



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LETÍCIA BOTIGELI BALDIM

ENSINO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE ENTRE OS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.

CAMPINAS

2020

LETÍCIA BOTIGELI BALDIM

ENSINO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE ENTRE OS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências, área de  
concentração: Qualificação dos Processos Assistenciais.

ORIENTADOR: PROF<sup>a</sup>. DRA. ANDRÉA FERNANDES ELOY DA COSTA FRANÇA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA  
PELA ALUNA LETÍCIA BOTIGELI BALDIM, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ANDRÉA  
FERNANDES ELOY DA COSTA FRANÇA .

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciência Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B193e Baldim, Letícia Botigeli, 1993-  
Ensino em saúde e conhecimento sobre hanseníase entre os profissionais de saúde da atenção básica / Letícia Botigeli Baldim. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Andrea Fernandes Eloy da Costa França.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Hanseníase. 2. Educação em saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. França, Andrea Fernandes Eloy da Costa, 1977-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Health education and knowledge about leprosy among health care professionals

**Palavras-chave em inglês:**

Leprosy  
Health education  
Primary health  
care

**Área de concentração:** Qualificação dos Processos Assistenciais

**Titulação:** Mestra em Ciências

**Banca examinadora:**

Andrea Fernandes Eloy da Costa [Orientador]  
Bernardino Geraldo Alves Souto  
Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho

**Data de defesa:** 14-02-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Ciência Aplicada à Qualificação Médica

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-7133-9613>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3236956193485169>

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOCTORADO**

**LETÍCIA BOTIGELI BALDIM**

---

**ORIENTADOR: PROFA. DRA. ANDRÉA FERNANDES ELOY DA COSTA FRANÇA**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANDRÉA FERNANDES ELOY DA COSTA FRANÇA**

**2. PROF. DR. BERNARDINO GERALDO ALVES SOUTO**

**3. PROF. DR. PAULO EDUARDO NEVES FERREIRA VELHO**

---

Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Qualificação Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 14/02/2020**



***Dedicatória***

*Aos meus pais,*

*Este trabalho, e os demais frutos de minha  
trajetória.*

*Pelo amor incondicional.*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Profa. Dra. Andréa Eloy, por ter sido minha constante lembrança de que minhas escolhas são válidas e necessárias. Meu carinho e admiração.

A Dra. Ana Carolina Sala, profissional admirável e gentil, pelo imprescindível papel na idealização e elaboração deste trabalho.

Aos professores da disciplina de dermatologia da UNICAMP por dividirem comigo a grandeza de seus conhecimentos e o amor à dermatologia.

Às minhas amigas de todas as horas, durante a residência e para além dela, Marina e Bruna, por terem sentido comigo as dores do percurso e também apoiado com sinceridade meu crescimento. Por terem dividido comigo, em muitos aspectos, a casa de vocês. Minha eterna gratidão.

Aos meus amigos de infância, por sempre perdoarem meus períodos de ausência durante todos esses anos. Trago em mim um pouco de cada um de vocês.

Aos meus amigos e professores da Medicina UFSCar, por terem me mostrado que a luta por uma sociedade e saúde mais justas é possível. A medicina, a educação e a saúde pública precisam de mais pessoas como vocês. Nunca esquecerei de minhas raízes.

Aos meus pais, Vânia e Luiz, que com a sabedoria que não se encontra nos livros, sempre incentivaram minhas escolhas. Por terem me mostrado que a humildade e o amor ao próximo sempre valem a pena.

Ao Lucas, meu amor e amigo, por ter sido meu alicerce nos muitos momentos de dificuldade. Por ser meu exemplo de grandeza frente às adversidades da vida e uma fonte inesgotável de carinho e gentileza. Que um dia você possa se enxergar com os meus olhos.

*“O que melhora o atendimento é o **contato afetivo** de uma pessoa com outra.*

*O que **cura** é a **alegria**,  
o que **cura** é a **falta de preconceito**.”*

*Nise da Silveira*

## **RESUMO**

### **ENSINO EM SAÚDE E CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA**

**INTRODUÇÃO:** A hanseníase ou moléstia de Hansen é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Acomete pele e nervos periféricos, sendo essas características as responsáveis pelas incapacidades e grave impacto psicossocial conferidas pela doença. Persiste como problema de saúde pública no Brasil, visto não ter sido atingida até então a meta de eliminação determinada pela Organização Mundial de Saúde. A capacitação e a integração das ações de controle na Atenção Básica são essenciais para fortalecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos. **OBJETIVOS:** Elaborar e validar um instrumento para desenvolver ações de Educação em Saúde em hanseníase com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde) da atenção básica do município de Campinas, São Paulo, enfatizando a temática Hanseníase, bem como, avaliar o conhecimento e a prática destes profissionais em relação ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e à prevenção de incapacidades na hanseníase. **METODO:** A pesquisa foi dividida em duas etapas: Na primeira etapa, foi elaborado um instrumento tipo questionário para coleta de dados de profissionais de saúde do município de Campinas acerca da hanseníase e o mesmo foi submetido à validação por peritos. Na segunda etapa, após validação dos peritos, o questionário foi aplicado aos sujeitos do estudo, por meio de plataforma online, e foram obtidos dados acerca do perfil dos profissionais e conhecimentos específicos sobre a hanseníase. **RESULTADOS:** O instrumento foi validado após duas etapas de avaliações por peritos na área, constituindo o questionário final de 55 questões. O estudo observou o desempenho geral dos médicos e enfermeiros foi considerado bom, com desempenho ruim nas áreas de tratamento e reabilitação, respectivamente. Já os profissionais de nível técnico e médio (agentes de saúde e técnicos de enfermagem) apresentaram desempenho muito ruim na maioria das categorias. Também observou-se que, na população estudada, ainda existe muito desconhecimento em relação a aspectos-chave da hanseníase, como modo de transmissão e evolução da doença. A maioria dos participantes não tiveram

contato em sua carreira com pacientes com o hanseníase e não houve predileção pelo método de capacitação presencial, o que ressalta o papel das capacitações em localidades de baixa endemia, especialmente através de metodologia online. CONCLUSÃO: O estudo permitiu, na população estudada, levantar dificuldades encontradas pelos profissionais em relação ao tema e propor estratégias de educação em saúde efetivas que permitam a educação continuada e reflita em melhora do cenário do cuidado ao paciente com hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase; Educação em saúde; Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

### **HEALTH EDUCATION AND KNOWLEDGE ABOUT LEPROSY AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS**

**INTRODUCTION:** Leprosy or Hansen's disease is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*. It affects the skin and peripheral nerves, and these characteristics are responsible for the disabilities and severe psychosocial impact conferred by the disease. It persists as a public health problem in Brazil, since the elimination target determined by the World Health Organization has not been reached so far. Training and integration of control actions in Primary Health Care are essential to strengthen early diagnosis and proper treatment. **OBJECTIVES:** To elaborate and validate an instrument to develop health education actions in leprosy with health professionals (doctors, nurses, nursing technicians and health agents) of primary health care in the city of Campinas, São Paulo, emphasizing the theme Leprosy, as well as to evaluate the knowledge and practice of these professionals regarding the reception, diagnosis, treatment and prevention of disabilities in leprosy. **METHOD:** The research was divided into two stages: In the first stage, a questionnaire-like instrument was developed to collect data from health professionals in the city of Campinas about leprosy and it was subjected to validation by experts. In the second stage, after validation by the experts, the questionnaire was applied to the study subjects through an online platform, and data about the professionals' profile and specific knowledge about leprosy were obtained. **RESULTS:** The instrument was validated after two stages of evaluations by experts in the area, constituting the final questionnaire of 55 questions. The study noted that the general performance of doctors and nurses was considered good, with poor performance in the areas of treatment and rehabilitation, respectively. The technical and medium level professionals (health agents and nursing technicians) performed very poorly in most categories. It was also observed that, in the studied population, there is still a lot of ignorance regarding key aspects of leprosy, as a mode of transmission and evolution of the disease. Most of the participants had no contact in their career with leprosy patients and there was no predilection for the face-to-face training method, which highlights the role of training in low-endemic locations, especially through

online methodology. CONCLUSION: The study allowed, in the studied population, to raise difficulties encountered by professionals in relation to the theme and to propose effective health education strategies that allow continuing education and reflect on improving the scenario of care for leprosy patients.

Key-words: Leprosy; Health education; Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Formas clínicas da hanseníase (A) indeterminada, (B) tuberculóide	19
Figura 2	Lesões clínicas da hanseníase virchowiana (A) nódulos, (B) placas eritemato violáceas, (C) fácies leonina.	19
Figura 3	Lesões cutâneas foveolares na hanseníase dimorfa	20
Figura 4	Reação hansênica tipo 2	20
Figura 5	Reação hansênica tipo 1.	20
Figura 6	Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes, segundo município, Brasil 2015.	22
Figura 7	Distritos de saúde do município de Campinas, 2019.	24
Figura 8	Taxa de detecção de casos novos hanseníase por 100mil habitantes, município de Campinas 2001-2018.	25
Figura 9	Frequência de casos novos de hanseníase por distritos de residência no município de Campinas.	25
Figura 10	Taxa detecção hanseníase por distrito de residência a cada 10.000 habitantes, município de Campinas 2000-2004	26



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caso clínico 1: Concordância entre os peritos no critério clareza.	34
Quadro 2	Caso clínico 1: Concordância entre os peritos no critério pertinência	34
Quadro 3	Caso clínico 2: Concordância entre os peritos no critério clareza.	34
Quadro 4	Caso clínico 2: Concordância entre os peritos no critério pertinência	35
Quadro 5	Caso clínico 3: Concordância entre os peritos no critério clareza.	35
Quadro 6	Caso clínico 3: Concordância entre os peritos no critério pertinência.	35
Quadro 7	Índice de validade de conteúdo (CVI) por questão.	36

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Divisão dos temas referentes aos casos clínicos.	39
Gráfico 2	Respostas sobre a importância do diagnóstico da hanseníase na população infantil.	46
Gráfico 3	Principais respostas sobre os cuidados com os olhos e nariz no paciente com hanseníase.	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas da amostra.	40
Tabela 2	Porcentagem de acertos conforme categoria profissional e áreas do conhecimento sobre hanseníase.	41
Tabela 3	Escala de acertos dos profissionais de saúde da atenção básica sobre a temática hanseníase.	42
Tabela 4	Principais respostas quanto ao quadro clínico da hanseníase.	43
Tabela 5	Principais respostas quanto ao tratamento da hanseníase.	45
Tabela 6	Normatização das atribuições dos profissionais da saúde da atenção básica no cuidado a hanseníase de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.	51

## SUMÁRIO

Introdução .....	17
A hanseníase.....	17
A situação da hanseníase no Brasil.....	21
O combate à hanseníase na cidade de Campinas.....	23
Educação em saúde em hanseníase.....	26
Objetivo.....	29
Objetivo geral.....	29
Objetivos secundários.....	29
Metodologia.....	30
Elaboração do instrumento.....	31
Capacitação dos profissionais de saúde.....	32
Resultados.....	34
Validação do instrumento.....	34
Coleta de dados – análise descritiva.....	39
Discussão.....	48
Instrumento e metodologia.....	48
Desempenho profissionais de saúde.....	52
Conclusão.....	55
Referências.....	56
Anexos.....	58

# 1. INTRODUÇÃO

## 1. 1. A hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Apresenta curso crônico, atingindo predominantemente a pele e os nervos periféricos. Confere elevada morbidade devido seu potencial de incapacidades físicas e, apesar de terapêutica curativa disponível no sistema único de saúde, ainda causa grande impacto psicossocial e comprometimento da qualidade de vida. (1) (2)

A doença, historicamente conhecida como lepra, parece ser uma das mais antigas a acometer o homem, com referências confirmadas no Egito e Índia a partir do século VII a.C. Durante a idade média, apresentou alta incidência na Europa e Oriente Médio, principalmente devido ao rápido crescimento populacional e baixas condições sanitárias. Sua primeira medida oficial de controle data do “Concílio” realizado em Lyon, no ano de 583, que estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Essas regras consistiam em isolar o doente da população sadia, que foi a principal medida de controle aplicada por séculos até atualidade na forma dos “leprosários”. (3, 4)

No Brasil, como em outros países da América, não havia descrição da hanseníase entre os indígenas. A doença entrou no país com os primeiros colonizadores portugueses e sua disseminação ampliou-se com o fluxo escravagista. <sup>3</sup>

Somente a partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, por Carlos Chagas, foi instituída a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. As ações de controle priorizavam a construção de leprosários nos estados de maior prevalência, o censo e o tratamento com o óleo de chaulmo-ogra. Com a reorganização da saúde pública, surge, a partir da década de 1960, modificação dos métodos profiláticos e nas políticas de controle da hanseníase, baseada na descentralização do atendimento e aumento da cobertura populacional, tratamento ambulatorial com sulfona, controle de comunicantes e educação sanitária. (5)

No ano de 1976, novas políticas para o controle da hanseníase determinam ações que visavam a educação em saúde, acompanhamento de comunicantes/aplicação da vacina BCG, detecção de casos novos, tratamento dos doentes e prevenção e tratamento das incapacidades físicas. No início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde passou a recomendar a

poliquimioterapia (PQT), com esquema terapêutico apropriado a cada forma clínica da doença, para o controle e cura da hanseníase. (5)

A transmissão ocorre através do contato de uma pessoa com a forma infectante da doença (multibacilar) com sujeitos suscetíveis em seu convívio por meio da eliminação de bacilos. Atualmente, o homem é considerado a única fonte de infecção da doença. <sup>(6)</sup>

Acredita-se que a principal via de transmissão do bacilo sejam as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe). Ocorre por meio de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. O bacilo apresenta padrão lento de multiplicação, cerca de 12 a 24 dias (quando inoculado em pata de camundongo), o que explica o tempo prolongado entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais que pode levar, em média, de 2 a 5 anos. <sup>(6), (7)</sup>

As manifestações clínicas dependem mais da resposta imune celular do hospedeiro ao *M. leprae* do que da capacidade de penetração e de multiplicação bacilar. As classificações clínicas mais utilizadas são a de Madri (1953) e a de Ridley e Jopling (1966). Na classificação de Madri, a hanseníase pode ser dividida em formas polares estáveis (tuberculóide e virchowiana) e formas interpolares (indeterminada e dimorfa). (8) Já a classificação de Ridley e Jopling, leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro e subdivide a hanseníase dimorfa (ou borderline) em dimorfa-tuberculóide (DT), dimorfa-dimorfa (DD) e dimorfa-virchowiana (DV). (9)

A Hanseníase indeterminada, forma inicial, caracteriza-se por máculas hipocrômicas, em número reduzido, com ligeira diminuição da sensibilidade, sem espessamento neural (fig 1A). Evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos, ou para as chamadas formas polarizadas, em cerca de 25% dos pacientes. <sup>1</sup>

Na forma tuberculóide, a doença é limitada devido à boa resposta imune contra o agente, sendo as lesões cutâneas únicas ou em pequeno número e assimétricas, assim como o acometimento neural. Caracterizam-se por placas eritematosas bem delimitadas, muitas vezes com bordas externas elevadas e centro hipocrômico, apresentando alteração importante da sensibilidade (fig 1B). <sup>(7)</sup>



Figura 1. Formas clínicas da hanseníase (A) indeterminada, (B) tuberculóide. Fonte: Acervo Ambulatório de Dermatologia-UNICAMP.

Na forma virchowiana, o *M. leprae* multiplica-se e dissemina-se por via hematogênica, devido à ausência de resistência ao bacilo. As lesões de pele tendem a ser múltiplas, simétricas e polimórficas, variando de pápulas e placas eritematosas a nódulos e infiltração cutânea (figs 2A e 2B). Lesões repletas de bacilos conhecidas como hansenomas podem estar presentes e, nas fases avançadas, a face do paciente pode assumir um aspecto peculiar conhecido como fácies leonina (infiltração facial difusa com madarose) (fig 2C). Vários nervos periféricos estão acometidos e o comprometimento é sistêmico, podendo afetar mucosas, olhos, articulações, linfonodos e órgãos internos. (7)



Figura 2. Lesões clínicas da hanseníase virchowiana (A) nódulos, (B) placas eritemato violáceas, (C) fácies leonina. Fonte: Acervo Ambulatório de Dermatologia-UNICAMP.

