CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA ALVES DE CASTRO

CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA

CAJAZEIRAS-PB

2013

JULIANA ALVES DE CASTRO

CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem-UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.ª Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

CAJAZEIRAS-PB

2013

JULIANA ALVES DE CASTRO

CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA

Monografia de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: / /2013

BANCA EXAMINADORA:

_____

Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Orientadora)

_____

Profª. Ms. Aíssa Romina Silva do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

_____

Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

Dedico esse trabalho a Deus, pela a vida que me concedestes, e a meus pais e minha avó, fonte de todo amor, respeito e carinho, pelos quais tenho amor maior.

AGRADECIMENTOS

Depois de quase cinco anos nesta jornada estudantil, muitas pessoas entraram na minha vida. Umas pra ficarem pra sempre, outras que apenas passaram, mas que cada uma da sua forma contribuiu para que eu chegasse onde cheguei.

Primeiramente agradeço a DEUS que sempre me abençoa, me protege, me faz forte diante das dificuldades e sempre me mostra que está ao meu lado, mesmo que muitas vezes eu não seja merecedora de tanto.

Agradeço a minha mãe por estar sempre ao meu lado e a meu pai que mesmo longe sempre esteve presente em tudo. Por serem meu porto seguro, por sempre me apoiarem, por me incentivarem, por me protegerem, por quererem sempre minha felicidade, por todas as vezes que eu pensei em desistir e eles me mostraram que eu era muito mais forte que qualquer coisa. Por todos os esforços pra quererem me proporcionar o melhor conforto, já que segundo eles, como eu estava fora de casa precisava pelo menos viver bem. Tudo que sou é por vocês, e nada que eu faça vou conseguir retribuir a altura tudo que fizeram por mim.

A minha Vozinha que tanto amo, que faz de tudo pra ver seus netos felizes, que cada vez que me abraça me faz sentir uma calma tão grande; que chora só porque não vou poder ir pra casa em meu aniversário, enfim, por ser a melhor avó e mais linda do mundo!

A meus tios e primos, em especial a minhas primas Bianca e Caroline por ter contribuído imensamente em muitos momentos ao longo do curso e me proporcionam momentos maravilhosos.

As minhas amigas Patrícia, Isadora e Pollyana, por terem entrado em minha vida e ter feito disso tudo uma caminhada muito melhor, sem vocês nada disso teria a menor graça. São as três irmãs que não tive, cada uma com suas qualidades e defeitos, mas que se equilibram quando colocadas as quatro juntas, duas estressadas e duas calmas, duas sentimentais e duas mais frias, e assim sucessivamente. Foram tantas histórias, conversas, fofocas, brigas também, porque ninguém é perfeito, mas que depois fazemos é rir da situação. Nunca vou esquecer de como vocês me apoiaram no momento difícil que passei, como se preocuparam comigo, como tentavam me fazer rir. Enfim, só tenho que agradecer a Deus por tê-las ao meu lado. Amo muito vocês!!

As minhas amigas Lorenna, Luana, Rebeca, Jéssica e meu amigo Daniel por todas as conversas, incentivos e risadas. Amizades que vem desde criança e que vão durar sempre!

Aos meus adorados amigos Adenusca, Fransuélio, Tamyris, Fernanda, Kariny e Samíramys por ter dividido momentos únicos ao lado de vocês. Por todas as risadas, que não foram poucas, enfim, são pessoas mais que especiais e cada momento vai ser eterno em minhas lembranças.

Dentre as pessoas que passaram pela minha vida estão duas que me ajudaram demais, que não estão mais tão presentes, mas que fizeram parte de minha vida, Ítalo Figueiredo e Felipe Borges. Ítalo por ter estado comigo no começo dessa jornada, por ter ficado horas conversando comigo quando eu estava triste, com saudade de casa, por ter ido meu amigo. Felipe por ter sempre me incentivado, por ter me ensinado que eu posso ir mais longe e preciso lutar por isso, por ter se preocupado comigo, por ter sido meu companheiro em todas as horas.

A minha orientadora, Mônica, que desde o início me deu todo o suporte para a realização desse trabalho, através da sua competência, responsabilidade, generosidade, carinho e atenção, serei eternamente grata pela assistência, lhe admiro demais, muito obrigada por tudo.

A banca examinadora, pela a disponibilidade em participar do trabalho, e assim contribuir para o a realização do mesmo, que tem grande importância na minha vida profissional.

Aos mestres, que participaram de todo meu curso estudantil, desde minha primeira professora aos mestres e doutores desta universidade.

Os participantes que aceitaram de prontidão em contribuir com a pesquisa, confiando em mim as suas experiências em relação à temática proposta e assim tornando possível a concretização desse trabalho.

E a todos, em maneira geral, deixo meu fraterno agradecimento e reconhecimento por tornarem esse momento possível, a vocês, todo meu carinho e gratidão.

"*A educação liberta, dar asas ao conhecimento, a educação é a forma mais perfeita que existe, de se mostrar o respeito a quem ignora a vida.*"

(Autor desconhecido)

CASTRO, Juliana Alves. **Conhecimentos e necessidades e aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença**. Trabalho de Conclusão de Curso [graduação]. Universidade Federal de Campina Grande. Curso de bacharelado em enfermagem. Cajazeiras-PB, 2013. 71p.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica que afeta os nervos e é uma das principais causas de neurites e incapacidades físicas. Está ligada a vulnerabilidade social, como pobreza, grande concentração humana e miséria. Além disso, acarreta danos psicossociais como o preconceito, influenciando assim a não adesão ao tratamento pelo seu portador. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi de investigar o conhecimento e as necessidades de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença. Trata-se de um estudo do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Cajazeiras localizado no alto sertão paraibano. A amostra foi composta por 30 portadores de hanseníase em tratamento nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana deste município, que se enquadraram nos critérios de inclusão. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões sócio-demográficas e voltas para os objetivos do estudo. Os dados foram analisados de forma descritiva, com tratamento estatístico percentual, onde as questões foram analisadas e apresentadas em forma de gráficos e tabelas construídas no Microsoft Office Excel 2010. Os dados revelam que a maioria dos colaboradores são do sexo masculino, com idade predominante entre 31 e 43 anos, casados, aposentados, ensino fundamental incompleto, com renda familiar de até dois salários mínimos. A maioria possui a forma paucibacilar, na forma clínica indeterminada. De acordo com os resultados voltados para os objetivos do estudo, observou-se que o conhecimento sobre a doença pelos usuários é restrito e que a oferta de informações por parte dos profissionais de saúde é insuficiente. A maior parte dos entrevistados sabe que a hanseníase tem cura, que não conheciam a mesma antes de adquiri-la, que a falta de tratamento pode causar deformidades e não souberam responder como a mesma é transmitida. O maior número dos participantes relatou ter recebido informações sobre a doença pelo enfermeiro na Unidade de Saúde, porém as mesmas não foram fornecidas para o restante da família na maioria dos casos. Não tiveram interesse de querer saber mais alguma informação a respeito da doença. Relacionado aos efeitos colaterais dos medicamentos 56,7% dos entrevistados os conheciam, citando, a grande maioria, a urina escura. A forma de medida de auto-cuidado realizada pela grande parte dos participantes é não pegar peso. 80% dos indivíduos relataram não ter participado de atividades com outras pessoas acometidas pela doença. O enfermeiro surge como instrumento importante para promover educação em saúde, voltando-se assim, para atividades de promoção de saúde e não apenas curativas. Sendo necessário que esteja tecnicamente preparado para reconhecer os casos e tratá-los precocemente a fim de evitar complicações que muitas vezes são irreversíveis. Portanto são necessárias mais ações voltadas para a prática educativa da sociedade, afim de que os usuários se mantenham mais informados sobre sua doença e assim poder se auto-cuidar, objetivando um tratamento mais eficaz.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hanseníase. Papel do enfermeiro.

CASTRO, Juliana Alves. **Knowledge and learning and needs of leprosy patients about the disease.** Completion of course work [graduation]. Federal University of Campina Grande. Bachelor's degree in nursing. Cajazeiras-PB, 2013. 71p.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease that affects nevi and is a major cause of neuritis and disability. Is linked to social vulnerability, such as poverty, high concentration and human misery. In addition, psychosocial causes damage such as prejudice, thus influencing non-adherence to treatment by your carrier. Thus, the aim of this study was to investigate the knowledge and learning needs of leprosy patients about the disease. This is a study of an exploratory descriptive quantitative approach developed in the municipality of Cajazeiras located in the hinterland of Paraiba. The sample consisted of 30 leprosy patients being treated at the Family Health Units in the urban area of the municipality, that met the inclusion criteria. The instrument used for data collection was a structured interview consisting of semi-structured socio-demographic and turns to the study objectives. Data were analyzed descriptively, with statistical percentage, where issues were analyzed and presented in graphs and tables built in Microsoft Office Excel 2010. The data reveal that most of the employees are male, aged predominantly between 31 and 43 years old, married, retired, elementary education, with a family income of up to two minimum wages. Most have the paucibacillary form, the indeterminate clinical form. According to the results focused on the objectives of the study, it was observed that the knowledge about the disease by users is restricted and that the provision of information by health professionals is insufficient. The majority of respondents know that leprosy is curable , who did not know it before buying it, that lack of treatment can cause deformities and could not answer how it is transmitted. The largest number of participants reported having received information about the disease by the nurse at the Health Unit, but the same was not provided for the rest of the family in most cases. Had no interest in wanting to know any more information about the disease. Related to side effects of medications 56.7 % of respondents knew them, citing the vast majority, dark urine. The way to measure self -care held by most participants is not picking up weight. 80 % reported not having participated in activities with others with the disease. The nurse emerges as an important instrument to promote health education, turning so for health promotion activities and not just healing. Being required to be technically prepared to recognize cases and treat them early in order to avoid complications that are often irreversible. So are most necessary actions for the educational practice of society, so that users remain more informed about their disease and thus be able to self - care, aiming at a more effective treatment .

Keywords: Health Education Leprosy. Role of the nurse.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: o que o Senhor (a) sabe sobre a doença?.....36

GRÁFICO 2: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: A hanseníase tem cura? 38

GRÁFICO 3: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Conhecia a hanseníase antes de adquiri-la? 39

GRÁFICO 4: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Quais os possíveis problemas para quem não fizer ou interromper o tratamento? 41

GRÁFICO 5: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Como a hanseníase é transmitida?.....42

GRÁFICO 6: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Qual (is) profissional (is) lhe ofereceu informações sobre a hanseníase?.....43

GRÁFICO 7: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: As informações foram oferecidas ao restante da família? 45

GRÁFICO 8: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Que tipo de informação ou sobre o quê o (a) senhor (a) sente necessidade de saber sobre a doença para melhorar seu conhecimento?.....46

GRÁFICO 9: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Conhece os efeitos colaterais dos medicamentos? 47

GRÁFICO 10: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Qual (is) medida (s) de autocuidado o (a) Senhor (a) realiza no seu dia-a-dia? 48

GRÁFICO 11: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Já participou de alguma atividade (reuniões, rodas de conversas, etc) com outras pessoas também acometidas pela doença?.....49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação dos dados sócio demográficos.....31

Tabela 2 – Apresentação dos dados referentes à doença.....35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD: Auxiliar de Consultório Dentário

ACS: Agente Comunitário de Saúde

BCG: Bacilo Calmette Guérin

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

ESF: Estratégia de Saúde da Família

MB: Multibacilar

M. leprae: *Mycobacterium leprae*

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PB: Paucibacilar

PCH: Programa de Controle da Hanseníase

PQT: Poliquimioterapia

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 REFERENCIAL TEÓRICO 16

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE..... 16
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE..... 21
2.3 PAPEL EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA HANSENÍASE..... 24

3 METODOLOGIA 27

3.1 TIPO DE ESTUDO 27
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA..... 27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 28
3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 28
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 28
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 29
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS 29
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 29

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES 31

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 49

REFERÊNCIAS 51

APÊNDICES..... 60

ANEXOS 66

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae,* ou bacilo de Hansen*,* apresentando afinidade principalmente por nervos periféricos, porém pode manifestar-se também como uma doença sistêmica afetando as articulações, olhos, testículos, entre outros. Se não tratada precocemente pode causar incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; SANTOS; PARDO, 2006).

A principal via de eliminação e porta de entrada do bacilo no organismo são as vias aéreas superiores, o trato respiratório, sendo o homem considerado a única fonte de infecção. O contágio se dá através da pessoa doente (da forma multibacilar), que não esteja iniciado o tratamento, uma vez que elimina o bacilo no meio exterior levando a contaminação de outras pessoas que poderão desenvolver a doença. Porém para que ocorra a transmissão do bacilo é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada (BRASIL, 2001; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; BRASIL 2008).

O bacilo de Hansen tem baixa patogenicidade apesar da alta infectividade, ou seja, muitas pessoas são infectadas, porém poucas desenvolvem a doença (AZULAY; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA, 2008). Podendo atingir todas as idades e ambos os sexos, entretanto a incidência de casos em crianças é rara, a não ser quando há endemicidade da doença, e números confirmam que a enfermidade atinge mais o sexo masculino (BRASIL, 2002).

A doença também está relacionada ao baixo nível social, condições de moradia desfavorável e a pouca escolaridade, logo há uma alta relação entre a alta endemicidade com os índices de desenvolvimento humano baixo (LONGO, 2006).

Para uma pessoa ser considerada portadora de hanseníase, segundo o Ministério da Saúde (MS), a mesma precisa apresentar uma ou mais das seguintes características: 1) lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; 2) acometimento de nervo (s) com espessamento neural; 3) baciloscopia positiva (BRASIL, 2002).

Para o MS (2002) a hanseníase é um grande problema de saúde pública, apesar dos avanços registrados. Nos últimos anos, planos com metas e estratégias foram elaborados para alcançar a eliminação da enfermidade, ou seja, chegar a uma prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. No entanto apesar dos esforços essa meta ainda não foi atingida (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Os portadores da doença, desde tempos remotos sofrem muito com o preconceito devido à mesma ser considerada contagiosa, mutilante e incurável. As pessoas acometidas pela hanseníase eram obrigadas a ficarem isoladas, pois na época era considerada a única forma de controle da doença (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008). Para Silva Junior; *et al* (2008) provavelmente nenhuma doença causou estigma social tão intenso quanto à hanseníase.

De acordo com Boresnstein *et al.* (2008), os portadores de hanseníase ainda hoje sofrem com a descriminação e estigma, pois antigamente a doença estava relacionada ao pecado, a impureza e ao castigo divino. Essa imagem e representações sociais ainda exercem influencia nos dias atuais, e essa situação ainda existe principalmente pela falta de informação da população a respeito da doença.

