

DIÁLOGOS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DA HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**DIALOGUES WITH COMMUNITY HEALTH AGENTS REGARDING LEPROSY
WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

Ciências da Saúde • 09/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/788940690](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/788940690)

Bruna Fontenele de Meneses¹
Raimundo Mario Lira de Oliveira²
Larissa Ravenna Brandão Silva³
Lorena Araujo Martins Aguiar Rocha⁴
Mary Anne Oliveira Rodrigues⁵
Rayane Moreira de Alencar⁶
Enathanael Ribeiro Soares⁷
Joel Freires de Alencar Arrais⁸
Pedro Paulo Rodrigues⁹
Rayane Sales de Oliveira¹⁰
Maria Angélica Farias Granjeiro¹¹
Ana Heloísa dos Dos Santos¹²
Glebia Alexa Cardoso¹³
Paulo Adriano Schwingel¹⁴
Viviane Oliveira Mendes Cavalcante¹⁵
Jevanildo Paulino Aguiar¹⁶
Ana Márcia Rodrigues da Silva¹⁷
Ana Ofélia Portela Lima¹⁸
Elayne Parente Linhares¹⁹
Maria Hayne Cordeiro Cardoso Cavalcante²⁰
Mirela Mendes da Costa²¹
Rochelle da Costa Cavalcante²²
Carlos Bruno Silveira²³
Lucas Levi de Souza Morais²⁴
Rousiane Jonker Castro²⁵
Maria Tatiane Feitosa de Sousa²⁶
Tacio dos Santos de Aguiar²⁷

Luciano dos Santos Ferreira²⁸

Virna Fabrízia Alves Mourão²⁹

Alana Eufrásio de Castro Lima³⁰

Beatriz Costa de Sousa³¹

Antônia Eduarda Pereira de Oliveira³²

Vitória Régia Feitosa Gonçalves Costa³³

José Giovanni Gomes Vieira³⁴

RESUMO

A hanseníase permanece como uma patologia negligenciada de alta endemicidade no Brasil, caracterizada por um forte estigma social e potencial para causar incapacidades físicas se não tratada precocemente. Diante deste cenário, o presente estudo consistiu em uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa realizada em Sobral, Ceará, com o objetivo de identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a doença para fortalecer o diagnóstico oportuno na Estratégia Saúde da Família. A metodologia foi estruturada em cinco etapas, incluindo levantamento de conhecimento prévio por meio de entrevistas, análise de conteúdo e a realização de ações de educação permanente. Os resultados revelaram que, embora os ACS reconheçam a hanseníase como uma doença infectocontagiosa curável e identifiquem sinais dermatológicos básicos, persistem lacunas significativas sobre o comprometimento neurológico, a classificação operacional e os processos específicos de diagnóstico. Os profissionais manifestaram carência de capacitações frequentes e mais focadas na prática cotidiana do seu papel como elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Como produto da intervenção, foi elaborada uma cartilha educativa digital para auxiliar no trabalho de campo e na identificação de casos suspeitos. Conclui-se que a educação permanente é ferramenta indispensável para qualificar o processo de trabalho, permitindo que os ACS atuem como protagonistas na desmistificação da doença e na melhoria dos indicadores de saúde pública.

Palavras-chave: Hanseníase; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação Permanente.

ABSTRACT

Leprosy remains a neglected disease with high endemicity in Brazil,

characterized by strong social stigma and the potential to cause physical disabilities when not diagnosed and treated early. In this context, this qualitative intervention research was conducted in Sobral, Ceará, Brazil, aiming to identify the perceptions of Community Health Workers (CHWs) regarding leprosy in order to strengthen early diagnosis within the Family Health Strategy. The methodological approach comprised five stages, including the assessment of participants' prior knowledge through interviews, qualitative content analysis, and the implementation of continuing health education activities. The findings showed that, although CHWs recognized leprosy as a curable infectious disease and were able to identify its main dermatological manifestations, important knowledge gaps remained regarding neurological involvement, operational classification, and specific diagnostic procedures. Participants also reported the need for more frequent training activities focused on the practical demands of their role as a link between the community and primary healthcare services. As a result of the intervention, a digital educational booklet was developed to support field activities and facilitate the identification of suspected cases. The study concludes that continuing health education is an essential strategy to improve the work process of Community Health Workers, enabling them to play a leading role in reducing stigma, promoting early case detection, and contributing to improved public health indicators.

Keywords: Leprosy; Community Health Workers; Family Health Strategy; Continuing Health Education.

1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença tropical milenar considerada negligenciada, com surgimento identificado por volta do século VI

a.C. no Oriente (Brasil, 2021). Dentre os diversos aspectos que envolvem a hanseníase, observa-se que o estigma é um dos principais agravantes, pois gera superstições e mitos. Consequentemente, essa condição estabelece do desconhecimento sobre a transmissão e cura¹.

Historicamente, tanto no Brasil quanto no mundo, ao receber o diagnóstico de Hanseníase o indivíduo era isolado da sua família e da sociedade civil através do isolamento compulsório. Nesse período, os pacientes buscavam moradia nas chamadas colônias até que as incapacidades levassem ao óbito. As principais colônias localizavam-se no Amazonas, Pará, São Paulo, Minas Gerais e Ceará. Vale ressaltar que, no Brasil somente no ano de 1986 que a obrigatoriedade do isolamento foi abolida através de Lei, outro marco importante foi a criação de uma legislação que aboliu a utilização do termo "lepra" devido ao estigma institucionalizado associado à palavra².

Com efeito, a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, descoberta por Gerhardt Henrik Hansen em 1873, que infecta principalmente os nervos periféricos e as células de Schwann. É importante frisar que sem o diagnóstico e tratamentos precoces, a patologia evolui, favorecendo a transmissão e o aumento das incapacidades físicas. A transmissão ocorre estritamente pelas vias aéreas superiores, enquanto o compartilhamento de fômites não é considerado uma via de transmissão da doença. Assim, os contatos domiciliares possuem uma probabilidade maior de adoecerem, devido à convivência prolongada³.

Em contrapartida, o diagnóstico da doença é majoritariamente clínico através de sinais e sintomas e investigação de contatos de

indivíduos previamente diagnosticados. Dentre os principais sinais e sintomas da hanseníase são manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas. Além disso, o paciente pode apresentar alterações da sensibilidade tátil e/ou térmica, parestesia, câimbras nos braços e pernas, que podem evoluir para dormência parcial ou total, pápulas, tubérculos e nódulos pelo corpo e a queda de pelos e a presença da garra cubital que variam de acordo com a classificação da doença ⁴.

A partir dos sinais e sintomas clínicos é possível realizar o diagnóstico clínico-epidemiológico, o exame dermatoneurológico é realizado por profissional capacitado, além disso a baciloscopia e a biópsia das lesões são exames que corroboram com o diagnóstico clínico ⁵.

No que se refere à classificação operacional, a doença é classificada na forma paucibacilar que se caracteriza pela presença de uma a cinco lesões cutâneas e baciloscopia negativa. Contudo, deve-se pontuar que o resultado negativo nos casos paucibacilares não exclui o diagnóstico da hanseníase, que se subdivide nas formas indeterminada e tuberculóide ⁶.

Por sua vez, as formas multibacilares se caracterizam pela presença de mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva. Há também consenso na classificação multibacilar para casos com mais de um nervo periférico comprometido, desde que devidamente documentada a perda ou diminuição de sensibilidade. Subdivide-se em dimorfa e virchowiana ⁷.

