



**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência**

CYNTHIA ROSSETTI PORTELA ALVES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E ATITUDES DO ESTUDANTE DE MEDICINA
A RESPEITO DA HANSENÍASE E DO SEU ENSINO NA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte – MG

2013

CYNTHIA ROSSETTI PORTELA ALVES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E ATITUDES DO ESTUDANTE DE MEDICINA
A RESPEITO DA HANSENÍASE E DO SEU ENSINO NA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Medicina Preventiva e Social

Orientadora: Prof^a. Dra. Elza Machado Melo

Co-orientadores: Prof. Dr. Marcelo Grossi Araújo

Prof^a. Dra. Maria Mônica Freitas
Ribeiro

Belo Horizonte

2013

Alves, Cynthia Rossetti Portela.
A474a Avaliação do conhecimento e atitudes do estudante de medicina a respeito da hanseníase e do seu ensino na Universidade Federal de Minas Gerais [manuscrito]. / Cynthia Rossetti Portela Alves. -- Belo Horizonte: 2013. 82f.: il.
Orientador: Elza Machado Melo.
Co-Orientador: Marcelo Grossi Araújo.
Área de concentração: Ciência da Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Hanseníase. 2. Conhecimento. 3. Educação Médica. 4. Ensino. 5. Estudantes de Medicina. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado. II. Araújo, Marcelo Grossi. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM: W 18

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gómez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Prof^a. Dra. Elza Machado de Melo

Sub-coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Representantes Docentes

Elza Machado de Melo
Andréa Maria Silveira
Elizabeth Costa Dias
Antônio Leite Alves Radicchi
Eliane Dias Gontijo
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Maria da Conceição J. Werneck Cortes
Joaquim Antônio César Mota
Cristiane de Freitas Cunha
Victor Hugo de Melo
Débora de Carvalho Malta
Luiz Henrique Duczmal
Luiz Alberto Gonçalves
Izabel Christina Friche Passos
Marta Maria Alves da Silva



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores: Prof.^a Elza Machado de Melo – orientadora, Prof. Marcelo Grossi Araújo – coorientador, Prof.^a Maria Mônica Freitas Ribeiro - coorientadora, Prof.^a Ana Regina Coelho de Andrade, Prof.^a Luciana Diniz da Silva como membros titulares, aprovou a defesa Dissertação de Mestrado Profissional de **CYNTHIA ROSSETTI PORTELA ALVES**. A Dissertação foi intitulada: **“AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA A RESPEITO DA HANSENÍASE E DO SEU ENSINO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.”**; estando à mesma apta à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 04 de junho de 2013.

Prof.^a Elza Machado de Melo

Orientadora

Prof. Marcelo Grossi Araújo

coorientador

Prof.^a Maria Mônica Freitas Ribeiro

Prof.^a Ana Regina Coelho de Andrade

Prof.^a Luciana Diniz da Silva



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



ATA DA DEFESA DE MESTRADO PROFISSIONAL DE CYNTHIA ROSSETTI PORTELA ALVES, n.º de registro 2011715177. No dia quatro de junho de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA A RESPEITO DA HANSENÍASE E DO SEU ENSINO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS."; requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Prof.^a Elza Machado de Melo, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou à palavra a candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. ^a Elza Machado de Melo / orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. Marcelo Grossi Araújo / coorientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. ^a Maria Mônica Freitas Ribeiro / coorientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. ^a Ana Regina Coelho de Andrade	Instituição: SESMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. ^a Luciana Diniz da Silva	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 04 de junho de 2013.

Prof.^a Elza Machado de Melo / orientadora Elza Machado de Melo

Prof. Marcelo Grossi Araújo / coorientador Marcelo Grossi Araújo

Prof.^a Maria Mônica Freitas Ribeiro Maria Mônica Freitas Ribeiro

Prof.^a Ana Regina Coelho de Andrade Ana Regina C. de Andrade

Prof.^a Luciana Diniz da Silva Luciana Diniz da Silva

Prof.^a Elza Machado de Melo / Coordenadora Elza Machado de Melo

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof.^a Elza Machado de Melo
Coord. do PG em Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência
Faculdade de Medicina / UFMG

Ao meu pai e primeiro professor (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela exuberância da vida e oportunidade de servir ao próximo.

Aos meus pais: José Tarcísio Portela (*in memoriam*) e Vânia Portela, pelas lições de amor.

Ao meu companheiro Álvaro Luiz Lage Alves e filhos: Elisa, Laura e Arthur, por renovarem a cada dia minha força interior.

A toda minha família: agradeço o privilégio de tê-los ao meu lado.

À Prof^a. D^{ra}. Elza Machado Melo, que leva suas causas com paixão, se diverte ao ensinar e abraça o desafio de impulsionar seus alunos a pensar. Obrigada pela oportunidade de aprendizado e por comungar seus mais valiosos conhecimentos.

Ao Prof. D^r. Marcelo Grossi Araújo, agradeço a acolhida calorosa, a confiança e o aprendizado cotidiano. Pelo exemplo de ética, sabedoria e humanidade ficam a minha admiração e respeito.

À Prof^a. D^{ra}. Maria Mônica Freitas Ribeiro, que o bom acaso me presenteou, agradeço a disponibilidade, o carinho e presteza competente em me orientar.

Prof^a. D^{ra}. Luciana Diniz Silva, pelo acolhimento, gesto de compreensão e inesquecíveis palavras de incentivo em momento oportuno.

Thiago de Deus e Flávia Komatzuzaki, parceiros atentos aos meus desafios operacionais e estatísticos.

Aos acadêmicos de Terapia Ocupacional do estágio curricular da UFMG, que me proporcionam a cada dia momentos especiais de partilha.

À Maria do Carmo Machado Lage, pela disponibilidade e alegre desprendimento em ajudar. Fica o exemplo!

Larissa Serelli, Thaís Antunes e Adriana Queiroz: pela amizade, incentivo e apoio inestimáveis.

Cláudia Cunha e Renata Macedo: amigas especiais de jornada que tornaram os desafios mais leves.

Luciana Miranda Barbosa Mello, Nídia Bambirra e Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima: amigas e antigas cúmplices na arte de cuidar.

A toda equipe da Dermatologia, pelo incentivo e companheirismo diário.

À coordenação de Terapia Ocupacional e colegas do HC/UFGM, pelo apoio.

Agradeço aos estudantes do curso de Medicina da UFGM, que tão prontamente se disponibilizaram a participar desta pesquisa e aos professores, pela cooperação.

Aos professores do Programa e colegas de Pós-Graduação, pelo aprendizado compartilhado.

O conteúdo desta pesquisa é fruto de vivências, discussões e orientações realizadas por muitas mãos. Sintam-se abraçados todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram da sua concretização.