Diante dos inúmeros problemas que desencadeados ao portador de hanseníase surgiram questionamentos que nortearam este estudo: Qual o conhecimento que os portadores de hanseníase tem sobre sua doença? As ações educativas por parte dos enfermeiros estão sendo realizadas?

Percebendo que a hanseníase ainda acarreta consequências negativas para o doente e sua família, e que a falta de informação dificulta ainda mais a aceitação e consequentemente o tratamento da doença, fez despertar na pesquisadora essa temática.

Desse modo a relevância do estudo se dá pela importância de refletir sobre a necessidade de conhecimento sobre a doença pela pessoa portadora de hanseníase, bem como a prática educativa dos enfermeiros das Unidades de saúde com objetivo de educar seus pacientes levando a aceitarem a doença e se cuidarem e assim terem um bom prognóstico, já que é uma das ações que o MS preconiza como forma de controle da doença.

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivos: Investigar o conhecimento e a necessidade de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença, verificar a participação dos portadores de hanseníase em atividades educativas grupais com outros portadores da doença e identificar a contribuição oferecida pelos enfermeiros para educação dos portadores de hanseníase sobre a doença.

Com os resultados do estudo espera-se conhecer as necessidades de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença, bem como a prática educativa dos enfermeiros nas Unidades de Saúde, despertar nos portadores a busca por mais informações sobre a doença, contribuir para subsidiar trabalhos posteriores relacionados ao tema e levar os

enfermeiros a refletir sobre seu papel educativo no acompanhamento do indivíduo, família e comunidade durante o tratamento da hanseníase.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE

A hanseníase é considerada uma das doenças mais antigas que atingem nos serem humanos, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra ou mal de São Lázaro. Os primeiros relatos de pessoas com sintomas da doença se deram no ano de 600 a.c., na Índia, sendo assim a Ásia e a África são consideradas o berço da mesma (SILVA JÚNIOR et al*.,* 2008; CUNHA, 2005).

No Brasil a partir de 1960 ocorreram mudanças nos métodos profiláticos e nas políticas de controle da doença. Ocorreu a alteração do nome de lepra para hanseníase com a finalidade de minimizar o preconceito da doença, além de fornecer educação em saúde para a população. As pessoas acometidas pela doença passaram a conhecer e transmitir o novo conceito da hanseníase, que é uma doença curável, de baixa contagiosidade. As novas politicas de controle da hanseníase visam educação em saúde, detecção de novos casos e tratamento precoce, prevenção e tratamento das incapacidades físicas, bem como o acompanhamento dos comunicantes e aplicação de BCG (EIDT, 2004).

A descoberta da cura da doença, sua transmissão, sinais e sintomas e tratamento conseguiu amenizar o sentimento de culpa dos pacientes, o medo da população e o preconceito com o doente. A poliquimioterapia (PQT), recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 1980, veio para controlar e curar a hanseníase no mundo inteiro, conseguindo a redução da taxa de prevalência, o aumento do número de casos tratados e a possibilidade de uma doença curável (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

A hanseníase ainda é considerada um grande problema de saúde pública. O Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos de hanseníase, ficando atrás apenas da Índia. O objetivo proposto pela OMS, em 1991, foi de reduzir a taxa de prevalência para menor de 1 caso por 10.000 habitantes até a ano 2000, no entanto essa meta ainda não foi atingida e o Brasil vem mantendo uma média anual de 47 mil casos da doença no último quinquênio, tendo as regiões Norte, Nordeste e Centro- Oeste com maior endemicidade (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; MINANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; SIVEIRA; SILVA, 2006).

No Brasil a prevalência e detecção da doença são desiguais, tendo a região Norte uma maior incidência com 4,02 por 10.000 habitantes, seguida pela região Centro-oeste com

3,30; da região Nordeste com 2,14; o Sudeste com 0,60 e a região Sul com o menor índice de 0,53 por 10.000 habitantes (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

Hanseníase é uma moléstia infectocontagiosa curável de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (M. leprae), que tem afinidade por células cutâneas e por célula dos nervos periféricos. A doença se manifesta principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos, sobretudo nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002; FOCACCIA, 2009).

O *M. leprae* foi descoberto e descrito por Gerhard H. Armauer Hansen em 1868. É um bacilo álcool-ácido e gram-positivo, em forma de bastonete, da família *Mycobacteriaceae*, ordem *Actinomycetales*, classe *Schizomycetales*, gênero *Mycobacterium* e espécie *Leprae.* O mesmo tem alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, tem capacidade de infectar um grande número de pessoas, porém 10% adoecem. (FOCACIA, 2009; BRASIL, 2008).

A transmissão do bacilo ocorre principalmente através das vias aéreas superiores e o seu período de incubação é em média de dois a sete anos, podendo ter períodos mais curtos como de sete meses, ou também mais longos como de dez anos. Seu período de transmissibilidade se estende até que o paciente multibacilar inicie o tratamento (BRASIL, 2004).

De acordo com a carga bacilar, a doença é classificada na forma paucibacilar (PB) onde poucos bacilos estão presentes, e na forma multibacilar (MB) quando grande carga bacilar está presente nas lesões. Considerando a forma multibacilar a fonte de transmissão e infecção para os indivíduos susceptíveis (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma classificação operacional objetivando a utilização dos esquemas multiterápicos no tratamento da hanseníase. Sendo assim, considerados casos paucibacilares pacientes com até cinco lesões de pele com baciloscopia negativa, podendo apresentar as formas clínicas indeterminada e tuberculóide. Os pacientes multibacilares são aqueles que apresentam mais de cinco lesões de pele, com baciloscopia positiva e podendo apresentar as formas dimorfa e virchowiana (FOCACCIA; VERONEZZI, 2009).

Segundo Azulay; Azulay; Azulay-Abulafia (2008) a forma clínica indeterminada é considerada a forma inicial da doença. É caracterizada por manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas com hipoestesia, normalmente apresentando poucas lesões, sendo estas com bordas bem ou mal delimitadas. Sampaio; Rivitti (2007) afirmam que de acordo com a resistência do individuo, possa ocorrer a regressão das lesões e a cura espontânea, mas também podem evoluir para as formas mais graves da doença.

A forma tuberculóide apresenta manifestações na pele com placas eritematosas, eritemo-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, com comprometimento de tronco nervoso. O número de bacilos encontrados nestas lesões é muito pequeno, o que torna a baciloscopia negativa (BRASIL, 2005).

A forma clínica dimorfa apresenta manifestações clínicas como lesões eritematosas planas com o centro claro, chamada de pré-foveolares e foveolares que são eritematosas com pigmentação ferruginosa ou pardacenta, apresentando alterações de sensibilidade e o exame bacteriológico pode ter resultado positivo ou negativo (BRASIL, 2010). Para Gomes *et al*. (2005), o comprometimento de nervos é menos intenso que na forma tuberculóide, porém, em maior número e mais simétrico, principalmente, quanto mais próximo da virchowiana, pois a forma dimorfa é considerada um grupo de transição e, assim, muito instável imunologicamente, sendo mais passível de surtos reacionais.

A hanseníase virchorwiana é caracterizada por lesões eritematoacastanhada e eritematoamarelada, tubérculos e nódulos. São simétricas e localizadas geralmente por todo o corpo. Na face as infiltrações produzem a chamada “face leonina”, os pavilhões auriculares e a mucosa nasal, orofaríngea e ocular apresentam-se infiltradas, com presença de madarose (alopecia dos cílios e supercílios) bilateral e pode ocorrer comprometimento de outros órgãos (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

Segundo Martins (2009), na forma virchowiana ou lepromatosa o exame baciloscópico de linfa da pele é sempre muito positivo, a imunidade é nula e o bacilo se multiplica bastante, sendo considerado o grupo mais grave da doença por apresentar um polimorfismo muito grande de lesões.

Na evolução da hanseníase os nervos periféricos podem ser acometidos antes, durante ou após o fim do tratamento e em número de gravidade variável, de acordo com a resposta imuno-celular inerente a cada paciente. Episódios reacionais podem levar a um agravamento do processo inflamatório do nervo e, consequentemente, da função neural. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, podendo acarretar ao paciente, deficiências e incapacidades (SILVA, 2008).

A neuropatia da hanseníase é clinicamente mista, pois compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A lesão nas fibras sensitivas conduz a perda da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa; nas fibras autonômicas é a perda da sudorese resultando em pele ressecada, já nas fibras periféricas motoras são responsáveis pela diminuição da força muscular (GARBINO, 2007).

Essas manifestações podem ser acompanhadas por dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. No entanto, os fenômenos da neurite podem se desenvolver sem dor: são as chamadas neurites silenciosas. Nelas não temos os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas alterações de sensibilidade e/ou de força motora. Estas são identificadas por meio de exame de sensibilidade e força motora, o que torna de suma importância avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa da pessoa (BRASIL, 2008).

Segundo Bernardes *et al.* (2009) a principal forma de prevenção de neuropatias é o tratamento precoce, se fazendo necessária a monitorização da força muscular e da sensibilidade, onde a partir de medidas profiláticas e reparadoras evitem-se incapacidades. Sendo assim, todos os portadores da doença devem passar por uma avaliação neurológica para detecção de neurites silenciosas ou perdas funcionais por dano neural, pelo menos três vezes ao ano.

O diagnóstico da hanseníase é basicamente clínico e epidemiológico, onde é analisado a história e as condições de vida do paciente, e do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2010).

A baciloscopia da linfa é usada como exame complementar para classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia com resultado positivo classifica como MB, independente do número de lesões, porém o resultando negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2010).

A hanseníase tem cura e é tratada com a poliquimioterapia (PQT). A mesma mata o bacilo, evita a evolução da doença, prevenindo incapacidades e deformidades, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo assim a cadeia epidemiológica da doença. Portanto, logo no inicio do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e sendo realizado de forma correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2002).

Os esquemas de poliquimioterápicos preconizados pela OMS são: para casos paucibacilares composto por seis doses, com 100mg diárias de dapsona e dose supervisionada de 600mg mensais de rifampicina. Para os pacientes multibacilares são dose diária de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina e dose doses mensais supervisionada de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina (GOMES *et al.*, 2005).

A hanseníase é uma doença de evolução crônica, mas pode ser interrompida por reações, que são episódios inflamatórios agudos ou subagudos (FOCACIA; VERONEZZI,

2009). Segundo Souza (2010), as reações são dos tipos I ou reação reversa, que indica o aumento da imunidade celular, e do tipo II ou eritema nodoso, que indica a exacerbação da imunidade humoral.

Os estados reacionais geralmente ocorrem durante os primeiros meses de tratamento da hanseníase, mas também pode ocorrer antes ou depois do mesmo, e são as principais causas de lesões neurais e incapacidades físicas causadas pela doença. Deste modo é importante que o diagnóstico seja feito precocemente para dar inicio ao tratamento o mais rápido possível e assim prevenir essas incapacidades (BRASIL, 2002).

Na reação tipo I ou reação reversa, surgem dor e edema nas lesões preexistentes ou novas, com infiltração e alterações de cor, pode ocorrer também febre, mal-estar geral, com ou sem neurites. Ocorre tanto em casos paucibacilares como em multibacilares. O tratamento é feito com prednisona na dose de 1 a 2 mg/dia/kg e após a melhora do quadro clínico, é realizado o desmame. Já nas reações hansênicas tipo 2 ou complexo do eritema nodoso hanseniano ocorre em pacientes multibacilares com imunidade baixa ou ausente, em que febre e mal-estar geral acompanham nódulos subcutâneos dolorosos e ocorrem com ou sem espessamento e dor nos nervos periféricos. O tratamento é feito com talidomida na dose de 100 a 400 mg e caso o paciente seja impossibilitado de usá-lo, deve-se introduzir corticoide (URA, 2007).

Além de fazer o diagnóstico clínico o mais precocemente possível e introduzir corticóides, é necessário realizar um interrogatório com o paciente avaliando se há o diagnóstico de hanseníase e há quanto tempo, qual a dose da medicação está tomando e o tipo, se é paucibacilar ou multibacilar, se essa reação é a primeira vez e se está relacionado a alguma doença, ou ao uso de algum medicamento. Após o reconhecimento desses fatores é imprescindível afastá-los para reverter o quadro reacional, porém permanecendo com a PQT. É adjuvante ao tratamento quimioterápico e de corticóides associar medidas gerais como repouso físico e mental, hidratação, imobilização em repouso do nervo afetado, entre outras (FOSS; 2003).

Em relação à prevenção, deve-se examinar e orientar todos os comunicantes, contatos intradomiciliares que residem ou residiram nos últimos anos com o paciente, e aplicar a vacina do bacilo Calmette-Guérin (BCG) que tem mostrado efeito protetor variável (BRASIL, 2010).

Todos os pacientes precisam conhecer sua doença e como tratá-la corretamente. A informação é de grande importância para o processo de prevenção de deformidades e

incapacidades, onde o paciente aprenderá a realizar práticas diárias de auto-cuidado individualmente ou em grupo, como também conhecer o modo de transmissão, entre outros, e assim contribuir para o processo de prevenção (BRASIL, 2008).

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A organização da saúde tanto mundial como no Brasil tem como um dos principais objetivos para fortalecimento a atenção primária as ações de promoção da saúde, capacitando os indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. E uma ferramenta utilizada para implementar esta meta é a educação em saúde, tendo como base ações preventivas e de promoção da saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

A promoção da saúde é definida como um método de capacitar a comunidade para melhorar sua qualidade de vida e saúde, incorporando valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui em um conjunto de ações envolvendo o Estado, a comunidade, família e indivíduo (MACHADO et al*.,* 2007).

A promoção da saúde considera tanto os fatores biológicos como os sociais, do processo saúde/doença, levando assim a um olhar mais ampliado dos modos de pensar e agir para obter saúde. Levando em consideração também que é necessário olhar o sujeito dentro do seu contexto político, cultural e social de forma que se sinta capaz de construir projetos de vida mais saudáveis (CARVALHO, 2009).

Educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação crítica dos cidadãos, instigando-os a buscar soluções para os problemas vivenciados pela sociedade. Sendo assim, esta ação é decisiva para a solidificação dos princípios do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo Souza et al. (2005) educação em saúde pode ser classificada em tradicional e radical. A tradicional objetiva a prevenção de doenças, tendo foco o comportamento individual, ou seja, são estratégias educativas direcionadas para uma única pessoa, na qual é considerada como o único responsável por sua condição de saúde/doença e que as diferenças socioculturais e econômicas não interferem em seu comportamento. A radical considera que é na base dos problemas que se deve intervir, promovendo reflexão e conscientização crítica sobre aspectos individuais e coletivos, levando em consideração a relação da vida dos indivíduos e a estrutura social que estão inseridos.