Destaca-se a importância da identificação de situações especiais, como a vulnerabilidade social e desafios adicionais ligados ao estigma, à discriminação e à necessidade de reabilitação física em

níveis de maior complexidade. Essas ações são primordiais para a obtenção dos melhores resultados terapêuticos e o consequente impacto positivo na diminuição da carga da doença no Brasil ⁸.

Tal panorama torna a hanseníase no Brasil confirma a alta endemicidade de casos da doença e, ocasionando um problema de saúde pública, além disso, é considerado como um dos hotspots mais relevantes para a hanseníase e outras treze doenças negligenciadas em todo o mundo, com distribuição heterogênea em todo o país embora as maiores taxas de detecção sejam observadas em municípios das regiões Norte e Nordeste ⁹.

Portanto, as equipes de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem estar aptas a reconhecer precocemente os sinais e sintomas da doença e a identificar prontamente os sinais das reações hansênicas. Além disso, a equipe deve estar capacitada para definir a classificação operacional, indicar o esquema terapêutico, avaliar e monitorar a função dos nervos periféricos, orientar a prevenção das incapacidades físicas e acompanhar os efeitos colaterais da poliquimioterapia (PQT-U) ¹⁰.

À vista disso, repensando o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo entre a comunidade e a unidade, é indispensável que o acolhimento seja uma de suas atribuições. Afinal, essa postura rompe com a lógica da exclusão, permitindo a criação de vínculos. A escuta atenta do Agentes garante que as informações sobre cura e tratamento sejam transmitidas corretamente, combatendo diretamente o estigma ¹¹.

2. OBJETIVO

Identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da hanseníase para qualificar a assistência e fortalecer o diagnóstico oportuno na Estratégia Saúde da Família.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa. A pesquisa-intervenção permite ao investigador atuar de forma colaborativa "com" os sujeitos, em vez de realizar uma análise sobre eles, o que possibilita resultados mais condizentes com a realidade do contexto investigado¹².

A abordagem qualitativa considera como instrumento fundamental da pesquisa o próprio pesquisador. Uma vez que busca compreender o contexto da pesquisa por envolver o trabalho com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Tais elementos constituem um conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte intrínseca da realidade social ¹³.

A intervenção ocorreu em Sobral, Ceará, no território adscrito do Centro de Saúde da Família (CSF) Dr. Estevam Ferreira da Ponte, unidade que comporta três equipes de Estratégia Saúde da Família completas.

Sobral, situado na zona norte do Estado do Ceará, fica a aproximadamente 224 Km da capital, Fortaleza. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, atualmente, a rede conta com 56 equipes distribuídas em 38 Centros de Saúde. A população adscrita ao território é de cerca de 9.500 habitantes ^{15,16}.

A coleta de dados e a intervenção ocorreram entre os meses de julho e dezembro de 2024, após aprovação do Sistema Integrado de Comissão Científica (SICC) de Sobral e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os participantes da intervenção foram os Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde da Família Dr. Estevam Ferreira da Ponte-Junco.

Os critérios de inclusão para participação da intervenção foram: Agentes comunitários de saúde vinculados as equipes do CSF, com tempo de atuação superior a um ano e que aceitem participar do estudo. Foram excluídos os Agentes Comunitários de Saúde que estiveram de atestado médico, licença médica, internamento e/ou afastamento do trabalho por outra natureza durante o período da realização da pesquisa.

A amostra final para a etapa de coleta de dados (questionário) constituiu-se de sete Agentes. No entanto, 12 profissionais participaram do momento de educação permanente, devido a independência das etapas.

Quadro 1. Descrição das etapas do estudo

Etapa	Descrição
1	Reunião com a gerência da unidade para apresentação da pesquisa, objetivos e instrumentos de coleta, Anuência e Parecer CEP.
2	Levantamento do conhecimento prévio por meio de entrevista individual. Iniciou-se com o acolhimento, explicação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta etapa contou com 07 participantes, predominantemente do gênero

	feminino, garantindo a representatividade das três equipes da unidade.
3	Realizou-se a leitura, transcrição e análise dos discursos para definição das categorias temáticas, buscando compreender as lacunas de conhecimento e as dúvidas citadas previamente.
4	Realizou-se uma ação de educação permanente abordando sinais, sintomas, transmissão, cuidados e prevenção de incapacidades físicas. Nesta fase, participaram 12 Agentes Comunitários de Saúde.
5	Elaboração e entrega de uma cartilha digital (APÊNDICE F) focada na identificação precoce de casos, construída a partir das necessidades identificadas nas etapas anteriores.

Fonte: Próprio autor, 2024.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário semiestruturado e entrevistas gravadas com sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), representantes das três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Previamente, assinaram-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o de Uso de Imagem e Depoimentos (APÊNDICE B).

Mediante diário de campo e observação participante (APÊNDICES C e D), constatou-se que os profissionais com conhecimentos prévios, mas demonstravam lacunas em aspectos específicos e dificuldade em estabelecer correlações entre teoria e prática. O instrumento continha três questões subjetivas (APÊNDICE E); a análise dessas narrativas permitiu categorizar as falas e os resultados encontram-se sintetizados nos Quadros 1 e 2.

A intervenção da pesquisa foi desenvolvida por meio de momentos, possibilitando o aprimoramento dos seus processos de trabalho,

tornando-os mais qualificados. E foram aplicados os seguintes instrumentos de pesquisa: roteiro de entrevista semiestruturada gravada, diário de campo e instrumento de observação-participante.

Para análise das informações qualitativas, empregou-se o método da Análise de Conteúdo Bardin - Figura 1, este método se conceituou como sendo: um conjunto de técnicas de análise que utilizou procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação das comunicações, tendo como foco obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que assim, permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens¹⁷.

A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa fundamentada na descrição objetiva, sistemática e qualitativa, permitindo que o analista inserisse dados de um determinado contexto. Assim, a análise de conteúdo consistiu em detalhar as ideias das mensagens, onde o analista criou categorias para analisar as falas em questão dos sujeitos participantes da pesquisa, tendo como objetivo buscar a resolutividade do problema, almejando a fundamentação na sua interpretação final.

A pesquisa respeitou as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012, garantindo os princípios da bioética e o anonimato dos participantes por meio da codificação dos relatos. O estudo foi aprovado pelo SICC de Sobral e pelo CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú (Parecer nº 0287/2023). Os participantes assinaram o TCLE e o Termo de Uso de Imagem e Som, sendo informados sobre a possibilidade

de riscos mínimos (como constrangimento) e o direito de desistência a qualquer momento. Como benefício, a intervenção promoveu a qualificação do processo de trabalho dos ACS no combate à hanseníase.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Aplicação dos Instrumentos de Coleta de Dados e Categorização Temática da Pesquisa

Os dados obtidos no estudo foram criteriosamente organizados em categorias temáticas, com o objetivo de fornecer uma análise estruturada e facilitar a compreensão aprofundada dos resultados pelo leitor. Desta forma, emergiram 4 categorias, distribuídas em dez categorias iniciais (CI), entre as quais apresentaram 54 Unidades de Registro (UR), segundo quadro 2.

Assim, apresento as 4 quatro categorias: 1 – Aspectos gerais relacionados à hanseníase; 2 – Indagações sobre a hanseníase acerca do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família; 3 – Indagações acerca do diagnóstico precoce subcategorizadas em instrumentos que auxiliam no diagnóstico precoce e a 4 – Formação dos agentes comunitários de saúde. No entanto, segue também abaixo, o quadro 2, com a subcategorização para facilitar a compreensão do conteúdo das falas das participantes.

