

## HANSENÍASE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS EDUCACIONAIS E ASSISTENCIAIS NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS RESIDENTES

Leonardo Cançado Monteiro Savassi<sup>1</sup>  
Celina Maria Modena<sup>2</sup>

*LEPROSY AND PRIMARY CARE: EDUCATIONAL AND  
HEALTHCARE CHALLENGES FROM THE PERSPECTIVE  
OF MEDICAL RESIDENTS*

### RESUMO

A atenção primária é o nível de atenção privilegiado para ações de controle da hanseníase, doença infecciosa, negligenciada e estigmatizante, que ainda não foi controlada como problema de saúde pública no Brasil. Para descrever a percepção de médicos que atuam na atenção primária acerca da hanseníase, foi realizado um grupo focal com sete residentes de Medicina de Família e Comunidade do município de Betim, Minas Gerais. Resultados: A análise do conteúdo apontou para as subcategorias das “fontes de conhecimento”, da “assistência no nível primário” e da “educação em saúde”. Demonstrou-se uma formação para hanseníase na graduação médica foi predominantemente teórica, com poucos casos e no serviço a educação permanente foi insuficiente. Na categoria da assistência, apontou-se a exigência de um alto nível de suspeição para avaliação clínica da hanseníase, e reconheceu-se a Atenção Primária como âmbito adequado para os pacientes a despeito da demanda excessiva e estrutura física inadequada; a referência obrigatória para serviços especializados cria divisões, amplia o estigma e dificulta o acompanhamento horizontal dos pacientes com esta doença. Nas práticas educativas, percebe-se a dissociação entre a doença e sua real gravidade, fato atribuído à mudança da nomenclatura; quanto à comunicação, há necessidade de um linguajar popular, uso da mídia de massa.

Savassi LCM, Modena CM. Hanseníase e a Atenção Primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Hansen Int.* 2015; 40 (2): p. 2-16.

O estigma foi um tema transversal. Conclusão: as três categorias de análise, conhecimentos (ausentes) - assistência (insuficiente) - educação em saúde (para suspeição) se integram para explicar as dificuldades do cuidado; a graduação em medicina foi insuficiente, baseada em conteúdo teórico, poucos casos, e gera a percepção de uma doença rara, do campo de ação do subespecialista. As ações educativas devem associar o sintoma «mancha» à gravidade da doença, e demanda uma Atenção Primária efetiva para atender adequadamente a estas pessoas.

**Palavras-chave:** hanseníase, educação em saúde, atenção primária a saúde.

Submetido em 27/03/2016  
Aprovado em: 03/06/2016

- 1 Docente das Universidades Federais de Minas Gerais e de Ouro Preto
- 2 Pesquisadora do CPqRR/ Fiocruz Minas

## ABSTRACT

Primary care is the privileged care level for measures to control leprosy, a neglected and stigmatized infectious disease that has not been controlled as a public health problem in Brazil yet. Aiming to describe the perception of leprosy by primary care physicians, we conducted a focus group with seven Family Medicine residents in the municipality of Betim, Minas Gerais. Results: Content analysis pointed to the subcategories of “knowledge sources”, “primary health care” and “health education”. Undergraduate medical training about leprosy was shown to be predominantly theoretical with few cases, and continuous education in the Local Department of Health is insufficient. In the assistance category, it was pointed out that a high level of suspicion is needed to clinically evaluate patients for leprosy. Primary healthcare was recognized as the correct treatment setting for these patients despite the excessive demands and the inadequate infrastructure of the services; the obligatory reference to specialized services creates separation, expands the stigma and complicates horizontal monitoring of the patients with this disease. In educational practices, the dissociation between the disease and severity, attributed to the change of nomenclature, is clear. Concerning communication, popular language should be used by the mass media; stigma is a crosscutting theme. Conclusion: The three categories of analysis, knowledge (absent), assistance (insufficient) and health education (for suspicion), together explain the difficulties of care. A medical degree is insufficient, relies on theoretical content with few cases, and generates the perception of a rare disease in the purview of the specialist. Educational activities must correlate the symptom of the “skin patch” to disease severity, and demand effective primary healthcare to serve these people satisfactorily.

**Key-words:** leprosy, health education, primary health care

## INTRODUÇÃO

O Brasil, com 31.064 casos de hanseníase em 2014, representando uma prevalência de 1,53 caso/10.000 habitantes, será o último país do mundo a não eliminar a hanseníase como problema de saúde pública – meta assumida junto à Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 – a despeito de várias iniciativas de combate à doença.<sup>1,2,3</sup> Em 2014, foram registrados no país 20.474 casos novos de hanseníase, ou 17,20 casos novos por 100 mil habitantes, sendo 7,5% destes casos em menores de 15 anos, indicando sua transmissão ativa.<sup>1,2</sup>

Uma estratégia primordial no combate a hanseníase é a Educação em Saúde, área do conhecimento que se utiliza das ferramentas da epidemiologia e da antropologia para propor soluções direcionadas a demandas concretas de conhecimentos.<sup>4</sup> O primeiro registro de uma estratégia educativa para hanseníase ocorreu na Noruega, ao final do Século XIX. O “modelo Norueguês” baseou-se em medidas educativas, investigação, censo, tratamento, prevenção, e isolamento seletivo e facultativo, mas foi usado para justificar cientificamente o isolamento compulsório, recomendado na 1ª Conferência Internacional de Lepra (em Berlim, 1897).<sup>5</sup>

A “Educação Sanitária” consolidou-se a partir da 3ª Conferência Internacional (em Estrasburgo, 1923) que orientou esclarecer a população leiga sobre a transmissão “lepra”, reforçando a etiologia infecciosa, e não-hereditária.<sup>6</sup> Os eventos seguintes ampliaram o papel da educação: o 5º Congresso Internacional de Lepra (CIL) em Havana (1948), reforçou o papel de entidades não governamentais e Estados na Assistência Social, alertando para o caráter estigmatizante dos termos “lepra” e “leproso” e a necessidade de afastá-la da imagem de castigo divino ou risco social; no 6º CIL (Madri, 1953), igualmente a educação e propaganda sanitária foram apontados como estratégias para disseminar conceitos não discriminatórios, o tratamento com sulfas e as formas de contágio; o 7º CIL (Tóquio, 1958) condenou o isolamento, inclusive seletivo, e o combate à doença seguiria dentre as estratégias, a educativa.<sup>6,7</sup>

No Brasil, na década de 1920, a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas foi o primeiro órgão federal a promover a campanha contra a “lepra” e desde os primeiros Congressos de Higiene a “Educação Sanitária” era a principal estratégia; na década de 1930, passava a ser um dos pilares da profilaxia da “lepra” pelo então Departamento Nacional de Saúde, para doentes, familiares, profissionais de saúde, educadores e agentes religiosos. As “Sociedades de Assistência aos Lázarus”, entidades civis, assumiram a responsabilidade pela educação através de folhetos educativos, e em 1933, ocorreria a Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra.<sup>7,8</sup>

O “Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária” esclarecia a população a procurar médicos especializados para uma doença tratável e não mais uma “condenação social”.<sup>6</sup> Seus três pontos-chave eram: doença “contagiosa, evitável e clinicamente curável” à época pela Chaulmoogra; crianças e adolescentes eram especialmente susceptíveis; e a infecção ampliava-se pelo contato próximo e prolongado. A campanha só atingiu alcance nacional em 1935 quando a União apoiou os Estados, chegando ao marco de 41 leprosários construídos.