A hanseníase borderline ou dimorfa é uma forma clínica imunologicamente instável da doença, em que se observam características clinicodermatológicas que se aproximam do pólo virchowiano ou tuberculóide. <sup>(10)</sup> A lesão de pele típica é uma placa de conformação foveolar, com bordos internos bem delimitados e externos mal definidos (fig 3).



Figura 3. Lesões cutâneas foveolares na hanseníase dimorfa. Fonte: Acervo Ambulatório de Dermatologia-UNICAMP.

Além da própria multiplicação bacilar nos nervos periféricos, o acometimento neurológico na hanseníase também é secundário a processos inflamatórios agudos/subagudos, conhecidos por estados reacionais. As reações hansênicas constituem processos de hiperreatividade imunológica em resposta ao antígeno (bacilo), podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento da doença e em todas as formas clínicas, exceto na hanseníase indeterminada. As manifestações clínicas incluem lesões cutâneas específicas (eritema nodoso hansênico ou reação tipo 2) ou piora de lesões prévias (reação tipo 1), além de neurite e outras manifestações inflamatórias (figs 4 e 5).



Fig 4. Reação hansênica tipo 2



Fig 5. Reação hansênica tipo 1. Fonte:

Acervo Ambulatório de Dermatologia-UNICAMP.

A neuropatia periférica da hanseníase é mista (sensitiva, motora e autonômica). Os nervos podem estar espessados, irregulares e dolorosos à palpação. Disfunção vasomotora, diminuição das secreções sebáceas e sudoríparas, hipoestesia/anestesia, paresia/paralisia,



diminuição da força muscular e amiotrofia podem ocorrer com a evolução do quadro. Esses danos neurológicos contribuem para a ocorrência de injúrias frequentes, principalmente nas mãos, nos pés e nos olhos, com o aparecimento de ressecamento, fissuras e ulcerações na pele, infecção secundária nos tecidos moles e ósseos e reabsorção óssea, causando deformidades. (11) (12) No entanto, as incapacidades físicas podem ser evitadas ou reduzidas se as pessoas afetadas forem identificadas e diagnosticadas precocemente, tratadas com técnicas apropriadas e acompanhadas adequadamente. (13)

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, baseado no exame dermatoneurológico e história epidemiológica. Exames complementares, como a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes no raspado dérmico, a histologia das lesões cutâneas e sorologias também podem ser realizados. O tratamento baseia-se na classificação operacional da doença, em formas pauci ou multibacilares, com multidrogaterapia, por 6 a 12 meses. (14)

## **1.2. A situação da hanseníase no Brasil**

A Hanseníase é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma doença negligenciada, prevalente em países em desenvolvimento, com 213.899 casos novos da doença registrados no mundo em 2014. Isso corresponde a uma taxa de detecção anual de 3,0 casos novos por 100 mil habitantes, acima da preconizada pela OMS, que tem por objetivo manter a doença com índices abaixo de 2/100.000. Apenas 3 países, sendo eles a Índia, o Brasil e a Indonésia, concentram 81% dos pacientes recém-diagnosticados no mundo. (15)

Em número absoluto, o Brasil é o segundo no mundo em casos novos da doença, com a notificação de 31.064 pacientes no ano de 2017, sendo 6,6% com grau 2 de incapacidade física (alguma deformidade visível) ao diagnóstico. (16) A doença distribui-se de maneira irregular nas diferentes regiões do país, sendo os coeficientes de prevalência maiores na região Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, respectivamente (fig 6). (16) Os principais indicadores epidemiológicos adotados para avaliar o impacto da doença e a sua extensão como problema de saúde pública são: o coeficiente de detecção de casos novos, o coeficiente de casos novos em menores de 15 anos e os casos com incapacidade grau 2. (17)

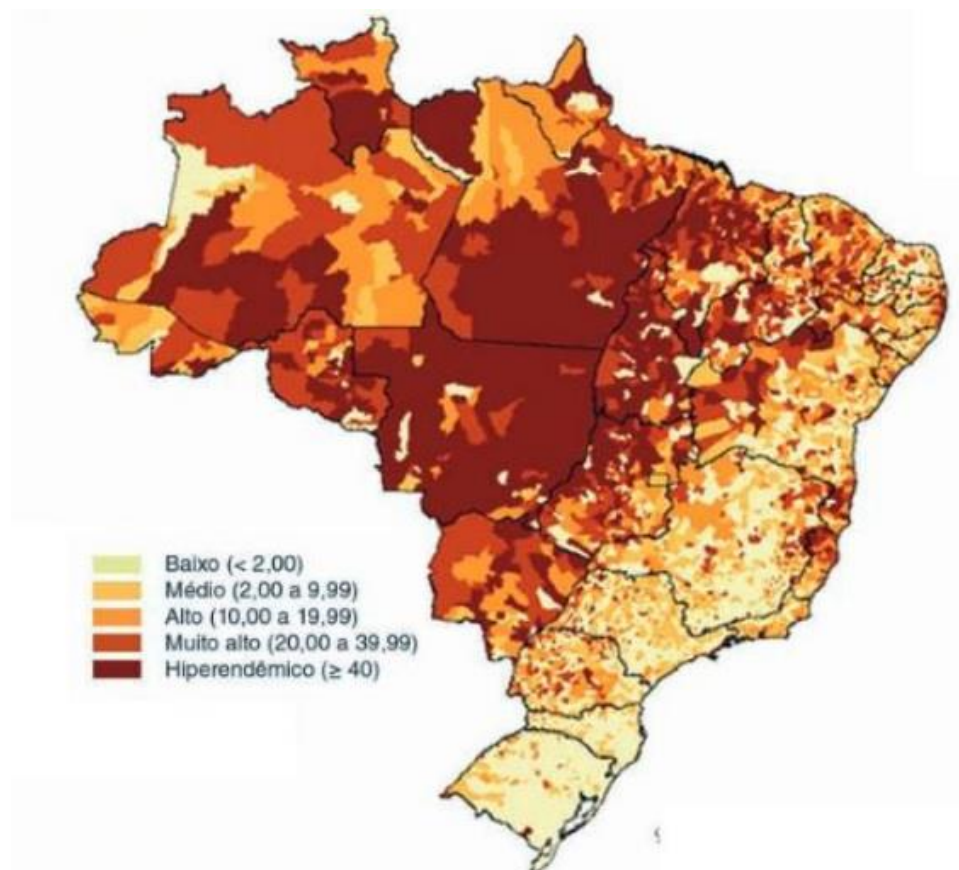


Fig 6. Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes, segundo município, Brasil 2015. Fonte: SINAN/SVS, MS.

No Brasil, o processo histórico de cuidado a hanseníase pode ser entendida compreendida por alguns pontos-chave: a isenção do Estado no cuidado a doença, o papel das instituições de caridade no acolhimento aos pacientes, o isolamento compulsório, o tratamento ambulatorial da doença, seguido pelo início do processo de desestigmatização, e, finalmente, o tratamento descentralizado da hanseníase com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (18)

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) de 2001 determinou que as atividades voltadas para a eliminação da hanseníase fossem desempenhadas por serviços de atenção primária, reforçando a horizontalização do programa no Brasil.(19) Dessa forma, desde o início dos anos 2000, cabe ao nível primário de atenção à saúde o diagnóstico, a avaliação da função neural, o tratamento da doença e de suas complicações.(20)

Com o estabelecimento e evolução do SUS, e diante da gravidade da doença e dos inúmeros problemas gerados por ela, foi lançado no Brasil o Programa Nacional de Controle e

Eliminação da Hanseníase (PNCEH), que tinha como objetivo desenvolver um conjunto de ações visando orientar os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde em relação à doença, fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, principalmente na atenção básica, e desenvolver ações de promoção da saúde com base na educação.(21) Atualmente o programa visa controlar a endemia. Para isso as ações estão baseadas no diagnóstico precoce, no tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, na prevenção e tratamento de incapacidades e na vigilância dos contatos domiciliares. (17)

Embora a prevalência e o diagnóstico de casos novos no Brasil venham diminuindo progressivamente ao longo dos anos, cerca de 2.230 pacientes ainda apresentaram grau 2 de incapacidade em 2017 segundo dados oficiais.(16) Além disso, alguns estados do Brasil, como Mato Grosso, Pará e Maranhão, possuem taxas altas de detecção de casos novos, mesmo na população abaixo de 15 anos. Esses dados vão contra a estratégia global determinada pela Organização Mundial de Saúde para os anos de 2016 a 2020.(15)

### **1.3. O combate à hanseníase na cidade de Campinas**

Campinas caracteriza-se como “cidade pólo”, sede de uma região metropolitana. Possui cerca de 1.17 milhão de habitantes, sendo referência para 3,5 milhões de pessoas e dezenas de municípios, segundo dados da Secretária Municipal de Saúde. (22) Apresenta uma renda per capita mais do que duas vezes superior à da média nacional e exibe um grau de crescimento e desenvolvimento significativo em relação ao país. O município apresentou, a partir da década de 70, uma taxa de crescimento populacional acima da média do estado de São Paulo, em parte devido a fluxos migratórios crescentes. Agrega uma grande quantidade de equipamentos sociais, de saúde, de serviços, de comércio e indústria. Conta com amplo sistema viário e aeroviário. Além da riqueza que é gerada pela intensa atividade econômica, há uma grande circulação de pessoas e, consequentemente, graves problemas sociais e ambientais.(23)

A organização da atenção básica de saúde na cidade de Campinas está distribuída em 63 Centros de Saúde, agrupados em cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudeste) (fig 7). Cada unidade básica abrange uma área média ocupada por cerca de 20.000 habitantes, sendo formada por equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras, ginecobstetras), enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes de saúde.(24)

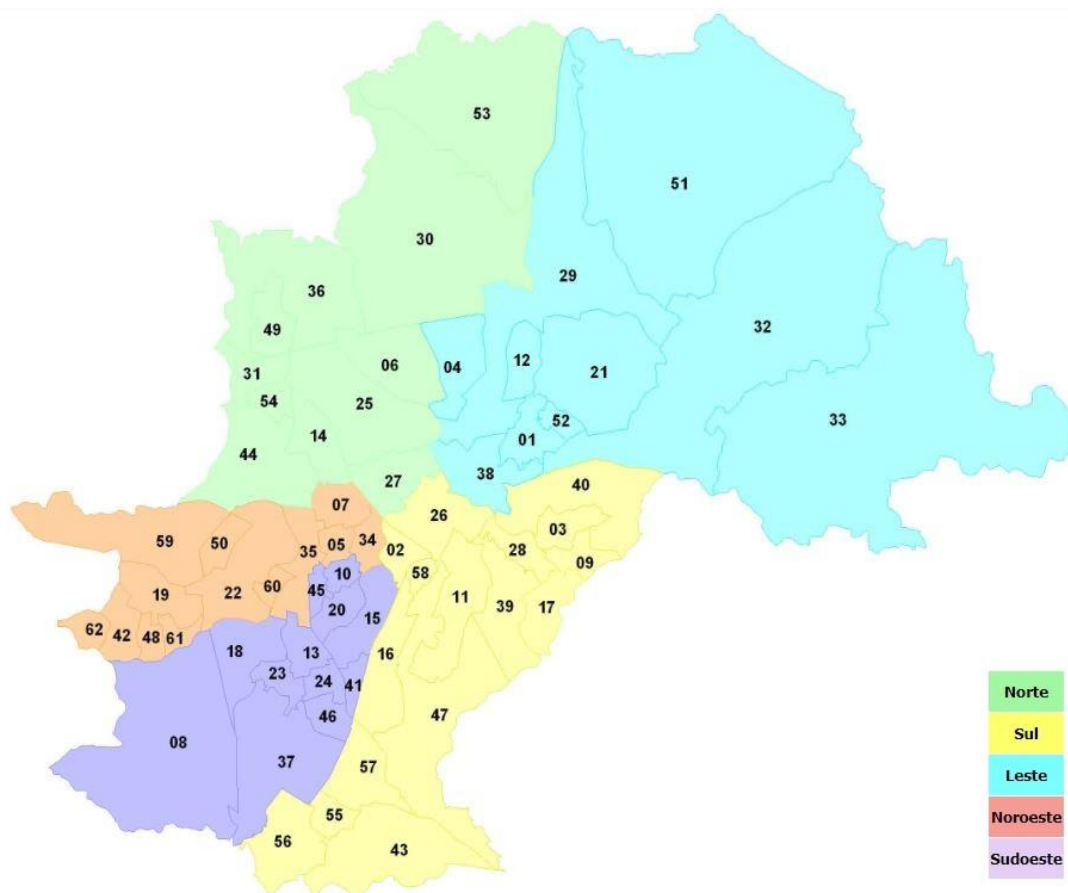


Fig 7. Distritos de saúde do município de Campinas, 2019. Fonte: Site oficial Prefeitura Municipal de Saúde Campinas.

(<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/distritos-de-saude/>).

Em relação à hanseníase, o município de Campinas apresentou, em 2017, uma taxa de detecção de 1,44/10.000 habitantes, estando abaixo da observada para o estado de São Paulo, que registrou 1327 casos novos no período (taxa de detecção de 2,43/100.000 habitantes). (25) Embora a notificação de casos novos no município venha evidenciando queda nos últimos anos (fig 8), Campinas ainda recebe muitos casos transferidos de outros estados, sendo responsável por 11,5% do total do estado no ano de 2017. Isso demonstra a importância do movimento migratória na cidade e região. (25)



Fig 8. Taxa de detecção de casos novos hanseníase por 100mil habitantes, município de Campinas 2001-2018. Fonte: SINAN /IBGE (Dados atualizados em 28/05/2019).

De 2011 a 2019, 349 casos foram diagnosticados em Campinas e a prevalência atual é de 0,36 casos/10.000 habitantes. (25) A distribuição dos diagnósticos conforme os distritos de saúde no município de Campinas pode ser observado na figura 9:

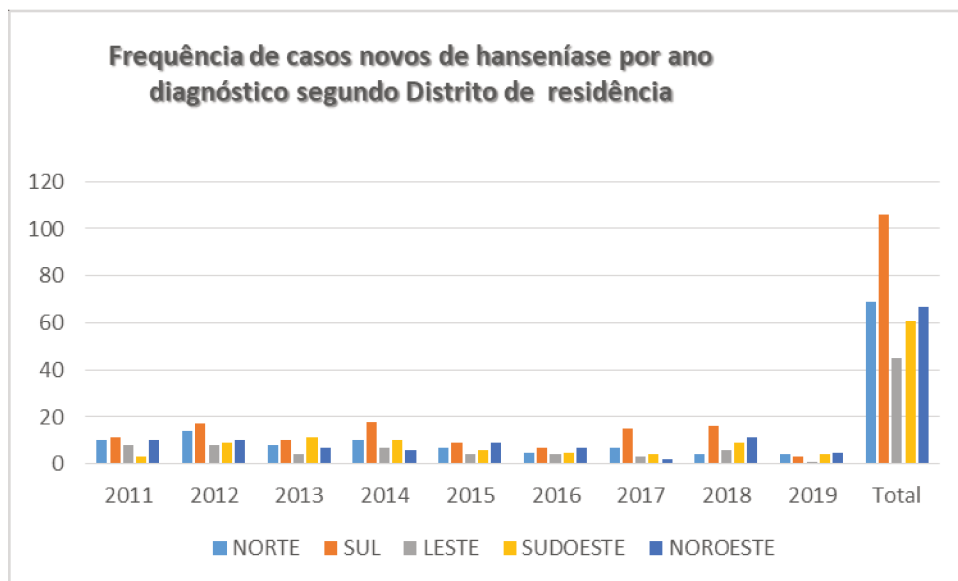


Figura 9. Frequência de casos novos de hanseníase por distritos de residência no município de Campinas. Fonte: SINAN /IBGE (Dados atualizados em 28/05/2019).