Rodrigues; Santos (2010) afirmam que o modelo tradicional deve ser abandonado e que deve ser seguido outro modelo de educação em saúde, como por exemplo o de Paulo Freire, citado por ele, onde coloca que o individuo deve ser visto em todo seu contexto social e não apenas sua doença. Este modelo não tem como objetivo apenas a redução dos sintomas, mas a melhoria da qualidade de vida por meio da promoção da saúde coletiva e individual.

O benefício da associação da educação em saúde às práticas de promoção as saúde pode ser vista como parte complementar das Políticas Públicas na área da Atenção Básica em Saúde, sendo preconizadas pelo poder público nas instâncias federal, estadual e municipal (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Amaral (2011) coloca que na 8º Conferencia Nacional de Saúde, em 1986, destacou-se a importância de um novo modelo de assistência que atendesse o direito de saúde a todos, pois até então só tinham direito a saúde as pessoas com vínculo empregatício e carteira assinada. Então, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim os princípios básicos: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social. E para atender esses princípios, em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF) priorizando os cuidados primários por meio de promoção, prevenção, proteção e recuperação de agravos, enfocando a atenção à família. Essa visão coloca a prevenção como foco principal, ressaltando a importância de atividades educativas direcionadas para famílias e comunidades. (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

Vasconcelos (2004) coloca que a rede de educação popular e saúde acredita que a educação popular é uma ferramenta metodológica fundamental para uma reorganização mais completa do SUS, no sentido de ser um mecanismo de atenção à saúde integral para que as pessoas possam ter um controle maior sobre suas vidas.

Muitas vezes, a educação em saúde é entendida como uma maneira de mudar os hábitos de vida da população, porém é um modo de tentar ajudar as pessoas a compreender as causas de doenças e se preparar para superá-las. Sendo assim, a educação popular é uma tática de reorientação de atividades desenvolvidas nos serviços e não uma atividade a ser implantada (GOMES; MERHY, 2011).

Machado et al., (2007) apontam o principio da integralidade como o eixo norteador da educação em saúde. E uma educação dentro da integralidade inclui políticas públicas, ambientes, além dos destinados para tratamentos clínicos e curativos, que tenham o compromisso com o desenvolvimento e solidariedade da cidadania envolvidas na qualidade de vida da população. Alves (2005), afirma que para atender o compromisso da integralidade,

o profissional de saúde não deve limitar-se à assistência curativa, deve-se buscar os fatores de risco à saúde e desenvolver atividades preventivas.

Ao pensar em uma atividade de educação em saúde, é necessário levar em conta os perfis dos sujeitos, e seus modos de pensar, seus modos de vida, suas experiências coletivas, seus conhecimentos escolares, entre outros. E, a partir daí desenvolver intervenções que possam servir para suas vidas cotidianas (GAZZINELLI et al., 2005).

Nessa perspectiva, as atividades educativas devem ter um referencial teórico claro e objetivo, ou seja, o profissional deve transmitir as informações com um dialeto popular, não utilizando termos científicos, a fim de facilitar o entendimento das pessoas leigas (SCHEEREN, 2006). Segundo Jahn et al., (2012) quando se adota a educação popular como método de melhorar o cuidado, a compreensão vai além do diálogo e conversa sobre saúde. Engloba também rodas de conversas, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular.

A ação educativa desenvolvida na ESF deve proporcionar a junção de vários assuntos para qualificar ainda mais a assistência prestada à sociedade, de acordo com suas necessidades. Em relação à enfermagem, essa é uma ação essencial do método de trabalho, onde educação e saúde estão diretamente interligadas (AMARAL et al., 2011).

É o enfermeiro o principal mediador dessas ações, este profissional tem o papel do educador, sendo preparado para criar estratégias que ofereçam caminhos para que haja transformação das comunidades em relação à saúde (BRASIL, 2007). Segundo Souza; Wegner; Gorini (2007) o enfermeiro exerce sua função criando alternativas e não universalizando suas ações para o coletivo, mas cultivando a singularidade de cada ser.

Segundo Alves (2005), no cotidiano da ESF, a educação em saúde é uma prática atribuída a todos que compõe a equipe da unidade. Espera-se que a mesma seja capacitada para identificar os riscos à saúde da população assistida e assim poder garantir assistência integral e contínua as famílias da área, desenvolvendo artifícios educativos voltados para o auto-cuidado dos indivíduos. Devem ser feitas em todas as atividades desenvolvidas pela unidade, direcionadas à saúde da mulher, da criança e adolescente, do adulto e idoso, saúde do homem, bem como controle de hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e saúde bucal. Devendo-se levar em consideração também, que essa prática educativa deve ocorrer não apenas quando for programada, mas sim quando houver qualquer contato entre os profissionais e a clientela, para que assim a população possa refletir sobre sua saúde,

realizando mudanças e criando novos hábitos para solucionar seus problemas (RIOS; VIEIRA, 2007).

2.3 PAPEL EDUCATIVO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA HANSENÍASE

A integração dos Programas de Controle da Hanseníase (PCH) é considerada como a melhor tática para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e para melhoria do atendimento prestado ao portador de hanseníase, promovendo acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e a redução do estigma e exclusão social. O planejamento deve ser cauteloso e apropriado para a situação local, tendo em vista que a implantação de um programa integrado é complexa, e se for realizada sem cautela poderá comprometer a qualidade da assistência prestada ao paciente (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Para que haja comprometimento entre ações preventivas, promocionais e curativas, a população deve ser informada sobre os sinais e sintomas da doença e ter acesso facilitado ao diagnóstico e tratamento. as orientações devem ser individuais e familiares durante todo o tratamento, exigindo que os profissionais de saúde sejam capacitados (OLIVEIRA, GUERREIRO, BONFIM; 2007).

Segundo Silva; Paz (2010), a partir de 1991 a ação da Gerência de Dermatologia Sanitária (GDS), objetivou a reestruturação do Programa de Controle da Hanseníase, voltadas para atividades educativas visando à prevenção e controle da doença. Reforçou ainda a capacitação dos profissionais e passou a contar com outras secretárias, como a de Desenvolvimento Social e organizações sociais que trabalham com as pessoas acometidas pela doença. Permanecendo, contudo as atividades de comunicação e educação em saúde em hanseníase, visando o diagnóstico precoce, ao tratamento e a redução do preconceito social.

De acordo com a Portaria do MS Nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010, as ações de educação em saúde para o controle da hanseníase devem englobar, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao auto-exame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apropriado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento, estando baseadas na politica de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde.

Albereci; Jóia; Moreira (2011) colocam que as ações de prevenção e controle da hanseníase estão baseadas na detecção de novos casos, no tratamento com a

poliquimioterapia, na vigilância dos comunicantes, na prevenção de incapacidades e na reabilitação.

Para obtenção do controle da hanseníase as ações devem estar associadas com a atenção básica, estabelecendo uma rede de cuidados de atenção integral. Sendo a abordagem dos contatos domiciliares a ação chave para alcançar essa meta (FERREIRA et al., 2009). Conforme a Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.125, de 7 de Outubro de 2010, de acordo com as recomendações com o Pacto dela Saúde, cabe as três esferas de governo trabalhar em sociedade com outras instituições e entidades para a divulgação de informações atualizadas sobre hanseníase e atenção integral aos portadores da doença.

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que envolve a proteção e promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação. Sendo assim a inclusão de atividades das unidades básicas de saúde ajuda a aumentar o aceso da população aos serviços. Podendo ocorrer nas unidades das redes municipais de saúde, a partir da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fazendo a universalização do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase (FERREIRA et al., 2009).

Os PCH, nos níveis federal, estadual e municipal, apostam na descentralização do diagnóstico, do tratamento e de ações preventivas na rede básica de saúde, sendo esta voltada para informar sobre os sinais e sintomas da doença junto à população, visando a maior procura da população aos serviços públicos. E materiais educativos como cartazes, folhetos, cartilhas etc. são iniciativas para transmitir informações e tentar promover mudanças de comportamento da população (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010).

Especifico das ações de controle da hanseníase, as medidas envolvem dimensões complexas e desafiadoras passando por: desenvolvimento e integração de ações de vigilância em saúde e de análise de dados epidemiológicos, qualificação do processo de gerência dos programas estaduais e municipais, atividades sistemáticas de monitoramento e avaliação, educação permanente, comunicação e educação, atenção integral ao hansênico e desenvolvimento de pesquisas incluindo investigações em serviços de saúde (FERREIRA et al., 2009).

As ações voltadas para o controle da hanseníase no Brasil é realizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e voltam-se para detecção ativa e passiva dos casos, mobilização da comunidade assistida dela unidade e monitoramento e tratamento dos pacientes diagnosticados, bem como os comunicantes. E como a equipe administra essas ações é um

fator fundamental para prevenção e controle da hanseníase. Sendo o enfermeiro considerado o profissional fundamental para alcançar a eliminação da doença (NASCIMENTO et al., 2011).

Conforme Nascimento et al., (2011) para alcançar a eliminação da hanseníase é necessário que as ações da ESF sejam voltadas para consolidação dos princípios do SUS, principalmente o da integralidade, onde os profissionais sejam mais capacitados a fim de ter um maior resultado na prática de atenção, de acolhimento, de maior vinculo com os pacientes, etc. Sendo a consulta de enfermagem de fundamental importância para criação de esse vínculo entre o enfermeiro e o paciente, diminuindo assim o risco de abandono do tratamento.

A falta de informação sobre a doença e seu modo de transmissão coloca o individuo passivo diante do controle da mesma. Muitos por falta de conhecimento não comparecem à unidade para realizar o exame dermato-neurológico (DESSUNTI et al., 2008). Sendo assim, segundo Araújo (2005), o portador necessita conhecer a doença e se conscientizar da importância de medidas preventivas e curativas. E ao educador cabe colaborar com a organização de seu pensamento, através de reflexões e diálogos para que assim o sujeito possa se tornar consciente de suas ações.

Segundo o MS, educação em saúde é reconhecida como uma prática transformadora necessária a todas as ações de controle da hanseníase. Devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde e também pelos usuários incluindo seus familiares. Sendo assim, o enfermeiro da ESF tem como objetivo de educar o paciente de hanseníase para prevenção da doença e de incapacidades físicas, sendo esta uma ação de grande importância, pois ajuda de forma satisfatória no tratamento da mesma (BRASIL, 2002). E na Portaria GM 648/2006, do Ministério da Saúde, diz que é papel do enfermeiro a educação em saúde, bem como a consulta de enfermagem, solicitações de exames complementares e a prescrição de medicamentos, conforme protocolo estabelecido, entre outras (ALBERECI; JOIA; MOREIRA, 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa.

As pesquisas exploratórias procuram aprofundar em vários aspectos o fato estudado, com o intuito de obter uma maior familiaridade com os problemas em questão, enquanto as pesquisas descritivas têm como objetivo central descrever as características de uma determinada população e estabelecer uma relação entre as variáveis estudadas (GIL, 2009).

Gonçalves (2007) relata que na abordagem quantitativa a uma explanação das causas, por meio de medidas objetivas, testando hipóteses, utilizando-se basicamente da estatística para o tratamento dos dados, devendo ser utilizado quando é exigido um estudo exploratório ou em diagnósticos iniciais de uma situação, transformando a vida social em números.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras, cidade localizada no alto sertão paraibano, situada na extremidade ocidental do estado da Paraíba, limitando-se a oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao sul São José de Piranhas, a noroeste Santa Helena, a norte e leste São João do Rio do Peixe e a sudeste Nazarezinho, ocupando uma área total de 565,8km^2 .

Segundo o IBGE (2010) Cajazeiras tem população total de 58.446 habitantes, sendo o oitavo municipio mais populoso do estado.

A rede de Atenção Básica de Saúde do município de Cajazeiras é composta por 16 USF, sendo 12 unidades na zona urbana e 4 na zona rural. Cada equipe é composta por enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, atendente de consultório dentário (ACD) e Agente Comunitário de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS, 2013).

A escolha do município para o desenvolvimento da pesquisa se deu pelo fato de ser uma cidade com alta incidência de casos de hanseníase e por melhor acesso da pesquisadora.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Marconi; Lakatos (2010) definem população como um conjunto de seres animados ou inanimados que possuem pelo menos uma característica em comum. Amostra é parte de um universo, é a parcela de população de sujeitos selecionada segundo conveniência da pesquisa, assim, quando se estuda a amostra espera-se que ela represente a população (GIL, 2008).

A população estudada foi constituída por todos os casos diagnosticados com hanseníase em tratamento nas USF da zona urbana do município de Cajazeiras no período da coleta de dados, sendo assim, a população do estudo corresponde a 59 casos de hanseníase e a amostra foi composta por todos que estiveram dentro dos critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo, sendo a amostra correspondente a 30 pessoas.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi incluídos na pesquisa pessoas com idade superior ou igual a 18 anos, com diagnóstico de qualquer forma clínica da hanseníase, que tivesse sido notificado no Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN, que estivesse em tratamento no período da coleta de dados nas USF da zona urbana, que fosse lúcido e capaz de responder a esta pesquisa. Também compôs os critérios de inclusão a participação voluntária através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Como critérios de exclusão foram às pessoas com idade inferior a 18 anos; os casos não confirmados da doença, não notificados no SINAN, que tiveram terminado o tratamento ou saído do sistema de informações por outros motivos e os que não estiveram lúcidos ou não fossem capazes de responder o instrumento da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando-se como instrumento uma entrevista semi-estruturada e individual, contendo 11 perguntas, sendo elas distribuídas em fechadas e abertas. A técnica da entrevista, segundo Minayo (2007) é acima de tudo uma conversa a dois ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do entrevistador e busca construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por duas partes. A primeira contendo questões sobre os dados sócio demográficos e de identificação do participante e a segunda parte com perguntas referente ao objeto do estudo. A entrevista foi realizada nas residências dos participantes e dos dados coletados pela própria pesquisadora. Os sujeitos da pesquisa foram identificados pela letra A, seguida do número da realização da entrevista (A1, A2, A3 até AXX).

3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa foi encaminhado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras solicitado a autorização para realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. Após aprovação, a pesquisadora compareceu à UBS para apresentar os objetivos da pesquisa ao enfermeiro da unidade e registrar os endereços dos casos de hanseníase em tratamento por cada unidade e, posteriormente foi realizada visita a cada residência para a coleta dos dados propriamente dita.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva, com tratamento estatístico percentual, onde as questões foram analisadas e apresentadas em forma de gráficos e tabelas construídas no Microsoft Office Excel 2010, sendo todos discutidos a luz da literatura pertinente ao tema e outros trabalhos publicados na área.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas e respeitadas as normas e diretrizes preconizadas na Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, que tem com objetivo garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética.