Quadro 2. Categorias de Análise dos Discursos dos ACS sobre Hanseníase. Sobral, CE, 2024

CATEGORIAIS INICIAIS (CI) – Subcategorias	CATEGORIAS FINAIS (CF)	CD
---	------------------------	----

Características gerais da doença	Aspectos gerais relacionados à Hanseníase	AGRH
Manifestações clínicas		
Formas de transmissão/Suspeição		
Classificação operacional		
Diagnóstico e seguimento pós diagnóstico		
Tratamento		
Dúvidas relacionadas à Hanseníase	Indagações sobre a Hanseníase no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família	IHPTESF
Instrumentos que auxiliam no diagnóstico	Indagações acerca do diagnóstico precoce	IDP
Educação permanente, continuada e atualizações	Processo formativo dos agentes comunitários de saúde	FACS
Vivência Prática		

Fonte: Próprio autor, 2024

Quadro 3. Categorização das unidades de registros evidenciados a partir das entrevistas dos agentes comunitários de saúde, Sobral- CE, 2024.

UNIDADES DE REGISTROS (UR)	CATEGORIAS INICIAIS (CI)	CATEGORIAS FINAIS (CF)
Categoria Temática 1: Aspectos gerais relacionados à Hanseníase		
1. "...é uma doença contagiosa." (A2) 2. "É uma doença causada por um tipo de bactéria" (A3). 3. "Era conhecida como a antiga lepra". (A4) 4. "Era uma doença que não tinha cura". (A4) 5. "...hoje graças à Deus tem cura" (A4) 6. "...é uma doença infecciosa, com estigma, mas que se tratada tem cura" (A5) 7. "Era chamado de lepra". (A6) 8. "...se não tratada a tempo o paciente fica com sequela". (A6) 9. "...sei que é causada por uma bactéria" (A6) 10. "É uma doença que a gente pega, se não tratada no tempo certo, mas se tratada no tempo certo, tem êxito" (A7) 11. "...sei que nem toda mancha é hanseníase" (A7)	Características gerais da doença	Aspectos gerais relacionados à Hanseníase
12. "é uma mancha vermelha, avermelhada, às vezes a gente pensa que é uma impinge e não é, pode ser uma mancha bem roxa, arroxeadada que apareceu no corpo do rapaz, nasceu na orelha, nas costas...eu vinha e não tinha vacina" (A1) 13. "Teve uma vez que soube de um caso em outra área, o paciente apresentava eritema, manchas na pele, a hanseníase dele era nos ossos, afetou os nervos, eu acho, os braços dele doíam muito" (A2) 14. "...manchas no corpo, manchas dormentes que se alastram" (A3)	Manifestações clínicas	

15. "...doença que dar manchas na pele, a pessoa não sente, não coça, tem perda da sensibilidade, tive um paciente que pensava que era pano branco e não era, era hanseníase, é muito parecido as manchas" (A4) 16. "...essas manchas aparecem de várias maneiras" (A4) 17. "...lesões na pele, geralmente são esbranquiçadas, dormentes" (A5) 18. "...manchas que passam não sei quantos anos para sair do corpo, confunde muito com pano branco, com diabetes, que tem aquela questão lá da sensibilidade, o paciente não sente o pisar e sei que caso não tratado fica com o dedo em garra, acho que é" (A6) 19. É uma doença que atinge a pele do ser humano, causando manchas" (A7).	
20. "...estou na dúvida se é transmitida pela pele ou é gotículas, ela pode ser transmitida pelos contactantes da sua casa, os mais próximos, pessoas que tiveram contato com alguém com hanseníase." (A2) 21. "...contato prolongado com a pessoa que teve essa bactéria, que convivem dentro de uma casa, trabalho, rua" (A3) 22. "Pega se não estiver em tratamento e se for comunicante da pessoa" (A4) 23. "Gotículas da saliva de uma pessoa infectada". (A5) 24. "...através das gotículas que sai da boca que a se pega a doença" (A7)	Formas de transmissão e suspeição
25. "...são dois tipos, paucibacilar e multibacilar" (A4).	Classificação operacional
26. "...ele fez o exame e deu que era hanseníase, ele fez o acompanhamento na unidade direitinho, o dele foi um ano..." (A1)	Diagnóstico e seguimento

27. "...os casos que tiveram na minha área, foram descobertos logo, fizeram o tratamento, não apresentou mais nada depois, nenhuma sequela" (A1)

28. "...quando aparece alguma mancha a gente manda procurar o posto, para saber, descobrir o que é, sempre faço isso" (A1)

29. "...se o paciente apresenta uma mancha, oriento buscar a unidade o mais rápido possível, pergunto se algum membro da família já fez o tratamento ou se teve contato externo com alguém que já teve hanseníase, no nosso cadastro individual vem perguntando se a pessoa já teve ou tem hanseníase" (A2)

30. "... teve uma família na minha área, teve muita dificuldade deles fazerem o teste, fazer toda a família, a gente fez muita busca ativa para ele virem, para eles aceitarem o diagnóstico, foi muito dificultoso no acompanhamento, no cadastro tem uma opção lá, se a pessoa já teve hanseníase, eu sei que o diagnóstico tem que ser feito o mais rápido possível, quanto antes melhor, tem que ver os casos de hanseníase nos últimos tempos, o certo seria que chamar todas as pessoas que ela conviveu, mas não entendo muito bem como é feito o diagnóstico se é pelo médico ou a própria enfermeira pode fazer e sobre a investigação se é somente casos de contatos de pessoas que já teve, ou se pode ser investigado toda a vizinhança (A3)

31. "... eu já tive vários casos na área, teve um que o paciente, demorou vir no posto para fazer os exames, e quando veio ser avaliado, detectaram que era a hanseníase, ele pensava que era pano branco, orientei buscar o posto e foi detectado, os familiares apresentaram

Diagnóstico
e
seguimento

resistência, não queriam vir, tinha vergonha de vir, no caso era homem, a família não sabia, achava que era normal, a pessoa estava cada vez piorando, eu orientei buscar o posto e foi detectado” (A4) 32. “Tenho um paciente agora diagnosticado, é a primeira pessoa que vou acompanhar nesses sete anos como agente de saúde, tenho dúvidas de como eu possa estar mais ativa acompanhamento a ele” (A5) 33. “Quando o paciente se queixa das manchas a gente pede para vir no posto o enfermeiro avaliar o quente e frio, encaminhado para vir no posto, fazer o teste e investigar” (A6) 34. “Tenho dificuldade em detectar, quando tem algum sintoma encaminhado para a unidade, para a enfermeira fazer os testes e quando é diagnosticado tem que ir na casa do paciente para ver se ele realmente está fazendo o tratamento” (A7).		
35. “...fizeram o tratamento, não apresentou mais nada depois, nenhuma sequela.” (A1) 36. “Tive um caso no passado, quando ele estava na minha área, ele estava quase finalizando o tratamento, ia fazer o tratamento em outra cidade na época, ele fazia o tratamento bem direitinho”. (A2) 37. “ O tratamento é um remédio que a pessoa toma, tem que tomar um medicamento ”. (E3) 38. “Tem remédio, tem tratamento, é uma doença contagiosa, caso não faça o tratamento, já quando estiver em tratamento não transmite mais, tem vários tratamentos, de 6 meses, 1 ano. O paciente às vezes usa pomada por conta própria e não melhora” (E4)	Tratamento	