*“Conte-me e eu vou esquecer
Mostre-me e eu vou lembrar
Envolve-me e eu vou entender”*

Confúcio

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica que atinge a pele e os nervos periféricos. Se não tratada adequada e precocemente, pode evoluir para incapacidades físicas e deformidades, essas, responsáveis em grande parte pelo estigma e marginalização social. Apesar de curável, ainda representa um importante problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país mais endêmico do mundo, perdendo apenas para a Índia. No entanto, o desconhecimento dos vários aspectos desta doença é grande, estando rodeada de mitos e conceitos errôneos, mesmo entre os profissionais de saúde. A informação, educação e comunicação, são medidas primordiais para a sua prevenção, auxiliando na luta contra o medo e preconceito. Entender melhor a hanseníase durante o processo formativo do profissional de saúde poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a doença, permitindo sua detecção precoce, melhoria do cuidado ao doente e prevenção de suas complicações e sequelas. Por essas razões é esperado que o médico recém-formado tenha consciência da sua relevância epidemiológica, esteja preparado para reconhecer seus sinais e sintomas e habilitado para esclarecer dúvidas básicas da comunidade. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento e atitudes do estudante de medicina a respeito da hanseníase e do seu ensino na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O projeto de pesquisa foi desenvolvido no programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. O trabalho está estruturado em forma de dois artigos. O artigo 1, “Ensino da hansenologia: desafios atuais”- é um artigo de revisão em que são apresentadas as estratégias e experiências relacionadas ao ensino da hansenologia nos cursos de graduação em saúde e a profissionais que atuam na assistência ao paciente, com vistas a refletir os desafios colocados para o ensino frente aos novos cenários da endemia e discutir propostas alternativas de abordagem. O artigo 2 “Avaliação do ensino de hansenologia pelos estudantes de uma escola médica, pública, brasileira” – é um artigo de resultados que teve como objetivo avaliar o ensino da hansenologia em uma escola médica, pública, situada em metrópole do sudeste brasileiro que apresenta baixas taxas de prevalência de hanseníase. A formação de recursos humanos é uma ação elementar na abordagem da hanseníase, uma vez que o seu controle está baseado no diagnóstico precoce e tratamento adequado. O pequeno

número de casos observados nas Unidades Básicas de Saúde nas áreas de baixa prevalência, tem tornado o seu ensino um desafio. Na análise feita, por meio de um estudo transversal comparativo, entre dois grupos paralelos de estudantes (ingressantes e internos) do curso médico, observou-se que a maioria já ingressou apresentando conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença. Foi evidenciado maior conhecimento teórico pelos internos, assim como atitudes mais favoráveis a respeito da doença, quando comparado aos ingressantes, mas, esse ganho não atingiu a todos, como esperado para uma doença tratada como problema de saúde pública em território nacional. A maioria dos internos informou que o tema hanseníase foi abordado no curso, no entanto o ensino prático se mostrou insuficiente. Os estudantes que tiveram oportunidade da vivência prática com pacientes se mostraram mais confiantes na sua capacidade de atender casos semelhantes. O cenário de prática que permitiu ao estudante atender pacientes com hanseníase foi predominantemente na disciplina de Dermatologia ligada a um centro de referência. O ensino da hansenologia nos cursos de graduação em medicina deve ser repensado e adaptado à realidade epidemiológica local.

Palavras chave: hanseníase. Conhecimento. Educação Médica. Ensino. Estudantes de medicina.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease of chronic evolution that affects the skin and peripheral nerves. If not treated properly and early, it can develop into physical disabilities and deformities, those responsible in large part by social stigma and marginalization. Although curable, still represents a major public health problem, Brazil is the second most endemic country in the world, second only to India. However, ignorance of various aspects of this disease is great, being surrounded by myths and misconceptions, even among health professionals. Information, education and communication are key measures for its prevention, helping in the fight against fear and prejudice. Better understand leprosy during the formative process of the health professional may help to improve knowledge about the disease, allowing early detection, improved patient care and prevention of its complications and sequelae. For these reasons it is expected that the newly graduated physician is aware of its epidemiological relevance, be prepared to recognize its signs and symptoms and enabled to clarify basic questions of the community. This study aimed to assess the knowledge and attitudes of medical students about leprosy and its teaching at the Federal University of Minas Gerais (UFMG). The research project was developed in the Graduate Professional Master of Health Promotion and Prevention of Violence at the Faculty of Medicine. The work is structured in the form of two articles. Article 1, "Teaching hansenology: current challenges" - is a review article that presents the strategies and related hansenology teaching experience in health undergraduate courses and the professionals who work in patient care, in view to reflect the challenges for teaching with new settings of endemic and discuss proposed alternative approach. Article 2 "hansenology teaching evaluation by students of a Brazilian public medical school" - is an article of results that aimed to evaluate the teaching of leprology in significant medical public school, located in the southeastern Brazilian metropolis that has low rates of prevalence of leprosy. The training of human resources is a basic action approach of leprosy, since its control is based on early diagnosis and appropriate treatment. The small number of cases observed in Basic Health Units in the areas of low prevalence, turned its teaching into a challenge. In the analysis by means of a transverse comparative study between two parallel groups of students (incoming and internal) of the medical course, it was observed that most joined knowledge already showing signs and symptoms of the

disease. Greater theoretical knowledge was evidenced by internal as well as more favorable attitudes about the disease, when compared to freshmen. But this gain has not reached everyone, as expected for a disease treated as a public health problem in the country. Most internal leprosy reported that the topic was addressed in the course, however practical teaching proved insufficient. Students had the opportunity of practical experience with patients were more confident in their ability to meet similar cases. The practical scenario that allowed the student to meet leprosy patients was predominantly in the Dermatology connected to a reference center. Teaching hansenology in undergraduate courses in medicine should be rethought and adapted to the local epidemiological reality

Keywords: leprosy. Knowledge. Medical Education. Education. Medical students.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
DN	Doenças Negligenciadas
FM	Faculdade de Medicina
FM/UFMG.....	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
HC	Hospital das Clínicas
ISC	Internato de Saúde Coletiva
MS.....	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UFMG.....	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Perfil dos estudantes de medicina, segundo grupo, ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2)	31
TABELA 2	Conhecimento Teórico de hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFGM: comparação entre os grupos de ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2).....	32
TABELA 3	Correção das respostas sobre a hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFGM: comparação entre os grupos de ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2).....	33
TABELA 4	Presença do estigma sobre a hanseníase segundo grupo dos estudantes, ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2)	34
TABELA 5	Ensino sobre hanseníase durante o curso médico.....	36
TABELA 6	Aptidão dos estudantes do Grupo 2 para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre a doença segundo a existência ou não de ensino teórico sobre o tema.....	36
TABELA 7	Aptidão dos estudantes do Grupo 2 para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre hanseníase, segundo existência ou não de ensino prático sobre o tema.....	37
TABELA 8	Modelo multivariado final de regressão logística: conhecimento e estigma da hanseníase por estudantes de medicina segundo Grupo 1 e Grupo 2.....	38
TABELA 9	Estigma segundo variáveis sociodemográficas (n= 540).....	39
TABELA 10	Estigma segundo conhecimento sobre a doença (n= 540).....	40
TABELA 11	Modelo multivariado final de regressão logística: estigma segundo grupo, variáveis sociodemográficas e variáveis do conhecimento	41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Disciplinas que abordaram o tema hanseníase na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, descrito pelo Grupo 2.....	42
GRÁFICO 2	Exposição de motivos dos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais que não se sentem aptos a diagnosticar e tratar hanseníase.....	42
GRÁFICO 3	Percentual de estudantes que afirmaram ter conhecimento clínico-epidemiológico da hanseníase, segundo grupos	43