Ainda que o município apresente uma prevalência considerada baixa, pode-se perceber discrepância entre os distritos de saúde (fig 10), o que exige diferentes estratégias de combate a doença em cada área.



Ainda acerca do processo de educação em saúde, recentemente tem ganhado destaque os recursos remotos constituindo a teleeducação. Em uma conjuntura de desigualdade de distribuição dos profissionais de saúde, o emprego de recursos de educação a distância se configura como alternativa viável e necessária. (28) Para Ruiz, Mintzer e Leipzig<sup>29</sup> inúmeros benefícios são trazidos pela educação apoiada por tecnologia, tais como: velocidade de acesso à informação, rapidez de atualização do conteúdo, aprendizagem supervisionada, facilidade de distribuição da informação e flexibilidade. (29)

Apesar de se falar na necessidade de educação continuada por meio de treinamentos, no programa de combate a hanseníase, especialmente em nível federal, não existe padronização. O Programa de Controle da Hanseníase, a cada ano, lança novas estratégias de eliminação da doença como problema de saúde pública e cabe aos municípios a definição das melhores formas de adequar-se, incluindo os processos de treinamento das equipes de saúde. (30); (26)

Dessa forma, ao longo dos anos, houve grande investimento no treinamento de profissionais de saúde principalmente no que tange o diagnóstico precoce, tratamento e avaliação de contactantes. Muitos estados brasileiros desenvolveram projetos de treinamento para profissionais de saúde. Contudo, há pouca literatura que avalie esses treinamentos no Brasil.

Moreira et al.<sup>31</sup> desenvolveram estudo no estado do Rio de Janeiro, no qual profissionais de equipes de saúde da família receberam um treinamento de 8 horas sobre a temática hanseníase. Uma avaliação foi realizada alguns meses depois e mostrou aumento capacidade de suspeição do diagnóstico de hanseníase entre os profissionais e o aumento no número de profissionais atuando no controle da doença. (31)

Um estudo conduzido por Moreno et al.<sup>32</sup> no Rio Grande do Norte, com médicos e enfermeiros participantes de um programa de treinamento em hanseníase, mostrou avaliação positiva desses profissionais em relação a habilidade de suspeição diagnóstica, trabalho em equipe no controle da doença e a metodologia de ensino. Contudo, os participantes da pesquisa apontaram necessidade de maior tempo de treinamento e envolvimento dos médicos no processo de diagnóstico. Nesse estudo, o treinamento era de 16 horas apenas focado no diagnóstico da hanseníase. (32)

Souza et al.<sup>33</sup> avaliaram o que pensam os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre o treinamento realizado no Estado em Pernambuco. (33) Este estudo

buscou compreender como profissionais treinados de equipes de saúde da família percebiam e interpretavam os efeitos individuais e organizacionais do treinamento de hanseníase. Evidenciaram-se opiniões positivas sobre a qualidade dos conteúdos teóricos, desempenho do instrutor, material didático e estímulo à adoção de uma atitude de alerta à ocorrência de casos. Porém, foram negativas as visões quanto à assimilação e à retenção de conhecimentos: falta de ensino prático, muita informação em curto tempo, explanação sucinta de conteúdos básicos para lograr as competências exigidas e heterogeneidade dos treinandos. Este último elemento é importante em termos do domínio de pré-requisitos, o que pode tornar o treinamento desinteressante por ser pouco desafiador ou muito difícil.

A literatura internacional também aponta a importância das ações de educação em saúde voltadas aos profissionais envolvidos nos cuidados da hanseníase.

Os autores al-Qubati al e-Kubati <sup>34</sup> incluindo o uso de recursos midiáticos, demonstraram como os dermatologistas exercem papel de influência na disseminação do conhecimento acerca da doença. Houve uma redução de 2.314 casos registrados em 1989 para 765 em 1996. A prevalência diminuiu de 1,9 casos para 0,5 (por 10.000 habitantes), sendo a eliminação alcançada naquele ano. (34)

Um estudo desenvolvido na cidade de Wenshan, na China, nos anos de 1998 e 1999, demonstrou que os profissionais de saúde, após receberem orientação sobre a hanseníase, passaram a atuar nas comunidades promovendo aumento nas taxas de detecção da doença. (35)

Uma capacitação realizada na Índia reforçou a importância de se avaliar o conhecimento e a atitude relacionada à doença e suas condutas, com correções pontuais após a avaliação. Os profissionais que receberam treinamento obtiveram desempenho superior após a aplicação de questionário, além de demonstrarem uma postura prática mais adequada. (36)

Nesse contexto, Moreno <sup>30</sup> aponta que a educação em saúde na temática da hanseníase, no Brasil, apresenta-se no contexto de processos incipientes, poucos incorporados às práticas e possuem caráter mais burocrático e punitivo do que subsidiário do planejamento e da gestão. Para Vieira <sup>37</sup>, os alvos para avaliação quanto à eficácia do programa de combate a hanseníase baseiam-se primordialmente em três eixos: descentralização, integração da hanseníase nos serviços gerais de saúde e, por último, a avaliação epidemiológica da doença nos diversos territórios. (37)



Nesse sentido, o autor salienta que a perspectiva avaliativa dos profissionais da rede básica de saúde é extremamente relevante, visto que apenas a análise epidemiológica não avalia de forma efetiva os processos que fazem parte do atendimento aos usuários de hanseníase. Com isso, busca-se uma avaliação dos processos em saúde que seja capaz de analisar a integração do programa na rede básica, a qualidade da atenção e fornecer recomendações plausíveis para melhoramento contínuo do programa. Faz-se necessário avaliar tanto na perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na organização dos serviços, bem como em um contexto concreto por meio de indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase. (37)

## **2. OBJETIVO GERAL**

- a) Aprimorar e qualificar o atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde por meio da elaboração de material de capacitação online voltado aos profissionais envolvidos.

### **2.1 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- a) Elaborar e validar um instrumento online para desenvolver ações de Educação em Saúde com profissionais de saúde da atenção básica (centros de saúde) do município de Campinas, São Paulo, enfatizando a temática Hanseníase.
- b) Avaliar o conhecimento e a prática dos profissionais da atenção primária de saúde quanto ao acolhimento, ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção de incapacidades na hanseníase.
- c) Avaliar a percepção dos profissionais de saúde capacitados em relação às diferentes metodologias de ensino empregadas.

### 3. METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa e corte transversal. A pesquisa foi dividida em três etapas:

**a) 1ª Etapa**

Elaboração de um instrumento para capacitação e avaliação de competências dos profissionais de saúde do município de Campinas na temática hanseníase.

**b) 2ª Etapa**

Submissão do instrumento à validação por peritos.

**c) 3ª Etapa**

Aplicação do instrumento aos sujeitos do estudo, por meio de plataforma online, com posterior análise dos dados.

#### 3.1. Elaboração do instrumento

O instrumento foi delineado após extenso levantamento bibliográfico, considerando-se também a experiência clínica dos pesquisadores e as competências dos profissionais de saúde da atenção básica no manejo da hanseníase normatizadas pelo ministério da saúde(38). Sua primeira versão foi composta por 56 perguntas distribuídas em quatro grandes sessões, descritas a seguir:

- i. Características dos profissionais: sexo, faixa etária, cargo ocupacional, contato prévio com pacientes com hanseníase, participação em capacitações.
- ii. Caso clínico 1: relatou-se um caso de uma paciente com hanseníase, forma tuberculóide (paucibacilar), tendo sido abordado sobre o diagnóstico da doença, avaliação do grau de incapacidade física, forma de transmissão, vigilância de contatos, esquema terapêutico para os casos paucibacilares e possíveis efeitos colaterais do tratamento.
- iii. Caso clínico 2: relatou-se o caso de um paciente em tratamento para hanseníase que apresentou reação tipo 2. As temáticas abordadas foram: caracterização e tratamento das reações hansênicas, avaliação do grau de incapacidade física e vigilância epidemiológica da hanseníase.
- iv. Caso clínico 3: relatou-se o caso de uma paciente com a forma virchowiana (multibacilar) da hanseníase, tendo sido abordado a classificação operacional da hanseníase, o esquema terapêutico para casos multibacilares, o autocuidado

e a prevenção das sequelas e as ações para redução da carga de hanseníase no Brasil.

As perguntas relacionadas aos casos clínicos escolhidos abordavam os seguintes aspectos relacionados à hanseníase: quadro clínico, tratamento, reabilitação e vigilância epidemiológica.

### **3.2. Validação do conteúdo**

O instrumento formulado foi submetido à avaliação por quatro juízes, com reconhecimento saber na área de estudo, para avaliação da adequação conceitual quanto à pertinência, abrangência e clareza de seus itens.

A pertinência refere-se à propriedade a ser avaliada com a finalidade de verificar se as informações fornecidas são pertinentes aos sujeitos do estudo e se são adequadas para atingir os objetivos propostos; os peritos classificaram como: não pertinente (-1), sem opinião (0) e pertinente (+1). A clareza é a propriedade a ser avaliada com a finalidade de identificar se as informações fornecidas estão compreensíveis para o entendimento dos sujeitos deste estudo; os juízes pontuaram cada questão como: não está claro (-1), sem opinião (0) e está claro (+1). Por fim, a abrangência corresponde à propriedade a ser avaliada para cada um dos casos clínicos apresentados, com a finalidade de identificar se eles contêm as informações suficientes para atingir os objetivos propostos, que visam qualificar os sujeitos quanto à epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos e prevenção de incapacidades na hanseníase; foram assim classificadas como: não está abrangente (-1), sem opinião (0) e está abrangente (+1).<sup>27,28</sup>

A banca de peritos foi assim constituída:

- I. Médico, doutor com especialização em Moléstias Infecciosas e em Dermatologia. Professor Livre-Docente, docente da Disciplina de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica e Coordenador do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. É Professor da área de concentração Ensino em Saúde da pós-graduação em Clínica Médica da FCM/Unicamp. Fez seu pós-doutorado no Cutaneous Image Center, Department of Dermatology, University of Minnesota Medical School.
- II. Médica pediatra da Vigilância em Saúde da região Noroeste da Prefeitura Municipal de Campinas e participante ativa do Grupo de Trabalho de hanseníase do município.

- III. Médica dermatologista, professora doutora da disciplina de dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas Unicamp. Atualmente é coordenadora da disciplina de dermatologia – FCM-Unicamp.
- IV. Enfermeira Sanitarista da Vigilância em Saúde da região Norte da Prefeitura Municipal de Campinas, responsável pelo Núcleo de Epidemiologia.

Para avaliação da concordância geral e por casos clínicos foi utilizado o teste Q de Cochran e, quando necessário, o teste de Kendall (W). O coeficiente de concordância de Kendall varia de 0 a 1. Valores elevados de W ( $W \geq 0,66$ ) podem ser interpretados como indicativos de que os juízes aplicaram os mesmos padrões de avaliação. Valores baixos de W sugerem discordância entre os juízes.<sup>29,30</sup>

Para avaliação da concordância em cada questão foi utilizado o índice de validade de conteúdo (CVI em inglês), considerado válido se, ao computar as avaliações de juízes, obtivesse índice de aprovação acima de 80% (0,8).<sup>31</sup> Os itens que não alcançaram essa aprovação foram reformulados e reapresentados aos juízes até serem obtidas as concordâncias necessárias.

Para análise estatística foram utilizados os seguintes programas computacionais: The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA.

O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%.

### **3.3. Capacitação dos profissionais de saúde**

O instrumento de ensino é um questionário criado a partir de três casos clínicos hipotéticos, enviado online a todos os profissionais de saúde estatutários (a saber: médicos, agentes de saúde, auxiliar/técnicos de enfermagem e enfermeiros) dos centros de saúde do distrito Norte do município de Campinas pelo programa Enquete Fácil®, através de convite eletrônico via e-mail. O Enquete fácil é um programa espanhol adquirido pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp que permite elaborar pesquisas de forma simples, além de fazer análises e acompanhamento dos resultados em tempo real. Também possibilita a realização de pesquisas quali-quantitativas, criação de questionário on-line, assim como a emissão de relatórios, tabelas e gráficos, ao mesmo tempo em que pode servir como meio de ensino através da elaboração de *feedbacks*. Permite armazenar os dados em formato compatível com Excel e a aplicação de filtros.

Para ter acesso ao questionário, o profissional precisava primeiro concordar com a sua participação através de um termo de consentimento livre e esclarecido previamente aprovado por comitê de ética sob o CAAE 02664418.9.0000.5404.

Para garantir maior adesão dos profissionais de saúde, foram realizadas apresentações da pesquisa em reuniões de equipe e distribuição de material de divulgação (anexo 1) previamente por e-mail aos coordenadores das equipes e afixado posteriormente nas unidades básicas de saúde. A coleta de dados ocorreu entre o mês de fevereiro e junho de 2019.

Utilizou-se a própria ferramenta Enquete Fácil® para a análise das informações coletadas por meio de tabelas de frequência para as variáveis quantitativas e medidas descritivas para as variáveis qualitativas. A análise estatística empregada foi do tipo descritiva baseada na leitura dos percentuais das variáveis categóricas e numéricas.

## 4. RESULTADOS

### 4.2. Validação do instrumento

A primeira versão do instrumento compôs-se de quatro grandes sessões, quais sejam: características dos profissionais, caso clínico 1, caso clínico 2 e caso clínico 3. Cada sessão teve subitens, somando-se um total de 56 perguntas.

A aplicação dos testes Q de Cochran e Kendall (W) para os três casos clínicos descritos na primeira versão do instrumento são apresentadas nos quadros 1 a 6.

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3		Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Claro	15	83,33	17	94,4	18	100	17	94,4
Não claro	3	16,67	1	5,56			1	5,56

**Quadro 1:** Caso clínico 1 – Concordância entre os peritos no critério clareza.

Cochran test = 4.385 / P-valor: 0.223 (houve concordância)

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3		Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pert	17	94,4	17	94,4	18	100	18	100
Não pert	1	5,56	1	5,56				

**Quadro 2:** Caso clínico 1 – Concordância entre os peritos no critério pertinência

Cochran test = 2.000/ P-valor: 0.572 (houve concordância)

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3			Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%		Freq	%
Claro	8	80	10	100	8	80	Claro	9	90
Não claro	2	20			2	20	Sem opinião	1	10

**Quadro 3:** Caso clínico 2 – Concordância entre os peritos no critério clareza.

W Kendall = 0.073 (não houve concordância)

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3			Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%		Freq	%
Pertinente	10	100	10	100	10	100	Pertinente	9	90
Não pertinente							Sem opinião	1	10

**Quadro 4:** Caso clínico 2 – Concordância entre os peritos no critério pertinência  
W Kendall = 0.1 (não houve concordância)

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3			Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%		Freq	%
Claro	11	78,57	14	100	14	100	Claro	13	92,86
Não claro	3	21,43					Sem opinião	1	7,14

**Quadro 5:** Caso clínico 3 – Concordância entre os peritos no critério clareza.  
W Kendall = 0.143 (não houve concordância)

	Juíz 1		Juíz 2		Juíz 3		Juíz 4	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Pertinente	14	100	13	92,86	14	100	14	100
Não pertinente			1	7,14				

**Quadro 6:** Caso clínico 3 – Concordância entre os peritos no critério pertinência.  
Cochran test = 3.000 / P-valor: 0.392 (houve concordância)

Na sessão caso clínico 1, referente a avaliação do instrumento pelos juízes, o valor do coeficiente de Cochran test foi 4,385 (p-valor = 0,223) para clareza e de 2 (p-valor = 0.572) para pertinência. Na sessão caso clínico 2, o valor do coeficiente de Kendall foi de 0,073 para clareza e de 0,1 para pertinência. Na sessão caso clínico 3, o valor do coeficiente de Kendall foi de 0,143 para clareza e o valor do coeficiente de Cochran test foi de 3 (p-valor = 0,392) para pertinência. Esses valores denotaram a discordância entre os diferentes peritos referente à clareza e pertinência do caso clínico 2 e referente a clareza do caso clínico 3 do instrumento.