Em 1936 o “Centro Internacional de Leprologia” formaria 40 “Leprologistas” no “1º Curso de Oficial de Leprologia” e em 1937 a “Reforma Capanema” redefiniria a Educação Sanitária para a população.<sup>6,9,10</sup> A Inspetoria daria lugar ao Serviço Nacional de Lepra (SNL) do Departamento Nacional de Saúde.<sup>11</sup> em 1941 e a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) definiria papéis do Governo Federal, Estados e Municípios respectivamente em uniformizar ações, executar cursos técnicos e estágios, e auxiliar as autoridades e instituições particulares na educação sanitária. Enfatizou-se a formação especializada de médicos, enfermeiras e visitadoras sanitárias, e a educação popular para o tratamento precoce de uma doença “clínicamente curável”, se diagnosticada precocemente. Os cursos de especialização para formação profissional iniciaram em 1942, mas só passaram a ser cursados com frequência a partir de 1948.

Em 1947 reforçava-se a necessidade de “*tornar conhecidas as condições de contágio da doença, os meios de prevenção aconselháveis e os perigos do charlatanismo médico e farmacêutico*”<sup>12:p.4</sup> demandando uniformizar propaganda, educação sanitária e o funcionamento dos institutos de Leprologia no Distrito Federal, como modelo para todo o país.

Finda a estrutura asilar, o SNL promoveria a partir de 1954 a Campanha Nacional de Combate a Lepra (CNCL), que não resultaria em redução significativa, fato imputado ao estigma relacionado a “lepra”, o que motivou posteriormente a mudança da nomenclatura para hanseníase nos meios científicos, já na década de 1970.<sup>13</sup>

O Governo Militar iniciado em 1964 centralizaria campanhas educativas, encerrando a CNCL, e a hanseníase voltaria a ser debatida somente na VIII CNS de 1986, quando a situação social dos ex-pacientes que viviam no espaço das antigas colônias foi exposta.<sup>14</sup> Dois anos depois, o Governo Federal lançaria a campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil” e no ano seguinte “Quanto mais cedo a procura, mais cedo é a cura”, com cartazes, folhetos, cartilhas, propagandas em rádio e na televisão e reconheceria ser um dos cinco países mais endêmicos do mundo.

Na década de 1990, a nova terminologia da hanseníase sepultaria em definitivo os termos “lepra”, “leprosos”, e afins em âmbito oficial e a “Campanha de Eliminação da Hanseníase” de 1996 visaria a eliminação pactuada com a OMS, como ação pontual focada na cadeia de transmissão, ressaltando a mobilização da comunidade e divulgando sintomas da doença em canais de televisão e rádio.<sup>3,5,15</sup> Em 2009, o país mudou sua estratégia de ação, e volta-se para campanhas de controle e não mais de erradicação da hanseníase.<sup>16</sup>

O Ministério da Saúde (MS) considera a Atenção Primária a Saúde (APS) como o nível de cuidado primordial para o diagnóstico e tratamento da Hanseníase, por sua capilaridade, alcance e ampla gama de ações. Com a expansão dos serviços de APS – representada em especial pela Estratégia Saúde da Família – esperava-se que a meta junto a OMS fosse cumprida, algo que não ocorreu até os últimos boletins epidemiológicos.<sup>2; 16-19</sup>

A estruturação de sistemas de saúde baseados na APS é uma tendência mundial, alicerçada sob a ótica dos seus atributos essenciais – a saber: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – e seus aspectos derivativos: o foco na comunidade, o centrar na família e a competência cultural.<sup>20</sup>

Configura-se como porta de entrada de todo o sistema de saúde, oferecendo o acesso universal de acordo com a necessidade do usuário, e responsabilizando-se por toda uma população adscrita, e não somente por quem procura o serviço.<sup>17,18</sup>

A hanseníase se manifesta inicialmente sem sinais de gravidade e não se apresenta como uma queixa aguda: uma mancha hipossensível de início lento, que provavelmente será avaliada neste nível de atenção. Considerando-se que a doença muitas vezes não é o motivo de procura pelo serviço de saúde, a porta de entrada acessível para outros problemas pode ser fundamental para o relato deste sintoma não sendo incomum que a APS tenha também o achado casual do sintoma da mancha insensível para a pessoa que se consulta por outro problema de saúde.<sup>16</sup>

Os conceitos da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado correlacionam-se com as necessidades da pessoa ao longo do processo evolutivo da doença: a APS fará a atenção longitudinal, reconhecendo as necessidades de tratamento da hanseníase, de prevenção de incapacidades, de abordagem de suas complicações, por vezes por equipe multiprofissional; o fará coordenando seu cuidado, em especial naquele paciente que demanda cuidado hospitalar por crises e reativações, ou acesso a um ou mais especialistas, utilizando as informações destes vários serviços para construir o melhor plano terapêutico para a pessoa.<sup>20</sup>

Da mesma maneira, na presença de sequelas, haverá uma equipe responsável por avaliar e abordar as complicações da doença, caso se estabeleçam, e para que este trabalho de reabilitação se dê da melhor maneira possível, o papel de coordenação da atenção pela equipe da APS se faz necessário.<sup>16,20</sup>

Outro ponto é perceber, em especial quando a doença se instalou com sequelas, qual é o papel de cada familiar nos cuidados de pessoas que conviverão com

limitação de movimentos, de atividades, e em casos extremos, com amputações, abordando adequadamente a família neste aspecto. A hanseníase, além disso, é uma doença cercada de estigmas e afetada pelos signos das crenças e da religiosidade, a abordagem da pessoa que chega com um possível diagnóstico da doença demanda o entendimento das crenças locais que se correlacionam com a hanseníase nomeio familiar e comunitário em que aquele indivíduo vive, o que envolve os preceitos da abordagem familiar e da competência cultural.<sup>16,19,20</sup>

Ser orientado para a comunidade implica em entender que um caso de hanseníase na comunidade pode ser um ponto de partida para a busca ativa de contactantes e demais casos, ao mesmo tempo em que, sabendo-se que na comunidade há casos de transmissão ativa da doença, a presença de sinais iniciais e ainda inespecíficos incluirá a hanseníase no rol dos diagnósticos diferenciais daquele indivíduo sendo consultado.

Assim, a APS deve ser a fonte inicial de cuidados, e como tal é aquela que provavelmente representará o primeiro contato da pessoa com manchas na pele com o sistema de saúde, naqueles casos em que a pessoa realmente procurará o sistema. Com isto, entende-se que é o nível de cuidados primordial também para a realização de práticas educativas, sendo mais capaz de alcançar as pessoas que podem estar desenvolvendo hanseníase.<sup>20</sup>

## OBJETIVO

Entender a percepção de residentes em Medicina de Família e Comunidade na atuação da Atenção Primária em relação à hanseníase, sob a perspectiva de conhecimentos, da assistência prestada e da educação em saúde.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa realizada por um grupo focal (GF) com direcionamento tópico segundo método de análise proposto por Flick (2009)<sup>21</sup>, e seleção de Residentes em Medicina de Família e Comunidade, que se justifica por se tratar de médicos de graduação recente e, portanto capazes de emitir juízo acerca de sua formação, que atuavam no âmbito da APS, e cursavam pós-graduação na mesma área, respeitando critérios de especificidade de acor-

do com a proposta de Krueger (1988) para constituição de grupos focais.<sup>22</sup>

A escolha pela pesquisa qualitativa se faz pela necessidade de compreensão da realidade da assistência à hanseníase dentro do serviço. Assim, enquanto a pesquisa qualitativa pretende analisar a magnitude dos fatos, a pesquisa qualitativa centra-se no entendimento destes fatos e dos fenômenos cotidianos, subsidiando análises posteriores. Assim, a pesquisa qualitativa explica, a quantitativa dimensiona e a educação em saúde propõe soluções.<sup>21</sup>

Participaram do grupo sete residentes de Medicina de Família e Comunidade, a especialidade clínica da APS, correspondendo ao universo dos residentes de um município de grande porte populacional, atuando em equipes de Saúde da Família (eSF) que livremente consentiram em participar. O município é sede do ex-hospital colônia mais antigo do Estado de Minas Gerais, tem serviços especializados em hanseníase e também por isto foi selecionado.