A pesquisa realizou-se mediante autorização do representante legal da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO II) e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. Seguindo os

três princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos, sendo eles: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Foi apresentado o termo legal da pesquisa realizada com seres humanos, caso a pessoa se dispôs a participar do estudo foi solicitado que a mesma assinasse o TCLE (APÊNDICE B). Também foram informadas sobre os aspectos do sigilo, da autonomia de participar ou não do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa do estudo são descritos os resultados a partir da coleta de dados realizada junto aos sujeitos participantes da pesquisa, bem como a discussão da mesma. Os dados foram analisados em duas etapas, a primeira refere-se aos dados de caracterização dos participantes e a segunda ao objeto do estudo. As tabelas foram construídas por meio do Programa Microsoft Office Excel for Windows 2010, onde os dados foram categorizados e apresentados através da frequência simples (*f*) e do percentual (%).

Para melhor compreensão dos dados, estes foram discutidos a luz da literatura relacionada ao tema, onde a observação, a apresentação e a busca da relação com a literatura existente resultou em uma leitura da realidade investigada, cujos resultados serão apresentados a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Após o primeiro levantamento realizado na Secretária de Saúde do município, a amostra inicialmente seria composta por 59 pessoas que estavam cadastradas no SINAM, no entanto verificou-se que apenas 34 pessoas estavam em tratamento da hanseníase no momento da coleta dos dados e apenas 30 se dispuseram ou estavam aptos a responder a pesquisa. Os casos excluídos foram: por abandono, por transferência, e por óbito. Na Tabela 1 são apresentados os dados sócio-demográficos através das seguintes variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, ocupação, grau de escolaridade e renda familiar.

Tabela 1 – Apresentação dos dados sócio demográficos.

VARIÁVEIS	***f***	**%**
Gênero		
Feminino	11	36,7
Masculino	19	63,3
Faixa Etária		
18 – 30	05	16,7
31 – 43	11	36,7
44 – 56	03	10,0
57 – 69	07	23.3

Tabela 1 – Apresentação dos dados sócio demográficos.

VARIÁVEIS	***f***	**%**
Faixa Etária		
>70	04	13.3
Estado Civil		
Solteiro (a)	7	23,3
Casado (a)	19	63,3
Divorciado (a)	02	6,7
Viúvo (a)	02	6,7
Ocupação		
Aposentado (a)	09	30,0
Do lar	05	16,7
Vendedor	04	13,3
Moto taxi	02	6,8
Motorista	02	6.8
Autônomo (a)	02	6,8
Servidor publico	01	3,3
Comerciante	01	3,3
Pedreiro	01	3,3
Vigia	01	3,3
Tec. Eletrônica	01	3,3
Fotógrafo	01	3,3
Escolaridade		
Não alfabetizado	06	20
Fundamental incompleto	09	30
Fundamental completo	04	13
Ensino médio incompleto	05	16,7
Ensino médio completo	02	6,8
Ensino superior incompleto	03	10
Ensino superior completo	01	3,3
Renda Familiar		
De 1 à 2 salários mínimos	27	90
De 3 à 4 salários mínimos	03	10

Tabela 1 – Apresentação dos dados sócio demográficos.

VARIÁVEIS	***f***	**%**
	30	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Conforme a tabela 1, quanto ao gênero, o grupo pesquisado apresentou predominância do sexo masculino (63,3%) em relação ao sexo feminino (36,7%). Segundo Focaccia; Veronesi (2009) a hanseníase é uma doença que atinge ambos os sexos, porém, na maior parte do mundo incide sobre o sexo masculino, numa proporção de 2:1. Dados esses que se confirmam na maioria das literaturas estudadas, onde podemos citar estudos de Garcia et al. (2011) onde 65% dos casos eram do sexo masculino e o de Lima et al. (2010) com 51%, tendo Gomes (2005) como exceção, onde houve predominância do sexo feminino (50,05%).

Quanto à faixa etária, a população mais acometida foi de pacientes entre 31 e 43 anos de idade com 11 casos (36,7%); seguida por pessoas entre 57 e 69 anos com sete casos (23,3%); entre 18 e 30 anos com cinco casos (16,7%); enquanto casos acima de 70 anos foram menos frequentes com quatro casos (13,3%) juntamente com os indivíduos entre 44 e 56 anos com apenas três casos (10%). Sendo assim, o grupo de maior predominância da doença foi o de pessoas economicamente ativas, que trabalham e convivem com outras pessoas em seus ambientes de trabalho, sendo esse fator um risco para a transmissibilidade devido à convivência de um elevado número de pessoas em um mesmo ambiente (BRASIL, 2002).

Em relação ao estado civil, evidencia-se o maior número de pessoas casadas com 19 casos (63,3%). Os demais são solteiros com sete casos (23,3%), viúvos e divorciados com dois casos cada (6,7%). Segundo o Ministério da Saúde os contatos domiciliares aumentam a probabilidade de incidência da doença, sendo assim pessoas casadas estão mais susceptíveis a hanseníase (BRASIL, 2003). Contudo, Aquino et al. (2009) relatam que ter um parceiro (a) ajuda no enfrentamento da doença, e um ambiente familiar harmonioso é responsável pelo equilíbrio emocional do portador de hanseníase.

No que se refere à ocupação ou profissão dos participantes, a maioria são aposentados, do lar e vendedores com 30%, 16,7% e 13,3% respectivamente. Aparecem ainda, moto taxista, motorista, autônomo com 6,8% e servidor público, comerciante, pedreiro, vigia, tec. eletrônica e fotógrafo com 3,3% cada.

Alguns entrevistados relataram estar afastados do trabalho devido à doença. Vale ressaltar que a lesão dos nervos causa dor intensa ao fazer esforços, sendo orientado pelos profissionais de saúde a descontinuarem trabalhos. Outro fator é o preconceito com o funcionário, muitas vezes visto de maneira diferente pelos clientes, ou o desconhecimento em geral da transmissibilidade da doença, faz com que os patrões demitam seus funcionários (SANGI et al., 2009).

Referente à escolaridade a maioria cursou o ensino fundamental de forma incompleta com nove pessoas (30%). Na sequência aparecem seis pessoas não alfabetizadas (20%), seguida por cinco pessoas que cursaram o ensino médio de forma incompleta (16,7%) e quatro de forma completa (13,3). Duas possuem o ensino médio completo (6,8%) e apenas uma (3,3%) cursou o ensino superior completo.

A escolaridade é um fator importante determinante de saúde que manifesta-se pela percepção e capacidade de entendimento das informações e consequentemente na adesão aos procedimentos terapêuticos (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012). Também ajuda os profissionais proporcionando uma boa comunicação com o indivíduo repassando informações e orientações necessárias para o tratamento e assim o individuo saberá como conduzir melhor sua vida.

Simões; Delello (2005) observaram que a baixa escolaridade está relacionada com profissões indefinidas, tendo como consequência uma renda familiar precária, podendo interferir no conhecimento das pessoas sobre a doença, o que pode justificar o fato de que nesse estudo os pacientes tinham pouco conhecimento sobre sua patologia. Os autores ressaltam também que a educação proporciona ao individuo a maior compreensão sobre o processo saúde doença, levando a uma maior procura do serviço de saúde.

Quanto à renda familiar 27 participantes (90%) recebem de um a dois salários mínimos, sendo a maioria apenas um salário. Apenas três (10%) recebem de três a quatro salários mínimos. Estudos apontam que pessoas de baixo nível socioeconômico tem maior vulnerabilidade de desenvolver a hanseníase. O sistema imunológico baixo é um fator determinante para adquirir a doença e para pessoas com condições econômicas baixas a disseminação da doença é mais favorável pelo fato de muitos não terem uma alimentação de qualidade como também pelo grande número de pessoas conviverem em um mesmo ambiente.

4.2 DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO

Neste momento será feito uma abordagem sobre os resultados mais específicos ao objeto do estudo, a partir das respostas dos participantes a cada pergunta do roteiro.

O instrumento utilizado foi composto por 12 questões, sendo seis abertas e seis fechadas, que tiveram como objetivo descrever o conhecimento dos portadores sobre a hanseníase e verificar a contribuição dos enfermeiros para a educação dos portadores da doença. Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos, apresentados a seguir.

Tabela 2 – Apresentação dos dados referentes à doença; Cajazeiras-PB, 2013.

VARIÁVEIS	***f***	**%**
Forma clínica		
Indeterminada	12	40
Tuberculóide	09	30
Dimorfa	04	13,3
Vichorwiana	05	16,7
Caso(s) da doença na família		
Sim	08	26,7
Não	22	73,3
Quantas		
01	06	75
02	02	25
	30	**100**

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Conforme a tabela 2, em relação à classificação clínica da doença observou-se a predominância da forma clínica indeterminada, com doze participantes (40%), seguida das formas tuberculóide com nove casos (30%), vichorwiana com cinco casos (16,7%) e por ultimo a dimorfa com quatro casos (13,3). Nesse estudo o maior número de pessoas portadoras de hanseníase é de classificação operacional paucibacilar, tendo a forma indeterminada a mais apresentada pelos participantes. Dados semelhantes aos de Santos; Pardo (2006) onde observou-se a predominância dos casos paucibacilares com 29,4% na forma indeterminada; 24,4 % na forma tuberculóide; 23,5% na forma vichorwiana e 17,6% na

forma dimorfa. No entanto em outros estudos, ao exemplo o de Garcia (2011) houve maior prevalência dos multibacilares.

Visto que a forma indeterminada é a forma inicial e transitória da doença (SILVA, 2008), pode-se concluir que os casos de hanseníase estão sendo diagnosticados precocemente, sendo um ponto positivo para que haja o controle da doença evitando assim a evolução para formas mais graves e sequelas irreversíveis. Sangi et al. (2009) afirmam que nem sempre a hanseníase é diagnosticada precocemente, e isso se dar pelo conhecimento insuficiente dos profissionais que prestam atendimento.

Quando perguntado se alguém mais da família teve a doença apenas oito (26,7%) responderam que sim e 22 (73,3%) que não. Das oito que responderam que já tiveram na família pessoas também acometidas pela doença, seis (75%) responderam que foi apenas uma pessoa e duas (25%) responderam que duas pessoas na família tiveram a hanseníase.

Sangi et al., (2009) relatam que nas ações de controle da hanseníase, os contatos, ou seja, os familiares ou pessoas que convivem com o paciente devem ser atendidos/assistidos pela equipe de saúde. A transmissão de informações para os comunicantes é de grande importância tanto para a busca de novos casos, como também, para ajudar no tratamento do indivíduo dando apoio para o enfrentamento da doença.

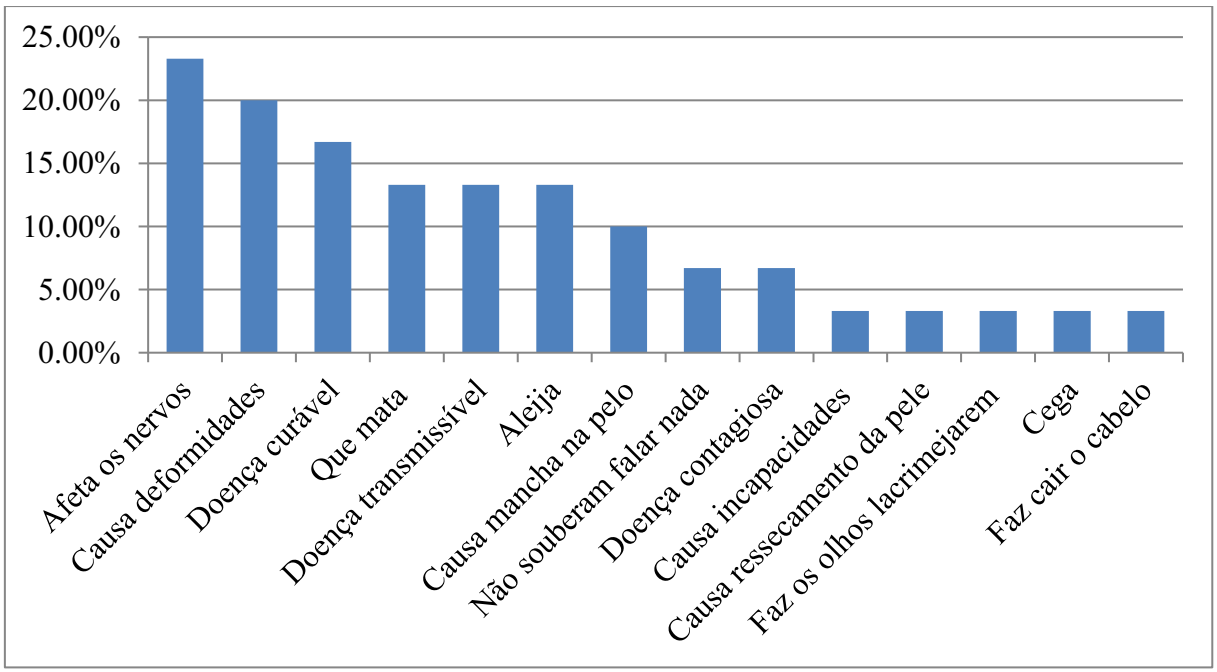

Gráfico 1: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: o que o Senhor (a) sabe sobre a doença?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

No gráfico 1 mostra as respostas dos participantes quando perguntado sobre o que o participante sabia sobre a hanseníase, observa-se que a maioria associa a uma doença incapacitante, o que demonstra certo conhecimento sobre a doença. 11 pessoas (36,7%) disseram que causa deformidades; sete (23,3%) disseram que afetam os nervos, seis (20%) que causa perda de sensibilidade; seis (20%) disseram que é transmissível; cinco (16,7%) disseram que é uma doença curável; cinco disseram que é uma doença que mata; quatro (13,3%) disseram que é uma doença difícil de curar; três (10%) responderam que causa mancha na pele; duas (6,7%) não sabiam dizer nada; duas (6,7%) disseram que causa preconceito; e, que causa ressecamento da pele; faz os olhos lacrimejarem; cega e que faz cair o cabelo apareceram uma única vez cada (3,3%).

Levando-se em consideração que algumas pessoas responderam mais de um dos itens apresentados acima, pode-se observar que os sujeitos da pesquisa consideram a hanseníase uma doença grave, que afeta os nervos e causa deformidades. Embora demonstrem certo conhecimento este ainda são relativamente insuficientes, pois os que sabiam de alguma coisa sobre a doença responderam com frases sucintas, sem nenhuma explicação. O que respondiam era a descrição de sinais e sintoma apresentados por eles ou por alguma pessoa que também teve a doença. Entretanto, suas respostas estavam corretas, mostrando que tinham algum conhecimento, mesmo que fosse pouco. O estudo de Simões; Delleto (2005) também observou que todos os participantes tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença. Já no estudo de Duarte; Ayres; Simonetti (2009) 89% dos usuários demostraram desconhecer os aspectos relacionados à hanseníase.