39. “Sobre o tratamento sei, que tem a dose supervisionada, quando é diagnosticado tem que ir na casa do paciente para ver se ele realmente está tomando a medicação, eu tinha que ir na casa dela, ela não queria aceitar o diagnóstico, achava que não era nada, foi diagnosticada e eu ia na casa dela todos dia para ver se ela fazia o tratamento” (A7)		
Categoria temática 2: Indagações sobre a Hanseníase acerca do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família		
40. “Tenho dúvida se a medicação escurece a pele, se é uma reação normal”. (A2) 41. “Não entendo muito bem como é feito o diagnóstico”. (A3) 42. “Gostaria de me aprofundar mais em relação às manchas, em relação às dores, os movimentos que a pessoa perde” (A4) 43. “...tenho dúvidas como posso estar mais ativa ao acompanhamento.” (A5) 44. “Tenho dúvida de como ela afeta os movimentos, igual à diabetes” (A6) 45. “Tenho dificuldade em relação às manchas” (A7)	Dúvidas relacionadas à Hanseníase	Indagações sobre a Hanseníase no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família
Categoria temática 3: Instrumentos que auxiliam no diagnóstico precoce		
46. “Eu oriento procurar a unidade” (A1) 47. “Oriente buscar o médico o mais rápido, nosso cadastro vem perguntando se tem hanseníase e se teve ” (A2) 48. “No nosso cadastro tem a opção de marcar, precisa investigar os contatos”. (A3) 49. “Orientei vir no posto e foi detectado” (A4) 50. “Encaminho para a enfermeira fazer os testes”. (E6-E7)	Instrumentos que auxiliam no diagnóstico precoce	Indagações sobre a Hanseníase acerca do diagnóstico precoce
Categoria temática 4: Formação dos agentes comunitários de saúde		

51. “A última educação permanente faz mais de 1 ano, seria melhor uma atualização a cada 6 meses para aperfeiçoar mais” (A4) 52. “...justamente a formação para gente saber algum paciente apresentando algum sintoma, não falar tanto sobre algum sintoma, alguma queixa que a pessoas tenha, formação com poucas pessoas, quando tem muita gente, tem conversas paralelas, uma atualização que vá direto ao ponto, fala-se tantas informações, mas as vezes não é falado o fazer do agente de saúde, mais focadas no nosso papel.” (A6) 53. “Seria interessante, novas atualizações, na saúde e na educação as coisas sempre mudam, sempre se renovam.” (A7).	Educação permanente , continuada e atualizações	
54. “Antigamente tinha vivências práticas, busca ativa na área, nas formações mais antigas” (E5)	Vivência prática	

Fonte: Próprios autores, 2024.

4.1.1. Aspectos Gerais Relacionados à Hanseníase

Evidenciou-se a partir desse tópico que os participantes do estudo reconhecem que é uma doença infectocontagiosa tratável/curável ocasionada por um tipo de bactéria transmitida através das gotículas de saliva e que os contactantes do indivíduo infectado possuem maior probabilidade de desenvolverem a doença. É perceptível através dos discursos que os agentes comunitários de saúde reconhecem a sintomatologia da doença majoritariamente relacionada aos aspectos dermatológicos, apesar de citarem algumas complicações e sequelas relacionadas aos aspectos neurológicos. Outro aspecto importante a ser citado, é que a

classificação operacional também foi citada somente em um registro, demonstrando que a compreensão em relação aos tipos e acometimentos a partir da classificação é um tópico a ser discutido com maiores detalhes posteriormente, no intuito, de sanar as possíveis dúvidas em relação a esse tópico.

Em relação ao diagnóstico e o seguimento após o diagnóstico a grande maioria demonstrou dificuldades em compreender como era realizado, assim também como o acompanhamento do caso após o diagnóstico.

No entanto, a partir das experiências anteriores deles, foi citado sobre o papel do agente comunitário de saúde durante o uso da poliquimioterapia única e avaliação dos contatos, demonstrando a participação ativa nas buscas ativas em casos acompanhados anteriormente, essas constatações podem ser observadas nos seguintes registros.

“É uma doença causada por um tipo de bactéria” (A3).

“ É uma doença infecciosa, com estigma, mas que se tratada tem cura” (A5)

“...contato prolongado com a pessoa que teve essa bactéria, que convivem dentro de uma casa, trabalho, rua” (A3)

“...manchas que passam não sei quantos anos para sair do corpo, confunde muito com pano branco, com diabetes, que tem aquela questão lá da sensibilidade, o paciente não sente o pisar e sei que caso não tratado fica com o dedo em garra, acho que é” (A6)

“.. mas não entendo muito bem como é feito o diagnóstico se é pelo médico ou a própria enfermeira pode fazer e sobre a investigação se é somente casos de contatos de pessoas que já teve, ou se pode ser investigado toda a vizinhança (A3).

O conhecimento prévio dos agentes comunitários de saúde sobre hanseníase pode ser variável, de acordo com alguns fatores importantes como: tempo de atuação na área, vivências anteriores, nível de escolaridade e a participação em capacitações realizadas anteriormente, o que demonstra a relevância de momentos de atualização e educações permanentes voltadas para essa categoria profissional, que têm contato mais próximo com a população (Pereira, 2019) ¹⁸.

Os dados foram categorizados e analisados pelas pesquisadoras e foi realizado momento posterior de educação permanente.

Assim, o homem é a única fonte de contaminação da hanseníase, e o contágio se dá através de uma pessoa doente portadora do bacilo de Hansen, sendo que, é necessário ter um contato direto com a pessoa infectada e não tratada para que a transmissão aconteça, pois após o início do tratamento quimioterápico, a pessoa não pode transmitir a doença, os bacilos são mortos com as primeiras doses da medicação¹⁹.

Outros autores relatam que é rudimentar o conhecimento sobre a doença, muitas vezes expresso pela própria experiência vivenciada de cada paciente, sendo que, apesar dos avanços significativos, a hanseníase continua sendo uma doença estigmatizada, com isso, muitos pacientes acarretam em si transtornos psicológicos, principalmente paciente que fazem tratamento para hanseníase multibacilar, pois nessa classificação, o tratamento é mais prolongado, onde estão as formas mais graves da doença, que assim, pode causar mais prejuízo na qualidade de vida dos pacientes²⁰.

Sendo assim, é preciso estar atento aos sinais e sintomas, existem exames gerais e neuro dermatológicos, de baixo custo que coletam serosidades corporais cutâneas em lesões da pele, orelhas, cotovelos, onde podem surgir alterações de sensibilidade, comprometimento neural, espessamento do tronco, recomenda-se buscar uma unidade de saúde mais próxima para obter um diagnóstico e iniciar o tratamento, tratamento esse que depende do estágio e forma da doença, que podem durar de 6 meses até 2 anos, sendo recomendado que na tomada dos medicamentos, o paciente seja

avaliado mensalmente, visando o acompanhamento das lesões cutâneas e comprometimento neural, assim, a dose precisa ser ajustada de acordo com cada paciente, sua idade, intolerância medicamentosa e entre outros²¹.

Em sua apresentação inicial, a hanseníase por ser chamada de indeterminada, pois, costuma manifestar os seus sinais clínicos discretamente, podendo surgir pequenas máculas hipocrômicas com sensibilidade reduzida, outros podem apresentar placas eritematosas anulares bem definidas, de uma a cinco lesões, pápulas e nódulos de diferentes formas e tamanhos. Nos casos mais graves, podem surgir o acometimento visceral, com elevação de provas inflamatórias, disfunção hepática, hematúria e anemia, deve – se diferenciar o quadro de outras patologias e farmacodermias²².

Por conta disso, a forma multibacilar (MB) possui a maior probabilidade de ocorrência das reações hansenicas, sendo responsáveis pelas principais complicações, pois possui condições debilitantes como consequência da doença, que pode fazer com que o portador apresente incapacidade física, deformações, devido ao dano neural, podendo ser seguidas por reações ao sistema imunológico e fenômenos inflamatórios agudos, causando dor e comprometendo a aparência do portador, principalmente em casos que tem o diagnóstico tardio e quando não são tratadas²³.