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1	Delineamento do estudo	24
3.2	Pesquisa bibliográfica	24
3.3	Descrição do campo de estudo.....	25
3.3.1	Justificativa da realização do estudo na FM-UFMG.....	26
3.4	Descrição dos participantes do estudo	26
3.5.	Técnica para coleta de dados	27
3.5.1	Apresentação do instrumento	27
3.5.2	Descrição dos procedimentos para coleta de dados	27
3.5.3	Análise estatística	28
4	RESULTADOS	31
4.2	Artigo 1.....	44
4.3	Artigo 2.....	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO GRUPO 1	77
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO GRUPO 2.....	79
	ANEXO A - CÓPIA DA APROVAÇÃO DO COEP DA UFMG.....	82

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em meio aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira, permanece a hanseníase, uma das doenças mais antigas da história da Medicina, e traz consigo marcas sociais e culturais indeléveis até os dias atuais (EDIT, 2004). Trata-se de uma doença infecciosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* e possui lugar de destaque pela morbidade e impacto social que acarreta. Em função do seu comprometimento neurológico, se não for tratada adequada e precocemente, pode evoluir para incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2002). Apesar do diagnóstico relativamente simples, eminentemente clínico a exigir poucos recursos complementares, e da existência de drogas eficazes para o seu tratamento, apresenta padrão de determinação multicausal podendo acarretar ao lado dos aspectos de comprometimento orgânico, consequências de ordem econômica e social (ARAÚJO, 2003). Esses fatores vêm dificultando o êxito das diretrizes nacionais e internacionais que propõem o alcance da sua prevenção e controle.

O século XX deu um salto no progresso em relação às condições de saúde e expectativa de vida, entretanto, os frutos não foram distribuídos de forma equânime, em detrimento das populações mais pobres do mundo. A iniquidade com relação à incidência de doenças tem sido objeto de intensa discussão no mundo entre gestores de políticas públicas, organismos internacionais e meios acadêmicos. A transição epidemiológica fez com que nos países desenvolvidos, as doenças transmissíveis fossem substituídas pelas crônico-degenerativas (predominando as doenças cardiovasculares e as neoplasias) e pelas causas externas. Já nos países em desenvolvimento, enquanto cresce a prevalência das enfermidades crônico-degenerativas e das causas externas, as doenças transmissíveis, em geral, vêm diminuindo sua importância epidemiológica (OPAS, 2007). Apesar dessa queda ainda representam um problema de saúde pública, respondendo por quase metade da carga de doença que acomete a parcela da população pobre e marginalizada (WHO, 2007).

A terminologia doenças negligenciadas (DN) passou a ser utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para caracterizar o conjunto de importantes

doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que afligem, no mundo em desenvolvimento, a parcela da população marginalizada e de baixa renda (WHO, 2007). Contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, constituindo obstáculo importante ao desenvolvimento dos países em razão, principalmente, do seu impacto na saúde infantil, na redução da produtividade da população economicamente ativa e na promoção do estigma. A OMS estima que um sexto da população mundial esteja infectada por uma ou mais delas. Apesar disso, os investimentos em pesquisa e desenvolvimento não são revertidos para essa área. Uma forte razão para isso relaciona-se ao fato de que as indústrias farmacêuticas são primariamente orientadas pelo lucro, e o retorno financeiro seria improvável no caso de doenças que atingem este perfil da população (BRASIL, 2010).

Ao considerar as DN no mundo depara-se com inúmeras que há muito foram eliminadas em países desenvolvidos, como é o caso da hanseníase. Entretanto, no Brasil, ela representa um problema de saúde pública e, atualmente, compõe com a esquistossomose, dengue, doença de Chagas, leishmanioses, filariose linfática, oncocercose, helmintíases transmitidas pelo solo, tracoma e a raiva, as prioridades de atuação do “Programa de Doenças Negligenciadas” do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006a).

No mundo o número de casos novos detectados da doença, durante 2011, foi de 219.075, em relato de 105 países que notificaram (excluindo o pequeno número de casos na Europa). Bolsões de alta endemicidade ainda permanecem em Angola, Brasil, República Centro Africana, Índia, Madagascar, Nepal e República Unida da Tanzânia e em países anteriormente altamente endêmicos, como a República Democrática do Congo e Moçambique. Nesse contexto, o Brasil ocupa a segunda posição em número de casos novos, com 16%, perdendo para a Índia, com 58%, e detém mais de 90% dos casos das Américas (WHO, 2012).

No Brasil, a doença vem apresentando tendência decrescente nos coeficientes de detecção - de 2003 a 2011 houve uma redução de 39% com queda média anual de 5% ao ano - contudo, o seu comportamento é heterogêneo nas diferentes regiões do país, necessitando de estratégias diversificadas para intervenção frente às situações encontradas. Apresentam-se ainda em patamares

muito altos na borda da Amazônia brasileira e em algumas regiões metropolitanas em decorrência dos determinantes sociais e históricos, associados à ocupação da Amazônia Legal e as iniquidades sociais na região Nordeste (WHO, 2012). Sete estados (Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Pará, Rondônia, Goiás, Mato Grosso do Sul) apresentaram, em 2011, coeficiente de prevalência acima de três casos por 10 mil habitantes (média nacional é de 1,54/10 mil habitantes). No Brasil, definiu-se como indicador do seu monitoramento o coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos, pois expressa a força de transmissão recente e a tendência da endemia. O coeficiente de prevalência, que sofre muitas influências operacionais, passa a ser um indicador secundário e complementar, para atender solicitações de avaliações especiais ou externas, e para comparação com outros países (BRASIL, 2007).

A hanseníase é depositária do estigma social, fortemente incorporado e cristalizado como um fenômeno global, que constitui um dos principais problemas no manejo da doença, atuando como fator de entrave ao seu diagnóstico e tratamento precoce, fundamentais para a cura sem sequelas. Desde os tempos mais remotos, aqueles que contraíam a doença despertavam sentimentos de desaprovação, rejeição social e discriminação (HELMAN, 1994). No Brasil, muito já se escreveu para retratar os equívocos cometidos e os traumas provenientes do sistema de segregação compulsória, como forma de evitar o contágio. Por isso, tanto o processo de adoecer por hanseníase quanto suas consequências sociais podem causar um grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, especialmente nos aspectos econômicos e de participação social (MARTINS et al., 2008; QUEIROZ; CARRASCO, 1995). Ainda está associada a concepções errôneas e crenças populares em relação à sua causa, transmissão e como deve ser reconhecida e tratada (GIRI et al., 2011). A hanseníase, então, é uma doença tanto social quanto biológica, de modo que não se pode tratar um desses aspectos sem abordar o outro (EDIT, 2004; RAJARATNAM et al., 1999).

O controle da hanseníase, assim como de qualquer outra doença endêmica, realiza-se por intermédio de políticas públicas aplicando-se os recursos técnicos e científicos produzidos pela humanidade. O processo de intervenção para o controle da hanseníase no Brasil tem sido baseado no diagnóstico precoce, tratamento de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância de contatos (BRASIL, 2011).