Todos os indivíduos precisam conhecer sua doença para que assim possam saber como tratá-la corretamente. No caso da hanseníase, informações sobre a doença é de fundamental importância no processo de prevenção de incapacidades físicas. Para Coutinho (2012) o acesso ao diagnóstico, a informação e o tratamento com poliquimioterapia formam a tríade estratégica para a eliminação da hanseníase no país.

O conhecimento da doença, mesmo que pouco, é de grande relevância para o enfrentamento da mesma. Assim, há a diminuição de preconceito, do auto-isolamento (mostrado em um dos pacientes que relatou não ficar próximo das pessoas de sua casa pra não transmitir a doença) e, principalmente, do abandono do tratamento. Conforme Pereira et al. (2008) o conhecimento e a informação facilitam a aceitação do diagnóstico e, consequentemente, a adesão ao tratamento.

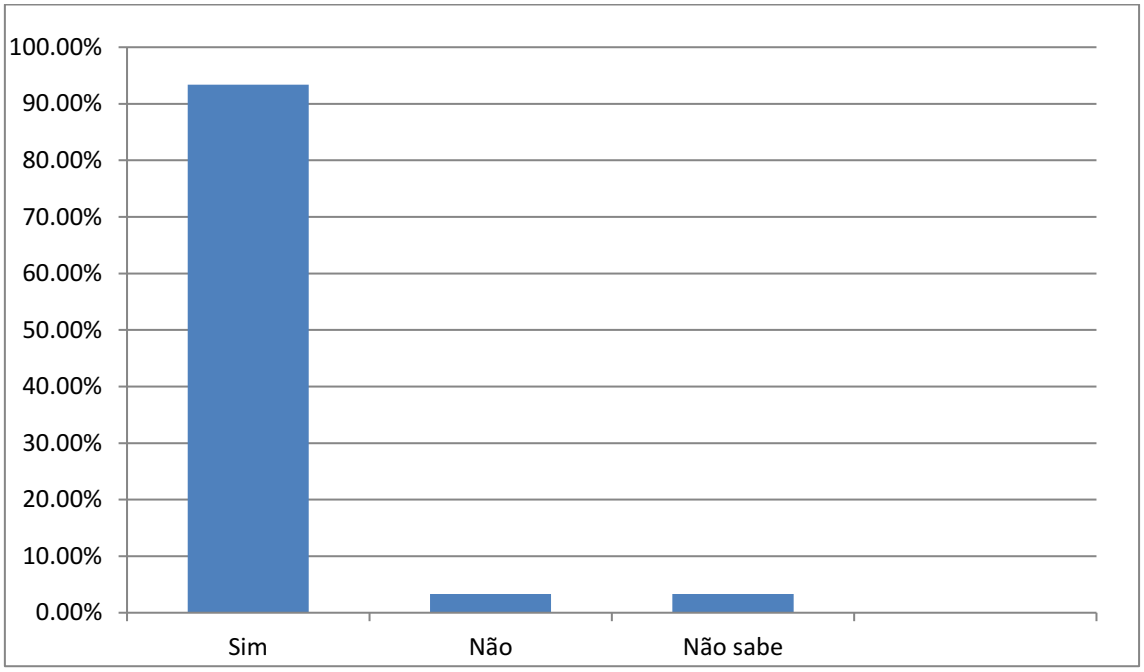

Gráfico 2: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: A hanseníase tem cura?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

O gráfico 2 mostra as porcentagens das respostas dos indivíduos quando questionados se a hanseníase tem cura, 93,4% dos participantes responderam que sim, apenas um respondeu que não e um não soube responder.

Analisando o resultado, a grande maioria identifica a hanseníase como uma doença curável e alguns participantes colocaram em ênfase que tem cura apenas se realizar o tratamento correto. No estudo de Silveira; Silva (2006) os entrevistados com forma clínica indeterminada e tuberculóide, por terem um tratamento mais curto, acreditavam na cura da doença, porém os acometidos pelas formas dimorfa e vichorwiana consideravam o tratamento difícil. No estudo de Santos; Pardo (2006) apesar dos participantes terem contato com a equipe de profissionais, não possuíam informações adequadas sobre o tratamento e sobre as condições de "cura" da doença. Os autores relatam que se os portadores não compreendem as informações sobre a doença e seu tratamento, seu modo de agir e pensar em relação à cura e ao tratamento serão inadequados.

O critério de cura da hanseníase é de acordo com o número de doses e tempo de tratamento. Os indivíduos paucibacilares terão concluído o tratamento com seis doses supervisionadas em até nove meses. Os multibacilares com doze doses supervisionadas em até dezoito meses (BRASIL, 2008). Muitos portadores consideram-se "curados" quando desaparecem os sinais da doença, fazendo com que muitas vezes deixem de dar continuidade

ao tratamento. É de fundamental importância que o enfermeiro evidencie a importância de completar todo o tratamento para garantir a cura.

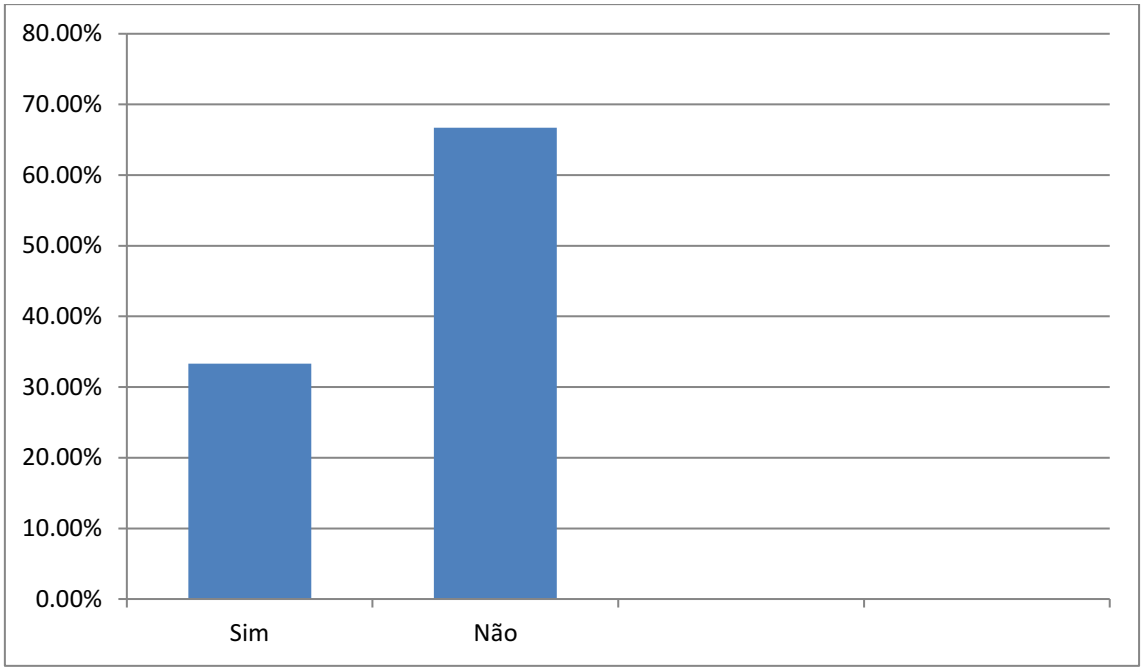

Gráfico 3: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Conhecia a hanseníase antes de adquiri-la?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

Quando perguntado se os participantes conheciam a doença antes de adquiri-la o gráfico 3 mostra as respostas, onde 10 (33,3%) deles responderam que sim e 20 (66,7%) responderam que não. Semelhante a este estudo, Femina et al. (2007) mostraram que 44% dos indivíduos entrevistados relataram não conhecer a doença antes de adquiri-la, bem como Santos; Pardo (2006) que em seu estudo verificou que 88,2% dos participantes passaram a ter conhecimento da doença após o diagnóstico e o desenvolvimento do tratamento.

A maioria dos participantes que responderam conhecer a doença antes de tê-la são os que já tiveram alguém na família ou algum vizinho com a doença. Isso mostra que ainda há uma deficiência na promoção de saúde voltada para hanseníase. Faltam palestras, panfletagem, ações de educação em saúde para a população, não só aos portadores da doença, mas também aos não portadores, para que estes possam reconhecer os sinais e sintomas e buscar o serviço de saúde para que seja feito o diagnóstico e o tratamento precocemente.

A ação educativa deve ser desenvolvida por toda a equipe da Unidade de Saúde e deve ser inserida em todas as atividades com o objetivo de levar a população a refletir sobre sua saúde, adotar novos hábitos de vida para solucionar seus problemas (RIOS; VIEIRA,

2007). Assim, as ações devem ser voltadas para prática preventiva, não apenas curativas, direcionadas para as famílias e a comunidade.

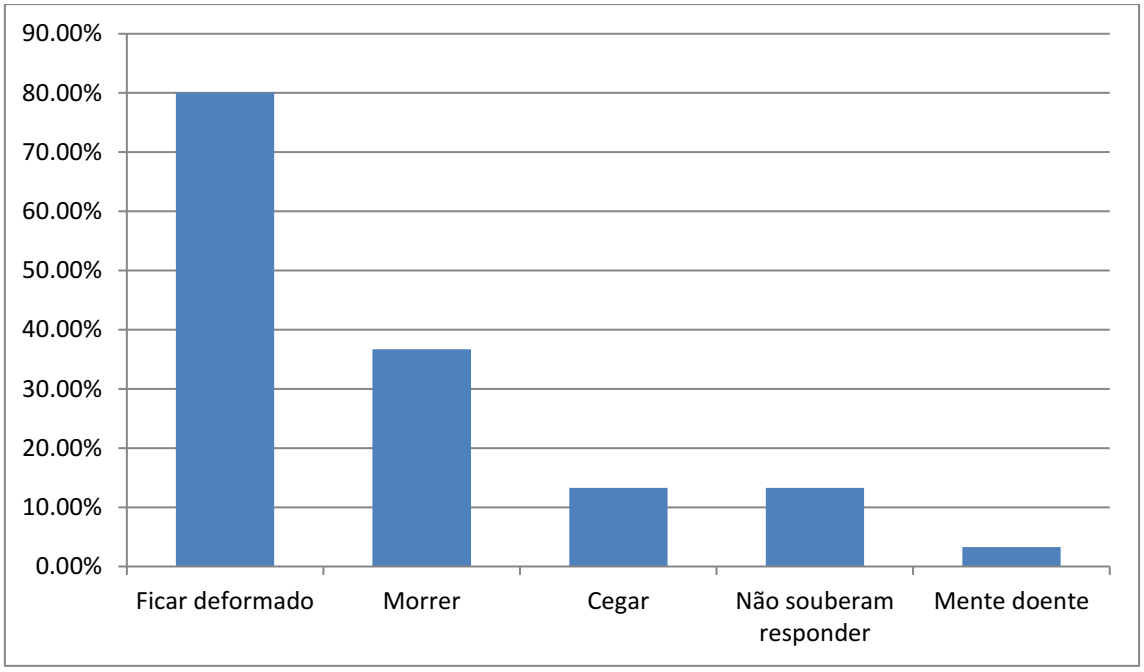

Gráfico 4: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Quais os possíveis problemas para quem não fizer ou interromper o tratamento?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

No que diz respeito ao conhecimento dos participantes sobre as consequências que podem ocorrer caso a pessoa com hanseníase não faça ou interrompa o tratamento, observa-se no gráfico 4 que houve várias respostas, sendo citada mais de uma resposta para a pergunta.

Das 30 pessoas entrevistadas, 24 (80%) responderam que a pessoa pode ficar deformado, 11 (36,7%) responderam que podem morrer, 7 (23,3%) que que pode cegar, 4 (13,3%) não sabiam o que podia acontecer e 1 (3,3%) pode deixar a mente doente. Tendo algumas pessoas respondendo mais de um item.

Os participantes responderam de forma correta, sendo assim as principais consequências para quem não faz o tratamento são as incapacidades físicas, as deformidades e até a morte. Sendo assim o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações primordiais para reduzir incapacidades e deformidades, bem como desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e a sociedade (BRASIL, 2008).

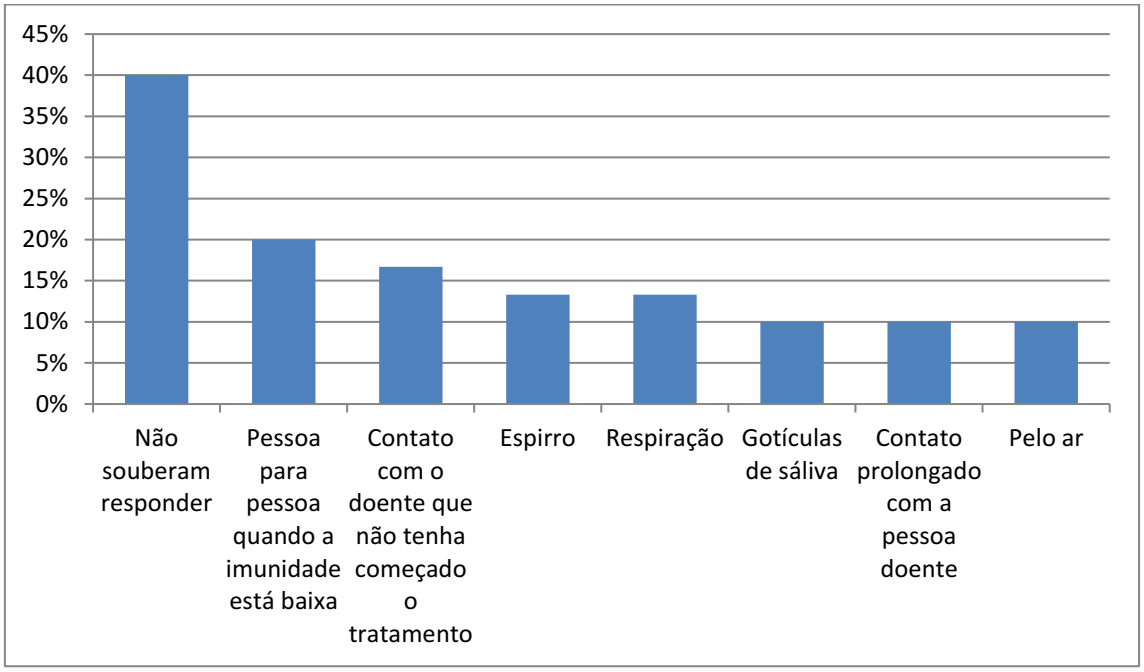

Gráfico 5: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Como a hanseníase é transmitida?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

No tocante a transmissão da hanseníase o gráfico 5 mostra que a maioria, 12 pessoas (40%) relataram não saber como a doença se propagada; seis (20%) disseram que é de pessoa para pessoa quando a pessoa não doente está com a imunidade baixa; cinco (16,7%) disseram que é através do contato com a pessoa doente que não esteja fazendo o tratamento; quatro (13,3%) disseram que é através do espirro; quatro (13,3%) que é através da respiração; por gotículas de saliva; através do contato prolongado com o doente e pelo ar três (3,3%) pessoas responderam cada uma das respostas.