Os participantes foram identificados como R1-A, R1-B, R1-C, R1-D para residentes do primeiro ano e R2-A, R2-B e R2-C para residentes do segundo ano. O roteiro de entrevista foi estruturado sob os seguintes tópicos: conhecimentos, capacitação, assistência, acessibilidade, horizontalidade. As perguntas foram abertas e inespecíficas, solicitando a análise de cada participante sobre a hanseníase a partir de cada um dos cinco tópicos propostos. O grupo contou com observador externo, sendo conduzido e mediado pelos pesquisadores.

Os dados foram gravados, transcritos e analisados na perspectiva da análise do conteúdo (AC) proposta por Bardin (1988)<sup>23</sup>, através da codificação teórica em três etapas (aberta, axial e seletiva), que estabeleceu uma categoria principal e as subcategorias de análise através da leitura da transcrição do GF, relacionando-as a fenômenos do contexto relatados.<sup>21,24</sup>

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o número CAAE -0022.0.245.000-09 e pelo Comitê de Ética da Organização Panamericana de Saúde (PAHO-ERC) sob o número PAHO-2010.02.0006.

## RESULTADOS

O grupo focal foi precedido de um "aquecimento", fundamental para promover informalidade<sup>21</sup>, no qual foram solicitadas aos presentes associações de palavras (Quadro 1).

Quadro 1 Respostas dos participantes ao desafio de aquecimento: “Três palavras que lhe vem a cabeça quando eu digo... hanseníase e “lepra”

Participante	Hanseníase	Lepra
[R1-A]	Mancha Alteração de Sensibilidade Bacilo	Preconceito Isolamento Social
[R1-B]	Alteração sensitiva Lesão de pele	Religiosidade Isolamento Escuridão
[R1-C]	Lesão dermatológica Curável Acompanhamento	Sequela Preconceito Antiguidade
[R1-D]	Mancha Alteração de Sensibilidade Sequela	Preconceito Colônias Sequelas
[R2-A]	Mancha Alteração de Sensibilidade Sequela	Sequela Preconceito
[R2-B]	Parestesia Anestesia Bacilo	(Não consta)
[R2-C]	Lesão de pele Preconceito no passado Perda de sensibilidade	Sequela Estigma Isolamento

O estigma é um tema transversal ao longo do grupo, e para exemplificá-lo, os participantes utilizam metáforas a pacientes com tuberculose, HIV positivos, epilepsia e o Centro de Referência em Saúde Mental:

*Se você falar lepra também. Lepra tem cura. Alguns vão falar: não tem, tá na Bíblia né? [R1-B]*

*Agora, eu acho que pode ter sim, pode ter gente que não queira fazer porque o [Centro de Referência] também tem esse estigma de ser o lugar né, [R2-A]*

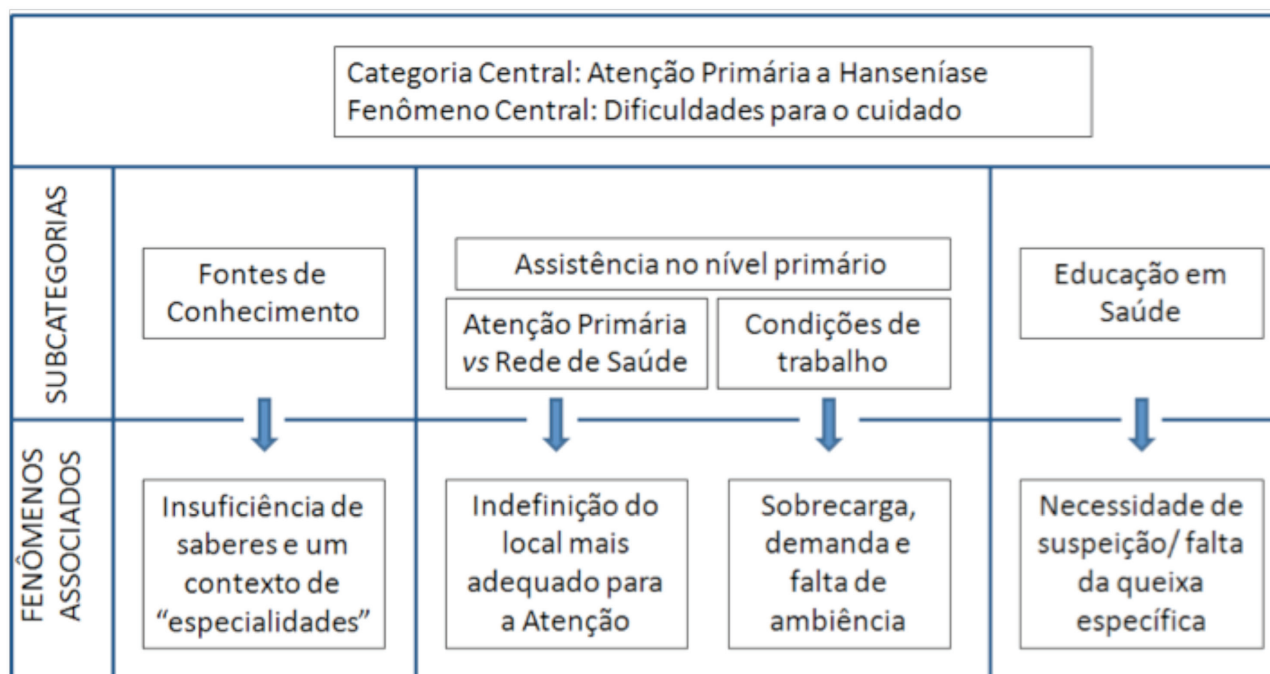
*Esse paciente (...) não tem que ser especial por hanseníase. Especial não. Tem que ter o centro de reabilitação pra seqüela, (...) Igual, teoricamente é pra tuberculose, né. A gente já tem um esquema definido, a gente já*

*sabe onde tem que começar né. [R1-B]*

*(...) isso vale, por exemplo, pra epilepsia, que é cheio de estigma, cheio de... são várias doenças, mas tem muito, se tem um boom de informação assim, as pessoas acho que começam a agir com mais naturalidade, vê que pode estar no dia-a-dia de qualquer pessoa [R1-B]*

A análise do conteúdo apresentou como categoria central a perspectiva da Atenção Primária em relação à Hanseníase, como modelo explicativo para o Fenômeno dos Desafios para o Cuidado. As subcategorias encontradas e respectivos fenômenos estão sistematizados no DIAGRAMA 1.

Diagrama 1. Resultado da análise do Grupo Focal sob a perspectiva da análise de conteúdo.



