação dos sintomas, da necessidade do tratamento e da cura e possíveis complicações são essenciais para este controle. Diante de tal problemática, é fundamental que o agente comunitário, no acolhimento ao paciente de hanseníase, tenha segurança para repassar informações, contribuindo assim para reduzir as fontes de transmissão da doença, eliminando também o preconceito e tranquilizando à família através do incentivo ao autocuidado.

Diante da realidade encontrada, sugere-se que estratégias utilizadas para a capacitação de ACS com o intuito de difundir conhecimentos básicos acerca da hanseníase, como os seus cuidados e tratamento sejam intensificadas, discutindo a promoção e prevenção em saúde, desmitificando o ideário de que a doença pode ser transmitida numa simples visita ao paciente. O estímulo aos cuidados em saúde deve ocorrer para este e para a sua família, contribuindo para a formação de consciência crítica e auxiliando na diminuição dos altos índices da morbidade. Recomenda-se também que o debate sobre estas questões seja ampliado. Discutir o assunto significa preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas como um todo.

É necessária a realização de novos estudos sobre o tema, já que este limitou-se a ACS de algumas equipes da zona urbana e rural do município em que aconteceu. Além disso, não encontrou-se na literatura pesquisada artigos que retratem a temática. Este estudo pode contribuir para incentivar a melhoria das condições de saúde, com base na importância da educação em saúde a respeito da hanseníase, seja para os profissionais que com ela lidam, seja para a população. Os resultados podem ser úteis também para os gestores em saúde, orientando sobre ações

que visem melhorias na assistência e direcionando o planejamento de atividades da vigilância em saúde voltadas para a realidade local.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

2. Brasil. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

3. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo; 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

5. Sarno, EN. A hanseníase no laboratório. História, Ciência e Saúde – Manguinhos. 2003: 10(supl. 1):277-290.

6. Soares FN, Clementino APG, Silva CS. Caracterização dos participantes de um programa de prevenção de incapacidades para hanseníase. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 20]:7(2):491-496. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3047/pdf_2038

7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasilia: Ministério da Saúde, 2004.

8. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.

9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 1996.

10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

12. Bakirtzief Z. Barreiras ao tratamento da hanseniase. Cad Saúde Públ. 1996;12(4):497-505.

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. 2009;34(1):27-36.

14. Minas Gerais. Departamento de Atenção a Saúde - DEASA. Ipatinga, MG; 2008.

15. Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira MLV. Hanseníase. Manaus: Gráfica Tropical; 2006.

16. Claro LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

17. Silva Junior FJG, Ferreira RD, Araújo OD, Camêlo SMA, Nery IS. Assistência de Enfermagem ao Portador de Hanseníase: Abordagem Transcultural. Rev bras enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Sept 09];61(spe):713-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700010&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7167. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700010.

Submissão: 16/05/2013
Aceito: 09/09/2013
Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Susanne Pinheiro Costa e Silva
Colegiado de Enfermagem/UNIVASF.
Av. José de Sá Maniçoba, S/N, Centro
Caixa Postal 252
CEP: 56304-917 – Petrolina (PE), Brasil