É possível observar nos resultados a deficiência dos portadores quanto ao modo de transmissão da doença, visto que a forma de transmissão de dá pelas vias aéreas, quando uma pessoa libera o bacilo no ar e criando a possibilidade de contágio, o contato precisa ser íntimo e prolongado e a maioria das pessoas não adoecem (SILVEIRA; SILVA, 2006). Alguns participantes souberam responder este questionamento, porém suas respostas não foram completas, sendo necessário levar em consideração que esteja havendo dificuldade na compreensão do que foi dito pelos profissionais de saúde, em decorrência da baixa escolaridade dos participantes e pelo uso de palavras técnicas usadas no momento da comunicação. A maneira como devemos fornecer informações deve ser simples, evitando termos técnicos, priorizando o vocabulário do paciente.

Nos estudos de Femina et al. (2007) os entrevistados também não sabiam ao certo como adquiriram a doença, confirmando a falta de conhecimento sobre o modo de

transmissão da mesma. Isso mostra claramente a necessidade de ampliação das ações de educação em saúde para a população. Através de seu conhecimento, as pessoas poderiam evitar o contágio para outras pessoas e evitar criar mitos que envolvem a doença, aumentando ainda mais o preconceito.

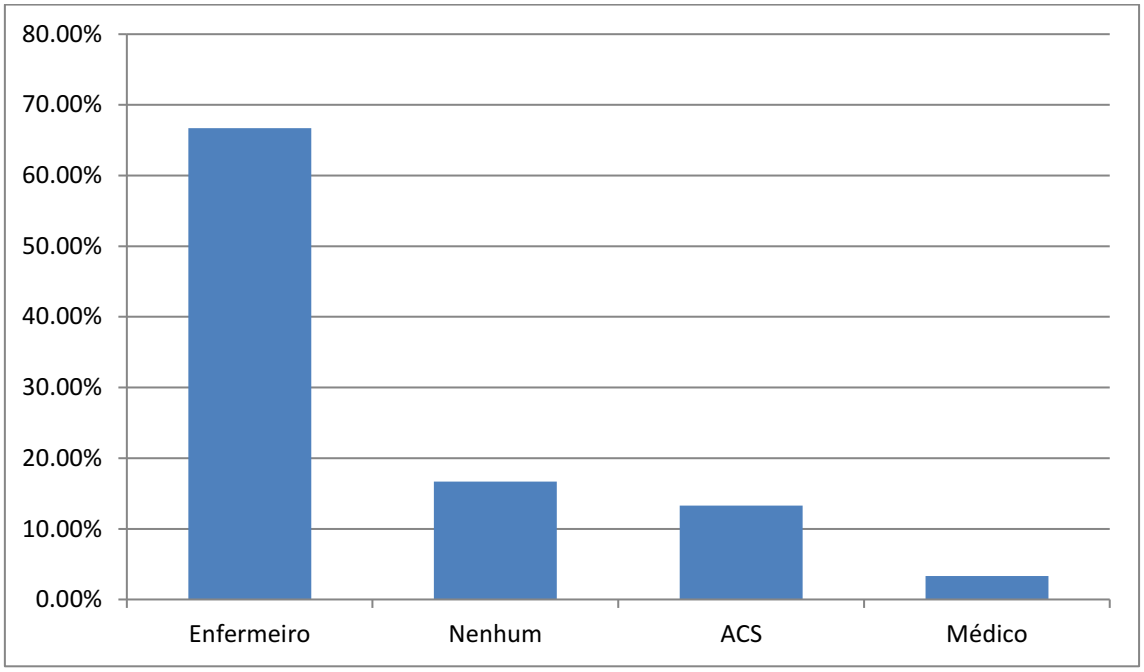

Gráfico 6: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Qual (is) profissional (is) prestou (aram) informações sobre a hanseníase?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

Através do gráfico 6 observa-se os resultados das respostas dos participantes quando foi perguntado se algum profissional da Unidade de Saúde forneceu alguma informação sobre a hanseníase, o gráfico 6 mostra que 20 (66,7%) dos participantes disseram que o (a) enfermeiro (a) falou sobre a doença; cinco (16,7%) disseram que não houve transmissão de informação por nenhum profissional; quatro (13,3%) disseram que os agentes de saúde falam sobre a doença para eles e apenas uma (3,3%) pessoa disse que o médico forneceu alguma informação.

Diante desse resultado, observa-se que o papel educativo por parte da maioria dos enfermeiros está sendo realizado. Os indivíduos que falaram que são os agentes de saúde que transmitem informações sobre a doença, foram pessoas que não vão ao posto de saúde para receber a medicação, recebendo um maior contato deste membro da equipe. Diante disso, observa-se também que não está havendo vista domiciliar e, consequentemente, um melhor

acompanhamento dos casos, já que esses participantes relatam não haver visita dos enfermeiros em suas residências.

Oliveira; Andrade; Ribeiro (2009) colocam que para estabelecer educação em saúde como medida de intervenção no processo saúde-doença, é necessário ter uma visão holística, ou seja, conhecer a realidade dos indivíduos. A atuação do enfermeiro por possuir uma capacitação que o possibilita compreender as particularidades dos indivíduos e por possuir papel importante como membro essencial da equipe é de substancial relevância como educador (AMARAL et al., 2011).

O profissional de enfermagem, através de sua formação, deve realizar ações que visem à redução de danos à saúde da sociedade e as práticas educativas devem ser voltadas para a comunidade, bem como a capacitação da equipe enquanto educação continuada, ressaltando que é imprescindível que o mesmo esteja sempre se atualizando.

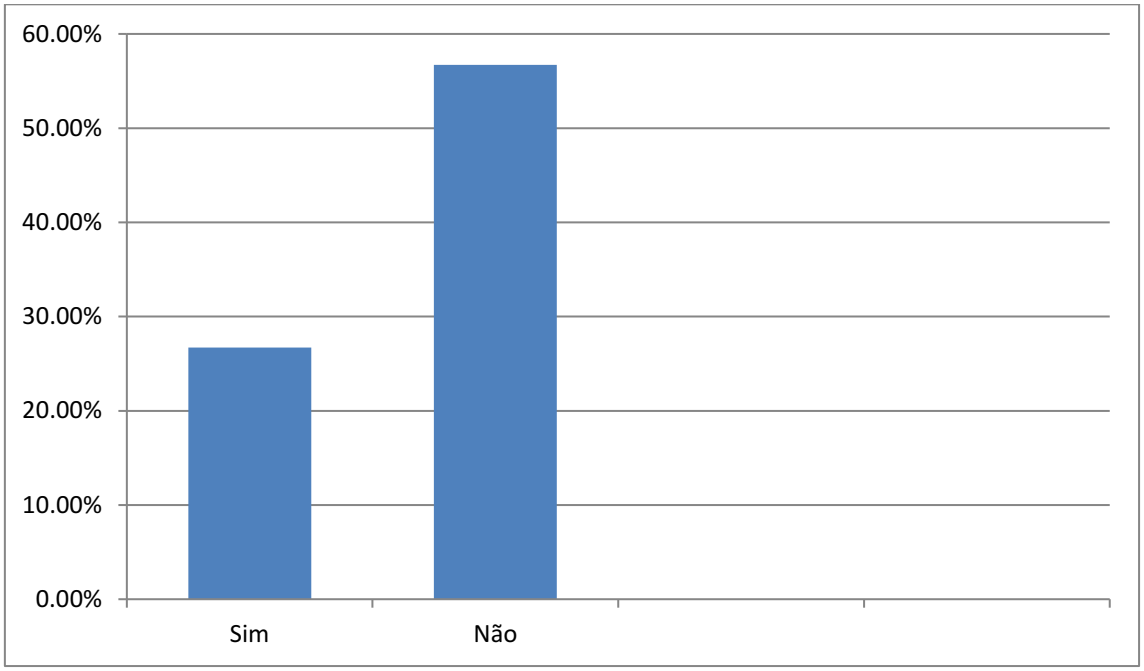

Gráfico 7: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: As informações foram prestadas ao restante da família?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

O gráfico 7 mostra a quantidade de pessoas que responderam se as informações fornecidas pelos profissionais foram repassadas para o restante da família. Das 25 pessoas que receberam informações sobre a doença a maioria, 17 (56,7%), disseram que estas informações não foram repassadas para o restante da família e oito (26,7%) pessoas responderam que sim. Concluindo que a transmissão de informações é insuficiente.

As ações educativas devem ser inerentes a todas as atividades de controle de hanseníase e precisam ser desenvolvidas pela equipe de saúde e dirigidas aos usuários, familiares e grupos da comunidade (PEREIRA et al., 2008). Segundo Duarte et al. (2009), essas ações são essenciais para a prevenção de incapacidades e para que se possa assegurar ao usuário e a família o conhecimento indispensável sobre a doença e sobre os aspectos sócio/ambientais e culturais que a envolvem, favorecendo, assim, o desenvolvimento do autocuidado e das mudanças de atitudes fundamentais para a prevenção de incapacidades.

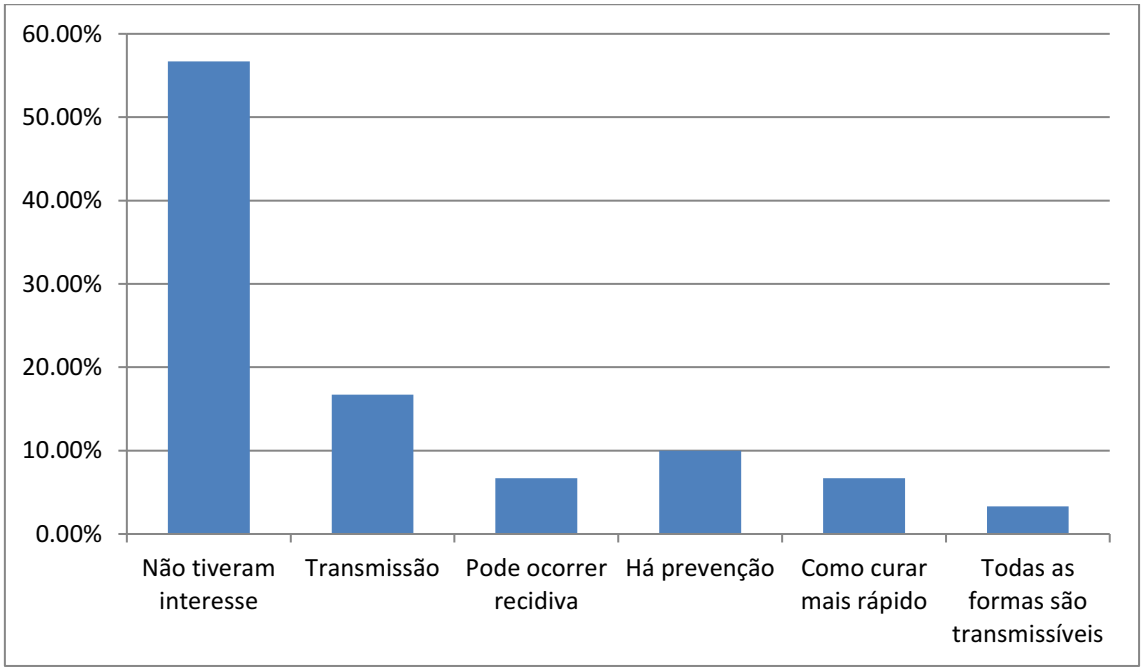

Gráfico 8: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Que tipo de informação ou sobre o quê o (a) senhor (a) sente necessidade de saber sobre a doença para melhorar seu conhecimento?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

Quando perguntado aos participantes se eles tinham necessidade de saber alguma outra informação sobre a doença para melhorar seu conhecimento 17 (56,7%) pessoas disseram que não necessitaria de saber nada; cinco (16,7%) responderam que gostariam de saber como é transmitida a doença; duas (6,7%) se há possibilidade de ter novamente a doença; três (10%) se há prevenção (vacina) para a doença; duas (6,7%) se tem como se curar mais rápido e uma (3,3%) se todas as formas a doença são transmissíveis.

É evidente que há a necessidade de maior conhecimento dos entrevistados, mesmo que a maioria não se interesse em saber mais sobre a doença. Diante de respostas observa-se interesse, visto que todos citaram apenas uma resposta.

Entre as pessoas que relataram não conhecer a forma de transmissão da doença a grande parte teve a curiosidade de querer saber como a mesma é transmitida. Muitas relataram que não precisavam saber nada pois já estavam terminando o tratamento, então não iria fazer diferença. Sendo assim, fica evidente a falta de interesse também por parte dos pacientes. Sendo de grande importância não só a contribuição dos profissionais de saúde, mas também o interesse do indivíduo de buscar conhecer mais sobre sua doença, para que assim, tenha um melhor tratamento.