Quando considerado o CVI por questão, a análise foi a seguinte (quadro 7):

**Quadro 7:** Índice de validade de conteúdo (CVI) por questão:

<b>Questões</b>	<b>Clareza</b>	<b>Pertinência</b>	<b>Abrangência</b>
<b>Caso clínico 1</b>			
Pergunta 10	1.0	<b>0.75*</b>	
Pergunta 11	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 12	<b>0.5*</b>	1.0	
Pergunta 13	1.0	1.0	
Pergunta 14	1.0	1.0	
Pergunta 15	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 16	1.0	1.0	
Pergunta 17	1.0	1.0	
Pergunta 18	1.0	1.0	
Pergunta 19	1.0	1.0	
Pergunta 20	1.0	1.0	
Pergunta 21	1.0	1.0	
Pergunta 22	1.0	1.0	
Pergunta 23	1.0	1.0	
Pergunta 24	<b>0.75*</b>	<b>0.75*</b>	
Pergunta 25	1.0	1.0	
Pergunta 26	1.0	1.0	
Pergunta 27	1.0	1.0	
Pergunta 28			1.0
<b>Caso clínico 2</b>			
Pergunta 29	1.0	1.0	
Pergunta 30	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 31	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 32	1.0	1.0	



Pergunta 33	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 34	1.0	1.0	
Pergunta 35	1.0	1.0	
Pergunta 36	1.0	1.0	
Pergunta 37	<b>0.75*</b>	<b>0.75*</b>	
Pergunta 38	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 39			<b>0.75</b>
<b>Caso clínico 3</b>			
Pergunta 40	1.0	1.0	
Pergunta 41	1.0	1.0	
Pergunta 42	1.0	1.0	
Pergunta 43	1.0	1.0	
Pergunta 44	1.0	1.0	
Pergunta 45	1.0	1.0	
Pergunta 46	<b>0.75*</b>	<b>0.75*</b>	
Pergunta 47	1.0	1.0	
Pergunta 48	1.0	1.0	
Pergunta 49	1.0	1.0	
Pergunta 50	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 51	<b>0.75*</b>	1.0	
Pergunta 52	1.0	1.0	
Pergunta 53	1.0	1.0	
Pergunta 54			1.0
Pergunta 55	1.0	1.0	
Pergunta 56	1.0	1.0	
* valores de concordância inferiores a 80%			

Como não houve concordância entre os peritos quanto aos critérios avaliados na primeira versão do instrumento, foram realizadas alterações de acordo com as sugestões e observações apresentadas. Assim, as 11 questões que obtiveram concordância inferior a 80% na avaliação do CVI foram modificadas conforme sugestão dos peritos: 10 questões foram modificadas e 1 excluída, obtendo-se, assim, a segunda versão do instrumento, composta pelas mesmas sessões.

A segunda avaliação foi realizada pelos mesmos juízes, obtendo-se concordância quando a clareza, pertinência e abrangência dos casos clínicos e CVI superior a 80% em todas as questões.

Dessa forma, o instrumento final constituiu-se de 55 questões distribuídas em uma sessão inicial com as características dos participantes (7 questões divididas em: sexo, faixa etária, cargo ocupacional, contato prévio com pacientes com hanseníase e participação em capacitações) e três casos clínicos.

As questões dos casos clínicos foram aplicadas de acordo com as categorias profissionais e suas atribuições, de modo que, algumas questões foram comuns a mais de uma categoria profissional.

As temáticas dos casos foram divididas por categorias referentes a hanseníase da seguinte forma: clínica, tratamento, reabilitação e vigilância epidemiológica. O gráfico a seguir mostra a distribuição dos temas.

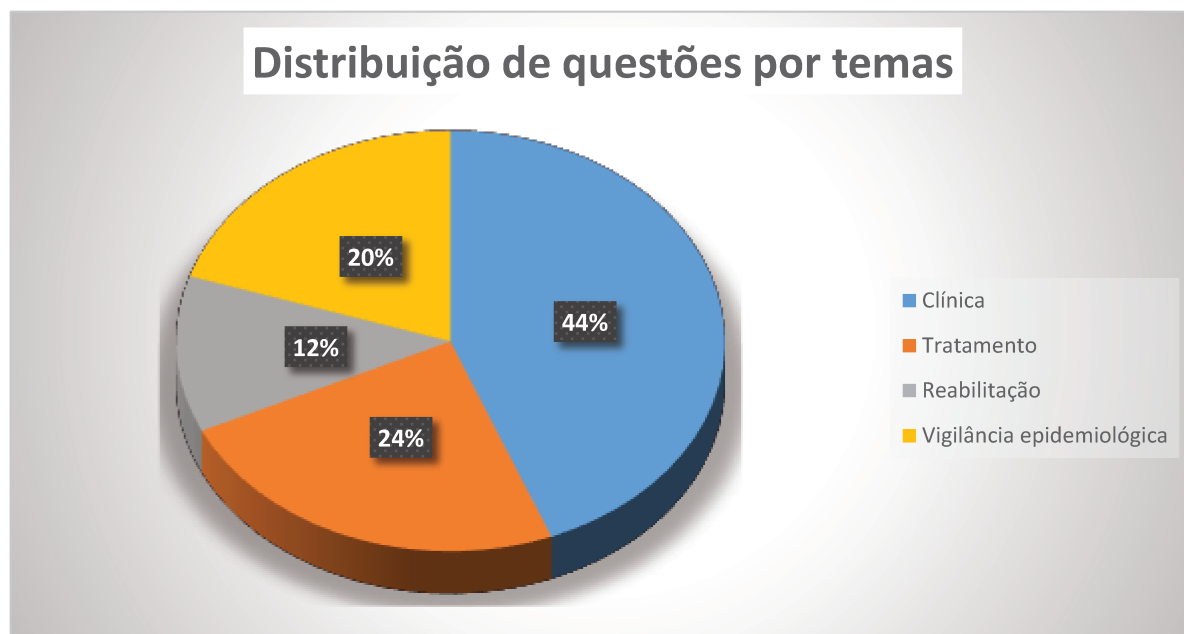


Gráfico 1. Divisão dos temas referentes aos casos clínicos.

Após o preenchimento e envio do questionário pelo sujeito, o instrumento era finalizado através de uma sessão de *feedback* com as explicações sobre os temas abordados em cada caso clínico, divididos em 20 trechos de conteúdo. Os *feedbacks* também foram adaptados para as categorias profissionais. Após cada bloco de explicações, era perguntado sobre a assimilação do conhecimento pelo sujeito.

O anexo 2 contém o instrumento final, que também pode ser acessado na íntegra no endereço: <https://www.enquetefacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=2538906>

#### 4.3. Coleta de dados – Análise descritiva

A amostra final foi composta por 116 participantes. A população estudada era predominantemente feminina (65%), e os principais cargos que responderam o instrumento foram os agentes de saúde (37%) e os auxiliares/técnicos de enfermagem (30%). A partir de dados obtidos no site da prefeitura municipal de Campinas, essa amostra corresponde à 35% dos funcionários elegíveis do distrito de saúde Norte (331 funcionários). As parcelas de profissionais que preencheram o instrumento por cargo em relação à totalidade de funcionários foi: 29% dos auxiliares/técnicos de enfermagem; 35,3% dos enfermeiros; 36% dos médicos e 38% dos ACS.

A maior parte dos participantes referiram não ter acompanhado pacientes com hanseníase durante sua vida profissional (66%). Entre os sujeitos que haviam acompanhado, 78% deles teve contato com menos de 5 pacientes sendo que a maior porcentagem (44%)

atenderam apenas 1 paciente no último ano. A maior parte dos sujeitos também nunca havia participado de capacitações sobre a temática hanseníase (72%) e, entre os que participaram, apenas 11 (33%) realizaram a última capacitação promovida pela prefeitura de Campinas em 2016. A tabela 1 fornece as informações sobre as características dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra. Centros de Saúde do Distrito Norte do município de Campinas (n= 116). Campinas 2019.

<i>CARACTERÍSTICAS</i>	<i>CATEGORIAS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Gênero</i>	Feminino	75	35
	Masculino	41	65
<i>Idade</i>	16-24	13	11
	25-30	24	21
	30-40	38	33
	40-50	29	25
	Acima de 50	12	10
<i>Cargo</i>	Agente de saúde	43	37
	Técnico/Aux. Enfermagem	35	30
	Enfermeiro	18	16
	Médico	17	15
	Outros	3	3
<i>Contato pacientes hanseníase</i>	Sim	50	43
	Não	66	57
<i>Número de pacientes no último ano</i>	Nenhum	5	10
	1	22	44
	2-5	12	24
	Mais que 5	11	22
<i>Participação em capacitações</i>	Sim	33	28
	Não	83	72
<i>Participação capacitação prefeitura</i>	Sim	11	33

*Campinas 2016*

Não 22 67

As respostas dos casos clínicos foram divididas conforme os quatro grandes grupos de conhecimento que guiaram a construção do material: quadro clínico, tratamento, reabilitação e vigilância epidemiológica. Também foi possível separar as respostas conforme a categoria profissional.

A tabela 2 apresenta o índice de acertos por categoria profissional para cada grupo de conhecimento do questionário.

Tabela 2. Porcentagem de acertos conforme categoria profissional e áreas do conhecimento sobre hanseníase.

<i>Categoria</i>	<i>Acertos por grupo de conhecimento (%)</i>			
	<i>Clínica</i>	<i>Tratamento</i>	<i>Reabilitação</i>	<i>Vigilância</i>
<i>ACS</i>	34	32	40	52,5
<i>Auxiliar/técnico enfermagem</i>	57	45	44	56
<i>Enfermeiros</i>	65	81	57	77
<i>Médicos</i>	70	57	73	85

Para mensurar o nível de informação dos profissionais, o percentual de questões respondidas de forma correta foi contabilizado e classificado de acordo com a tabela 3. A escala classifica com o nível de conhecimento em: ótimo, muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim.

Tabela 3. Escala de acertos dos profissionais de saúde da atenção básica sobre a temática hanseníase. Campinas, 2019.

<i>Nível de conhecimento</i>	<i>Total de acertos (%)</i>
<i>Ótimo</i>	90-100
<i>Muito bom</i>	80-89
<i>Bom</i>	70-79
<i>Regular</i>	60-69
<i>Ruim</i>	50-59
<i>Muito ruim</i>	Abaixo de 50

Os ACS apresentaram desempenho ruim em relação a vigilância epidemiológica e muito ruim nas demais categorias. Os auxiliares/técnicos de enfermagem obtiveram desempenho ruim nas categorias clínica e vigilância epidemiológica e muito ruim referente a tratamento e reabilitação.

Os enfermeiros obtiveram desempenho de regular a muito bom nas categorias clínica, vigilância epidemiológica e tratamento e desempenho muito ruim na categoria reabilitação. Em relação aos médicos, as respostas corretas variaram de bom a muito bom nas categorias clínica, reabilitação e vigilância epidemiológica e o desempenho menos favorável foi o ruim na categoria tratamento.

Em relação ao quadro clínico da hanseníase as principais respostas podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4. Principais respostas quanto ao quadro clínico da hanseníase. Respostas corretas destacadas em vermelho.

Questões	N	%	ACS	Téc. Enf.	Enf.	Médicos
<b>Onde será que peguei essa doença?</b>			X	X		
Local público com grande número de pessoas	23	28				
Veículos públicos fechados	21	26				
<b>Domicílio</b>	37	46				
<b>Como será que peguei essa doença?</b>			X	X		
Contato com fluidos corporais contaminados.	17	21				
<b>Pelo ar.</b>	44	54				
Bebendo no copo ou utilizando o mesmo talher.	5	6				
Através de contato físico como abraço ou aperto de mão.	15	19				
<b>Assinale a alternativa que não condiz com as etapas da avaliação neurológica do paciente com hanseníase?</b>					X	X
Teste sensibilidade	1	3				
Palpação de nervos	4	11				
Inspeção	14	40				
<b>Exame dos reflexos neurológicos</b>	16	46				
<b>Com base na lesão observada, qual dos seguintes testes é o que se altera mais precocemente? Apresentadas imagens dos testes. **</b>					X	X
<b>Teste sensibilidade térmica</b>	16	46				
Teste sensibilidade tátil	17	49				
Teste sensibilidade dolorosa	2	6				
<b>Vantagem do estesiômetro em relação ao uso de algodão e tubo quente/frio: Apresentadas imagens dos objetos **</b>					X	X
Permitir uso mais prolongado do instrumento sem causar dor ou incômodo ao paciente.	14	40				
Facilidade de obtenção e baixo custo	4	11				
<b>Possibilidade de quantificar grau perda sensitiva</b>	16	46				
Permitir um número infinito de calibrações	1	3				

Apenas 46% dos profissionais reconhecem o contato domiciliar íntimo e prolongado como sendo a principal forma de transmissão da doença. Embora 54% reconheça que o agente etiológico seja transmitido pelo ar, 21% acreditam que seja transmitido por fluidos corporais contaminados e 19% por meio do contato físico como abraço ou aperto de mão. A maioria dos

profissionais reconhecem as principais alterações clínicas que levam à suspeita do diagnóstico da doença: lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade (94%), espessamento neural com alteração de sensibilidade e/ou motora e/ou autonômica (100%) e baciloscopia de esfregaço intradérmico positiva (77%) (dados não descritos na tabela 1). Entretanto, pertinente aos testes diagnósticos, a população estudada não reconhece que a sensibilidade térmica seja a mais precoce a se alterar, sendo que 49% escolheram o teste da sensibilidade tátil (realizado com algodão) como a resposta correta a partir de ilustrações obtidas de material de capacitação do Ministério da Saúde. Além disso, apenas 46% conheciam a função do estesiômetro como instrumento de gradação da perda sensitiva.

Em relação ao diagnóstico das formas clínicas, a maioria dos profissionais soube reconhecer nos casos clínicos o diagnóstico da hanseníase em suas duas apresentações polares (forma tuberculóide e virchowiana), bem como compreender a imunologia da hanseníase virchowiana, seu potencial de multiplicação bacilar e gravidade clínica, e reconhecer o grau de incapacidade conforme classificação do Ministério da Saúde (dados não descritos na tabela 1).

As principais respostas em relação ao tratamento da hanseníase estão dispostas na tabela 5.



Tabela 5. Principais respostas em relação ao tratamento da hanseníase. Respostas corretas destacadas em vermelho.

Questões	N	%	ACS	Téc.Erf	Erf.	Médicos
<b>No exame dermatoneurológico, evidenciou-se diminuição da sensibilidade na lesão e espessamento do nervo ulnar à esquerda. Como proceder?</b>						X
Iniciar o tratamento sem solicitar baciloscopia	1	6				
Solicitar baciloscopia e histopatologia e iniciar o tratamento, independentemente dos resultados destes exames.	6	35				
<b>Iniciar o tratamento após receber o resultado da baciloscopia</b>	10	59				
<b>Qual a conduta correta diante desse caso? (Imagem compatível com reação hansênica em paciente com forma tuberculóide)</b>						X
Suspender PQT-PB e iniciar simultaneamente o tratamento anti-reacional e a PQT-MB	1	6				
Interromper a PQT-PB e iniciar tratamento anti-reacional	2	12				
<b>Manter a PQT-PB e iniciar tratamento anti-reacional</b>	8	47				
Solicitar exames baciloscópico e histopatológico e aguardar	4	24				
Suspender a PQT-PB e iniciar a PQT-MB	2	12				
<b>Paciente gostaria de saber o porquê das lesões que apresenta. Ele está com medo de que o tratamento não esteja fazendo efeito. O que você diria para ele? (Imagem compatível com reação hansênica em paciente com forma tuberculóide)</b>			X	X	X	
Suspender o tratamento pois ele não deve estar fazendo efeito.	17	17				
Tranquilizar o paciente que faz parte da evolução da doença e que não precisa procurar atendimento médico	34	34				
<b>Pode corresponder a reação hansênica</b>	48	48				
<b>Paciente iniciou o tratamento específico para hanseníase mas na consulta para a 4 dose supervisionada relatou que sua urina estava avermelhada. Essa alteração se deve à qual medicação?</b>					X	X
<b>Rifampicina</b>	13	37				
Dapsona	16	46				
Clofazimina	6	17				
Talidomida	0	0				
<b>Diante de um paciente com reação hansênica do tipo 2 que apresenta neurite, qual a melhor conduta? (Poderia responder a mais de uma alternativa)</b>						X
<b>Imobilizar a região correspondente ao nervo afetado para evitar piora da função neural</b>	3	-				
<b>Prescrever talidomida 100 a 400mg/dia</b>	9	-				
<b>Prescrever corticoide oral 1mg/kg de peso.</b>	9	-				
Suspender o tratamento com PQT	9	-				
	0					

Em relação ao tratamento da hanseníase, 63% dos participantes reconhecem o esquema PQT-PB (6 doses em até 12 meses) para forma tuberculóide e 91% reconhecem o esquema PQT-MB (12 doses em até 18 meses) para forma virchowiana. Entretanto, 46% dos participantes atribuíram à medicação dapsona o efeito colateral relatado – pigmentação avermelhada da urina - e apenas 37% reconheceram a medicação correta causadora (rifampicina). Além disso, 30% dos médicos responderam que suspenderiam a PQT no caso de reação hansênica tipo 1.