Atualmente, as políticas públicas implantadas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), por meio da educação permanente, preconizando a descentralização dos serviços, têm se mostrado a melhor estratégia para o controle da doença. Vem contribuindo para a redução da prevalência, ampliando o acesso ao tratamento, à qualidade do atendimento e auxiliando na redução da exclusão social (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; PENNA et al., 2008).

Por outro lado, diversos trabalhos na literatura especializada relacionam a redução do acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase ao despreparo dos profissionais de saúde para realizar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença; ao estigma e preconceito que ainda se fazem presentes; e ao desconhecimento da população sobre os sinais iniciais da doença e sobre os locais de diagnóstico e tratamento (BRANDÃO, 2008; DIAS et al. 2007; LANA et al., 2009; PEREIRA et al. 2008). Esses fatores vêm culminando em falhas e atraso no diagnóstico, em que parcela significativa dos doentes só inicia o tratamento quando já apresenta algum grau de incapacidade física. Esta situação representa grande ônus ao sistema de saúde e principalmente ao doente, que, além de enfrentar todos os fatores inerentes da doença, passa a conviver também com o medo da rejeição.

Assim, o desafio atual é fornecer sustentabilidade na implementação dos programas de saúde. Para isso é necessário que os profissionais - do presente e futuro - estejam bem conscientes das doenças endêmicas em seus vários aspectos (KOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). Compreender a hanseníase como um problema de saúde pública requer medidas de controle a serem compartilhadas por todos os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção. Para tanto, é imperioso criar mecanismos que facilitem reconhecer os sinais e sintomas iniciais, possibilitando assim a oportunidade do diagnóstico precoce, visando principalmente à eliminação da cadeia de transmissão e prevenção de incapacidades, que são, na maioria das vezes, evitáveis.

A universidade é a instância que reúne as melhores condições para gerar, transmitir e transferir o conhecimento científico, por ser um lócus de crítica e transformação social onde as necessidades da formação precisam ser dimensionadas, principalmente, em função das carências nacionais. Parte-se do

princípio que o conhecimento científico deve ser acessível a todos, oferecendo oportunidades de sua apropriação por toda a sociedade (KOOIFMAM, 2011).

Nas últimas décadas, diversas iniciativas instituídas pelo MS em parceria com o Ministério da Educação, representadas por instituições do ensino superior e movimentos de controle social em saúde têm incitado o debate e a construção de uma política de orientação das práticas formativas dos profissionais de saúde. Tais iniciativas se fundamentam na necessidade de mudanças no processo de ensino aprendizagem diante da incapacidade do setor em resolver a grande parcela das doenças e agravos que incidem sobre a população. O estabelecimento de parcerias entre profissionais de saúde, instituições de ensino e comunidade, tem sido apontado pela literatura como importante estratégia para facilitar a construção do conhecimento a partir da reflexão crítica da realidade, da articulação entre teoria e prática e da integralidade da atenção (PEREIRA et al., 2009). Pode se listar três princípios que revelam as relações entre o trabalho e a educação dos profissionais de saúde no Brasil em direção a mudanças do modelo de formação. O primeiro se orienta pelo sistema de saúde vigente (o SUS), o segundo pelo trabalho em equipe, e o último pelo atendimento integral à saúde. Nessa perspectiva, a formação, aliada aos princípios estratégicos mencionados, retira os trabalhadores de saúde da condição de recursos humanos, transportando-os para a ideia de atores sociais responsáveis pela produção do cuidado em saúde (DEMARZO et al., 2011).

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, em 2001, foi um marco importante na política educacional brasileira para discutir a missão do SUS e o sistema de ensino. Abriu espaço nas instituições para a construção de projetos político pedagógicos contemporâneos, propondo a formação de sujeitos consonantes com o SUS. A Atenção Primária de Saúde (APS) é o ponto de convergência entre estas duas políticas, descentralizando o ensino da Medicina dos hospitais para toda a rede de saúde do Brasil (DEMARZO et al., 2011; BRASIL, 2001).

Apesar dos muitos esforços em propiciar mudanças no ensino médico para adequá-lo às necessidades da população, capacitar o profissional egresso da graduação a resolver os problemas de saúde que incidem sobre a população é um processo cercado de entraves. Estes não residem apenas na figura do aluno, nem

sempre interessado nos conteúdos da saúde coletiva, mas, também o corpo docente possui suas limitações (OLIVEIRA et al. 2011). Em relação ao cuidado da pessoa atingida pela hanseníase, pode-se dizer que está bem distante da atenção integral preconizada, pois ainda é uma área de interesse negligenciada pelas escolas universitárias de saúde (DIAS et al., 2007).

A comunicação e educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade, constituem ferramentas imprescindíveis para se alcançar as metas de controle da hanseníase, devendo ser priorizadas nos planos estratégicos de controle (GIRI et al., 2011). Em conformidade com a literatura atual, a descentralização tem sido um modo eficiente de oferecer serviços para o controle da hanseníase, dada a sua prevalência atual. Porém, essa vantagem pode ser anulada se não houver um quadro de profissionais qualificados no serviço de APS (PEREIRA et al., 2008). A integração entre hanseníase e atenção básica só será efetiva quando houver a valorização dessas ações, inserindo o tema nos currículos do ensino médio, formação técnica em saúde, bem como, nos currículos de graduação das categorias de saúde, formando profissionais habilitados à atenção integral ao portador de hanseníase e seus familiares (LASTORIA et al., 2003; RAJARATNAM et al., 1999). Caso contrário, todos os esforços, recursos e investimentos que têm sido introduzidos e disponibilizados pelo MS para o PNCH não terão o alcance esperado.

Portanto, entender melhor a hanseníase durante o processo formativo do profissional de saúde poderá contribuir para sua detecção, melhoria do cuidado ao doente e prevenção de suas complicações e sequelas. Por essas razões este estudo se propõe a descrever e analisar o conhecimento e atitudes do estudante de medicina a respeito da hanseníase e do seu ensino em uma universidade pública do estado de Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento e atitudes a respeito da hanseníase e do seu ensino entre estudantes de medicina da UFMG.

2.2 Objetivos específicos

- a. Analisar o conhecimento e atitudes a respeito da hanseníase, por meio da comparação entre dois grupos paralelos de estudantes de medicina, no início e ao final do curso.
- b. Investigar se os graduandos demonstram algum tipo de preconceito ou medo associado com a doença.
- c. Verificar a abordagem do ensino acerca da hanseníase durante o curso.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal comparativo, com abordagem quantitativa, entre dois grupos paralelos.

3.2 Pesquisa bibliográfica

Para o planejamento deste estudo, procedeu-se à revisão da literatura por meio de buscas nos portais eletrônicos: BVS (Lilacs e Medline), PubMed e portal CAPES (Scopus, Cinahl, web of science). Foram utilizados descritores: *Hanseníase OR Leprosy OR Lepra OR (Hansen's disease) AND (Estudantes de Medicina OR Medical Students OR Estudiantes de Medicina) AND (Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde OR Health Knowledge, Attitudes, Practice OR Conocimientos, Actitudes y Práctica em Salud OR Knowledge OR Conocimiento OR Conhecimento)*.