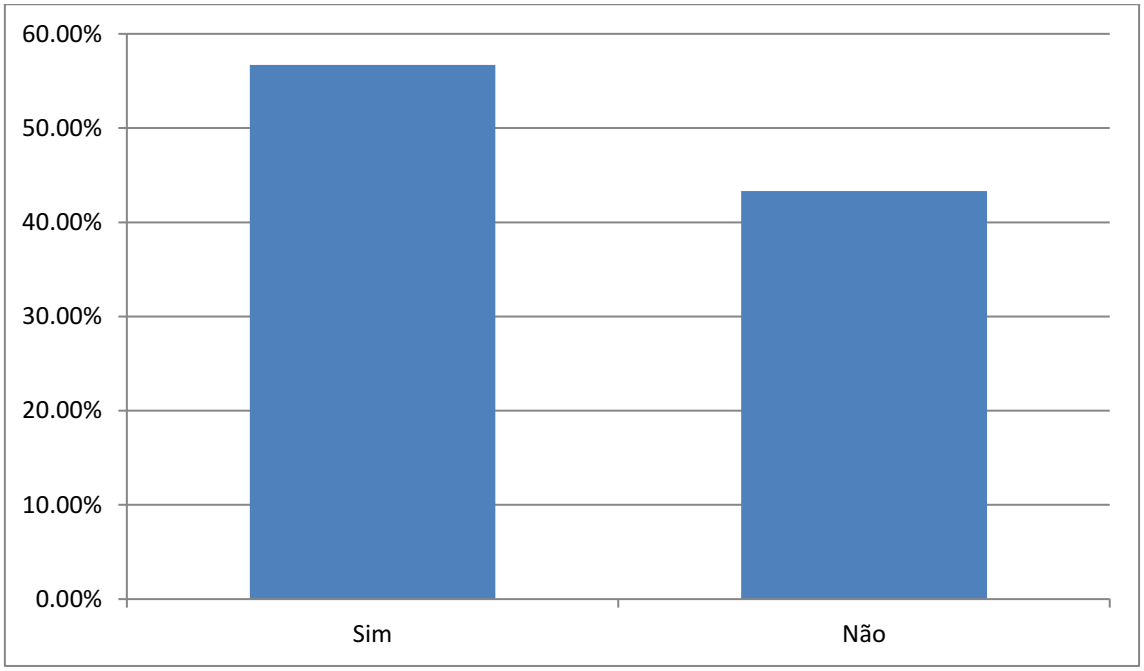

Gráfico 9: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Conhece os efeitos colaterais dos medicamentos?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

Em relação ao conhecimento sobre os efeitos colaterais dos medicamentos para o tratamento da hanseníase o gráfico 9 mostra que 17 pessoas (56,7%) disseram que conheciam e 13 (43,3%) que não tinham conhecimento. Nos estudos de Baialardi (2007) os participantes tinham dificuldade em questões relativas aos efeitos colaterais causados pelos medicamentos.

Quando perguntado quais seriam esses efeitos, oito pessoas (26,7%) responderam que deixa a urina escura; sete (23,3%) que causa dor no estômago, seis (20%) que causa ressecamento na pele, seis (20%) que deixa a pele escura, duas (6,6%) que causa dor de cabeça; que causa enjoos; vômitos; febre; faz inchar e faz aparecer manchas na pele cada resposta aparece uma vez (3,3%).

Os efeitos colaterais das medicações são muitos, porém os entrevistados mostraram conhecer poucos, apenas os mais comuns. Todos relataram que não sentiram nenhum deles, só sabiam por que o enfermeiro e o médico falaram, mostrando assim que foram dadas as informações sobre esses efeitos e o que fazer diante dessa situação.

A equipe da unidade básica precisa estar atenta para caso esses efeitos ocorram, devendo, na maioria das vezes, encaminhar o individuo para uma unidade de referência para que ele possa receber o tratamento adequado (BRASIL, 2010). Então, é necessário fornecer informações e estar sempre perguntando sobre alguma intercorrência, bem como solicitar exames para avaliar um possível caso de anemia.

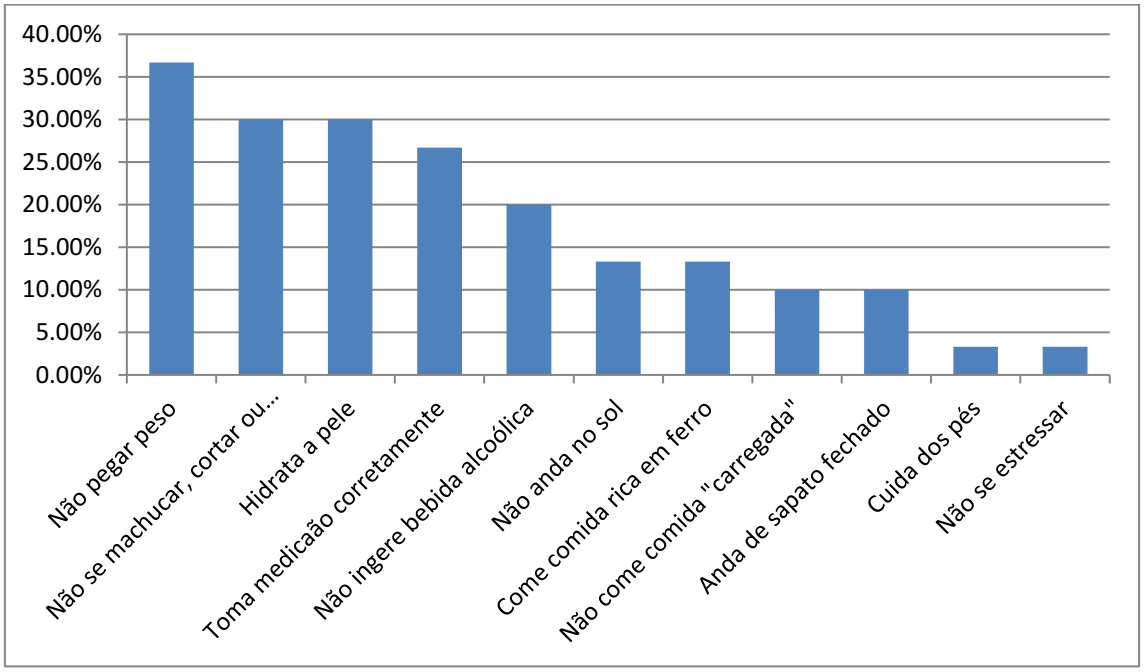

Gráfico 10: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Qual (is) medidas de autocuidado o (a) senhor (a) realiza no seu dia a dia?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

O gráfico 10 mostra as respostas referentes ao auto-cuidado realizado pelos participantes. Alguns mencionaram mais de uma medida, 11 pessoas (36,7%) responderam que não pegam peso; nove (30%) disseram que tem cuidados para não se machucar, se queimar ou se cortar; nove (30%) hidratam a pele; oito (26,7%) tomam a medicação corretamente, seis (20%) não ingerem bebida alcoólica; quatro (13,3%) não andam no sol; quatro (13,3%) come comida rica em ferro; três (10%) não comem comida carregada (ex. carne de porco); três (10%) tem cuidados com o sapato (fechado); 1 (3,3%) tem cuidados com os pés e 1 (3,3%) tem cuidado para não se estressar.

Auto-cuidado é um conjunto de procedimentos que o próprio sujeito, devidamente orientado, deverá realizar regularmente em sua residência. (BRASIL, 2008). Diante do resultado observa-se que os participantes estão bem informados sobre os cuidados necessários para os portadores da doença. Neste processo do ensino para o auto-cuidado é necessário que os profissionais ajudem o paciente a compreender que estão doentes e que possuem limitações físicas, para que assim haja um melhor interesse pelas práticas de prevenção e promoção da saúde em seu cotidiano, com intuito de melhorar sua condição de saúde. Sendo assim, as técnicas de autocuidado devem ser orientadas rotineiramente durante o atendimento mensal e devem ser avaliadas sistematicamente para evitar a piora do dano neural por desempenho inadequado (BRASIL, 2010).

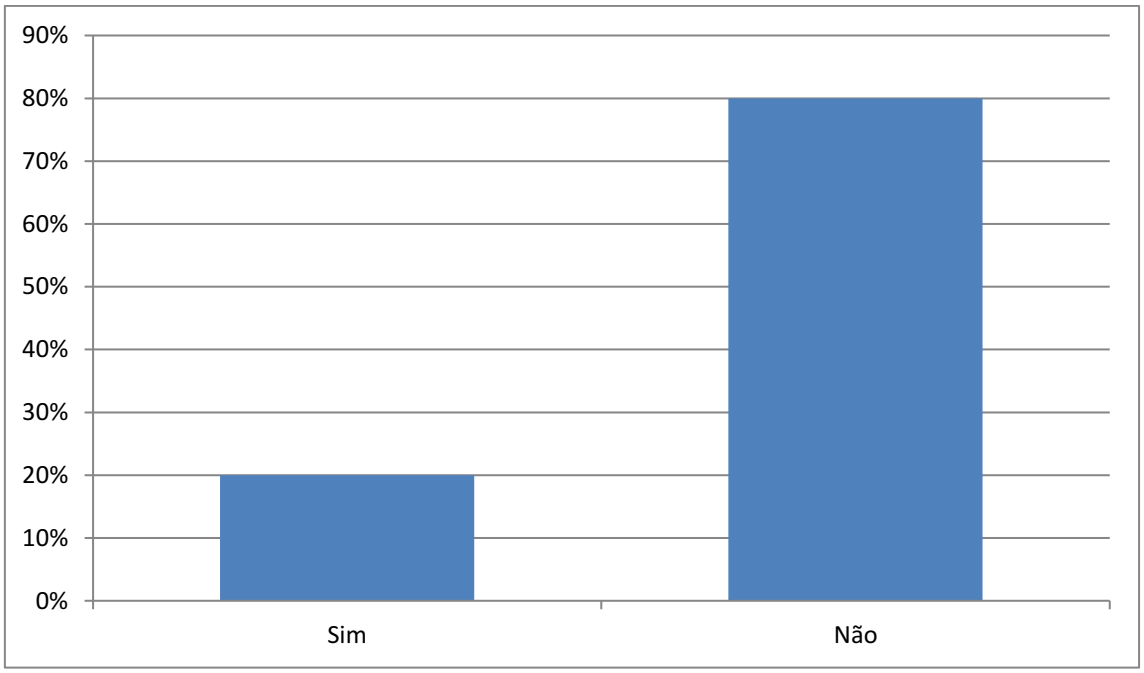

Gráfico 11: Distribuição dos participantes conforme a pergunta: Já participou de alguma atividade (reuniões, rodas de conversas, etc) com outras pessoas também acometidas pela doença?
Fonte: Própria pesquisa/2013.

Quando perguntado se participava ou já participou de alguma atividade com outras pessoas portadoras da doença, é visualizado no gráfico 11 que a maioria (80%) disse que nunca participou e 20% disse que participou. Das que participaram, duas (33,3%) compareceram cinco vezes, duas (33,3%) uma vez, uma (16,7%) compareceu três vezes e uma (16,7%) duas vezes.

Os resultados apontam que há uma grande deficiência de participação dos portadores da doença em ações voltadas para eles, levando em consideração que essa deficiência está na

iniciativa dos profissionais. Nos estudos de Nunes; Oliveira; Vieira (2011), foi realizado uma roda de conversa com os participantes portadores da doença e, a partir dai, expressaram suas opiniões dizendo que as pessoas acometidas pela hanseníase necessitam expor o que sentem, de falar sobre a doença e trocar experiências tanto com outras pessoas portadoras como com os profissionais de saúde.

Muitas pessoas quando diagnosticadas com a doença se auto isolam, ficam com medo de contar para outras pessoas, até para a família. E com a troca de experiência com outras pessoas este medo e o preconceito consigo mesmo vai diminuindo e, assim, eles podem ter uma aceitação melhor de sua doença. Nessas reuniões devem ser enfocados os cuidados, a importância do tratamento correto, entre outros assuntos, assim os portadores poderão ter um tratamento de maior qualidade, com menor número de dúvidas e receios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase ainda continua sendo um problema de saúde pública no Brasil. O combate à doença precisa de esforços conjuntos para a interrupção da cadeia de transmissão, o que envolve ações de vigilância em saúde e atenção aos portadores.

Nesta pesquisa pretendeu-se investigar o conhecimento e a necessidade de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença. E especificamente verificar a participação dos portadores de hanseníase em atividades educativas grupais com outros portadores da doença e identificar a contribuição oferecida pelos enfermeiros para educação dos portadores de hanseníase sobre a doença.

A análise dos dados traçou o perfil dos participantes, no qual foi possível observar que estão na faixa etária economicamente ativa, pertencente ao sexo masculino, casados, com renda familiar precária e apresentando pouco grau de escolaridade. Suas ocupações são condizentes com seu grau de escolaridade, predominando a forma clínica indeterminada.

Mediante os dados referentes ao estudo, observou-se que a maioria dos participantes necessita de mais informações sobre a doença, sendo seus conhecimentos muito restritos, tendo em vista que ainda há pessoas que não acreditam na cura da doença, não conheciam a doença antes de serem portadores, não conhecem a forma de transmissão da doença, não conhecem as possíveis consequências para quem não faz o tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos e as medidas de autocuidado necessárias.

Foi visto também que a prática educativa por parte dos enfermeiros ainda é insuficiente sendo realizadas, muitas vezes, apenas atividades curativas, deixando de enfocar as preventivas. E a educação em saúde é uma forma de promover saúde.

Quanto mais o portador tem conhecimento da sua doença, mais qualificado será seu tratamento e, o enfermeiro tem papel crucial na transmissão de informações. Sendo uma de suas funções promover a formação individual ou coletiva sobre atitudes saudáveis na forma de se viver.

Os profissionais de saúde devem estar tecnicamente preparados para reconhecer precocemente os casos e trata-los precocemente, a fim de tentar evitar possíveis complicações como deformidades e incapacidades, sendo necessário estar sempre atualizando-se. A educação em saúde deve ser trabalhada a partir de campanhas com palestras educativas que explorem a hanseníase, suas consequências, as estratégias de enfrentamento e a existência da cura.

Conclui-se que o Programa de Controle da Hanseníase precisa focar nas capacitações, nas necessidades reais dos profissionais de saúde e no atendimento aos portadores de hanseníase, com reestruturação do conteúdo programado, tendo em vista uma visão holística do paciente para que assim garanta um atendimento de qualidade.

Espera-se que o estudo possa subsidiar outras pesquisas futuras acerca da temática em questão, pois estudar o conhecimento e necessidades de portadores de hanseníase sobre a doença é muito complexo e pouco abordado em pesquisas, bem como aprimorar a assistência prestada pelos profissionais de saúde a essa clientela, voltadas para promoção da saúde através da educação em saúde, tendo em vista a carência que os portadores da doença apresentam.

REFERÊNCIAS

ALBERECI, P.S. de; JÓIA, T.; MOREIRA, A. A. A ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de hanseníase. **Revista UNIABEU.** v. 4, n. 7, p. 52-63, Belford Roxo, 2011. Disponível em: < http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/146/pdf_76>. Acesso em: 27 jun. 2013.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, Salvador, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

AMARAL, L. R. *et al.* Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. **FG Ciência**, Guanambi, v. 1, n. 1, p. 01-21, 2011. Disponível em:< http://www.portalfg.com.br/revista/arquivos/artigos/Artigo_2.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

AQUINO, D. M. C; et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.33, p.104-105, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15308.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

ARAÚJO, R.R.D.F. de**. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase.** 146 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em:< http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-08122005-101259/pt-br.php>. Acesso em: 02 abr. 2013.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia**. 5. Ed., rev. e atual, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BAIALARDI, K. S. O Estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2013.