### SUBCATEGORIA "FONTES DE CONHECIMENTO"

Dentre as "fontes de conhecimento", a mais abordada pelos participantes foi a graduação, onde o conteúdo é "só teórico, prática nenhuma" [R1-B], "tinha teórica, não aprofundava na prática" [R1-D], culminando nos conhecimentos atuais. Além disto, é identificado como conteúdo específico de estágios restritos ou ambulatórios de especialidades:

*A impressão que dá é que pelo menos durante a faculdade, parece que é uma doença que é muito pouco prevalente, que não tinha tanta repercussão (...) a gente ficou bem com a teoria e parecia que na prática eu também não ia encontrar muito esses pacientes (...) que era uma coisa teórica assim, que não existe muitos casos ou se existe eles estão em algum local separado, definido né. Que alguém é especialista na área e ele que cuida disso [R1-B]*

Os residentes apresentam algumas hipóteses para "a gente não aprende[r] tanto quanto deveria" [R2-B] na Faculdade:

*a faculdade não dá conta de aprofundar em tudo. Não tem como, sabe? Os ambulatórios que a gente... em dermatologia, na faculdade, a gente não vê hanseníase. [R2-B] As três palavras que a gente falou, que é estigmatizante, a própria cultura do povo brasileiro acaba sendo, sei lá... não tocar muito nesse assunto, sabe. Eu acho que as faculdades acabam fazendo isso também. [R1-A]*

Os profissionais também "tem um estagio na residência médica disso, então eu acho isso uma coisa importante." [R1-C]. A Residência Médica é uma modalidade de pós-graduação com treinamento em serviço mediante tutoria:

*o estágio do [nome do preceptor] me ajudou, (...) dá um pouco de segurança: a gente saber manejar um pouco melhor, os efeitos adversos da terapia. [R2-A]*

Já nas capacitações do serviço "o número de vagas devia ser aberto para todos os profissionais e não fechado (...) se é para capacitar, vamos capacitar a rede toda" [R2-C] e as necessidades assistenciais superam para o gestor as necessidades de formação: "a minha enfermeira tá indo, eles não vão deixar a minha equipe sem ninguém" [R1-D].

### SUBCATEGORIA "ATENÇÃO PRIMÁRIA A HANSENÍASE"

A segunda subcategoria que emerge do GF referiu-se ao papel dos médicos residentes como fonte de "Assistência no nível primário", e neste aspecto é importante ressaltar que – pelo fato de estarem realizando o treinamento em serviço – os participantes se comportam ao mesmo tempo como alunos em formação de pós-graduação e profissionais da rede de serviços na Atenção Primária.

Os participantes entendem que a atenção primária é uma fonte adequada de cuidados, uma vez que *“em setor primário é muito mais fácil controlar (...) do que o setor secundário e terciário, [já] que a gente está diretamente ligado ao paciente”* [R1-C].

Uma primeira questão que interfere na assistência se refere ao próprio papel das eSF frente à pessoa com hanseníase. O contexto desses profissionais envolve a convivência com um serviço de referência preponderante onde, até pela presença quase secular da estrutura de um antigo hospitalcolônia, *“você começa [com] os doentes, aí você pede exame e tal. Quando confirma, aí você vai e encaminha pra referência. (...) aí o paciente passa a ser acompanhado pela referência e não mais por você.”*[R1-D].

Os residentes foram unânimes em reconhecer que a presença deste serviço, referido por eles como um *“atendimento VIP”* [R1-D] [R2-C], que quebra o vínculo pessoa-equipe com fragmentação do cuidado ao longo da rede:

*Não vai com a gente. A gente já marca consulta com a enfermagem, então a gente nem fica sabendo (...) Eu acompanho os pacientes quando é permitido né? [R1-D] É acompanhado no centro de especialidade no caso é a colônia, mas ele vai lá por outros motivos clínicos né, eu acabo [que] pergunto pra ele por curiosidade, quem acompanha ele mesmo é o especialista. [R2-B] Eu também cheguei a um ponto de ver um diagnóstico, mas aí fechou o diagnóstico e foi pra outro setor e a gente não pode acompanhar. [R2-C] Tem um na minha área que tem, mas é acompanhado lá na unidade de referência(...)Eu tenho notícias sobre ele mas é completamente diferente de um acompanhamento médico. Notícias, eu tenho só que é do sexo feminino. [R1-C]*

Os entrevistados entendem que a APS tem papel fundamental como fonte de cuidados para hanseníase, sob o princípio da acessibilidade e da integralidade:

*Mora ali perto da gente, com hanseníase... ele tem uma dor. Por que é que ele vai pro [Centro de Referência]? Se a gente soubesse planejar isso, era melhor... Até porque a pessoa vai na casa do paciente. A gente tem acesso livre [R2-B]*

Da coordenação do cuidado:

*Mas eu acho que a nossa obrigação ... que a gente tenha o domínio sobre a população no sentido assim, olhar pro cara e falar: olha, eu sei que esse aqui um dia já tratou de hanseníase. [R1-C]*

E do cuidado ao longo do tempo com responsabilização pelo usuário:

*Às vezes a gente pensa assim, já que ele tá sendo acompanhado por outro serviço, será que eu devo ficar... o ideal seria que sim, que a gente fosse acompanhando ele também. [R2-B]*

*Vou atendê-lo igual qualquer outro paciente. Não vai ser um pós tratamento de hanseníase. Não. Vai ser o meu paciente, entendeu? [R1-A]*

Os profissionais demandam a contra referência do especialista bem preenchida e linhas guia de atendimento, e consideram seus conhecimentos insuficientes para acompanhar integralmente:

*A gente precisa do atendimento secundário, a gente precisa de especialistas em hanseníase, sem dúvida alguma [R1-C]*

*A questão não é atender! A questão é que por exemplo, a gente não tem conhecimento suficiente, a gente não recebe contra referência de quando que esse paciente recebeu alta, do quê que a gente tem que fazer com ele. Eu não tenho nem idéia! [R1-A]*

*Talvez o protocolo fosse um tipo de... eu adoro protocolo (risos) De como você vai agir nessa e nessa situação. Pelo menos te dá uma segurança que você não vai meter os pés pelas mãos, mas você vai, você pode agir dentro disso aqui. [R2-A]*

Assim, há implícito um discurso de defesa pessoal quanto ao desconhecimento, comum nas entrevistas com especialistas [21] como, por exemplo, na fala de [R1-C] quando justifica o seu não saber pelo fato de *“por enquanto ainda ser R1”*, ou quando se coloca que se pode acompanhar o paciente *“se a referência deixar”* [R1-D], se fornecer laudos, e os residentes também se agrupam em torno do discurso da falta da contra-referência para *“falar a mesma língua com o paciente”*[R2-C],

*Eles [nível secundário] deveriam também talvez mandar uma parte de contra-referência pra nós, pra gente ficar mais por dentro do que tá acontecendo ao longo do tratamento deles e assim por diante. [R2-B]*

*Falta essa ponte (...) seria muito interessante pro paciente, seria bom pro tratamento do paciente se a gente conseguisse ter essa contra referência [R2-C]*

Uma segunda questão destacada na subcategoria “Assistência no nível primário” se refere às condições de atendimento da APS e a falta de tempo para atender o paciente:

*um consultório que não tem um banheiro pra você examinar um paciente (...)na prática eu nunca examinei um paciente, tirando criança, sem roupa, porque não tem banheiro, não tem infra estrutura pra isso. [R2-A] se o paciente não levar a queixa, é muito difícil a gente olhar isso. Até porque nem nosso tempo vai dar pra gente tá procurando, se ele tem alguma mancha, assim: ah deixa eu te olhar. Aí por acaso você pode ver. [R1-D]*

O conteúdo do GF aponta uma demanda assistencial que ultrapassa a capacidade de atendimento ou interfere na qualidade do cuidado. Um entrevistado domina as falas iniciais neste sentido, sob a concordância do grupo.