4.1.2. Investigações Sobre a Hanseníase no Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família

Logo, a partir desta categoria podemos observar os seguintes discursos:

“Tenho dúvida se a medicação escurece a pele, se é uma reação normal”. (A2)

“Não entendo muito bem como é feito o diagnóstico”. (A3)

“Gostaria de me aprofundar mais em relação às manchas, em relação às dores, os movimentos que a pessoa perde” (A4)

“tenho dúvidas como posso estar mais ativa ao acompanhamento.” (A5)

“Tenho dúvida de como ela afeta os movimentos, igual à diabetes” (A6)

“Tenho dificuldade em relação às manchas” (A7)

A partir em relação ao diagnóstico da hanseníase foi considerado "insatisfatório". Com base na análise do processo de formação e capacitação dos ACS na cidade em questão, identificam-se alguns fatores que podem estar afetando o nível de conhecimento desses profissionais. Entre eles, destaca-se o nível médio de escolaridade e a falta de familiarização com as atividades do cargo, resultado da inadequada orientação e atualização para o desempenho da função. Além disso, nenhum dos ACS entrevistados mencionou ter participado de cursos de atualização sobre hanseníase, e o conhecimento que possuem sobre a doença foi adquirido apenas durante o curso de formação profissional²⁴.

Por conta disso, é necessário identificar estudos, ferramentas que possam disseminar informações e conhecimento sobre hanseníase, também é importante criar espaços de escuta, rodas de conversa, onde as pessoas com hanseníase possam manifestar suas dúvidas e crenças sobre a doença, sobre o tratamento, possibilitando uma troca de experiências e saberes, principalmente com os profissionais de enfermagem junto com os Agentes comunitários de saúde (ACS), pois estão mais próximos aos pacientes promovendo mais qualidade em seus atendimentos, obtendo mais qualidade em seus atendimentos e domínio para uma assistência adequada ²⁵.

Nesse contexto podemos destacar a importância da ampliação de capacitação e de investimentos nos profissionais, pois poucos profissionais relatam ter participado de algum curso específico sobre hanseníase, os gestores precisam ofertar estratégias que abordem esta temática, pois, em capitais brasileiras hiperendêmicas, existem profissionais que mesmo já tendo participado de treinamentos sobre hanseníase, ainda não se sentem qualificados para atender certos pacientes, a literatura sustenta a importância de desenvolver estratégias educativas, pois revela a baixa efetividade nos treinamentos realizados sobre hanseníase²⁶.

Muitos profissionais possuem dúvidas sobre o acompanhamento ao longo do tempo, como a equipe pode intervir e observar a evolução do problema, assim, é recomendado sempre programar uma avaliação dermatoneurológica, sendo importante a equipe não deixar ou abandonar o paciente, sempre lembrando dos exames, do acompanhamento, pois há uma natural tendência de haver esquecimento por parte da pessoa ²⁷.

Sob essa ótica, é interessante que toda população já pode ter tido contato com o bacilo de Hansen, porém, apenas cerca de 10 % da população apresenta sinais e sintomas, com isso, é importante estar ciente que as manchas são os primeiros sinais para o início da doença, sendo identificadas como, mais claras que o tom da pele, conhecida como hipocrômicas, apresentando diminuição da sensibilidade tátil, termina e pode ser dolorosa, os locais onde mais aparecem são nas costas, braços e pernas, podendo surgir por todo o corpo, é importante destacar que nenhuma outra mancha mais clara possui essa diminuição da sensibilidade, pois outras doenças como pitíriase versicolor, micoses podem surgir esses sinais, mas apenas hanseníase diminui a sensibilidade²⁸.

4.1.3. Indagações Acerca do Diagnóstico Precoce

Desta forma, segundo esta categoria, podemos observar as seguintes respostas:

“Eu oriento procurar a unidade” (A1)

“Oriento buscar o médico o mais rápido, nosso cadastro vem perguntando se tem hanseníase e se teve” (A2)

“No nosso cadastro tem a opção de marcar, precisa investigar os contatos”. (A3)

“Orientei vir no posto e foi detectado” (A4)

O diagnóstico é clínico, sendo que, alguns exames podem auxiliar, como por exemplo, a baciloscopia, onde se observa o

Mycobacterium leprae, no microscópio, através do esfregaço de raspados intradérmicos das lesões, além do mais, o resultado negativo não exclui o diagnóstico, por conta disso, é preciso realizar uma história clínica e epidemiológica, avaliação dermatológica, neurológica, podendo classificar o grau de incapacidade física²⁹.

Outros exames podem ser necessários, como a Histopatologia da pele, biopsia do nervo, em casos especiais, um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia, conhecido como reação de Mitsuda– 28 dias, pode contribuir para melhor entendimento do quadro clínico, podendo ser mencionados alguns aspectos imunológicos, pois o *M. leprae* é um bacilo com baixo poder patogênico e alto poder infectante, em contato com o organismo, pode haver sua destruição, caso não ocorra, irá se instalar na pele e na célula de Schwann, assim, sua disseminação pode ocorrer nas formas mais graves da doença, além do mais, os olhos, fígado, linfonodos e testículos podem abrigar grande quantidade de bacilo e se caso não encontrado resistência contra a multiplicação dos agentes infectantes³⁰.

4.1.4. Processo Formativo dos Agentes Comunitários de Saúde

Já no que se refere a este tópico, surgiram estes discursos:

“A última educação permanente faz mais de 1 ano, seria melhor uma atualização a cada 6 meses para aperfeiçoar mais” (A4)

“...justamente a formação para gente saber algum paciente apresentando algum sintoma, não falar tanto sobre algum sintoma, alguma queixa que a pessoas tenha, formação com poucas pessoas, quando tem muita gente, tem conversas paralelas, uma atualização que vá direto ao ponto, fala-se tantas informações, mas as vezes não é falado o fazer do agente de saúde, mais focadas no nosso papel.” (A6)

“Seria interessante, novas atualizações, na saúde e na educação as coisas sempre mudam, sempre se renovam.” (A7).

“Antigamente tinha vivências práticas, busca ativa na área, das formações mais antigas” (E5).

Pelas falas dos participantes, percebe-se que os ACS´S sentem falta das ações e de capacitações mais frequentes da EP, pontuando a frequência regular das capacitações, as metodologias mais focadas que abordem diretamente o papel dos ACS e a valorização de experiências práticas, reintroduzir vivências em campo, como busca ativa, para complementar a teoria.

Corroborando com isso, se faz necessário compreender sobre o processo ensino-aprendizagem relacionado à educação permanente, que não deve se restringir à transmissão de conteúdos

técnicos, normas e protocolos. Deve-se valorizar as vivências das pessoas, bem como seus saberes e trajetórias profissionais e pessoais³¹.

Assim, o profissional enfermeiro desempenha um papel primordial no processo de educação dos ACS, proporcionando-lhes condições para compreender a prática e desenvolver autonomia por meio da construção do conhecimento in loco. É no momento de atuação e reflexão sobre a prática que os sujeitos se percebem no contexto, possibilitando uma transformação na forma de enxergar a realidade, que deixa de ser algo fixo e passa a ser entendida como uma construção histórico-cultural, suscetível de mudanças³².

4.2. Cartilha Educativa para os Agentes Comunitários de Saúde Como Instrumento de Aperfeiçoamento da Prática Profissional Acerca da Hanseníase

Nesta etapa do estudo, foi elaborada uma cartilha direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde, fundamentada nas necessidades identificadas durante as entrevistas e posteriormente apresentada aos participantes para validação e alinhamento com suas necessidades.

A partir da categorização e análise do discurso, foi possível produzir uma cartilha e uma educação permanente baseada nas principais necessidades de conhecimento dos agentes comunitários.