Foi feita revisão da literatura a partir de buscas na base de dados Medline, para os últimos 10 anos, utilizando como palavras-chave: *medical education and leprosy, learning and leprosy e teaching leprosy*. Na base de dados Scielo, foram usadas como palavras-chave *hanseníase e ensino; hanseníase e treinamento*. Foram consultados sítios do MS do Brasil, da OMS e de Faculdades públicas, brasileiras, de medicina. Nessas últimas, foram consultadas as matrizes curriculares dos cursos em busca de referências ao ensino de hanseníase na graduação. Algumas referências consideradas relevantes, citadas nas publicações encontradas na pesquisa, foram também utilizadas. Devido à escassez de artigos sobre o tema foram incluídos editoriais, cartas aos editores, artigos de revisão e artigos que utilizaram metodologia qualitativa e/ou quantitativa.

3.3 Descrição do campo de estudo

O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), situada na cidade de Belo Horizonte. Fundada no ano de 1911, a FM passou a integrar suas atividades com a UFMG em 1927 e, desde 1928, conta com um complexo hospitalar que deu origem ao Hospital das Clínicas (HC). O processo de admissão na FM/UFMG realiza-se por concurso público anual (vestibular) onde ingressam 320 estudantes por ano, divididos em duas turmas, por ordem de classificação. A primeira turma inicia o curso em fevereiro e a segunda em agosto. O número total de estudantes matriculados na escola é de aproximadamente 1.920, divididos em doze períodos de um semestre, com uma média de 160 estudantes por período. O curso médico se inicia com o **ciclo básico**, que ocupa os quatro primeiros períodos. Neste ciclo o conteúdo é essencialmente biológico e teórico, não contemplando atividades de prática com pacientes. A seguir, vem o **ciclo profissional** dividido em: 1) ciclo propedêutico, que acontece do 5° ao 6° períodos, em que o estudante começa o trabalho com pacientes nas disciplinas de Semiologia e, 2) ciclo ambulatorial, que ocorre do 7° ao 9° períodos, sendo, dois deles de ambulatórios gerais de criança e adulto e um de disciplinas optativas de especialidades médicas, além das disciplinas obrigatórias de Cirurgia, Patologia Clínica, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Social (que inclui a disciplina prática de Saúde do Trabalhador). Nesta fase, o estudante começa a atuar como médico do paciente, sob a supervisão direta e presencial do professor, que assume a responsabilidade legal pelo ato médico, em ambulatórios gerais, inclusive com atendimento na rede pública de saúde, sem vínculo direto com o hospital escola. Vale salientar que o ambulatório é o principal cenário de prática em grande parte do curso. Ao iniciar o 9° período, no qual se concentram as disciplinas optativas de especialidades médicas, incluindo a Dermatologia e a Infectologia, os estudantes já atenderam e acompanharam vários pacientes no período de um ano. Nos três últimos períodos ocorrem os internatos, sendo que no 10° período o estudante inicia o **ciclo de internatos** com a Urgência e Traumatologia e a Ginecologia e Obstetrícia, que serão seguidos pelo Internato em Saúde Coletiva (ISC), no 11° período. Esse, além de ações de saúde pública, envolve o atendimento de pacientes em cidades pequenas e comunidades rurais. O restante do 11° e o 12° períodos são

constituídos pelos internatos hospitalares, em enfermarias de Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria, realizados nos hospitais escola HC/UFMG e Hospital Risoleta Neves (RIBEIRO, 2006).

3.3.1 Justificativa da realização do estudo na FM/UFMG

A FM/UFMG foi, no século XX, a faculdade que mais formou médicos no Brasil (quinze mil). É considerada uma instituição de ensino público tradicional, composta por um corpo docente sólido e qualificado. Além disso, os pesquisadores estão vinculados e comprometidos com a instituição, assim, o estudo poderá trazer benefícios diretos para o incremento do ensino em questão.

3.4 Descrição dos participantes do estudo

O estudo envolveu os graduandos matriculados no curso de medicina da FM/UFMG que cursavam o 1º, 2º, 10º e 12º períodos do segundo semestre letivo de 2012, perfazendo um total de 632 estudantes.

Os períodos descritos foram selecionados, por corresponderem aos objetivos da pesquisa, ou seja, dialogar sobre conhecimento e atitudes dos estudantes a respeito da hanseníase, antes e após o conteúdo programático. No 1º e 2º períodos (ciclo básico) o conhecimento do estudante está nivelado ao do senso comum, quando o conteúdo teórico e/ou prático específico ainda não foi abordado. Ao passo que, no 10º e 12º períodos (ciclo dos internatos) a maior parte do conteúdo teórico e prático já foi ofertada. O 11º período não foi contemplado porque grande parte dos estudantes está ausente da cidade em função do ISC.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser estudante regularmente matriculado nos períodos já referidos do curso de medicina da FM/UFMG, por ocasião da realização do estudo; estar presente no momento da aplicação do questionário; ter disponibilidade para responder o questionário e conceder por escrito e assinado o seu consentimento em participar.

O estudantes do 1º e 2º períodos do curso de medicina foram agrupados no **Grupo 1**, dos **ingressantes**. Os estudantes do 10º e 12º períodos foram agrupados no **Grupo 2**, dos **internos**.

3.5 Técnica para coleta de dados

Como técnica para coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado e autoaplicável, para todos os participantes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.5.1 Apresentação do instrumento

O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores a partir do conteúdo contemplado nos manuais do MS, direcionados para profissionais (BRASIL, 2002).

O instrumento foi pré-testado em 20 estudantes da mesma instituição a fim de identificar problemas na compreensão das perguntas e, assim, promover os ajustes necessários.

Os dados sociodemográficos do instrumento englobaram: idade, gênero, procedência, condição socioeconômica e período do curso. Em relação à temática estudada foram incluídas questões referentes: 1) ao conhecimento básico: aspectos conceituais e clínicos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e cura; 2) a atitudes, especialmente ao estigma e, 3) à abordagem teórica e prática durante o curso. Contém 16 questões fechadas, sendo três questões com opção de resposta dissertativa para os estudantes que cursavam o 1º e 2º períodos (APÊNDICE B). Para aqueles que cursavam o 10º e 12º períodos foram acrescentadas cinco questões, totalizando 21, sendo seis questões com opção de resposta dissertativa (APÊNDICE C).

3.5.2 Descrição dos procedimentos para coleta de dados

Os questionários foram aplicados nos espaços da FM/UFMG: nas salas de aulas (1º, 2º e 12º períodos) e na secretaria do ISC (10º período), mediante

autorização do professor. O procedimento de campo foi conduzido pela pesquisadora com o auxílio de dois voluntários devidamente treinados (um estudante do 4º período do curso de medicina da referida instituição e uma funcionária administrativa do ISC). A aplicação foi única para cada período.

Os estudantes foram abordados pela pesquisadora e voluntários, sem anúncio prévio e de forma padronizada. Foi prestado um breve esclarecimento sobre o estudo e seus objetivos. Garantiu-se a manutenção do anonimato e foi ressaltado que o preenchimento seria voluntário, porém, deveria ser consciente e sincero. A seguir, o questionário foi distribuído individualmente, acompanhado por duas vias do TCLE e assinado por todos aqueles que se interessaram e concordaram em participar da pesquisa.