*na hora de colocar na prática às vezes a gente tem alguns empecilhos, por exemplo, a exigência da produtividade [R2-A]*

*Pelo amor de Deus! Se a gente pegar todo mundo que ainda acompanha com os especialistas e ainda a gente ficar acompanhando a gente não dá conta não, não dá conta. Não tem como. [R1-A]*

*uma coisa que angustia também é que agora é tudo da atenção básica (risos) Tudo! (...) Então esse é o problema: 2500 eu dou conta, eu vou ter, desde que eu faça realmente 2500 entendeu. (...) então às vezes sufoca, porque você não dá conta de não fazer nada bem feito. [R2-A]*

### **SUBCATEGORIA “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”:**

A terceira subcategoria que emerge do GF a partir da análise de conteúdo é a da “Educação em Saúde”. A questão primordial para os participantes é a educação para a suspeição, já que *“tão importante quanto a gente ter a capacitação ‘pro’ diagnóstico é a gente passar os sinais de alarme ‘pro’ paciente.” [R1-C]:*

*Mas não adianta nada a gente ter uma porta aberta se o paciente não sabe das características da doença. (...) o grande enfoque (...) seria a população, (...) o foco pra tudo é a educação da população. Pra tudo, entendeu. E a hanseníase não fica de fora dessa também não. [R1-C]*

*É necessário “divulgar pro paciente chegar com a queixa relacionada, que a gente não vai pesquisar.” [R1-A]*

*Ou se você não sente, não sente a sua pele ao tocar. Aí essa palavra teria que ser trabalhada dependendo do tipo de usuário que vai ler esse cartaz né E, mas eu acho que o foco aí seria a questão da perda da sensibilidade. [R2-C]*

*Uma frase que realmente tocasse ele no sentido de despertar a curiosidade dele pra o que tá acontecendo naquela lesão, que ele tem que procurar ajuda. (...) Às vezes é só uma manchinha mesmo, não tem problema não. Vai lá e a gente tira a dúvida dele. Às vezes outros vão ter realmente uma lesão significativa. [R2-C]*

Outro ponto é a adequação de linguagem. Como os profissionais estão mais próximos da população, percebem que a comunicação deve se adequar, desde os sinais e sintomas ao invés de enquadrar o paciente em algum rótulo diagnóstico:<sup>37</sup>

*É, alguma coisa nesse sentido... a mancha. É... “nem toda mancha é só uma mancha”, uma coisa assim. Tem que ser rápido né? E, não adianta você dar um nome pra doença né? Eh Hanseníase. Se você falar lepra também Lepra tem cura, alguns vão falar: não tem! ta na Bíblia né? Eh e eu acho que tem que ir pra isso, pros sinais, sintomas né [R1-B]*

O foco da ES seria o auto exame da pele, sendo consensual no GF que o paciente se auto-examinar é a maneira mais efetiva de se produzir suspeição, fazendo o paralelo com a campanha contra o câncer de mama.

*Chamar a atenção das pessoas pra que se auto examinem e vejam se tem alguma lesão de pele, E, que tem alguma alteração de sensibilidade pra poder vir e examinar [R2-A]*

*O auto exame de mama não é tão bem divulgado? Então por que não fazer isso pra hanseníase também? Que impasse é esse que tem? [R1-C]*

O grupo focal cumpriu também o objetivo de catalogar conteúdos. A partir das falas iniciais, os entrevistados desenvolveram coletivamente a percepção de que é necessário ampliar a atenção para problemas gerais de saúde, no caso em questão, da pele, mais do que ampliar a suspeição para uma doença:

*Por isso que eu acho que às vezes melhor do que fazer uma coisa focal poderia fazer uma coisa assim pra chamar a atenção do exame da pele né... e pra consequências não só da hanseníase, um câncer de pele, uma metástase de um câncer de pele, se for olhar assim, né? porque aí não deixaria, seria um chamado de atenção pra várias coisas de prevalências importantes, que o câncer de pele também é super comum [R2-A] você já examinou o maior órgão do seu corpo que é a pele(...) Já examinou, já fez o auto exame da sua pele pra identificar algum problema, alguma mancha? [R2-A] Eu acho que não mostrar só a gravidade da hanseníase.*



*Mostrar a gravidade das outras doenças de pele também. Aí tiraria o foco isolado de uma coisa só. [R2-A]*

Os médicos residentes pautaram a importância dos “meios de comunicação de massa eles não tem muito essa abordagem, fora os Globo Repórter da vida, as coisas específicas, mas tem aquela coisa diária né?” [R1-B]. O grupo enfatiza estratégias educativas midiáticas, como a inserção de um caso de hanseníase em obras de ficção televisivas:

*Coloca um caso de hanseníase na novela das oito e acho que ajudar bem. Eu falei aqui de supetão, mas tem que ser muito bem pensado, planejado, tem que instigar, e às vezes colocar na novela, não só o cartaz. Tem que ser as várias coisas ao mesmo tempo... nas mensagens subliminares nas novelas, igual tem as propagandas né que o povo coloca nas novelas [R1-D]*

*Começar a ver que existe morbidade, pôr nessa “Malhação” da vida também, né, as coisas tem que ser um ‘boom’ de informações. [R1-B]*

*a televisão é um veículo incrível pras pessoas. Todo mundo assiste televisão, assiste a população geral, porque a pessoa pode não ter comida em casa, mas tem televisão.. [R1-D]*

O GF aprofundou-se nas dificuldades de comunicação com o paciente que não teve acesso a educação básica:

*Marketing e propaganda. (...) Não dá pra gente montar um cartaz aqui assim, né? Precisa definir o visual, como é que vai ser o vocabulário [R1-C]*

*Agora educação em saúde você pode buscar de outras formas mesmo. O paciente é analfabeto? Então como que eu posso fazer pra atingi-lo pra fazer ter uma educação em saúde sem ter educação escolar. [R1-A]*

*Quando essas regras são trabalhadas em conjunto com o paciente, na questão, por exemplo, da adesão ao tratamento, tem um resultado melhor. Não impondo regras. Vamos discutir qual o seria o melhor o caminho. [R2-C]*

E abordando a Educação Popular em Saúde e o empoderamento comunitário:

*Paulo Freire (...) o método bancário que a gente utiliza de depositar o conhecimento. Existe o professor, o termo de professor, de eu professo idéias né. Educador e educando é diferente, eles ao longo do tempo vão debatendo, chegando no senso comum [R2-B]*

*Aliança terapêutica, porque hoje em dia não se impõe o tratamento: antigamente o médico tinha uma... outra posição, assim, ele tava do outro lado, de cima e o*

*paciente ele tava mais naquela posição submissa, que aceitava tudo que era imposto pra ele. Hoje em dia não. Hoje em dia tem que negociar o tratamento e aos poucos tentar estabelecer uma certa confiança com ele, em você pra que a partir daí, depois dessa aliança feita pra você ter um melhor resultado [R2-A]*

Por outro lado, adotar a comunicação gerou o receio de aumentar a carga de trabalho, já que “divulgação em massa é piorar a nossa fila, piorar o nosso acolhimento. Até que ponto que a gente vai ter uma sensibilidade que não vai atrapalhar o serviço? Então eu acho que tem, por isso que é difícil”. [R1-D]:

*Chamar atenção pra ele mesmo se observar né, pra auto estima, pra auto cuidado mesmo, né, pra não deixar tudo na mão do médico: o médico que tem que pesquisar, o médico que tem que correr atrás, o médico que faz isso, o médico que faz aquilo, ele também tem que fazer. [R2-A]*  
*Não to falando pra gente saber tratar, porque é muita coisa pra pensar, a gente vai pensar é coisa demais. Agora, às vezes tentar er... manusear melhor né? [R2-A]*

E quando ao papel da equipe de saúde, não apenas centrada no saber médico:

*Aí, procure a unidade básica de saúde, não o seu médico, porque acolhimento, acolher, qualquer um pode acolher né? E, e todos que estão lá na unidade básica de saúde podem receber esse paciente e orientar né? Aí sim, ele vai passar por uma triagem e se tiver necessidade ta passando pelo médico. [R2-C]*

*Eu acho também que a gente devia enfatizar qualquer coisa de educação em saúde não só ficar centrado na nossa figura, na nossa figura fazendo isso. Tirar aquele negócio de só do médico né. [R2-A]*