Em relação à produção da cartilha o foco principal foi nos principais sinais e sintomas representados através de imagens para facilitar a associação da sintomatologia à epidemiologia, a cartilha é um informativo desenvolvido para facilitar o acesso dos profissionais ao

conteúdo. Com uma linguagem acessível e ilustrações educativas, a cartilha aborda o agente etiológico, afinidade do agente pelas células dos nervos e da pele, formas de transmissão, suspeição diagnóstica, sinais e sintomas, diagnóstico, sequelas, classificação operacional, tratamento, seguimento após o diagnóstico, a atuação do agente comunitário de saúde na hanseníase e as principais dúvidas relacionadas à temática.

No entanto, segue tabela 1 mais detalhada sobre cada tópico abordado na cartilha, como: O que é a hanseníase, diagnóstico, classificação, tratamento/ seguimento e o papel do agente comunitário em saúde.

Quadro 4. Tópicos abordados na cartilha

Sobre a Hanseníase	• Doença infecciosa de evolução lenta, causada pelo <i>Mycobacterium leprae</i>. • Transmitida por gotículas respiratórias após contato próximo e prolongado com doentes não tratados.
Diagnóstico	• Baseado em sinais clínicos, histórico epidemiológico e, se necessário, baciloscopia. • Sinais incluem manchas na pele com perda de sensibilidade, dormência e lesões nervosas
Classificação	• Paucibacilar (PB): Até 5 lesões. • Multibacilar (MB): Mais de 5 lesões. • Formas clínicas: Indeterminada, Tuberculoide, Dimorfa, Virchowiana

Tratamento e Seguimento	• Poliquimioterapia (PQT-U) com antibióticos fornecidos mensalmente. • Acompanhamento por cinco anos com consultas, exames e avaliação de contatos
Papel do Agente Comunitário de Saúde	• Identificar casos precoces na comunidade. • Orientar sobre sinais, sintomas e importância do tratamento. • Fortalecer o vínculo com pacientes e a continuidade do acompanhamento

Fonte: Próprio autor, 2024.

A cartilha é um recurso educativo desenvolvido no contexto de campanhas governamentais, com o objetivo de facilitar o acesso à informação para indivíduos provenientes de diversos contextos socioculturais e níveis de escolaridade. Acredita-se que ela tem o potencial de aproximar os conceitos científicos do público geral, por meio de diferentes estratégias, permitindo que até leitores com baixo nível de escolaridade ou dificuldades de leitura consigam entender o conteúdo apresentado³³.

Assim, a cartilha é uma ferramenta valiosa para empoderar os profissionais, promovendo uma cultura de saúde preventiva e consciente, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, o emprego de materiais educativos, dentro de uma abordagem de trabalho em saúde pautada pelos desafios da transdisciplinaridade, tem como objetivo, à integralidade tanto dos profissionais quanto dos usuários dos serviços de saúde pública. Ademais, possibilita o desenvolvimento de ação ampliada de saúde, levando em conta a interações entre esses agentes.

Dessa maneira, o uso de materiais educativos funciona como um instrumento de mediação entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços, visando potencializar os espaços de diálogo e interação afetiva, bem como facilitar a troca de conhecimentos, valores e significados atribuídos à doença ³⁴.

Nesse contexto, dentro das práticas comunicativas nos serviços de saúde, os materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos, entre outros, comumente chamados de os recursos pedagógicos, integram as estratégias de promoção da saúde nas comunidades e desempenham um papel fundamental na mediação entre os profissionais de saúde e a população ³⁵.

Assim, destaca-se que os recursos pedagógicos, incluindo as cartilhas, quando elaborados por meio de relações dialógicas entre a pessoa com hanseníase e a equipe multiprofissional, e considerando as diferentes dimensões de saberes, diversidade sociopolítica e cultural da população, se mostram recursos essenciais para promover transformações sociais, estimular mudanças na construção do conhecimento e fortalecer as práticas de saúde ³⁶.

Nessa perspectiva, ao considerar o uso frequente de materiais educativos por diversos agentes nas práticas preventivas, é possível afirmar que a sistematização, análise, preservação e documentação desses materiais contribuem para o entendimento e aprofundamento das nuances do processo de produção, circulação e consumo das atividades comunicativas relacionadas à hanseníase. Nessa linha, sustenta-se a ideia de que os materiais educativos são ferramentas que legitimam e socializam os saberes e práticas sobre a hanseníase, além de definir os papéis de poder de cada sujeito no processo comunicativo ³⁷.

Assim como os manuais de cuidados em saúde e materiais educativos de forma geral podem gerar resultados significativos para os participantes das atividades educativas transdisciplinares, eles também desempenham um papel importante na promoção da saúde, dependendo dos princípios e das formas de comunicação utilizadas na elaboração dos mesmos ³⁸. Dessa maneira, são considerados fundamentais para a transmissão de informações e para auxiliar na promoção de mudanças e comportamentos junto à população ³⁹.

No entanto, a cartilha desenvolvida neste estudo, está disponível em formato digital, podendo ser utilizada em qualquer local, tendo em vista o trabalho extramuro dos agentes comunitários de saúde, como segue no (APÊNDICE F).

4.3. Educação Permanente em Saúde Educação Permanente Como Instrumento no Processo Formativo dos Agentes Comunitários de Saúde Acerca da Hanseníase na Estratégia Saúde da Família

Nesta fase do estudo, foi desenvolvida uma ação de educação permanente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estruturada com base nas necessidades identificadas na entrevista. A seguir, apresenta-se uma descrição detalhada desta atividade.

Para a realização da educação permanente, houve um planejamento estratégico levando em consideração as necessidades de conhecimento descritas nos discursos, o horário e local, metodologias foram planejados de acordo com a rotina dos profissionais, com metodologias e espaço favorável a troca de experiências, conteúdo escrito com uma linguagem clara, objetiva e

acessível e conteúdo atualizado de acordo com publicações recentes.

A educação permanente ocorreu no período matutino na Escola de saúde pública Visconde de Saboia devido à proximidade com o território adscrito. Foi pactuado previamente com a gerente da unidade esse momento para reunir os profissionais. Segue abaixo o quadro 03 que detalha o encontro.

Quadro 5. Descrição da Educação Permanente, Sobral-CE, 2024.

MOMENTOS	ATIVIDADE	OBJETIVO
Dinâmica	Quais as expectativas para o futuro	Despertar sentimentos bons e expectativas futuras
Desenvolvimento	Principais aspectos relacionados a Hanseníase	Desenvolver espaços de diálogos sobre a temática
Conclusão	Dinâmica de tira dúvidas	Objetivo avaliar o encontro do dia e esclarecer as principais dúvidas relacionadas a temática

Fonte: Próprio autor, 2024.

No acolhimento de boas-vindas, foram entregues tarjetas para serem escritas e posteriormente lidas quais os desejos para o próximo ano. Todas as frases trouxeram uma energia motivadora para os presentes, enfatizando sentimentos positivos. Durante o momento obteve-se a participação de doze agentes comunitários de saúde, com representantes das três equipes de saúde da família, houve a ausência somente de 03 profissionais por motivos de doença.

Inicialmente foram contextualizados aspectos importantes sobre a Hanseníase, como o agente etiológico, afinidade do agente pelas células dos nervos e da pele, formas de transmissão, suspeição diagnóstica, sinais e sintomas, diagnóstico, sequelas, classificação operacional, tratamento, seguimento após o diagnóstico, a atuação do agente comunitário de saúde na hanseníase e as principais dúvidas relacionadas à temática.