O preenchimento do questionário pelo estudante durou cerca de quinze minutos. Responderam individualmente, sem discussão entre eles e sem consulta, entregando-os à pesquisadora imediatamente após o término.

Como critério de inclusão bastou o estudante estar regularmente matriculado nos períodos já referidos do curso de medicina da FM/UFMG, por ocasião da realização do estudo. Foram considerados como critério de exclusão: a recusa e/ou desinteresse do estudante em participar do estudo, estar ausente da aula eleita para a aplicação do questionário, se encontrar em licença escolar ou estar desenvolvendo atividades acadêmicas fora da capital, no período da coleta.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG – COEP CAAE nº 07270012.8.0000.5149 - através do parecer nº 136.498, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulam a ética na pesquisa com seres humanos (ANEXO A).

3.5.3 Análise estatística

Os dados obtidos a partir dos questionários respondidos pelos estudantes do curso de medicina da FM/UFMG, distribuídos entre o 1º, 2º, 10º e 12º períodos

foram digitados em planilha do programa Epidata versão 3.1 e conferidos. A análise estatística foi realizada no *software* SPSS versão 14.0.

As variáveis quantitativas, quando não apresentaram distribuição normal, foram descritas por meio de medianas e intervalo interquartil (IQR).

As variáveis qualitativas foram descritas por meio das frequências absolutas e porcentagem e, também, através dos gráficos de barras e de setores.

Foi realizada análise univariada, para comparar:

- a. As variáveis relativas ao perfil sociodemográfico dos estudantes e aos temas conhecimento e estigma da hanseníase, nos dois grupos estudados, ingressantes e internos.
- b. As variáveis relacionadas à competência para abordagem da hanseníase pelos estudantes do Grupo 2, segundo o ensino prático e teórico de hanseníase na faculdade.
- c. Variáveis relacionadas ao estigma da hanseníase, tomadas também como dependentes, segundo grupo, variáveis sociodemográficas e variáveis do conhecimento.

Utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson assintótico (quando menos que 20% das caselas da tabela tinham valor esperado entre 1 e 5 e 80% tinham valores maiores ou iguais a 5) e Qui-quadrado de Pearson exato (quando mais que 20% das caselas da tabela tinham valor esperado entre 1 e 5). Somente as variáveis quantitativas foram comparadas com o teste de Mann Whitney, pois não tiveram distribuição normal pelo teste de Shapiro Wilk.

As variáveis que mostraram associações significativas ao nível de 0,20 entre conhecimento e estigma da hanseníase com a distribuição em grupos dos estudantes foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. Ajustou-se o modelo com todas as candidatas e passo a passo foi retirada a variável com maior valor de p até se alcançar o modelo final, quando todas as variáveis foram consideradas significativas ao nível de 0,05. No modelo multivariado final de regressão logística foi verificado a qualidade de ajuste através do teste de Hosmer & Lemeshow.

As perguntas abertas presentes no questionário foram objetos de análise qualitativa e, como é usual, não aparecerão junto aos resultados e serão levadas diretamente para a discussão.

4 RESULTADOS

Esta dissertação foi organizada na forma de dois artigos, um de revisão e outro de resultados, apresentados a seguir. No entanto, para compor melhor o texto e garantir a visão geral da estrutura do trabalho, o conjunto dos resultados será aqui exposto, mesmo que isso implique repetição de informações mais à frente, o que de resto é praticamente inevitável, quando se escolhe este modo de organizar a dissertação.

Do total de 632 estudantes dos quatro períodos estudados, 540 (85,4%) responderam ao questionário, sendo 260 do Grupo 1 e 280 do Grupo 2, que representavam respectivamente 84,1% e 86,6% do total de estudantes de cada um dos grupos.

A distribuição dos estudantes segundo as variáveis sociodemográficas nos dois grupos estudados está mostrada na Tabela 1.

TABELA 1 - Perfil dos estudantes de medicina, segundo grupo, ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2)

Variáveis	Grupo		Total n=540	Valor-p
	1 (ingressantes) n=260	2 (internos) n=280		
Idade mediana (IQR)	20 (2)	25 (2)	23 (5)	<0,0001 ¹
Gênero				
Feminino	140 (53,8)	143 (51,1)	283 (52,4)	0,519 ²
Masculino	120 (46,2)	137 (48,9)	257 (47,6)	
Procedência				
Belo Horizonte	118 (45,6)*	161 (58,5)**	279 (52,2)	<0,0001 ¹
Interior de MG	92 (35,5)	107 (38,9)	199 (37,3)	
Outros estados	49 (18,9)**	7 (2,5)*	56 (10,5)	
Renda familiar				
<1 SM	1 (0,4)	2 (0,7)	3 (0,6)	0,314 ³
1 a 3 SM	8 (3,1)	5 (1,8)	13 (2,5)	
4 a 5 SM	34 (13,2)	35 (12,9)	69 (13,0)	
6 a 9 SM	73 (28,3)	59 (21,7)	132 (24,9)	
≥10 SM	142 (55,0)	171 (62,9)	313 (59,1)	

1 - Teste Mann Whitney; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 3 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *≤-1,96; **≥+1,96. SM = salário mínimo.

As associações entre as variáveis relacionadas ao tema conhecimento da hanseníase com a distribuição dos estudantes nos grupos são mostradas nas Tabelas 2 e 3.

TABELA 2 - Conhecimento teórico de hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFMG: comparação entre os grupos de ingressantes (Grupo1) e internos (Grupo 2)

Variáveis	Grupo 1 (ingressantes) n=260	Grupo 2 (internos) n=280	Total n=540	Valor-p
Onde ouviu falar sobre hanseníase				
Familiar	69 (26,5)	67 (23,9)	136 (25,2)	0,485 ¹
Faculdade de Medicina	58 (22,3)	248 (88,6)	306(56,7)	<0,0001 ¹
Comunicação de massa	187 (71,9)	173 (61,8)	360 (66,7)	0,013 ¹
Nunca ouviu falar	1 (0,4)	3 (1,1)	4 (0,7)	0,625 ²
Outros	118 (45,4)	22 (7,9)	140 (25,9)	<0,0001 ¹
Causa da hanseníase				
Bacteriana	201 (77,3)*	270 (96,8)**	471 (87,7)	<0,0001 ²
Virótica	25 (9,6)**	5 (1,8)*	30 (5,6)	
Parasitária	6 (2,3)	1 (0,4)	7 (1,3)	
Hereditária	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Não sei	24 (9,2)**	3 (1,1)*	27 (5,0)	
Transmissão da hanseníase				
Por contato sexual	2 (0,8)	2 (0,7)	4 (0,8)	<0,0001 ²
Pelas vias respiratórias	92 (36,1)*	181 (65,6)**	273 (51,4)	
Pela condição genética dos pais	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Contato indireto com um doente	116 (45,5)**	88 (31,9)*	204 (38,4)	
Não sei	43 (16,9)**	5 (1,8)*	48 (9,0)	
Sinais e sintomas				
Áreas ou manchas dormentes	234 (90,3)*	278 (99,3)**	512 (95,0)	<0,0001 ²
Áreas ou manchas que coçam	11 (4,2)**	0 (0,0)*	11 (2,0)	
Áreas ou manchas que doem	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Não sei	12 (4,6)**	2 (0,7)*	14 (2,6)	
Diagnóstico da hanseníase				
Fundamentalmente clínico	104 (40,2)*	198 (71,7)**	302 (56,4)	<0,0001 ¹
Conclusivo através da biópsia de pele	34 (13,1)*	56 (20,3)**	90 (16,8)	
Identificado através da confirmação da sorologia	17 (6,6)**	7 (2,5)*	24 (4,5)	
Não sei	104 (40,2)**	15 (5,4)*	119 (22,2)	
Tratamento da hanseníase				
Ainda não existe tratamento	14 (5,4)	7 (2,5)	21 (3,9)	<0,0001 ¹
Antimicrobianos	153 (59,1)*	253 (91,0)**	406 (75,6)	
Vacina	13 (5,0)**	1 (0,4)*	14 (2,6)	
Não sei	79 (30,5)**	17 (6,1)*	96 (17,9)	