Aponta-se a necessidade de relacionar a doença com o grau de ameaça representado por ela, o que é um construto resultante da percepção da susceptibilidade e da gravidade da doença:

*Eles acabam abrindo, mostra também o lado ruim também. Não sei assim né, que infelizmente a gente se preocupa com o pior né, a gente só volta a nossa atenção. Tentar, às vezes mostrar um centro de reabilitação, não sei se... uma pessoa que tivesse o diagnóstico e começasse a preocupar e fosse conhecer a morbidade da doença também (...) mostrar que existe uma morbidade, que existe consequência, apesar da cura. [R1-B]*

*É tipo o câncer de mama. Por quê que funcionou? Porque chamou a atenção o seguinte: câncer de mama? (Com tom amedrontador) Câncer de mama! Mas se for*

*no início cura, entendeu.[R2-A]*

Por fim, a ampliação da ameaça percebida, entretanto, pode gerar situações consideradas delicadas pelos entrevistados:

*com o tabagismo (...) não adianta colocar o cara lá, apesar de todas as propagandas, falando que o cara é entubado lá, o cara é traqueostomizado, isso daí não alerta a população tanto quanto a educação propriamente dita da população, né. (...) eu acho que pra população a gente tem que dosar bem esse lado aí exatamente por causa do estigma [R1-C]*

*E é difícil saber até que ponto você vai deixar assim, a pessoa, qualquer manchinha começa... aquele clima de, pode gerar até pânico né [R1-D]*

## DISCUSSÃO

Na fase de aquecimento, a percepção dos entrevistados quanto às palavras “lepra” e “hanseníase” trazem resultados fundamentais, demonstrando a associação da palavra “lepra”, ao estigma, enquanto “hanseníase” tem uma conotação mais científica. Conforme apontou ROTBERG (1977)<sup>13</sup>, a hanseníase nasceria como uma doença de tratamento ambulatorial e livre da corrente do estigma associada ao termo “lepra”, o que foi observado na prática das Esf<sup>25</sup>, dos pacientes<sup>26</sup>, e da população em geral<sup>27</sup>:

*No âmbito técnico, se busca estabelecer uma distinção básica entre a realidade epidemiológica hanseníase, com diagnóstico refinado e disponibilidade de tratamento com drogas eficazes, e a lepra como uma representação social do passado, a quem se atribuem efeitos que pertencem a outras entidades epidemiológicas<sup>26; p.117</sup>*

Na subcategoria “Fontes de Conhecimento”, os entrevistados deixam clara a insuficiência das estratégias de educação formal e de educação permanente para lidar com a pessoa vivendo com hanseníase. Há uma baixa prioridade da formação médica e das ações educativas após a graduação em relação à hanseníase, e “os médicos em geral receberam treinamento insuficiente e inadequado para lidar com a hanseníase”<sup>28; p.483</sup> resultando em despreparo para diagnosticar a doença, um dos motivos para o diagnóstico tardio. O desconhecimento acerca da hanseníase na graduação já foi observado:

*a proporção dos diagnósticos equivocados, resultado direto da ignorância generalizada dos médicos em ge-*

*ral com respeito à hanseníase, revela também que focalizar doenças deste tipo não é prioritário pelo sistema de educação médica.<sup>28; p. 488</sup>*

Além disto, o conteúdo é negligenciado na graduação, e não é visto nos hospitais universitários.<sup>29</sup> As capacitações em hanseníase para a Atenção Primária já foram avaliadas por outros autores, apontando que mesmo depois de cursadas, persiste a insegurança quanto ao diagnóstico da doença.<sup>29-31</sup> Assim, percebe-se que:

*“Se não houver um enfrentamento da situação, com priorização do ensino sobre a doença na graduação, além do treinamento em serviço, em massa, dos profissionais de saúde que já atuam nas unidades básicas, é bem pouco provável que a doença tenha sua incidência reduzida nos próximos anos.”<sup>29; p. 2</sup>*

A subcategoria “Atenção Primária” foi aquela que gerou mais *insights* por parte dos participantes, com questões relativas ao Papel da Atenção Primária frente à pessoa com diagnóstico de hanseníase, e outras relacionadas às possibilidades de ofertar este cuidado. Estima-se que a APS resolva de 80 a 95% dos problemas de saúde de sua população de referência, o que implica em recebera contra-referência do especialista bem preenchida e linhas guia de atendimento atualizadas.<sup>32,33</sup>

Os relatos demonstram que a APS é capaz de cumprir seus atributos ao lidar com a hanseníase, mas ao mesmo tempo consideram que seus conhecimentos são insuficientes para um acompanhamento integral. Na visão destes profissionais, há também um “atendimento VIP” para o paciente diagnosticado. Por outro lado, este serviço especializado pode ser um potencial gerador de estigma (ver Diagrama 1).

A APS é o primeiro nível de atenção, com menor densidade tecnológica, mas com alta complexidade de situações. Norteia-se pelos princípios da acessibilidade, integralidade, horizontalidade e coordenação do cuidado, e tem como aspectos derivativos o foco na família, abordagem comunitária e a competência cultural.<sup>32</sup>

O Ministério da Saúde reconhece o papel da APS no controle da Hanseníase<sup>17,18,19</sup>, mas as eSF trabalham com até 4.000 habitantes por equipe, enquanto em outros países, a proporção varia de 2.500 pessoas (Canadá), a até 850 pessoas por equipe (Itália).<sup>34</sup> Além disto, um número de 1.947 pessoas é o máximo estimado para que uma equipe de APS consiga realizar todas as ações necessárias de prevenção, promoção, cura e reabilitação.<sup>35</sup> Embora a técnica adotada seja a de análise de conteúdo, no GF pode-se identificar o discurso profissional de defesa de 2.500 pessoas por

equipe da entidade representante destes futuros especialistas, típico de entrevistas com especialistas.<sup>21</sup>

Chama a atenção também no grupo o modelo do discurso médico em saúde: os profissionais discursam com mais tranquilidade quando conseguem estabelecer analogias com outras doenças e serviços da rede. Quando se referem a dificuldades de tratamento, eles utilizam como paralelos a Tuberculose e doenças crônicas; ao trabalhar ações educativas, propõem um paralelo com outras doenças de pele; no auto-exame, o paralelo é com o câncer de mama; e na lógica da mudança de comportamento, o fazem em relação ao tabagismo. O objeto para o paciente nestas estratégias situa-se na questão da mancha, e da perda de sensibilidade.

Na subcategoria Educação em Saúde, os entrevistados corroboram a percepção de que o conteúdo de educação em saúde é centrado no saber médico, vertical e com caráter distributivo. Esta percepção é refletida na forma como os residentes discutem a comunicação.<sup>36</sup>

Há dois pontos fundamentais a se discutir: o primeiro refere-se ao limite entre a responsabilização do paciente e a “terceirização” do cuidado para o paciente. Até que ponto responsabilizar o paciente por levar sintomas para a consulta é abrir mão da qualidade mínima do atendimento?

O segundo refere-se à maneira como se faz educação e comunicação em saúde: a comunicação em saúde em geral é realizada pelos órgãos oficiais atuam transferindo o saber instituído e definindo novos valores, pautada em uma campanha “conteudista, normativa e cientificista” que não se traduziu na mudança de comportamento.<sup>38</sup>

Quando se trabalha com doenças específicas em um âmbito de atuação generalista, muitas vezes as pessoas se perdem no meio de tanta informação sobre tantas doenças. É comum as unidades básicas de saúde contarem com um elevado volume de informações em quadros de avisos, o que dificulta o foco. Um residente especificamente relatou suas impressões ao falar de um cartaz em seu consultório e imaginar como o paciente se sentiria, reconhecendo que, se o médico não chama a atenção, o paciente não vai atentar para a campanha.