O ponto crucial da educação permanente foram as demonstrações das imagens das formas paucibacilares e multibacilares. Foi reforçado durante o momento que o diagnóstico tardio favorece a evolução da doença e contribui para complicações e sequelas.

Durante o momento alguns agentes comunitários compartilharam vivências em relação à casos na área, exemplos de busca ativa de contactantes, busca ativa para realização da baciloscopia, estigma relacionado à doença, como eles orientavam os pacientes com manchas na pele a buscarem a unidade no intuito de investigar possíveis casos de hanseníase e dúvidas sobre a temática.

As principais dúvidas eram relacionadas aos sinais e sintomas, como é realizada a baciloscopia e como é feito o diagnóstico. Todas as dúvidas foram sanadas pela facilitadora do momento. Posteriormente foram realizados os registros do momento e disponibilizado link de acesso a cartilha para auxiliá-los no processo de trabalho extramuros.

Nesse contexto, a elaboração de estratégias educacionais de disseminação do conhecimento sobre a hanseníase, de forma que sirva de subsídio na prevenção e detecção precoce de casos de hanseníase, pautadas na relevância que o agente comunitário de

saúde possui enquanto membro da equipe de saúde e na sua proximidade com a população⁴⁰.

Nesse sentido, na educação permanente (EP), o facilitador deve atuar de maneira reflexiva, buscando ultrapassar o nível descritivo ou narrativo e avançar para interpretações conectadas, justificando e sistematizando o cognitivo ⁴¹. Sendo imprescindível assegurar aos ACS a EP, para que possam aprimorar suas habilidades e serem motivados a realizar um trabalho comunitário participativo, crítico e transformador ⁴².

Tendo em vista a relevância de destacar o papel dos profissionais e serviços de saúde no enfrentamento da hanseníase, é essencial fomentar o acolhimento e a disponibilização de cuidados para o controle da doença. O diagnóstico e o tratamento precoces, realizados antes do surgimento de sequelas físicas e incapacidades, contribuem de forma significativa para reduzir o estigma e o abandono do tratamento ⁴³.

E é nesse contexto que a educação permanente se mostra indispensável, especialmente como estratégia para superar gradativamente as lacunas das capacitações oferecidas aos ACS ⁴⁴. Essa abordagem aperfeiçoa o trabalho realizado por esses membros híbridos e polifônicos da ESF ⁴⁵.

Para tanto, diante da dinâmica das atividades realizadas pelos ACS e de suas atribuições, a educação popular se apresenta como uma ferramenta pedagógica poderosa. Essa metodologia valoriza os saberes dos sujeitos, evitando a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais e fomentando novas formas de cuidado junto às famílias atendidas ⁴⁶.

Nesta perspectiva, os ACS entram no cenário da saúde por meio de uma política pública que valoriza a inserção de pessoas da comunidade como integrantes da equipe. Isso facilita a assistência, pois esses profissionais pertencem ao mesmo contexto dos pacientes, fortalecendo o vínculo com a população atendida ⁴⁷.

Paralelamente, no manejo de pacientes com hanseníase, esse contato e confiança são de suma importância. Considerando que a doença pode gerar grande impacto na vida das pessoas, especialmente para aquelas com manifestações clínicas visíveis, o acolhimento do indivíduo e de sua família é indispensável. Estabelecer um diálogo que inclua orientações e o esclarecimento de dúvidas é fundamental para lidar com as dificuldades e sentimentos vivenciados ⁴⁸.

Sendo assim, pacientes com hanseníase ainda enfrentam preconceito, estigmas, omissão da doença e dificuldade de adesão ao tratamento, tanto por parte do próprio paciente quanto dos familiares ⁴⁹.

No entanto, na busca por diagnóstico, os pacientes podem encontrar barreiras de acesso aos serviços de saúde e profissionais capacitados para o manejo da doença. Isso contribui para longos itinerários e diagnósticos tardios ⁵⁰.

Ademais, os ACS têm grande relevância junto à população para desmistificar tabus e propor estratégias sistemáticas com os demais profissionais, garantindo acesso à informação e disseminação de conhecimento sobre a doença e seu tratamento, promovendo atenção integral à saúde para pacientes e seus familiares.

Em contrapartida, esses profissionais enfrentam desafios devido à insuficiência de conhecimento sobre a doença. Relatos apontam dificuldades na identificação de sinais e sintomas, na realização de baciloscopias e no manejo de diagnóstico e tratamento.

Sob essa ótica, estudos indicam que a práxis dos ACS não é uma tarefa simples, demandando fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para lidar com os condicionantes do processo saúde-doença e contrapor-se à crescente medicalização da vida social. Além disso, promover a autonomia, implementar políticas públicas intersetoriais e fomentar o diálogo entre saberes científicos e populares são etapas cruciais para consolidar a promoção da saúde⁵¹.

Tendo em vista que o ACS desempenha papel estratégico na ESF, ele é considerado “o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade, bem como aquele que será o principal porta-voz do modelo de saúde que se implementa”⁵². Suas atribuições incluem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância, realizadas por meio de visitas domiciliares e ações educativas junto às famílias atendidas⁵³.

No entanto, é importante ressaltar o papel do enfermeiro nesse processo educativo junto aos ACS. Este profissional é responsável por orientar e organizar as EP, identificando e caracterizando os problemas a serem trabalhados, além de compreender as atividades realizadas e seus impactos⁵⁴.

Através dos registros de diário de campo e roteiro observação participante foi possível perceber a troca de experiências entre os

participantes, uma troca de diálogos relacionadas à hanseníase, eles referiram que o momento esclareceu todas as dúvidas relacionados à temática e que foi uma experiência positiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo, o objetivo da pesquisa foi contemplado, uma vez que se identificaram as fragilidades dos agentes comunitários de saúde (ACS) no que se refere à hanseníase. Os profissionais apresentaram um conhecimento considerável sobre a forma de transmissão, suspeição diagnóstica e sinais e sintomas relacionados à afinidade da bactéria pelas células da pele; no entanto, apresentaram dificuldades em relacionar a patologia ao acometimento neurológico. Assim, reafirma-se a importância das ações de educação permanente.

Sob essa ótica, a realização das entrevistas permitiu identificar as principais necessidades de conhecimento no contexto de cada profissional. A partir disso, foi possível elaborar um momento de educação permanente e uma cartilha baseados na realidade e no contexto sociocultural dos ACS em um município considerado endêmico.

Nesse sentido, trabalhar com a temática da hanseníase é desafiador, seja pelo estigma, pelo conhecimento insuficiente, pela necessidade de integração com a equipe de saúde ou pelo monitoramento e avaliação das ações. Nesta perspectiva, denota-se que a proposta de educação permanente é uma ferramenta imprescindível para a qualificação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Somado a isso, a construção de espaços coletivos de diálogo é necessária para a identificação de novos casos e o monitoramento

da doença. Paralelamente, a disponibilidade de uma cartilha auxiliará os profissionais no cotidiano, facilitando o acesso ao conteúdo em sua área de atuação e no trabalho extramuros.