Continua

Tabela 2 - conclusão

Variáveis	Grupo 1 (ingressantes) n=260	Grupo 2 (internos) n=280	Total n=540	Valor-p
A hanseníase tem cura				
Sim	205 (78,8)*	247 (88,8)	452 (84,0)	0,006 ¹
Não	30 (11,5)**	18 (6,5)	48 (8,9)	
Não sei	25 (9,6)**	13 (4,7)	38 (7,1)	
È doença de notificação compulsória				
Sim	54 (21,0)*	252 (90,0)**	306 (57,0)	<0,0001 ¹
Não	23 (8,9)**	7 (2,5)*	30 (5,6)	
Não sei	180 (70,0)**	21 (7,5)*	201 (37,4)	
O acompanhamento do paciente				
Unidades básicas de saúde	82 (31,9)*	154 (55,6)**	236 (44,2)	<0,0001 ¹
Atenção especializada	93 (36,2)	114 (41,2)	207 (38,8)	
Hospital geral em regime de internação	11 (4,3)**	0 (0,0)*	11 (2,1)	
Não sei	71 (27,6)**	9 (3,2)*	80 (18,0)	

FM/UFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

1 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; * $\leq -1,96$;** $\geq +1,96$.**TABELA 3** - Correção das respostas sobre a hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFMG: comparação entre os grupos de ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2)

Variáveis	Grupo 1 (ingressantes) n=260	Grupo 2 (internos) n=280	Total n=540	Valor-p
Resposta sobre causa				
Acertou	201 (77,9)	270 (96,8)	471 (87,7)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	57 (22,1)	9 (3,2)	66 (12,3)	
Resposta sobre transmissão				
Acertou	92 (36,1)	181 (65,6)	273 (51,4)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	163 (63,9)	95 (34,4)	258 (48,6)	
Resposta sobre sinais e sintomas				
Acertou	234 (90,3)	278 (99,3)	512 (95,0)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	25 (9,7)	2 (0,7)	27 (5,0)	
Resposta sobre diagnóstico				
Acertou	104 (40,2)	198 (71,7)	302 (56,4)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	155 (59,8)	78 (28,3)	233 (43,6)	

Continua

Tabela 3 - conclusão

Variáveis	Grupo 1 (ingressantes) n=260	Grupo 2 (internos) n=280	Total n=540	Valor-p
Resposta sobre tratamento				
Acertou	153 (59,1)	253 (91,0)	406 (75,6)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	106 (40,9)	25 (9,0)	131 (24,4)	
Resposta sobre cura				
Acertou	205 (78,8)	247 (88,8)	452 (84,0)	<0,002 ¹
Errou ou não sabe	55 (21,2)	31 (11,2)	86 (16,0)	
Resposta sobre ser a hanseníase doença de notificação compulsória				
Acertou	54 (21,0)	252 (90,0)	306 (57,0)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	203 (79,0)	28 (10,0)	231 (43,0)	
Resposta sobre o acompanhamento do paciente				
Acertou	82 (31,9)	154 (55,6)	236 (44,2)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	175 (68,1)	123 (44,4)	298 (55,8)	

FM/UFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

1 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *≤-1,96; **≥+1,96.

As associações entre as variáveis relacionadas ao tema estigma da hanseníase com a distribuição dos estudantes nos grupos são mostradas na Tabela 4.

TABELA 4 - Presença do estigma sobre a hanseníase segundo grupo dos estudantes, ingressantes (Grupo 1) e internos (Grupo 2)

Variáveis	Grupo 1 n=260	Grupo 2 n=280	Total n=540	Valor-p
Associação da hanseníase com lepra n(%)				
Sim	217 (83,8)	247 (88,5)	464 (86,2)	0,110 ¹
Não	42 (16,2)	32 (11,5)	74 (13,8)	
Como você acha que a pessoa com hanseníase é tratado pelos outros n(%)				
Normalmente	7 (2,7)*	34 (12,2)**	41 (7,6)	0,001 ¹
Normalmente evitando contato físico	43 (16,7)	32 (11,5)	75 (14,0)	
Afastam por ser doença contagiosa	14 (5,4)	20 (7,2)	34 (6,3)	
Afastam por ser doença discriminatória	189 (73,3)	187 (67,0)	376 (70,0)	
Não sei	5 (1,9)	6 (2,2)	11 (2,0)	

Continua

Tabela 4 - conclusão

Variáveis	Grupo 1 n=260	Grupo 2 n=280	Total n=540	Valor-p
Se você recebesse diagnóstico de hanseníase n(%)				
Não teria problemas em contar para as pessoas	52 (20,0)*	94 (33,9)**	146 (27,2)	<0,0001 ²
Contaria para familiares ou pessoas próximas	197 (75,8)**	166 (59,9)*	363 (67,6)	
Omitiria o máximo possível inclusive familiares	7 (2,7)	14 (5,1)	21 (3,9)	
Outros	4 (1,5)	3 (1,1)	7 (1,3)	
Se o seu melhor amigo (a) lhe contasse que recebeu o diagnóstico de hanseníase você n(%)				
Manteria o mesmo convívio	129 (49,6)	221 (78,9)	350 (64,8)	<0,0001 ¹
Evitaria algumas situações de contato físico, ambientes fechados e uso dos mesmos utensílios	131 (50,4)	59 (21,1)	190 (35,2)	
Afastaria dele (a)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Se hoje fosse médico (a) formado (a) se disporia atender pacientes com hanseníase n(%)				
Sim	258 (99,2)	247 (91,8)	505 (95,5)	<0,0001 ¹
Não	2 (0,8)	22 (8,2)	24 (4,5)	
Na sua opinião qual a importância do médico recém formado estar habilitado a diagnosticar e tratar a hanseníase n(%)				
Nenhuma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,0001 ²
Pouco importante	0 (0,0)*	4 (1,5)**	4 (0,7)	
Importante	65 (25,0)*	107 (38,9)**	172 (32,1)	
Muito importante	195 (75,0)**	164 (59,6)*	359 (67,1)	

1 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; * $\leq -1,96$; ** $\geq +1,96$.