Considerando apenas os profissionais de nível técnico (ACS e técnicos de enfermagem), apenas 46% identificaram o quadro de reação hansênica no paciente hipotético;

34 % escolheram tranquilizar o paciente e dar a recomendação de não procurar atendimento médico (dados não apresentados na tabela 4).

Sobre a vigilância epidemiológica na hanseníase, todas as categorias profissionais identificaram que a internação compulsória não faz mais parte das medidas de controle da hanseníase, assim como foi unânime o reconhecimento das demais estratégias preconizadas: exame de contactantes, campanhas educativas, diagnóstico precoce e tratamento adequado de pacientes. Cinquenta e sete por cento dos participantes indicaram corretamente a avaliação de contatos domiciliares dos últimos 5 anos do paciente diagnosticado como parte da ação de vigilância epidemiológica e 52% reconheceram o diagnóstico em menores de 15 anos como indicador de transmissão ativa da doença, conforme indicado no gráfico 2.

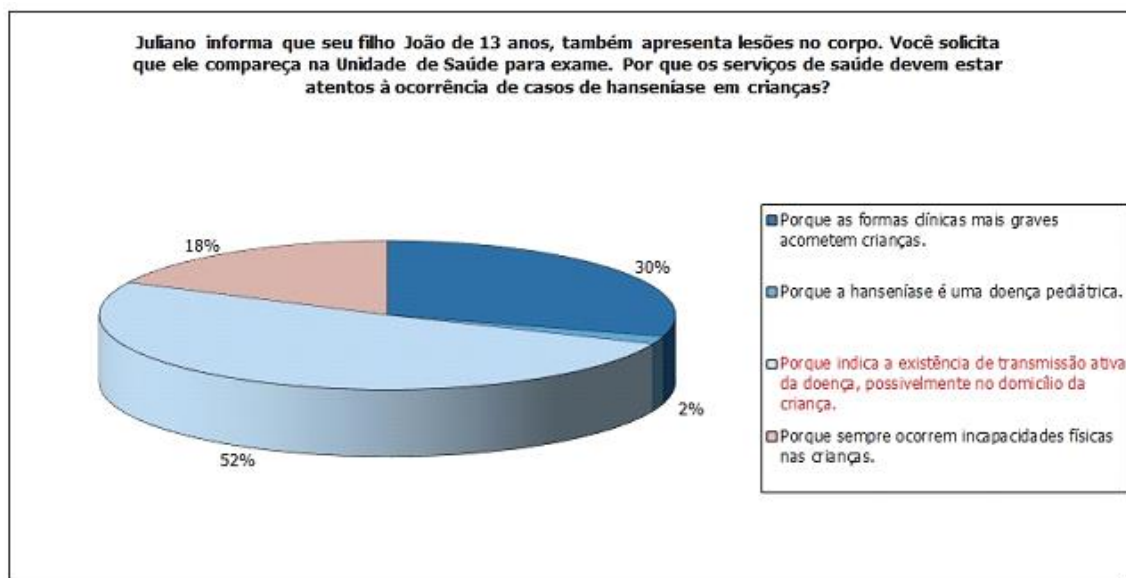


Gráfico 2. Respostas sobre a importância do diagnóstico da hanseníase na população infantil. Resposta correta destacada em vermelho.

Sobre a reabilitação em hanseníase e prevenção de incapacidades, não houve consenso entre os participantes sobre os cuidados preconizados com olhos e nariz (gráfico 3); apenas 1/3 dos participantes selecionou a recomendação correta “Observar as pálpebras, verificar se há cílios invertidos; se houver, deve-se retirar com uma pinça”. Em relação aos cuidados com os pés, 72% dos profissionais reconheceu a principal recomendação de uso de palmilhas e orientações de cuidados domiciliares.

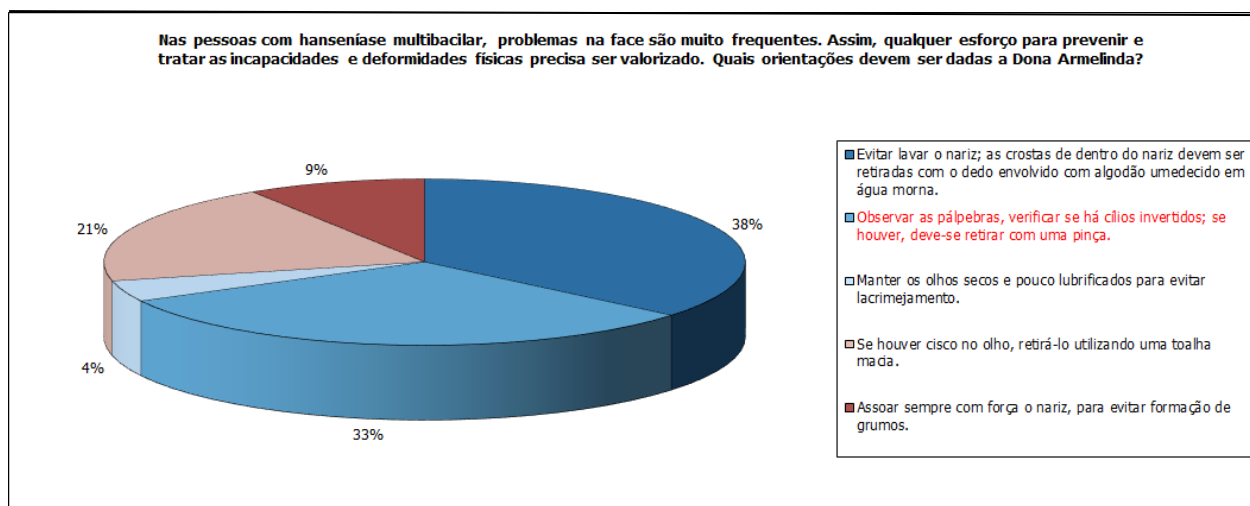


Gráfico 3. Principais respostas sobre os cuidados com os olhos e nariz no paciente com hanseníase. Resposta correta destacada em vermelho.

Sobre a avaliação geral do conteúdo do material, 97% dos participantes referiram ter aprendido sobre hanseníase e 94% afirmaram que voltariam a ler mais sobre assunto. Quando questionados acerca da predileção pelo métodos utilizado na capacitação, 38% respondeu ter predileção por metodologia online, 28% por aulas presenciais e 34% não notou diferença.

## 5. DISCUSSÃO

### 6.1. Instrumento e metodologia

No Brasil, historicamente, o enfrentamento da hanseníase como problema de saúde pública era realizado por unidades estatais especializadas, em um modelo vertical que priorizava a ação de especialistas (dermatologistas e hansenólogos) e contava fortemente com a ação das instituições ligadas a igrejas e fundações filantrópicas. O modelo de assistência à saúde era basicamente voltado para a doença e com caráter curativista. (6, 18, 37)

Com a implementação do SUS e os princípios de universalização da atenção básica, equidade e integralidade, houve a descentralização do cuidado às pessoas com hanseníase a partir de 1991, quando as ações de controle da doença passaram por um processo de mudanças. O novo modelo de Vigilância em Saúde, mais abrangente e preocupado com os determinantes sociais das doenças, também resultou em impactos na atenção à saúde para a hanseníase.(6, 37)

A partir disso, houve uma nova abordagem no Brasil para as ações do Programa de Eliminação da Hanseníase, baseando-se em três fundamentos principais:

- a) Descentralização do tratamento com qualidade;
- b) Desenvolvimento de um amplo programa de treinamento de profissionais de saúde na efetivação do diagnóstico e do tratamento dos casos;
- c) Apresentação de uma nova imagem da doença por meio da divulgação de material informativo à comunidade.

Adicionalmente, a Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) reforçou a hanseníase como prioritária na atenção primária à saúde, reforçando a horizontalização do programa de eliminação da doença no Brasil. (37)

Segundo Moreira et al. <sup>(31)</sup> algumas estratégias são fundamentais no processo de integração dos programas de hanseníase na atenção básica:

“Que o currículo das faculdades de medicina, enfermagem e de outras profissões relacionadas à saúde, inclua, com ênfase, os aspectos clínicos da enfermidade, visando o diagnóstico de suspeitos e confirmação de caso dos portadores de hanseníase;

Que os profissionais de saúde que trabalham em base local/regional sejam continuamente treinados nos diversos aspectos (epidemiológicos, clínicos, de tratamento e notificação) relativos à hanseníase.”

Nesse sentido, foram desenvolvidas, ao longo dos anos, estratégias de educação continuada em hanseníase voltadas aos profissionais da atenção básica, como é o caso de alguns cursos sobre a doença disponibilizados para as equipes de saúde da família através de plataformas digitais do Ministério da Saúde. Entretanto, ainda há questionamentos sobre o distanciamento desse tipo de metodologia de seu público-alvo, ressaltando-se a necessidade de atividades mais íntimas, dentro das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atinjam todos os profissionais e discutam experiências vivenciadas pela própria equipe<sup>(39)</sup>. O presente trabalho se destaca nesse aspecto, pois permite a análise, tanto pontual quanto geral, do conhecimento sobre hanseníase nas UBS e pode servir para o desenvolvimento direcionado de estratégias para cobrir deficiências específicas de cada unidade de saúde.

O que se observa no Brasil atualmente é um cenário de melhorias contínuas dos indicadores epidemiológicos de controle da hanseníase, embora as disparidades regionais se mostrem como uma das responsáveis pela manutenção da circulação da doença no país.<sup>(40)</sup> A grande extensão territorial e as desigualdades socioeconômicas entre as regiões têm sido apontadas como os principais fatores dessa discrepância, onde as regiões mais pobres são as mais endêmicas e regiões de menor prevalência, em contraponto, apresentam maiores índices de incapacidade física ao diagnóstico, evidenciando a falha na detecção precoce.<sup>(40)</sup>

Dessa forma, aspecto importante a ser discutido e que motivou a realização deste estudo é a possibilidade de que a redução dos casos da doença em muitas regiões do país possa resultar em dificuldades de manter o interesse dos profissionais em atualizar-se sobre um problema de saúde menos prevalente. Segundo Alves <sup>(41)</sup>, considerando que a hanseníase apresenta uma variedade de manifestações clínicas e complicações, somada à possibilidade de profissionais de saúde tratarem menos de 1 caso por ano em regiões de menor prevalência, a perda de interesse e expertise neste assunto é um risco real. Isso pode resultar em atraso no diagnóstico, aumento de prevalência oculta e inadequações terapêuticas. Com a redução da prevalência da doença, os profissionais de saúde deverão se manter conscientes da situação da hanseníase como problema de saúde pública, de modo a continuar identificando precocemente e tratando adequadamente os casos esporádicos, numa situação em que haverá grandes limitações para os treinamentos práticos devido ao declínio no número de pacientes.<sup>(42-44)</sup>

Tais considerações reforçam a importância deste estudo ao criar um material de treinamento baseado em casos clínicos que também permite identificar as principais deficiências dos profissionais em relação a doença. Embora Campinas apresente prevalência considerada baixa, é uma cidade com destaque no fluxo migratório dentro do estado de São Paulo, em especial a partir das regiões norte e nordeste do país, constituindo pólo tecnológico, educacional e de movimentação econômica. O papel chave da cidade também se deve à presença de grandes universidades e centros de pesquisa, que são uma possibilidade de apoio ao contínuo melhoramento dos processos de educação continuada.

Estudo de Souza et al (33), realizado com médicos e enfermeiros de equipes de ESF em Pernambuco, avaliou a opinião destes profissionais acerca do treinamento sobre hanseníase realizado pela Secretaria de Saúde do Estado. Segundo o autor, os profissionais atestaram uma baixa autoeficácia do treinamento. Os resultados negativos foram referentes à baixa assimilação e retenção de conhecimentos, seja por ausência de ensino prático, pelo uso de conteúdo amplo em pouco tempo, por explanação sucinta de conteúdos básicos para lograr as competências exigidas e também devido à heterogeneidade dos treinados. O autor conclui que, para a melhoria no desempenho de um treinamento em hanseníase, deve-se considerar as competências e as responsabilidades de cada categoria profissional, a problematização do trabalho a partir da integração teoria-prática, a capacitação de outros integrantes da equipe, como os ACS, e a monitorização das ações com base também em indicadores dos efeitos do treinamento.

Oliveira et al (39) também desenvolveu estudo que buscou analisar o nível de informações sobre hanseníase entre profissionais da atenção básica (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), contando com a participação de 27 profissionais que responderam a 11 questões estruturadas. O estudo categorizou os achados em conhecimentos gerais, diagnóstico e tratamento da hanseníase e demonstrou que nenhuma das categorias profissionais obteve o máximo de acertos, sendo os técnicos de enfermagem os que apresentaram o maior percentual de erros.

Considerando os aspectos apontados, o presente estudo optou por preparar o material didático baseado nas atribuições dos vários profissionais da atenção básica que lidam com o paciente com hanseníase, já normatizadas pelo Ministério da Saúde <sup>26</sup>, conforme tabela a seguir:

Tabela 6. Normatização das atribuições dos profissionais da saúde da atenção básica no cuidado a hanseníase de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Atribuições	Médico	Enfermeiro	Aux. Enf.	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	x	x	x	x
Planejar ações de assistência e controle do paciente/ contato	x	x	x	x
Programar atividades segundo normas vigentes	x	x	x	x
Prever material necessário p/ prestação do cuidado	x	x	x	x
Promover mobilização social, em parceria com agentes de comunicação, lideranças comunitárias, organizações governamentais e não-governamentais na comunidade	x	x	x	x
Executar ações de educação em saúde	x	x	x	x
Avaliar estado de saúde do indivíduo	x	x	x	x
Identificar as doenças transmissíveis e não-transmissíveis prevalentes na sua região	x	x	x	x
Realizar medidas de controle de contatos	x	x	x	x
Realizar busca ativa de casos	x	x	x	x
Realizar visitas domiciliares	x	x	x	x
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes de hanseníase	x	x	x	x
Identificar as incapacidades físicas (grau de incapacidade)	x	x	x	
Aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas	x	x	x	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica (simplificada)	x	x		
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta	x			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para confirmação diagnóstica	x	x		
Dispensar medicamentos		x	x	
Realizar busca de faltosos e contatos	x	x	x	
Fazer supervisão de medicamentos, em domicílio	x	x	x	x
Realizar e avaliar as atividades de controle das doenças	x	x	x	
Estabelecer referência e contra-referência para atendimento em outras unidades de saúde	x	x		
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		x		
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	x	x	x	

Além disso, o material de capacitação foi construído a partir da problematização de casos clínicos, o que torna a narrativa e o processo de aprendizagem mais próximos à realidade dos profissionais avaliados.