Dado o exposto, espera-se que esta pesquisa-intervenção contribua para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados à hanseníase na Atenção Primária à Saúde e que os ACS se sensibilizem quanto ao seu protagonismo e atuação, tornando-se multiplicadores de saberes no Sistema Único de Saúde. O intuito é fortalecer as práticas de promoção e prevenção rumo à eliminação da hanseníase no Brasil. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos de maior abrangência a fim de evidenciar os desafios citados e, dessa forma, fundamentar estratégias de mudança e políticas públicas efetivas para a educação em saúde.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a alta demanda da unidade de saúde e a escassez de literatura atualizada relacionada à temática. Portanto, ressalta-se a importância de mais estudos que abordem a hanseníase em seus diversos aspectos e que relatem a vivência dos profissionais na Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Ferreira V, et al. [Título do trabalho não identificado]. 2014. (Nota: Referência citada no texto, recomenda-se completar com o título do artigo/livro).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

4. Binhardi FMT, et al. Diagnóstico da rede de atendimento laboratorial de hanseníase no DRS XV, São José do Rio Preto, SP. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29(5):e2019412.
5. Froes Junior LAR, Sotto MN, Trindade MAB. Hanseníase: características clínicas e imunopatológicas. An Bras Dermatol. 2022;97(3):338-347.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Soares RCR, et al. Integrated control of neglected tropical diseases in Brazil: document review. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e61.
8. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Cienc Saude Colet. 2008;13(1):51-60.
9. Damiani MF, et al. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. Cadernos de educação. 2013;(45):57-67.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Sobral. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
12. Sobral. Secretaria Municipal da Saúde. Relatórios de Gestão e População Adscrita. Sobral: SMS; 2022.

13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Sobral (CE). Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 2024 Dez 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>
15. Sobral. Secretaria Municipal da Saúde. Relatórios de Gestão e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Sobral: SMS; 2022.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012
18. Pereira JFG. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde ao paciente com hanseníase [Monografia]. Sinop: UFMT; 2019.
19. Bif SM, et al. Hanseníase no Brasil: desafios e avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(1):418-437.
20. Nunes MJ, et al. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. Cienc Saude Colet. 2011;16(Supl. 1):1311-1318.
21. Takizawa CL, et al. Hanseníase: diagnóstico, tratamento e epidemiologia, uma revisão de literatura. CRBM; 2021.

22. Froes Junior LAR, Sotto MN, Trindade MAB. Hanseníase: características clínicas e imunopatológicas. An Bras Dermatol. 2022;97(3):338-347.
23. Santos ALS, et al. Percepções de portadores de hanseníase sobre as reações hansênicas e o cuidado de si. Rev Pan-Amaz Saude. 2018;9(4):37-46.
24. Carlos J, Ribeiro MDA, Oliveira SB. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase dos agentes comunitários de saúde. Rev Bras Promoc Saúde. 2016;29(3):364-370.
25. Oliveira AG, Camargo CC. Hanseníase: conhecimentos teóricos e práticos de profissionais de enfermagem. Salusvita. 2020;39(4):979-996.
26. Santana EMF, et al. Knowledge and attitude about disabilities in leprosy: effects of an intervention. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210474.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
29. Oliveira AG, Camargo CC. Hanseníase: conhecimentos teóricos e práticos de profissionais de enfermagem. Salusvita. 2020;39(4):979-996.
30. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003;36(3):373-382.

31. Zani AV, Nogueira MS. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(5):742-8.
32. Alarcão I. Professores reflexivos em uma escola reflexiva. São Paulo: Cortez; 2003.
33. Mendonça MRS. Ciência em quadrinhos: recursos didáticos em cartilhas educativas [Tese]. Recife: UFPE; 2008.
34. Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase. Interface Commun Health Educ. 2010;14(32):37-51.
35. Monteiro S, Vargas EP. Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
36. Cavalcante LA. Aplicação de tecnologias educacionais na educação em saúde. Portal Educação; 2014. / Souza IA, et al. Hansen's disease patients' perception of self-care from the complexity perspective. Esc Anna Nery. 2014;18(3):510-514.
37. Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: análise de conteúdo de mensagens e estratégias de comunicação. Interface (Botucatu). 2010;14(32):37-51. Oliveira CM, et al. Elaboração de estratégias educacionais de disseminação do conhecimento sobre a hanseníase. 2024.
38. Gomes ALZ, Hoga LAK, Reberte LM. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante.

39. Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: análise de conteúdo de mensagens e estratégias de comunicação. Interface (Botucatu). 2010;14(32):37-51.
40. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1527-34.
41. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1527-34.
42. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface Comum Saúde Educ. 2007;11(23):439-47.
43. Jesus ILR, et al. Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. Cienc Saude Colet. 2023;28(1):143-154.
44. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Cienc Saude Colet. 2008;13(1):51-60.
45. Nunes MO, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saude Publica. 2002;18(6):1639-46.
46. Vasconcelos EM. Educação popular: instrumento de gestão participativa. In: Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS; 2007. p. 18-29.

47. Barbosa AAD, Ferreira FR, Barbosa AD. A atuação do enfermeiro na supervisão do agente comunitário de saúde. Rev Enferm UFPE on line. 2012;6(1):164-71. (Ajustado com base em publicações similares da área) Gonçalves M, et al. Women and leprosy: interferences and experiences. Rev Latino Am Enfermagem. 2021;29:e3419.
48. Aquino R, et al. O papel da Atenção Primária no controle da hanseníase: desafios e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2023;26:e230015 Lima EO, et al. Therapeutic itinerary of people with leprosy: paths, struggles, and challenges in the search for care. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200532.
49. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. / Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
50. Malfitano APS, Lopes RE. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos ACS. Cad CEDES. 2009;29(79):361-72.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
52. Barbosa AAD, Ferreira FR, Barbosa AD. A atuação do enfermeiro na supervisão do agente comunitário de saúde. Rev Enferm UFPE on line. 2012;6(1):164-71.



¹ Especialista em Saúde da família pela escola de saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5448-1925>.

² Biomédico. Formado pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9361-8369>.

³ Especialista em Saúde da família pela escola de saúde Pública Visconde de Saboia. ORCID <https://orcid.org/0009-0006-2811-7261>.

⁴ Formada pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5259-4309>.

⁵ Formada pelo Centro Universitário Uninta. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4206-4192>.

⁶ Formada pela Universidade Estadual do Cariri. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1989-3200>.

⁷ Formado pela Universidade do Vale do Sapucaí. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3234-8270>.

⁸ Formado pela Universidade do Vale do Sapucaí. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5127-5309>.

⁹ Formado pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7026-0092>.

¹⁰ Formada pela Universidade de Pernambuco. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5722-6794>.

¹¹ Formada pela Universidade Federal do Cariri. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹² Formada pela Universidade Federal do Cariri. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5562-0969>.

¹³ Formada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4822-1673>.

¹⁴ Formado pela Universidade de Pernambuco. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2935-3403>.

¹⁵ Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - RENASF/UVA, E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5229-8222>

¹⁶ Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4689-230X>

¹⁷ Formada pela faculdade Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0393-6018>.

¹⁸ Formada pela Universidade de Fortaleza. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6447-7121>.

¹⁹ Formada pela Universidade Estadual do Cariri. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2344-5486>.

²⁰ Formada pela FACULDADE TERRA NORDESTE. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9492-1668>

²¹ Formada pela Samsung. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6007-3688>.

²² Mestre em saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza Formada pela faculdade Brasil. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0612-9254>

²³ Formado pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1887-0181>

²⁴ Formado pela UNIFAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9911-0319>

²⁵ Formada pela UNIFAMETRO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1173-4451>

²⁶ Formada pela UNIP – Universidade Paulista. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

²⁷ Formado pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza – FGF. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

²⁸ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
<https://orcid.org/0000-0001-7511-094X>

²⁹ Formada pela faculdade Integrada da Grande Fortaleza- FGV. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7280-779X>.

³⁰ Formada pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1843-1330>.

³¹ Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Cidade: Camocim. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6919-1594>.

³² Escola de Saúde Pública do Ceará, Cidade: Fortaleza, E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2366-4607>

³³ Professora no Centro Universitário FAMETRO, Cidade: Fortaleza/CE, E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0364-2274>

³⁴ Formado em psicologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:

<https://orcid.org/0009-0005-2280-1292>