O grupo enfatizou ainda estratégias educativas midiáticas como a inserção de um caso de hanseníase em obras de ficção televisivas. Ressalta-se que na campanha do MS de 1988 a imagem de uma dona-de-casa se queimando no fogão “sem perceber”, com a mancha dormente no braço sobre o fogo, permaneceu no consciente coletivo, o que corrobora o papel fundamental da TV.

Enquanto área do conhecimento, a Educação em Saúde estuda o que leva as pessoas a adotarem um comportamento, sendo seu objetivo prover informações que permitam a mudança consciente e autônoma para hábitos saudáveis.

Uma das teorias utilizadas é o Modelo de Crenças em Saúde (MCS)<sup>39, 40</sup>, que envolve percepções do sujeito acerca da susceptibilidade, gravidade da doença, benefícios percebidos na mudança de comportamento, as barreiras para mudar o comportamento, a auto-eficácia e em cima destes construtos, avalia estratégias relacionadas a mudança de atitude (Diagrama 2).

Diagrama 2: Construtos do Modelo de Crenças em Saúde:



Fonte: Adaptado de GLANZ.<sup>39</sup>

O MCS é uma das mais consolidadas teorias comportamentais e, embora pouco divulgada em nosso meio, vem sendo usada para tentar explicar comportamentos de pessoas frente a cenários preventivos, de auto-cuidado para pessoas com problemas de saúde crônicos, redução de danos e abandono de fatores de risco. Rotberg (1977)<sup>13</sup> apontava, em relação ao fenômeno social da hanseníase:

*“não é, nem será jamais ‘doença como as outras’, mas, pelo contrário, ‘fenômeno psico-social-somático’ excepcional, a ser tratado de modo excepcional (...) essa ‘corrente psico-social’ bloqueia hoje, e bloqueará sempre, o caminho para a aplicação de toda e qualquer medida médica (...) e de controle da epidemia por quaisquer métodos, presentes ou futuros.”*<sup>13; p. 2</sup>

A proposta de Rotberg se refletiu na adoção da terminologia hanseníase, abolindo qualquer referência a “lepra” e suas variantes. Essa nova nomenclatura parece ter realmente afastado o estigma da doença, mas interferiu com as crenças acerca da doença no Brasil. Há uma baixa percepção do risco, ou “susceptibilidade percebida”, da doença hanseníase, o que é um foco primordial das campanhas educativas.<sup>27,28</sup> No conteúdo analisado percebe-se esta necessidade quando os residentes focam nas campanhas de auto-exame, o que estará diretamente ligado por um lado ao construto de “benefícios percebidos” do MCS, e por outro a necessária integração entre a comunicação e a mudança de comportamento.<sup>38,40,41</sup>

Por se tratar de uma doença crônica com repercussões de longo prazo, a presença de algum gatilho para a mudança de comportamento provavelmente

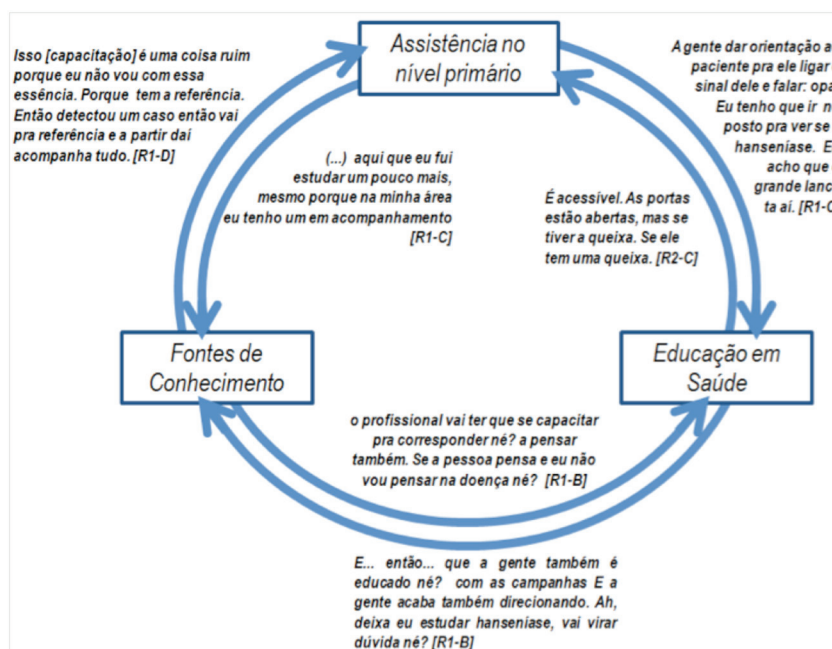
será tardio, quando as sequelas já caminham para repercussões mais graves, como a amputação por osteomielite, que é secundária as perfurantes ósseas causadas pela neuropatia e vasculopatia periféricas.

Um agravante da abordagem da hanseníase é o estigma associado, originário da bíblia, em um país de intenso cristianismo, em um contexto em que há “um quadro transicional onde se confrontam expectativa de cura e uma visão estigmatizante das consequências da doença”.<sup>27; p. 112</sup> Isto enfatiza a importância de se entender as crenças das pessoas acerca da doença e da mancha. Ao fazerem paralelos com outras doenças estigmatizantes, surgem também as doenças mentais. A loucura é a herdeira natural da “lepra” e os manicômios que abrigavam “leprosos” na idade média passaram a abrigar “loucos”.<sup>42,43</sup>

O conteúdo do GF ressalta que a ES é capaz de produzir melhores resultados quando os saberes multiprofissionais estão presentes, algo que foi extensamente pautado na literatura. No caso da hanseníase, o conteúdo é centrado no saber e na conduta do médico e com linguajar inadequado, distributivista e não considera as particularidades locais.<sup>25, 31, 36, 38</sup>

As categorias que surgiram do GF envolvem todos os ângulos do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde” que permitem compreender a hanseníase na perspectiva educacional: ensino, atenção, gestão, além do controle social que é margeado ao longo das falas dos entrevistados.<sup>44</sup> E, embora o GF tenha identificado três subcategorias, elas não se encontram isoladas no contexto, e durante todo o tempo o ciclo conhecimentos (ausentes) - assistência (insuficiente) - educação para saúde (suspeição) se integra (DIAGRAMA 3).

Diagrama 3. Interrelação das sub-categorias e como uma influencia a outra ao longo do conteúdo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase é uma doença relacionada à falta de informação. Embora curável, suas repercussões dependem do diagnóstico precoce e de um tratamento prolongado e com falhas de adesão. Resulta também da falta de acessibilidade dos sistemas de saúde, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica.

A “educação sanitária” no Brasil realizou-se através de folhetos, publicações, palestras e filmes, inicialmente no sentido de desestigmatizar a “lepra” e depois informar a população para procurar serviços de saúde em casos suspeitos. Entretanto, os materiais são verticais e cientificistas, não abordando o sujeito nem sua rede social. Quando os participantes do GF apontam que é necessário mostrar a morbidade da doença, encontram eco na dissociação entre “lepra” e hanseníase, e quando apontam para a necessidade de difusão de sintomas e para uma abordagem mais sistêmica, mais do que doenças, demonstram que a APS está um passo mais próxima de cumprir esses objetivos.

O conteúdo analisado aponta para uma formação insuficiente, ao menos na graduação, que se pauta pela fragmentação, tendo em vista que o conteúdo específico é dado em um ambulatório de uma subespecialidade, primordialmente teórico. Isto também é observado na prática, em que serviços de especialidades são responsáveis por cuidar da doença da pessoa diagnosticada.