Quanto ao uso da metodologia online, não houve preferência entre o método presencial e o uso de plataformas digitais. O principal ponto positivo de um formato online de ensino é o baixo custo de realização e aplicação. Além disso, permite ao profissional tempo

amplo para a sua realização e consulta do material explicativo. Como o material permite a identificação das deficiências específicas da equipe, é possível complementar esse tipo de metodologia em um segundo momento com uma abordagem presencial e mais intimista, economizando tempo e recursos. Apesar dessas vantagens, ainda houve uma baixa adesão entre os profissionais (cerca de 1/3 respondeu o questionário), a despeito da intensa divulgação por parte das coordenações das UBS, do distrito norte e da pesquisadora. O convite foi realizado de maneira presencial pela pesquisadora em reuniões de equipe e online por meio de material audiovisual. Duas hipóteses podem justificar esse comportamento: a) por se tratar de uma pesquisa, os funcionários não se sentiram suficientemente estimulados a participar; b) dificuldade de acesso à rede de internet. Este ponto, deve ser avaliado e melhorado para possíveis próximas ações de capacitação relacionadas a temática.

## **6.2. Desempenho dos profissionais de saúde**

Em relação às respostas dos casos clínicos e suas categorizações, foi possível levantar observações importantes. Uma das principais é o desconhecimento dos profissionais em relação a etiologia e transmissão da doença, evidenciando respostas como transmissão por fômites, líquidos corporais e contato físico, além de transmissão em locais públicos e de circulação de pessoas. Estudo desenvolvido por Maia (45) também demonstrou deficiências referentes a temáticas-chave no manejo da doença. Foi avaliado o conhecimento de profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) em dois municípios de Minas Gerais acerca da doença e evidenciou que 36% dos participantes acreditavam que a doença era transmitida por contato com sangue; 7,8% através de relação sexual e 17% desconheciam a forma de transmissão. Além disso, o estudo demonstrou que 47% dos profissionais avaliados acreditam não haver cura para a doença. Tais resultados reforçam pontos cruciais a serem melhorados no processo de educação continuada, de forma a garantir a melhora do cuidado aos pacientes e principalmente o fim do estigma relacionado à hanseníase.

Outro destaque é o fato da maioria dos profissionais de nível técnico (ACS e técnicos de enfermagem) não terem identificado o quadro reacional como sendo uma possível emergência, por seu potencial de sequela neurológica permanente, e, dessa forma, não orientarem corretamente o paciente quanto ao agendamento de consulta médica. Esses profissionais formam a linha de frente no acesso do paciente ao sistema básico de saúde, sendo agentes fundamentais no processo de cuidado, segundo as competências do Ministério da Saúde.



Entre os profissionais de ensino superior (médicos e enfermeiros), a maioria demonstrou não saber que a sensibilidade térmica é a que se altera mais precocemente. Isso pode dificultar o diagnóstico precoce da doença, visto que a perda da sensibilidade cutânea segue a seguinte sequência: térmica, dolorosa e, por fim, tátil. Da mesma forma, a maioria desses profissionais não reconheceu o estesiômetro como instrumento de mensuração objetiva da perda neurológica. A estesiometria é um procedimento simples, que pode ser realizado no ambiente ambulatorial e tem função importante na orientação terapêutica das reações hansênicas e prevenção de incapacidades físicas permanentes.

Em relação ao tratamento da hanseníase, 30% dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) interromperiam a PQT na vigência de reação hansênica, mostrando desconhecimento no manejo da terapêutica reacional. Os profissionais também desconhecem os efeitos colaterais mais importantes das medicações padrão utilizadas no esquema PQT. No caso em questão, o avermelhamento da urina é causado pela rifampicina, droga também utilizada no tratamento da tuberculose e cujas orientações estão em diversos manuais do Ministério da Saúde. Outros eventos adversos das medicações ainda mais importantes de serem identificados, devido à sua morbimortalidade, são a anemia hemolítica pela dapsona, a síndrome da sulfona e a síndrome pseudogripal pela rifampicina. Todas essas informações estão disponíveis nos manuais de manejo da hanseníase do Ministério da Saúde, assim como os esquemas substitutivos.

Em relação aos cuidados de reabilitação, entre todas as categorias profissionais, não houve maioria de acertos em relação aos cuidados preconizados com as alterações neurológicas em face (cuidados com nariz e olhos), outro pilar importante da prevenção de incapacidades permanentes e aspectos-chave na qualidade de vida do paciente com hanseníase.

A vigilância epidemiológica mostrou-se a categoria com maior domínio entre todos os profissionais participantes do estudo, o que reforça positivamente as orientações do Ministério da Saúde em relação ao papel da Atenção Básica na promoção de saúde.

Em relação aos acertos por categoria profissional, foi possível levantar algumas dificuldades apresentadas pelos diferentes grupos de participantes. Nenhuma categoria profissional obteve o máximo de acertos, o que também foi observado em outros estudos nacionais. Os profissionais de nível técnico e médio apresentaram desempenho muito ruim na maioria das categorias avaliadas, demonstrando conhecimento muito superficial em relação a

temática apresentada neste estudo. Um ponto a ser levantado para discussão, é que existe grande disparidade de tempo de formação e de conteúdo programático entre os cursos de graduação e os cursos técnicos, o que deve ser revisto e qualificado por meio da educação continuada em saúde. Outro questionamento é se os treinamentos atualmente oferecidos priorizam estes profissionais e se contemplam de forma personalizada as competências exigidas para os mesmos. Os enfermeiros apresentaram desempenho ruim na categoria reabilitação que é um dos pilares da atuação destes profissionais nos cuidados ao paciente com hanseníase. O manejo de feridas/curativos e outras incapacidades é realizado principalmente por este profissional.

Em relação aos médicos, pode-se observar um desempenho global considerado bom e uma preocupação em relação a categoria tratamento considerada ruim. Na análise individual das questões, pode-se observar que este resultado deu-se principalmente à custa de erros em relação a terapêuticas das reações hansênicas. Embora seja atribuição da atenção terciária o manejo das reações complicadas, a terapêutica inicial das reações hansênicas deve ser realizado pelos profissionais da atenção básica, de forma a evitar as incapacidades permanentes.

Dessa forma, o estudo buscou o aperfeiçoamento do cuidado integral ao paciente com hanseníase, desde ações no âmbito individual até de saúde coletiva e promoção/ prevenção em saúde. O formato do instrumento utilizado traz a possibilidade de aplicação nos demais distritos de saúde de Campinas e elaboração de estratégias para suprir as deficiências locais, de acordo com os profissionais atuantes na Atenção Básica.

## 6. CONCLUSÃO

O controle da hanseníase em nosso país é, sem dúvidas, um desafio que vai além das melhorias de indicadores epidemiológicos e mostra-se como uma situação de abordagem complexa que envolve crenças populares, desinformação e disparidade socioeconômica. O histórico de enfrentamento desta doença como problema de saúde pública mistura-se a própria construção e evolução do sistema único de saúde e suas diretrizes.

Neste estudo, foi realizada a elaboração e aplicação de questionário sobre a hanseníase, com proposta de ação como material de capacitação, aos profissionais de saúde da atenção básica em região de baixa endemicidade (Distrito regional de saúde Norte), município de Campinas.

Permitiu avaliar o conhecimento destes profissionais e levantar deficiências específicas de cada categoria de acordo com suas atribuições. Os profissionais de nível técnico/médio (ACS e técnico/auxiliares de enfermagem) apresentaram desempenho geral considerado insatisfatório (muito ruim); já os enfermeiros e médicos apresentaram desempenho geral bom, com desempenho ruim em categorias específicas (reabilitação e tratamento, respectivamente). Isto possibilita a criação de focos prioritários de educação em saúde em futuras capacitações. Também, na amostra avaliada, não houve predileção pelo método tradicional de capacitação presencial, o que reforça a importância do instrumento de ensino online que possui vantagens quanto ao custo de elaboração e aplicação, comodidade e possibilidade de acesso ao material para estudo contínuo por parte dos profissionais.

Por fim, destaca-se que o método de capacitação proposto por este estudo, constituído por material online e que permite a avaliação por grupo de temas prioritários e categorias profissionais da atenção básica, não foi encontrado em estudos nacionais prévios, evidenciando caráter inédito na construção de estratégias de ensino e possibilidades de ações em saúde sobre a hanseníase.

Espera-se que este estudo contribua para a elaboração e qualificação de novas capacitações no município de Campinas, incluindo os outros distritos de saúde, e atue positivamente nas estratégias de enfrentamento da hanseníase e melhorias no cuidado aos pacientes no município.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DR A, Azulay RD. HANSENIASE. Dermatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 223-33.
2. Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW-D-R. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. An Bras Dermatol [Internet]. 2008; 83(39-43).
3. Edit L. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil eo Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Saude Soc. 2004;13:76-88.
4. Faria L, de Castro Santos LA. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2015;22(4):1491-5.
5. Velloso AP, Andrade V. Hanseníase: curar para eliminar. Hanseníase: curar para eliminar2002.
6. VIEIRA CSdCA, SOARES MT, RIBEIRO CTSX, SILVA LFGd. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. Rev bras enferm [Internet]. 2008; 61:[682-8 pp.].
7. Lastória J, Morgado de Abreu M. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos-Parte I. An Bras Dermatol. 2014;89:205-19.
8. Congreso Internacional de Leprologia, Madrid. Memoria. Asociacion Internacional de la Lepra; 1953.
9. Ridley D, Jopling W. A classification of leprosy for research purposes. Leprosy review. 1962;33(2):119-28.
10. Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. Medicina (Ribeirao Preto Online). 1997;30(3):325-34.
11. Agrawal A, Pandit L, Dalal M, Shetty J. Neurological manifestations of Hansen's disease and their management. Clinical neurology and neurosurgery. 2005;107(6):445-54.
12. Ministério da Saúde. Caderno de prevenção e reabilitação em hanseníase. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 140.
13. Silva FRFd, Costa ALRCd, Araújo LFSd, Bellato R. Nursing care for chronic Hansen s disease. Texto & Contexto-Enfermagem. 2009;18(2):290-7.
14. Gallo MEN, Sampaio E, Nery J, Moraes M, Antunes S, Pessolani M, et al. Hanseníase: aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos. Coura JR Dinâmicas das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 2005;2:1383-92.
15. Ministério da Saúde. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Mundial da Saúde Genebra; 2016.
16. Ministério da Saúde.Boletim epidemiologico: Hanseniase, 2018 [Internet]. 2018.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Diário Oficial da União. 2010.
18. Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores 2010.
19. Ministerio da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/01. SDA À Saúde: Ministério da Saúde. 2001.
20. Ministério da Saúde. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos: Brasil. Ministerio da Saude; 2001.
21. Ministerio da Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Ministério da Saúde Brasília; 2006.
22. Secretária Municipal de Saúde de Campinas. Plano municipal de saúde 2018 a 2021. 2017.
23. Secretária Municipal de Saúde de Campinas. Plano municipal de saúde 2010 a 2013. 2012.
24. Prefeitura Municipal de Campinas. Centros de Saúde. [Available from: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/centros-de-saude/>].

25. MLC M. Relatório do 3º quadrimestre - 2016: monitoramento. São Paulo: Programa Estadual de Controle da Hanseníase, Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE; 2017.
26. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Ministério da Saúde Brasília; 2016.
27. Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMdV. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Educação em saúde: no contexto da promoção humana 2003.
28. Paixão MP. Modelo de educação a distância em hanseníase voltado para rede de detecção de casos e diagnóstico: Universidade de São Paulo; 2008.
29. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of e-learning in medical education. *Academic medicine*. 2006;81(3):207-12.
30. Moreno CMdC. Avaliação do impacto do treinamento de clínica em hanseníase e sua contribuição para o aumento da detecção da doença no Estado do Rio Grande do Norte [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
31. Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansenol Int*. 2002;27(2):70-6.
32. da Costa Moreno CM, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008;61:671-5.
33. de Souza ALA, de Oliveira Feliciano KV, de Medeiros Mendes MF. A visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre os efeitos do treinamento de hanseníase. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(4):610-8.
34. Al-Qubati Y, Al-Kubati AS. Dermatologists combat leprosy in Yemen. *International journal of dermatology*. 1997;36(12):920-2.
35. Huan-Ying L, Shun-Peng R, Rong-De Y. Leprosy control in a prefecture of Yunnan Province in the Peoples' Republic of China, using intensive health education of the public and primary health care workers for the detection of cases, 1998-1999. *Leprosy review*. 2002;73(1):84.
36. Rao P, Rao S, Vijayakrishnan B, Chaudhary A, Peril S, Reddy BP, et al. Knowledge, attitude and practices about leprosy among medical officers of Hyderabad urban district of Andhra Pradesh. *Indian journal of leprosy*. 2007;79(1):27-43.
37. Vieira NF. Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim [Dissertação]: Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
38. Ministério da Saúde. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2002.
39. Oliveira SB, Ribeiro MDA, Silva JCA, Silva LN. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE HANSENÍASE DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2018;18(3).
40. Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveira SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e42.
41. Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo MG. Teaching of leprosy: current challenges. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2014;89(3):454-9.
42. Groenen G, Alldred N, Nash J. Comment: training in leprosy: the training needs for Africa, and the role of large training institutions. *Leprosy review*. 1996;67(2):148-50.
43. Warndorff D, Warndorff J. Leprosy control in Zimbabwe: from a vertical to a horizontal programme. *Leprosy review*. 1990;61(2):183-7.
44. McDougall AC. Training in leprosy: does the current strategy need revision? 1995.
45. Maia MAC, Alves A, Oliveira Rd, Barbosa LM. Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. *Hansenol Int*. 2000;25(1):26-30.

## ANEXOS

### Anexo I – Material de divulgação (convite para participação).

# CONVITE PARA PESQUISA

## “Ensino em saúde e conhecimento sobre hanseníase entre os profissionais de saúde da Atenção Básica”

O estudo corresponde a um questionário sobre a temática hanseníase a ser enviado por email aos profissionais de saúde dos centros de saúde do município de Campinas. Faz parte do projeto de pesquisa da médica Letícia Botigeli Baldim, aluna de pós-graduação e residente em dermatologia do Hospital das Clínicas da Unicamp.

### Quem é convidado a participar?

- Agentes de saúde
- Auxiliar/técnicos de enfermagem
- Enfermeiros
- Médicos

### Como funciona?

- Envio por e-mail e realização totalmente online.
- Pode ser respondido por: celular, tablet, computador.
- Tempo médio de resposta 30 minutos.
- Participação anônima e voluntária.
- Aos interessados, poderá ser fornecido certificado de participação.



### CONTATO

Ramal Amb Dermatologia Unicamp – 3521-1776 seg-sexta das 8h as 16h

Letícia Botigeli Baldim  
leticiabbaldim@gmail.com  
(19) 99668-8821

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Fernandes Eloy da Costa França  
Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa UNICAMP (CAAE 02664418.9.0000.5404)



## Anexo II – Instrumento de pesquisa



Ensino em saúde e conhecimento sobre Hanseníase entre os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa cujo objetivo principal é desenvolver ações de Educação em Saúde com profissionais de saúde da atenção básica (centros de saúde) do município de Campinas, São Paulo, enfatizando a temática Hanseníase.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

### Justificativa e objetivos:

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Persiste como problema de saúde pública no Brasil visto não ter sido atingida a meta de eliminação determinada pela Organização Mundial de Saúde. Afeta, principalmente, a pele e os nervos periféricos. É fundamental que o diagnóstico e a instituição do tratamento sejam precoces a fim de impedir as sequelas e incapacidades físicas que tanto repercutem na vida social e laboral do indivíduo e que são responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença.

Os dados obtidos nesta pesquisa têm por objetivos:

1. Aprimorar e qualificar o atendimento ao paciente com hanseníase no âmbito da atenção básica capacitando os profissionais de saúde envolvidos;
2. Avaliar, de forma anônima, o conhecimento e a prática dos profissionais da atenção primária de saúde quanto ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção de incapacidades na hanseníase.
3. Avaliar a opinião dos profissionais sobre os métodos de ensino empregados.