BERNARDES, C.A., *et al*. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Hansen Int**. v. 34, n. 1, p. 17-25. 2009. Disponível em:< http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=Incapacidade+f%C3%ADsica+em+hanse%C2%ACnianos+de+Campo+Grande+%E2%80%93+Mato+Grosso+do+Sul&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ilsl.br%2Frevista%2Fdownload.php%3Fid%3DimageBank%2F1055-3057-1-

PB.pdf&ei=22ICUtrUPInM9QTU3oHwCg&usg=AFQjCNHLldMucAPoLsdlnrXzNkIGSV2Jgw>. Acesso em: 25 mai. 2013.

BORENSTEIN, M. S. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados, por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61 (esp), p. 708-712, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf>. Acesso em: 07 juh. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. rev. Brasília: ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de Educação em Saúde.** 2º ed. Brasília: FUNASA, 2007.

BRASIL, M. T. L. R. F. et al. Sorologia Anti PGL-1 e risco decorrência de hanseníase em área de alta endemicidade do Estado e São Paulo: quatro anos de seguimento. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, v. 6, n. 3, p. 262-271, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n3/10.pdf> Acesso em: 09 jul. 2013.

_____. **Portaria n° 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Legislações – GM. 15 de Outubro de 2010. Disponível em: < http:// www.brasilsus.com.br> acessado em 05 mai de 2013.

CARVALHO, P. M. G de. **Práticas educativas em saúde: Ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.** 85 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal do Piauí, Teresina, 2009. Disponível em:< http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Patr%C3%ADcia%20Maria%20Gomes%20de%20Carvalho%20(Segura).pdf. Acesso em: 16 mai. 2013.

COUTINHO, F.Z. **Hanseníase e a importância da informação e diagnóstico precoce.** Disponível em: < http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30151 > acesso em 18 de setembro de 2012.

CUNHA, A. Z. S. da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio Grand do Sul, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2013.

CUNHA, V. da S. **O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941).** Dissertação (Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: < http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4004>. Acesso em: 24 mai. 2013

DAMASCO, M.S. **História e memória da hanseníase no Brasil do século XX:** o olhar e a voz do paciente. 50 f. Monografia (Curso Licenciatura em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:< http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/producao/monomdamasco.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2013.

DIAS, R. C; PEDRAZZANI, E.R. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras de Enferm**, São Paulo, v. 61 (esp): p. 753-756, 2008. Disponível em: < http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019602016.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em Atenção Primária. **Texto Contexto Enferm**, v. 18 n. 1, p. 100-107, Florianópolis, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100012>. Acesso em: 22 mar. 2013.

EIDT, L. M. 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 e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p.76-88, mai./ago. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08>. Acesso em: 30 mai. 2013.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/652/pdf>. Acesso em: 16 jun. 2013.

FEMINA, L. L. et al. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansen Int**, v. 32, n. 1, p. 37-48, 2007.

FERREIRA, A. C. et al. Conhecimentos e condutas práticas dos profissionais de saúde da atenção primária a respeito da hanseníase no estado do Tocantins, Brasil. **Cad . Saúde Colet**., v. 17, n. 1, p. 39 – 50. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2009_1/artigos/Art_3CSC09_1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

FOCACCIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de infectologia**. 2.v. São Paulo: Atheneu, 2009.

FOSS, NORMA TIRABOSCHI. **Episódios reacionais na hanseníase**. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: urgências e emergências dermatológicas e toxicológicas 36: 453-459, abr./dez.2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/37episodios_reacionais_hanseniase.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2011.

GARBINO, J. A. et al. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia. **Sociedade Brasileira de Hansenologia**, 2003. Disponível em: < http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/055.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2013.

GARCIA, A. C. M. **Caracterização dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campina grande – Paraíba no período de 2001 a 2008**. 20 p. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

GAZZINELLI, M.F. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública. 21(1), p. 200-206, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, C.C.D. et al. **Perfil clínico-epidemiológioco de pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência da região Nordeste do Brasil.** An. Bras. Dermatologia. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v80s3/3v80a04.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2013.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: Um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.1, p. 7-18, 2011.

GONÇALVES, E.P. **Conversas sobre iniciação pesquisa cientifica.** - 4ª edição. São Paulo: Alínea, 2007. 96p.

GOULART, I. B. M.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia de hanseníase: A complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 35, p. 365–375, 2002. Disponível em: <http//: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000400014&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 Mar. 2013.

JAHN, A. C. do et al. Educação Popular em Saúde: Metodologia potencializadora das ações de enfermeiro. **Rev Enferm UFSM,** v. 2, n. 3, p. 547-552, 2012. Disponível em: < http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3522/pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.S.; RIBEIRO, A.P.G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativa. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.37-51. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/04.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2013.

LIMA L. S, JADÃO F. R. S, FONSECA R. N. M, et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias. MA. **Rev Bras Clin Med**. v.7, n.2, p.74-83, 2010.

LONGO, J.D. M. da. **Contribuição ao conhecimento da transmissão da hanseníase em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2006.** 93p. Tese (Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006. Disponível em:< http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5809/1/2006_Joaquim%20Dias%20da%20Mota%20Longo.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2012.

MACHADO, M.F.A.S *et al*. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2):335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase.** 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa em qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2007.

MINANZI, S. S. C. de; PEREIRA, L. H. M. de; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 43n. 1, p. 62-67, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

NASCIMENTO, G. R. C. de. *et al*. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Rev. Eletr. Enf. V. 13, n. 4, p. 743-50. 2011. Disponível em: < http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12593/10226>. Acesso em: 12 jun. 2013.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p. 1311-1318, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700065> Acesso em: 24 mai. 2013.

OLIVEIRA, E. de; ANDRADE, I. M. de; RIBEIRO, R. S. **Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento**. Conceitos e reflexões. 16 p. Monografia em forma de artigo (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: < http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estratgia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

OLIVEIRA, E.F.; ANTUNES, M. B.C.. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de Saúde da família do Recife - a perspectiva do usuário, **Revista APS**, v.15, n.1, p.4-13. Jan-mar. 2012; Disponível em:<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/1439>. Acesso em: 25 ago. 2013.

OLIVEIRA, S. S., GUERREIRO, L. B., BONFIM, P. M. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1313-1328, 2007.

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de hanseníase**, Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 80p, 2002. Disponível em:<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_atlas/PDF/parte_1.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, p. 716-25, 2008.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consultade enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** 12(2), p. 477-486, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. dos. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health Sci Inst.** v. 28, n 4, p. 321-324, 2010.

SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. **Dermatologia.** 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.
SANGI, K. C. C. et al. **HANSENÍASE E ESTADO REACIONAL: HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS ACOMETIDAS. Rev. enferm. UERJ**, v.17 n. 2, p. 209-214. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S., FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61 (esp), p. 738-743, 2008.

SANTOS, V. C.; PARDO. M. B. L. Percepção de portadores de hanseníase sobre a doença, seu tratamento e as repercussões em seu cotidiano: um estudo no município de Nossa Senhora do Socorro – Sergipe. **Revista Saúde e Ambiente,** Sergipe, v. 7, n. 1, p. 30-38, 2006.

SCHEEREN, H. B. **Educação e Saúde: Diálogo com "elas" e "eles" sobre Planejamento Familiar.** 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:< https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88676/234071.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SILVA JÚNIOR, F. J. G da et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase abordagem transcultural. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61 (esp), p. 713-717, 2008. Disponível em: < http://www.cet.edu.br/uploads/ARTIGO%20HANSENIASE.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2013.

SILVA, M.C.D.; PAZ, E.P.A. Educação em saúde no Programa de Controle da Hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 14 (2), p. 223-229. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf>. Acesso em: 26 juh. 2013.

SILVA, R. C. da. **Estudo do comportamento dos testes sorológicos ML Flow e ELISA (PGL-I) em áreas endêmicas e não endêmicas de hanseníase**. 159 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SILVEIRA, I. R.; SILVA, P. R. As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. **Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 112-117, 2006.

SIMÕES, M. J. S.; DELLETO, D. Estudo do comportamento social dos participantes de hanseníase do município de São Carlos – SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 10-15, dez. 2005. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Hansen%EDase.pdf> Acesso em: 09 mai. 2013.

SIVEIRA, I. R.; SILVA, P. R. As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. Saúde Coletiva, v. 12, n. 3. P. 112-117, 2006. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212139005>. Acesso em: 01 jun. 2013.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura municipal de Cajazeiras. **Boletim de acompanhamento de hanseníase e tuberculose em zona urbana**. Coordenação de Hanseníase e Tuberculose, Cajazeiras - PB, 2013.

SOUZA, A. C. de. *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 26 (2): 147, 2009. Disponível em:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?...1>. Acesso em: 14 jun. 2013.

SOUZA, L. M. de; WEGNER, W.; GORINE, M. I. P. C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007.

SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v. 43, n. 6, p. 737-739, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/29.pdf>. Acesso em: 17abr. 2013.

TORRES, L. C.; BRITO, C. M. S. de. **As perspectivas das mulheres na realização da citologia oncótica.**. Monografia (Faculdade de Odontologia e Enfermagem) - Universidade Estadual do Piauí. Parnaíba, 2006. 20 f

URA, S. Tratamento e controle das reações hansênicas. **Hansen Int**, v. 32, n.1, p. 67-70, 2007. Disponível em: < http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10901>. Acesso em: 13 abr. 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, n.14, v.1, p. 67-83. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )

Idade:_____ anos.

Estado Civil: Solteira ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Vive com companheiro (a) ( )

Ocupação: _____

Grau de escolaridade:

( ) Não alfabetizado
( ) Ensino Fundamental Incompleto
( ) Ensino Fundamental Completo
( ) Ensino Médio Incompleto
( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Superior Incompleto
( ) Ensino Superior Completo

Renda familiar:

( ) Menos de 1 salário mínimo
( ) De 1 à 2 salários mínimos
( ) De 3 à 4 salários mínimos
( ) De 5 salários mínimos acima

2. DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO

Forma Clínica: ( ) Indeterminada ( ) Tuberculóide ( ) Dimorfa ( ) Vichorwiana

( ) Não classificada

Alguém mais da família teve a doença? sim ( ) não ( ).
Quantas? 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais ( )

1. O que você sabe sobre a hanseníase?

_____
_____
_____

2. Você acha que a hanseníase tem cura?

Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

3. Conhecia a doença antes de adquiri-la?

Sim ( ) Não ( )

4. Que tipo de problema pode ocorrer se a pessoa com hanseníase não fizer o tratamento ou interrompê-lo?

_____
_____
_____

5. Como a doença é adquirida (forma de transmissão)?

_____
_____
_____

6. Na Unidade de saúde, qual (is) profissional (is) prestou (aram) informações sobre a doença?

ACS ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Téc. Enfermagem ( ) Nenhum ( )

7. Essas informações foram oferecidas para o restante de sua família?

8. Que tipo de informação ou sobre o quê o (a) senhor (a) sente necessidade de saber sobre a doença para melhorar seu conhecimento?

_____
_____
_____

9. Conhece os efeitos colaterais dos medicamentos?

Sim ( ) Não ( ) Quais?

_____
_____

10. Qual (is) medidas de autocuidado o (a) senhor (a) realiza no seu dia a dia?

_____

_____

_____

11. Já participou de alguma atividade (reuniões, rodas de conversas, etc) com outras pessoas também acometidas pela doença?

Sim ( ) Não ( )
Quantas vezes? ____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: **"Conhecimentos e Necessidades de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença"** *Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*
Eu,.....
residente e domiciliado na ....., portador da Cédula de identidade, RG ..... , e inscrito no CPF/MF.....nascido (a) em _____ / _____ /_____ , abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **"Conhecimentos e Necessidades de aprendizagem dos portadores de hanseníase sobre a doença"**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

I) I) O estudo se faz necessário para que se possam investigar o conhecimento e necessidades dos portadores de hanseníase sobre a doença.

II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, nesse sentido serão utilizados para identificação dos sujeitos da pesquisa a letra A, seguida do número da realização da entrevista, para preservar o anonimato do participante. Benefícios: Os principais benefícios do estudo serão para os portadores de hanseníase, onde passarão a entender a necessidade de aprendizagem sobre sua doença e a importância de buscá-la, principalmente através da participação em grupos educativos. Com os resultados da pesquisa e sua divulgação poderá haver uma maior participação do enfermeiro em ações educativas e, os portadores da doença poderão ter um tratamento de maior qualidade, com maior interação e participação ativa sobre o mesmo.

VII) Observações Complementares.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/UFCG, do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Campina Grande.

Cajazeiras,_____de_____de 2013

( ) Paciente / ( ) Responsável .....

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

COREN: 67246 – PB

Assinatura Dactiloscópica

Telefone para contato: (083) 93113927.

Endereço: Rua Dimas Andriola, Nº 21, Jardim Oásis, CEP:58900-000- Cajazeiras-PB

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

A Rede Escola – PB, dentre seus objetivos busca estimular e acompanhar a produção de conhecimento através da pesquisa nos serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde. Diante disso, entendendo como vital, firmamos este pacto para que, após a realização da pesquisa, o resultado seja apresentado aos locais pesquisados e encaminhados ao Departamento de Educação em saúde em CD/DVD. Para tanto:

Eu, JULIANA ALVES DE CASTRO, aluno (a) do Curso de ENFERMAGEM, da Instituição de Ensino UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE do Centro de Formação de Professores. Comprometo-me através desta apresentar e disponibilizar, em CD/DVD, os resultados finais da pesquisa por mim realizada, durante o mês de agosto de 2013, aos cuidados da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras para registro e disponibilização em ambiente virtual institucional próprio.

Tipo da pesquisa: (X) Monografia ( ) Tese ( ) Dissertação ( ) PIBIC ( ) Outros

Tema da pesquisa: CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA.

Orientador (a): MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

Comitê de Ética: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CONTATOS		
Orientador (a)	**Telefone**	**E-mail**
MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO	(83) 93113927	enfmonicapaulino@hotmail.com
Aluna (o) / Alunas (os)	**Telefone**	**E-mail**
JULIANA ALVES DE CASTRO	(88) 97135212	juhcastrobs@hotmail.com

Cajazeiras, 09 de Agosto de 2013

Assinatura

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇAO EM SAUDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA", a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) JULIANA ALVES DE CASTRO, sob orientação de MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO está autorizada para ser realizado junto a este serviço.
Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇAO EM SAUDE

ANEXO III

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇAO EM SAUDE

Ao _____

Encaminhamos o (a) pesquisador (a) JULIANA ALVES DE CASTRO, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "CONHECIMENTOS E NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS PORTADORES DE HANSENÍASE SOBRE A DOENÇA". Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 09 de Agosto de 2013

Atenciosamente,

_____

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇAO EM SAUDE