A Atenção Primária é reconhecida pelos participantes do grupo como o nível adequado para o cuidado à pessoa com a doença, mas são muitos os fatores que dificultam isto na prática: a presença e o consequente estigma dos centros de tratamento especializados, a falta de linhas guia/protocolos e organogramas nas redes de atenção à saúde, a insegurança dos profissionais para lidar com o paciente. Contribui sobremaneira a carga excessiva relatada pelos médicos residentes, que coincide com a realidade da Atenção Primária.

A adoção da terminologia “hanseníase”, abolindo qualquer referência a “lepra” e suas variantes, embora exitosa na percepção do estigma da doença, interferiu com as crenças acerca da doença. As falas dos residentes apontam para uma associação entre o sintoma (mancha) à gravidade (sequelas). E isto é corroborado na análise de conteúdos, quando a educação aponta para a necessidade de ampliar a suspeição e a ameaça percebida. Como a hanseníase é margeada pelo estigma bíblico, os médicos residentes deixam claro que

há um limite para esta ameaça, por exemplo, na campanha “Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil” de 1998 o modelo educacional foi taxado de estigmatizante, ligado ao sentido de mácula, sujeira, descrédito na reputação.

Assim, os caminhos traçados envolvem a inclusão da mídia de massa (televisiva em especial) como meio para a comunicação em saúde, pautada na ampliação da suspeição e demonstração da gravidade das sequelas que a doença pode ocasionar, favorecendo a procura pelo serviço de saúde. Para que isto ocorra, é fundamental ofertar a população APS de qualidade, com profissionais bem capacitados, algo que parece ainda distante de uma realidade nacional em que se considera que qualquer profissional estaria apto a atuar na APS.

Da forma como é conduzida a formação destes profissionais na graduação, inseridos em contextos hospitalares, ou em ambulatórios selecionados, a chance de terem contato com a doença é reduzida. Quase todos afirmaram atender pessoas com hanseníase em sua área de atuação, mas na graduação seu contato com a doença foi nulo ou restrito. Faz-se necessária a inserção de alunos de medicina em cenários de prática reais, com casuística semelhante a que encontrarão na vida profissional, considerando-se a pretensão da academia formar um generalista pleno.

## AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Estudos do Centro de Pesquisas René Rachou pelo apoio na prospecção de artigos e normatização científica. À Casa de Saúde Santa Izabel em Betim-MG por ser um centro de referência público, gratuito e de qualidade para as pessoas que sofrem com as sequelas desta doença. À Residência de Medicina de Família e Comunidade da Diretoria de Educação em Saúde de Betim pelo apoio a esta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Global leprosy update, 2014: need for early case detection. *Wkly Epidemiol Rec.* 2015 Sept;90(36):461–76.  
Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada. *Bol Epidemiol.* 2016;47(21):1-10.  
World Health Organization [Internet]. Geneve: WHO; c2016. [cited 2011 Oct 12]. The World Health Assembly Resolution 1991: World Health Assembly

- (WHA) resolution to eliminate leprosy; [about 1 screens]. Available from: <http://www.who.int/lep/strategy/wha/en/index.html>
- 2 World Health Organization. A guide to leprosy Control. 2a ed. Geneva: WHO; 1998. 121p.
  - 3 Curi LM. Lepra e preventórios do Brasil: a Educação a serviço do "bem". *Evidência*. 2006;2(2):149-79
  - 4 Maciel LR, Oliveira MLW, Gallo MEN, Damasco MS. Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2003;10(suppl.1):308-36.
  - 5 Ducatti I. Discurso científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, Século XX). *Proj Hist*. São Paulo. 2007 Jun;(34):303-15.
  - 6 Monteiro YN. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2003;10(Suppl1):95-121
  - 7 Santos VSM. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2003;10(Suppl.1):415-26.
  - 8 BRASIL. Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. *Diário Oficial [da] União*, Rio de Janeiro, RJ, 13 jan 1937. Seção 1.
  - 9 Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Lepra. Manual de Leprologia. Rio de Janeiro: MS, SNL; 1960. 171p.
  - 10 DISTRITO FEDERAL. Decreto 9.761 de 21 de maio de 1949. Aprova o Regulamento Sanitário do Distrito Federal. *Diário Oficial [da] União*, Distrito Federal (Rio de Janeiro), 17 jun 1949, Seção 2, p. 35-46. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/2502217/pg-38-secao-2-diario-oficial-da-uniao-dou-de-17-06-1949>>. Acesso em: 27 jul 2016.
  - 11 Rotberg A. A Fase III do controle da hanseníase começa no Brasil. *Hansen Int*. 1977;2(1):1-4
  - 12 BRASIL. Decreto nº 77.513, de 29 abril de 1976. Revoga o Decreto nº 968 de 7 de maio de 1962, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 abr 1976.
  - 13 BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar 1995.
  - 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 125, de 26 março 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 26 mar 2009.
  - 15 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Hanseníase. Informe da Atenção Básica. 2000 Ago;3:1-2
  - 16 Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Informe da Atenção Básica. 2007 Set-Out;8(42):1-2.
  - 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out 2011.
  - 18 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
  - 19 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
  - 20 Krueger RA. Focus Group: a practical guide for applied research. Newbury Park: Sage; 1988.
  - 21 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.
  - 22 Morgan S. Focus Groups. *Annu Rev Sociol*. 1996 Ago; 22: 129-52.
  - 23 Kelly-Santos A, Monteiro S, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2009; 25(4):857-67.
  - 24 Santos AK, Ribeiro APG, Monteiro S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2012. 2012; 16 (40): 205-18.
  - 25 Feliciano KVO, Kovacs MH. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. *Rev Panam Salud Publica*. 1997;1(2):112-18.
  - 26 Queiroz MS, Carrasco MAP. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cad Saude Pública*. 1995;11(3):479-90.
  - 27 Barreto JA. Conhecimentos de médicos sobre hanseníase e reflexos em sua epidemiologia [Internet]. Brasília: CFM; 2016. [citado 2013 jan 10]. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hanseniase-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23040:conhecimentos-de-medicos-sobre-hanseniase-e-reflexos-em-sua-epidemiologia&catid=46)
  - 28 Moreno CMC, Enders B, Simpson CA. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e

- enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2008 nov; 61(n.esp.): 671-75.
- 29 Resende DM, Souza MR, Santana CF. Hanseníase na atenção básica de saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansen Int.* 2009; 34(1): 27-36.
- 30 Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2012; 7 (23): 69-74.
- 31 Landsberg GP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JM, Nascimento J, Azarga P. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(11): 3025-36.
- 32 Jepson GMH. How do primary health care systems compare across Western Europe? *Pharm J.* 2001; 267: 269-73.
- 33 Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med.* 2012;10(5):396-400.
- 34 Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. *Interface.* 2010;14(32):37-51.
- 35 Mcwhinney I, Freeman T. *Textbook of family medicine.* New York: Oxford University Press; 2009. 460p.
- 36 Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(1): 200-6.
- 37 Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* San Francisco: JW&S; 2008. 592p.
- 38 Hochbaum GM. *Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study.* Washington: PHS publication; 1958.
- 39 Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. *Theory in health education practice.* *Health Educ Behav.* 1992;19:295-313.
- 40 Savassi LCM, Bogutchi TS, Oliveira APS, Modena, CM. A influência da internação compulsória em hospitais-colônia na qualidade de vida de cuidadores e pacientes com sequelas de hanseníase. *Hansen Int.* 2009;34:21-31.
- 41 Figueiredo FS. *Lepra e loucura [monografia].* Betim (MG): Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2005. 56 p.
- 42 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.

---

Leonardo Caçado Monteiro Savassi  
Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto Campus Morro do Cruzeiro  
sem número  
Ouro Preto - MG  
CEP 35400-000  
Telefone 31 3559-1001