**Desconfortos e riscos:**

O presente estudo não oferece riscos previsíveis em âmbitos pessoal ou profissional. Todo o processo de coleta e análise dos dados é realizado de forma anônima pelo programa.

Se você não quiser participar ou interromper o questionário, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Benefícios:**

Os benefícios em sua participação neste trabalho se dão no âmbito pessoal na aquisição de conhecimentos e, coletivamente, no retorno social no que tange a possibilidade de desenvolvimento de ações em saúde sobre Hanseníase.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Sua participação se restringirá a responder o questionário e o mesmo será avaliado de forma ANÔNIMA pelo programa.

**Ressarcimento e Indenização:**

A realização deste estudo não prevê nenhum tipo de gasto ou ônus ao participante, sendo desta forma isento de qualquer forma de ressarcimento ou indenização.

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

**Contato:**

Pesquisadora: Letícia Botigeli Baldim – [leticiabbaldim@gmail.com](mailto:leticiabbaldim@gmail.com)

Orientadora: Prof. Dra. Andréa Fernandes Eloy da Costa França

Endereço Profissional: Ambulatório Dermatologia- Hospital de Clínicas da Unicamp

R. Vital Brasil, 251 - Cidade Universitária, Campinas - SP, 13083-888

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP -Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

1. Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa e seus objetivos, aceita participar?

☐ Sim ☐ Não



# Características dos profissionais

## 2.Sexo

Masculino

Feminino

### 3. Faixa etária

16-24 anos

25-30 anos

30-40 anos

40-50 anos

> 50 anos

### 4. Cargo

### 5. Você já teve contato profissional com pacientes com Hanseníase?

Sim

Não

### 6. Quantos pacientes com Hanseníase você acompanhou, em média, no último ano?

☐ nenhum

☐ um

☐ de 2 a 5 pacientes

☐ mais que 5 pacientes

### 7. Você já participou de capacitações em Hanseníase?

Sim

Não

### 8- Participou da capacitação em Hanseníase realizada pela Secretaria Municipal de Saúde no dia 01/09/2016?

Sim

Não

# Caso clínico 1

Severino, 35 anos, pedreiro, casado, natural de Itabaiana/SE. Tem 3 filhos (João 12 anos, José 8 anos, Francisca 5 anos) que residem com o casal. Há 4 meses, Severino notou uma lesão no braço esquerdo e decidiu procurar auxílio na UBS pois apresentava dormência no local.



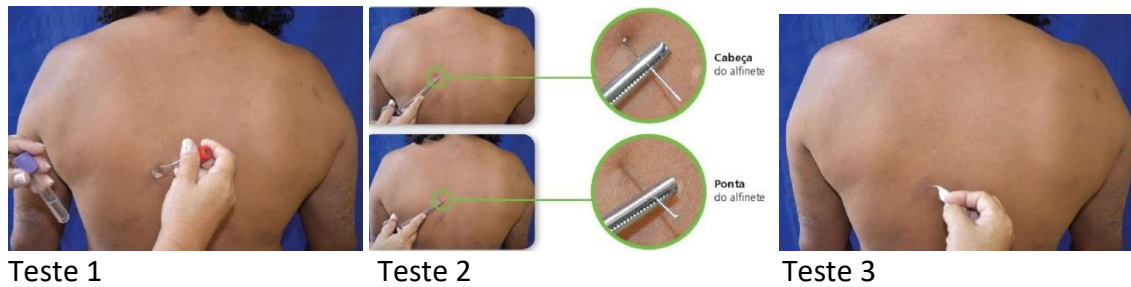
**9. Assinale a alternativa que NÃO condiz com as etapas da avaliação neurológica para o diagnóstico desse caso:**

(Enfermeiro e médico)

- ☐ Teste de sensibilidade
- ☐ Palpação dos nervos
- ☐ Inspeção
- ☐ Exame dos reflexos neurológicos

**10. Com base na lesão observada, qual dos seguintes testes é o que se altera mais precocemente ?**

(Enfermeiro e médico)



**11. Diante de quais alterações no exame do paciente o diagnóstico de Hanseníase poderia ser considerado? (Você pode responder mais de uma alternativa):**  
(Enfermeiro e médico)

- ☐ Lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade
- ☐ Espessamento neural com alteração de sensibilidade e/ou motora e/ou autonômica
- ☐ Baciloscopia de esfregaço intradérmico positiva

**12. No exame dermatoneurológico, evidenciou-se diminuição da sensibilidade na lesão e espessamento do nervo ulnar à esquerda. Como proceder?**  
(Médico)

- ☐ Iniciar o tratamento sem solicitar baciloscopia
- ☐ Solicitar baciloscopia e histopatologia e iniciar o tratamento, independentemente dos resultados destes exames.
- ☐ Iniciar o tratamento após receber o resultado da baciloscopia

**13. Necessário realizar a notificação do caso. Na ficha do Sinan (Sistema de Informação em Agravos de Notificação) há uma variável chamada “forma clínica”. Qual a forma clínica do paciente descrito?**  
(Enfermeiro e médico)

- ☐ Hanseníase Tuberculóide
- ☐ Hanseníase Dimorfa
- ☐ Hanseníase Virchowiana
- ☐ Reação hansênica

#### 14. Discussão



Analisando a queixa e o aspecto da lesão, associando-os ao fato de Severino ser procedente de uma área hiperendêmica para hanseníase, deve-se suspeitar da doença e realizar um exame clínico dermatoneurológico completo.

Define-se um caso de hanseníase como a pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características:

- lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- acometimento de nervo(s) com espessamento neural;
- baciloscopia positiva.

Vários materiais podem ser utilizados para o teste da sensibilidade:

- para avaliar a sensibilidade ao calor (térmica) - usar um tubo com água quente e fria;
- para sensibilidade a dor (dolorosa)- usar a cabeça de um alfinete e
- para a sensibilidade ao tato (tátil) - um chumaço de algodão.

→ Porém a sensibilidade **TÉRMICA** é a mais precocemente alterada.

Importante salientar que **o diagnóstico de hanseníase é CLÍNICO**. Quando a baciloscopia e/ou histologia são positivas, estes são confirmatórios do diagnóstico de hanseníase, no entanto, quando negativos não excluem o diagnóstico.

Lesões cutâneas únicas ou em pequeno número (menor que 5) e assimétricas, manifestando-se por placas eritematosas bem delimitadas, muitas vezes com bordas externas elevadas e centro hipocrômico, apresentando alteração importante da sensibilidade são características da **FORMA TUBERCULÓIDE**.

**15. A vantagem do item 1 em relação ao exame 2 e 3 no teste de sensibilidade é:**  
(Enfermeiro e médico)



- ☐ Permitir uso mais prolongado do instrumento sem causar dor ou incômodo ao paciente
- ☐ Sua facilidade de obtenção e baixo custo
- ☐ A possibilidade de quantificar o grau de perda sensitiva
- ☐ Permitir um número infinito de calibrações

## 16. Discussão



monofilamentos de Semmes-Weinstein

### Avaliação do grau de incapacidade física

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura (término da poliquimioterapia).

Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05 g, 0,2 g, 2 g, 4 g, 10 g e 300 g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Nas situações em que não estiver disponível o estesiômetro, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés ao leve toque da ponta da caneta esferográfica.

Para avaliação da força motora preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico.

**Severino recebeu diagnóstico de Hanseníase e ficou repleto de dúvidas a respeito da doença e em visita domiciliar gostaria de esclarecê-las.**

## 17. Onde será que peguei essa doença?

(Agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem e outros)

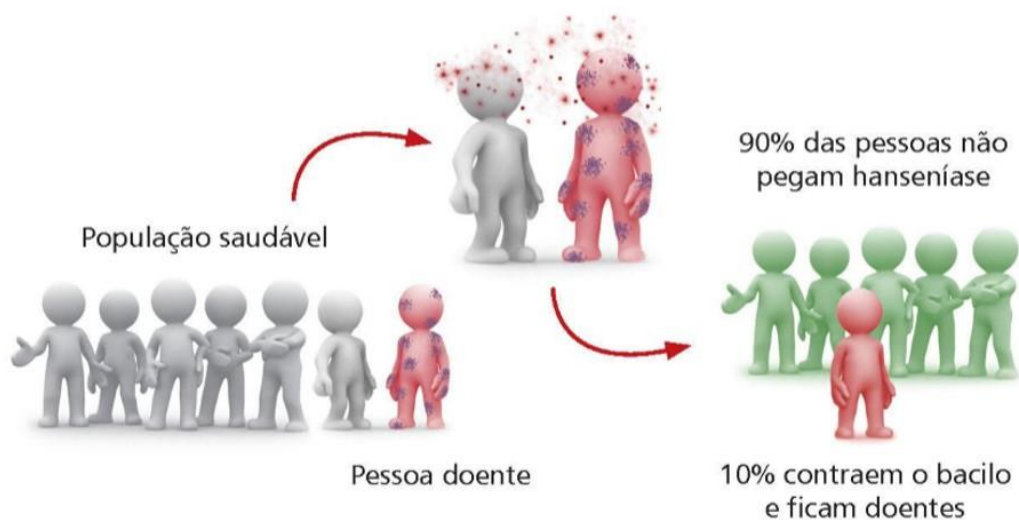
- ☐ Local público com grande número de pessoas, pois é mais provável ter contato com maior número de doentes nesses locais.
- ☐ Veículos públicos fechados, pois o ambiente fechado e o grande número de pessoas do transporte facilita a transmissão do bacilo.
- ☐ Domicílio, pois o tempo de convivência é fundamental para que o indivíduo adoeça.

### 18. Como será que peguei essa doença?

(Agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem e outros)

- ☐ Contato com fluidos corporais contaminados, como sangue.
- ☐ Pelo ar.
- ☐ Bebendo no copo ou utilizando o mesmo talher da pessoa com a doença.
- ☐ Através de contato físico como abraço ou aperto de mão.

### 19. Discussão



<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/capacitacoes/capacitacao-para-profissionais-da-atencao-primaria-em-saude.pdf>

### Qual a forma de transmissão da Hanseníase?

- O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase.
- A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença - multibacilar), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis.
- Os doentes (da forma contagiosa) param de transmitir a hanseníase, logo que começam o tratamento.
- Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae*.
- A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), por meio de gotas eliminadas no ar pela tosse, fala ou espirro.

- A transmissão ocorre através de contato íntimo e prolongado, muito freqüente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença.
- Não se pega hanseníase bebendo no copo ou utilizando o mesmo talher da pessoa com a doença.
- A hanseníase não é de transmissão hereditária (congenita) e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais.
- Período de incubação: entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em média 2 a 5 anos.

**20. Os contactantes de Severino foram convocados. Ele compareceu à UBS com os três filhos para avaliação e a esposa. Qual a conduta correta? (Você pode marcar mais de uma resposta)**

(Todos os cargos)

- ☐ Exame dermatoneurológico de todos os contatos se Severino for classificado como multibacilar.
- ☐ Realizar vacina de BCG em todos, independente do exame.
- ☐ Se todos possuírem vacina prévia de BCG e não apresentarem sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, deve-se indicar uma dose de BCG em cada um deles.

## 21. Discussão

### Esquema de Vacinação com BCG

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

### Vigilância de contatos

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado.

Visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio ou fora dele, **independentemente de qual seja a classificação operacional** do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

- Contato domiciliar: pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase.
- Contato social: pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada.

Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes MB e PB devem ser examinados, independente do tempo de convívio.



**Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais.**

Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase.

A investigação epidemiológica de contatos consiste em:

- Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase.
- Exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional.
- Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação.

## 22. Qual o tratamento preconizado para esse paciente?

(Médico e enfermeiro)

- ☐ Rifampicina e Dapsona (6 doses supervisionadas em até 9 meses).
- ☐ Rifampicina e Dapsona (9 doses supervisionadas em até 12 meses).
- ☐ Rifampicina, Clofazimina e Dapsona (6 doses supervisionadas em até 9 meses).
- ☐ Rifampicina, Clofazimina e Dapsona (12 doses supervisionadas em até 18 meses).

## 23. Discussão



Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional.

- Duração: 6 cartelas em até 9 meses.
- Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento está concluído com 6 cartelas em até 9 meses.

Na dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

**24. Severino iniciou o tratamento específico para hanseníase mas na consulta para a 4 dose supervisionada relatou que sua urina estava avermelhada. Essa alteração se deve à qual medicação?**



(Enfermeiro ou médico)

- ☐ Rifampicina
- ☐ Dapsona
- ☐ Clofazimina
- ☐ Talidomida

## 25. Discussão

O tratamento com PQT raramente precisa ser interrompido em virtude dos efeitos colaterais das medicações. Entre os efeitos colaterais mais comuns e que não exigem troca de medicação, estão:

→ cor avermelhada dos fluidos corporais, em especial da urina, devido à rifampicina;

- ressecamento e escurecimento da pele, mais acentuadamente nas lesões hansênicas, devido à clofazimina.

Outros efeitos colaterais são menos comuns e podem exigir esquema substitutivo, entre eles:

- anemia hemolítica e metahemoglobinemia, pela dapsona;

- icterícia, causada tanto pela rifampicina quanto pela dapsona;

- síndrome pseudogripal, pela rifampicina;

- farmacodermias graves, como síndrome de Stevens-Johnson e eritrodermia

A equipe de saúde deve estar atenta aos possíveis eventos adversos da PQT e encaminhar para serviço de referência quando necessário.

## Caso clínico 2

Juliano, 32 anos, classificado como hanseníase paucibacilar, apresenta, na 4ª dose supervisionada de PQT - PB, lesões do tipo eritema nodoso disseminadas e comprometimento do estado geral (febre, prostração e artralgia).



26. Qual a conduta correta diante desse caso?

(Médico)

- ☐ Suspender a poliquimioterapia padrão para PB e iniciar simultaneamente o tratamento anti-reacional e a poliquimioterapia padrão para MB
- ☐ Interromper a poliquimioterapia padrão para PB e iniciar tratamento anti-reacional
- ☐ Manter a poliquimioterapia padrão para PB e iniciar tratamento anti-reacional
- ☐ Solicitar exames baciloscópico e histopatológico e aguardar para melhor definição diagnóstica
- ☐ Suspender a poliquimioterapia padrão para PB e iniciar a poliquimioterapia padrão para MB

## 27. Discussão



Os estados reacionais são reações do sistema imunológico do doente ao bacilo de Hansen. Apresentam-se como episódios inflamatórios agudos e subagudos, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento da Hanseníase, em pacientes pauci e multibacilares.

A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

A Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). Ocorre nos pacientes com a forma multibacilar.

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- Confirmar o diagnóstico de hanseníase e sua classificação operacional.
- Diferenciar o tipo de reação hansênica.
- Investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).
- Avaliar a função neural.
- As reações, com ou sem neurite, devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas mais frequentes e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatoneurológica.

O tratamento com poliquimioterapia não deve ser interrompido e o paciente deve ser orientado a procurar atendimento médico o mais rápido possível, pois as reações hansênicas são a principal causa de lesões de nervos e incapacidades na doença.

**28. Juliano gostaria de saber o porquê das lesões que vem apresentando. Ele está com medo de que o tratamento não esteja fazendo efeito. O que você diria para ele?**

(Agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro e outros)

- ☐ Suspender o tratamento pois ele não deve estar fazendo efeito.
- ☐ Não suspender as medicações e esperar a consulta de rotina.
- ☐ Procurar o mais rápido possível atendimento médico.
- ☐ Pode corresponder a uma reação hansênica.

### 29. Discussão



Os estados reacionais são reações do sistema imunológico do doente ao bacilo de Hansen. Apresentam-se como episódios inflamatórios agudos e subagudos, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento da Hanseníase, em pacientes pauci e multibacilares.

O tratamento com poliquimioterapia não deve ser interrompido e o paciente deve ser orientado a procurar atendimento médico o mais rápido possível pois as reações hansênicas são a principal causa de lesões de nervos e incapacidades na doença.

**30. Em relação à Classificação do Grau de Incapacidade gerada pela hanseníase, como classificaria o paciente?**

(Médico e enfermeiro)



- ☐ Grau 0 - nenhum problema associado a Hanseníase.
- ☐ Grau 1 - anestesia sem lesões.
- ☐ Grau 2 - anestesia com lesões.

### 31. Discussão

**Critérios para Avaliação do Grau de Incapacidade Física**

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	<p><b>Olhos:</b> Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual <math>\geq 0,1</math> ou 6:60.</p> <p><b>Mãos:</b> Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p><b>Pés:</b> Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
1	<p><b>Olhos:</b> Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</p> <p><b>Mãos:</b> Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p><b>Pés:</b> Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
2	<p><b>Olhos:</b> Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central; iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual <math>&lt; 0,1</math> ou 6:60, excluídas outras causas.</p> <p><b>Mãos:</b> Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.</p> <p><b>Pés:</b> Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.</p>

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

**32. Diante de um paciente com reação hansênica do tipo 2 que apresenta neurite, qual a melhor conduta? (Você pode responder mais de uma alternativa)**  
(Médico)

- ☐ Imobilizar a região correspondente ao nervo afetado para evitar piora da função neural
- ☐ Prescrever talidomida 100 a 400mg/dia
- ☐ Prescrever corticoide oral 1mg/kg de peso.
- ☐ Suspender o tratamento com PQT

### 33. Discussão

A talidomida é o medicamento de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia nos casos de eritema nodoso hansênico. No entanto, a corticoterapia está indicada nas seguintes situações:

1- Contraindicações da talidomida: Devido aos graves efeitos teratogênicos, a talidomida somente pode ser prescrita para mulheres em idade fértil após avaliação médica com exclusão de gravidez por meio de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, dois métodos efetivos de contracepção para mulheres em uso de talidomida (RDC nº 11, de 22 de março de 2011 e Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003), sendo pelo menos um método de barreira.

2- Presença de lesões oculares reacionais, com manifestações de hiperemia conjuntival com ou sem dor, embaçamento visual, acompanhadas ou não de manifestações cutâneas.

3- Edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais).

4- Glomerulonefrite, orquiepididimite, artrite, vasculites, eritema nodoso necrotizante e neurite.

A dose inicial preconizada de prednisona é de 1mg/kg/dia com redução gradual. Além disso, nos casos de neurite faz-se necessário imobilizar o membro afetado e monitorar a função neural sensitiva e motora.

A poliquimioterapia deve ser mantida se o doente ainda estiver em tratamento específico e não deve ser reintroduzida em condições de alta.

**34. Juliano informa que seu filho João de 13 anos, também apresenta lesões no corpo. Você solicita que ele compareça na Unidade de Saúde para exame. Por que os serviços de saúde devem estar atentos à ocorrência de casos de hanseníase em crianças?**

(Todos os cargos)

- ☐ Porque as formas clínicas mais graves acometem crianças.
- ☐ Porque a hanseníase é uma doença pediátrica.
- ☐ Porque indica a existência de transmissão ativa da doença, possivelmente no domicílio da criança.
- ☐ Porque sempre ocorrem incapacidades físicas nas crianças.

### 35. Discussão

#### Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica da hanseníase é realizada através de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da hanseníase.



Visa também, divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral.

As atividades de controle da hanseníase visam a descoberta precoce de todos os casos existentes da doença na comunidade e o seu tratamento.

Os principais indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública são:

- 1) Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10mil habitantes: mede a magnitude da endemia. É considerada uma baixa prevalência quando inferior à 1 por 10 mil habitantes.
- 2) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano: avalia a efetividade das ações de detecção oportuna e/ou precoce de casos. É considerado baixo quando menos de 5% dos casos avaliados possuem incapacidade grau 2.
- 3) Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes: mede a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. Quanto maior o número de menores de 15 anos com hanseníase, maior o número de doentes com as formas transmissíveis (multibacilares) não diagnosticados.

## Caso clínico 3

Armelinda, 52 anos, viúva, apresenta deformações (com formações de caroços) na face e orelhas, queda de pêlos nas sobrancelhas e nódulos espalhados pelas mãos e braços há 3 anos. Ela mora sozinha em região rural, nunca fez nenhum tipo de acompanhamento médico e informa ter vergonha de sair de casa. Queixa-se de fraqueza e formigamento nas mãos e nos pés. É aconselhada por Agente Comunitário de Saúde a realizar consulta para investigação dessas alterações.



**36. Paciente relata o preconceito que tem sofrido em decorrência da alteração em sua face e se recusa a sair de casa. Diante da recusa da paciente a comparecer à UBS, que conduta a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve adotar?**

(Agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem e outros)

- ☐ Enviar uma carta de convocação para Armelinda, assinada pelo médico da família, intimando-o a comparecer à UBS.
- ☐ O médico e/ou o enfermeiro da UBS devem acompanhar o ACS em uma visita domiciliar.
- ☐ Aguardar que o paciente compareça à unidade de saúde.

### 37. Discussão



Mancha



Placa



Nódulos



Infiltração

Como você, profissional de saúde, pode ajudar:

Buscando, em suas visitas domiciliares, identificar pessoas com qualquer dos sinais e sintomas suspeitos de Hanseníase:

- Uma ou mais manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo.
- Área de pele seca, com falta de suor, queda de pêlos, com perda ou ausência de sensibilidade (não sente ao tocar).
- Caroços no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.
- Área da pele com parestesias (sensação de formigamento) ou diminuição da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato. A pessoa se queima ou se machuca sem perceber.
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços, das pernas e dos pés, inchaço de mãos e pés.
- Diminuição da força dos músculos das mãos, pés e face devido à inflamação de nervos, a exemplo de pessoas que não conseguem mais segurar uma panela ou uma sombrinha, por exemplo.

Por causa do medo e do preconceito, muitas pessoas escondem a doença dos familiares, e até mesmo do esposo e esposa. É preciso respeitar a decisão da pessoa, mas ao mesmo tempo encontrar uma forma de visitar a família e orientá-la a buscar a unidade de saúde para o exame. Neste caso, o ideal seria realizar uma visita domiciliar, com a presença do médico e/ou enfermeiro da ESF, para tentar criar ou estreitar o vínculo com o paciente e, assim, convencê-lo a comparecer à UBS.

**38. Após avaliação, contatou-se que a paciente apresenta infiltração cutânea difusa, nervos ulnares e tibiais posteriores espessados bilateralmente e baciloscopia positiva para hanseníase. Visando o tratamento com poliquimioterapia, a mesma recebe uma classificação operacional. Nesta situação, é possível verificar que esta pessoa é classificada como:**

(Enfermeiro e médico)

- ☐ paciente paucibacilar.
- ☐ portadora de reação hansênica tipo I
- ☐ portadora de hanseníase neural pura.
- ☐ paciente multibacilar.
- ☐ portadora de eritema nodoso hansênico.

### 39. Discussão

Classificação Clínico-patológica (Madri, 1953)	Classificação Operacional
Forma indeterminada (MHI)	Paucibacilar (até 5 lesões e/ou 1 nervo acometido)
Forma tuberculóide (MHT)	
Formas dimorfas (DT, DD, DV)	Multibacilar (mais de 5 lesões e/ou > 1 nervo acometido)
Forma virchowiana (MHV)	



Para os casos diagnosticados, deve-se utilizar a classificação operacional da hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia, que se baseia no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até cinco lesões de pele.
- Multibacilar (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele.

A classificação operacional deve ser feita pelos critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico).

O exame dermatoneurológico engloba também a palpação dos nervos, testes de sensibilidade e força muscular. A quantidade de nervos acometidos também é considerada para a classificação operacional.

Quando disponível a baciloscopia, o seu resultado positivo classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como PB.

#### 40. Em relação à forma clínica do caso, é correto afirmar que:

(Enfermeiro e médico)

- ☐ É a forma mais benigna e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo;
- ☐ É a forma na qual a imunidade é nula e o bacilo multiplica-se muito, levando a um caso mais grave;
- ☐ É a forma inicial que evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos;
- ☐ É a forma intermediária que é resultado de uma imunidade também intermediária;
- ☐ É a forma leve na qual as lesões são bem delimitadas e com ausência de sensibilidade.

#### 41. Discussão



Manchas



Placas



Nódulos



Infiltração

A hanseníase operacionalmente classificada como multibacilar engloba as formas clínicas dimorfa (MHD) e virchowiana (MHV). Esses indivíduos apresentam uma resistência parcial (MHD) ou nula (MHV) ao bacilo, que se multiplica no seu organismo, constituindo fonte de infecção. As lesões cutâneas são polimorfas, desde manchas, placas, nódulos e infiltração cutânea e o acometimento neurológico é mais difuso, tendendo à simetria.

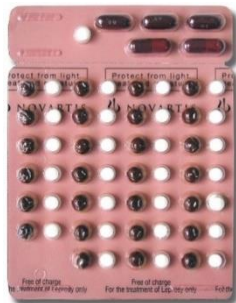
**42. Considerando a Portaria 3.125, de 7 de outubro de 2010, é correto afirmar que a poliquimioterapia (PQT) padronizada para o tratamento da hanseníase nesse caso é composta por:**

(Médico e enfermeiro)

- ☐ Rifampicina e Dapsona (6 doses supervisionadas em até 9 meses).
- ☐ Rifampicina e Dapsona (9 doses supervisionadas em até 12 meses).
- ☐ Rifampicina, Clofazimina e Dapsona (6 doses supervisionadas em até 9 meses)
- ☐ Rifampicina, Clofazimina e Dapsona (12 doses supervisionadas em até 18 meses)

#### 43. Discussão

**Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas**

	<b>Adulto</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
		Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
		Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
	<b>Criança</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
		Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
		Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

- Duração: 12 cartelas em até 18 meses.
- Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.
- Critério de alta: o tratamento estará concluído com 12 cartelas em até 18 meses. Na 12ª dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

Os doentes MB que, excepcionalmente, não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), devem ser encaminhados para avaliação em serviço de referência para verificar a conduta mais adequada para o caso.

**44. Nas pessoas com hanseníase multibacilar, problemas na face são muito frequentes. Assim, qualquer esforço para prevenir e tratar as incapacidades e deformidades físicas precisa ser valorizado. Quais orientações devem ser dadas a Dona Armelinda?**

(Todos os cargos)

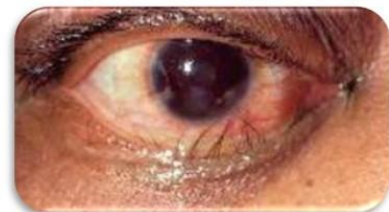
- ☐ Evitar lavar o nariz; as crostas de dentro do nariz devem ser retiradas com o dedo envolvido com algodão umedecido em água morna.

- ☐ Observar as pálpebras, verificar se há cílios invertidos; se houver, deve-se retirar com uma pinça.
- ☐ Manter os olhos secos e pouco lubrificados para evitar lacrimejamento.
- ☐ Se houver cisco no olho, retirá-lo utilizando uma toalha macia.
- ☐ Assoar sempre com força o nariz, para evitar formação de grumos.

#### 45. Discussão

Resumo dos cuidados nasais	
Achados	Condutas
Ressecamento da mucosa	Hidratação e lubrificação
Hipersecreção	Hidratação e lubrificação Recomendação: não assoar o nariz com força
Crostas	Hidratação e lubrificação Recomendação: não retirar crostas com o dedo, cotonete ou outros objetos
Úlceras	Limpeza, remoção das crostas, aplicação de pomada de antibiótico Recomendação: repetir até a cicatrização
Quadros que não melhoram ou pioram	Encaminhamento: otorrinolaringologista.
Desabamento nasal	Encaminhamento: cirurgia plástica.

Triquíase



Ectrópio

Na hanseníase, as lesões da face decorrem do acometimento dos nervos facial e trigêmeo. São alterações muito freqüentes, principalmente nas formas multibacilares. Nesse sentido, qualquer esforço para a prevenção e o tratamento das incapacidades e das deformidades físicas tem importante papel na manutenção, na inserção e na reabilitação social da pessoa.

→ O nariz é uma estrutura que pode ser acometida na hanseníase. O paciente tem obstrução, podendo ocorrer um aumento da secreção nasal, que se torna viscosa, com mau odor e aderente à mucosa em forma de crostas.

A tentativa de desobstruir ou remover secreções e crostas, pela manipulação com o dedo, cotonete ou outro instrumento, produz traumatismos que freqüentemente sangram e podem originar úlceras.

O paciente deve ser orientado a hidratar e a lubrificar mucosa nasal várias vezes ao dia.

→ Às vezes, como conseqüência do processo inflamatório, os cílios crescem em direção à córnea (triquíase), o que pode causar úlceras. Deve-se retirar manualmente os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário.

→ Pode ocorrer falha na lubrificação da córnea causada por lagoftalmo, ectrópio, triquíase e/ou baixa produção lacrimal, diminuição da sensibilidade da córnea. Deve-se orientar lubrificação artificial com colírio e pomada; piscar freqüente.

**46. Durante visita domiciliar, Dona Armelinda também informa o surgimento, de repente, de ferimento no pé. Ela não se lembra como aconteceu.**

**Além de reafirmar a importância de procurar o atendimento na Unidade de Saúde, qual orientação que deve ser dada para a paciente?**

(Todos os cargos)



- ☐ Deve ser orientado a paciente para andar descalço e usar preferencialmente sandálias, evitando a úlcera plantar.
- ☐ Usar palmilhas e órteses adequadas e examinar os sapatos todos os dias, principalmente a parte interna, para verificar se existem saliências ou pregas que possam causar ferimentos.
- ☐ Realizar atividade física diariamente, como caminhadas, para melhorar a musculatura e prevenir lesões.

#### **47. Discussão**





A Hanseníase afeta os nervos. O paciente perde a sensação de calor e dor na área afetada; por isso, não sente como e quando se queimou ou se cortou. Além disso a alteração dos nervos pode causar deformidades próprias nas áreas inervadas.

O que orientar em relação ao autocuidado dos pés:

- Imobilizar o local machucado.
- Não andar com os pés descalços; usar sapatos confortáveis, de preferência costurados.
- Usar meias grossas ou duas meias macias sem remendos.
- Examinar os sapatos todos os dias, principalmente a
- parte interna, para verificar se existem saliências ou pregas que possam causar ferimentos.
- Repousar em casa. Andar pouco, só o necessário.

O profissional de saúde que acompanha o paciente deve encaminhá-lo para a confecção de palmilhas/órteses diante do diagnóstico da perda da sensibilidade protetora, avaliado através da anamnese, exame físico geral (presença de calosidades em áreas de pressão) e neurológico (teste de monofilamentos).

**48. São medidas de controle da hanseníase, exceto:**

(Todos os cargos)

- ☐ Internação de pacientes
- ☐ Campanhas educativas
- ☐ Exame de comunicantes
- ☐ Diagnóstico precoce
- ☐ Tratamento de pacientes

#### 49. Discussão

##### **Ações para redução da carga da Hanseníase no Brasil**

Em virtude de não existir proteção específica para a hanseníase, as ações a serem desenvolvidas para a redução da carga da doença incluem as atividades de:

- Educação em saúde.
- Investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos.
- Tratamento até a cura.
- Prevenção e tratamento de incapacidades.
- Vigilância epidemiológica.
- Exame de contatos, orientações e aplicação de BCG.

**50. O questionário foi preparado de forma a gerar curiosidade sobre o tema e, despertando dúvidas, estimular interesse em estudar o assunto.**

**Você pretende ler mais sobre este assunto?**

Sim                      Não

**51. Você que participou de capacitações prévias, considera que assimilou mais conhecimento de qual forma?**

- ☐ Questionário online
- ☐ Capacitação com aulas presenciais
- ☐ Não notou diferença

Mais uma vez, muito obrigado por sua participação.

Prof. Dra. Andréa Fernandes Eloy da Costa França  
Dermatologia / UNICAMP

Letícia Botigeli Baldim  
Residente em Dermatologia UNICAMP