A abordagem teórica e prática da hanseníase durante o curso médico e a aptidão do estudante para diagnosticar e tratar só foram pesquisadas, como é óbvio, para o grupo de internos (Grupo 2), uma vez que o grupo dos ingressantes (Grupo 1) ainda não passou por esse aprendizado. Os achados estão apresentados na Tabela 5.

TABELA 5 - Ensino sobre hanseníase durante o curso médico

Variáveis	n (%)
Alguma disciplina que abordou hanseníase	
Sim	221 (81,0)
Não	33 (12,1)
Não lembro	19 (7,0)
Durante o curso, você atendeu ou acompanhou o atendimento de algum paciente com hanseníase	
Sim	79 (28,7)
Não	188 (68,4)
Não lembro	8 (2,9)
Você se sente apto a diagnosticar hanseníase	
Sim	100 (36,4)
Não	175 (63,6)
Você se sente apto para tratar hanseníase	
Sim	52 (18,9)
Não	223 (81,1)

As associações entre a competência dos estudantes para abordagem da hanseníase com a existência de ensino teórico ou prático de hanseníase são mostradas nas Tabelas 6 e 7.

TABELA 6 - Aptidão dos estudantes do Grupo 2 para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre hanseníase, segundo existência ou não de ensino teórico sobre o tema

Variáveis	Aluno teve alguma disciplina teórica sobre hanseníase			Total	Valor-p
	Sim	Não	Não lembra		
Você sente apto a diagnosticar					
Sim	87 (39,4)	10 (30,3)	3 (15,8)	100 (36,6)	0,089 ¹
Não	134 (60,6)	23 (69,7)	16 (84,2)	173 (63,4)	
Total	221	33	19	273	
Você se sente apto a tratar hanseníase					
Sim	45 (20,4)	6 (18,2)	1 (5,3)	52	0,272 ¹
Não	176 (79,6)	27 (81,8)	18 (94,7)	221	
Total	221	33	19	273	
Você se sente apto para responder dúvidas básicas hanseníase					
Sim	123 (55,9)**	11 (33,3)*	5 (26,3)	139	0,004 ¹
Não	97 (44,1)*	22 (66,7)**	14 (73,7)	133	
Total	220	33	19	272	

1 - Teste qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 -m Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *resíduo ajustado padronizado<-1,96; **resíduo ajustado padronizado>1,96.

TABELA 7 - Aptidão dos estudantes do Grupo 2 para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre a hanseníase, segundo a existência ou não de ensino prático sobre o tema

Variáveis	Aluno teve prática durante o curso sobre hanseníase			Total	Valor-p
	Sim	Não	Não lembra		
Você sente apto a diagnosticar					
Sim	39 (49,4)**	57 (30,3)*	4 (50,0)	100 (36,4)	0,009 ¹
Não	40 (50,6)*	131 (69,7)**	4 (50,0)	175 (63,6)	
Total	79	188	8	275	
Você se sente apto a tratar hanseníase					
Sim	27 (34,2)**	24 (12,8)*	1 (12,5)	52 (18,9)	<0,0001 ¹
Não	52 (65,8)*	164 (87,2)**	7 (87,5)	223 (81,1)	
Total	79	188	8	275	
Você se sente apto para responder dúvidas básicas hanseníase					
Sim	59 (75,6)**	78 (41,5)*	3 (37,5)	140 (51,1)	<0,0001 ²
Não	19 (24,4)*	110 (58,5)**	5 (62,5)	134 (48,9)	
Total	78	188	8	274	

1 - Teste qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *resíduo ajustado padronizado<-1,96; **resíduo ajustado padronizado>1,96.

A seguir é mostrado o modelo da análise multivariada relativa às variáveis conhecimento sobre hanseníase. Em razão dos grandes intervalos de confiança encontrados para as variáveis “sinais e sintomas” e “se você fosse médico trataria hanseníase” optou-se por retirá-las do modelo, pois grandes intervalos de confiança não são confiáveis às estimativas. O modelo final de regressão logística ficou então como o mostrado na Tabela 8.

TABELA 8 - Modelo multivariado final de regressão logística: conhecimento e estigma de hanseníase por estudantes de medicina segundo Grupo 1 e Grupo 2

Variáveis	Grupo1	Grupo2	OR	IC95%OR	Valor-P
Ouvir falar de hanseníase na faculdade de medicina					
Sim	58 (22,3)	278 (99,3)	28,93	13,62	<0,0001
Não	202 (77,7)	2 (0,7)	1	61,44	
Em relação ao diagnóstico					
Acertou	104 (40,2)	198 (71,7)	2,83	1,41	0,004
Errou ou não sabe	155 (59,8)	78 (28,3)	1	5,71	
Como é o Tratamento?					
Acertou	153 (59,1)	243 (91,0)	4,19	1,84	0,001
Errou ou não sabe	106 (40,9)	25 (9,0)	1	9,55	
Hanseníase é doença de notificação compulsória?					
Acertou	54 (21,0)	252 (90,0)	39,88	18,17	<0,0001
Errou ou não sabe	203 (79,0)	28 (10,0)	1	87,55	
Se o seu melhor amigo recebesse o diagnóstico de hanseníase você:					
Manteria contato	129 (49,6)	221 (78,9)	4,72	2,31	<0,0001
Afastaria	131 (50,4)	59 (21,1)	1	9,63	

Valor-p=0,520 do Teste Hosmer&Lemeshow

Interpretação:

- A chance de um estudante do Grupo 2 ouvir falar sobre hanseníase na faculdade de medicina da UFMG é 29 vezes maior que a do estudante do Grupo 1.
- A chance de um estudante do Grupo 2 acertar o diagnóstico da hanseníase é 3 vezes maior que a do estudante do Grupo 1.
- A chance de um estudante do Grupo 2 acertar o tratamento da hanseníase é 4 vezes maior que a do estudante do Grupo 1.
- A chance de um estudante do Grupo 2 acertar que a hanseníase é doença de notificação compulsória é 40 vezes maior que do estudante do Grupo 1.
- A chance do estudante do Grupo 2 manter o contato com o amigo que tem hanseníase é 5 vezes maior que a do estudante do Grupo 1.
- O modelo se ajustou bem aos dados, pois valor -p =0,520 do teste de Hosmer & Lemeshow.

As associações do estigma da hanseníase entre os estudantes com o grupo de ingressantes ou de internos, com as variáveis sociodemográficas e com as variáveis do conhecimento estão mostradas nas Tabelas 9 e 10.

TABELA 9 - Estigma segundo variáveis sociodemográficas (n= 540)

Variáveis	Se o seu melhor amigo (a) recebesse o diagnóstico de hanseníase você			Total	Valor-p
	Manteria convívio n(%)	Evitaria algumas situações de contato n(%)	Afastaria dele n(%)		
Idade	24 (5,0)	21 (5,0)	-	23 (5,0)	<0,0001 ³
Gênero					
Feminino	184 (52,6)	99 (52,1)	0 (0,0)	283 (52,4)	0,918 ¹
Masculino	166 (47,4)	91 (47,9)	0 (0,0)	257 (47,6)	
Procedência					
Belo Horizonte	180 (52,2)	99 (52,4)	0 (0,0)	279 (52,2)	0,963 ¹
Outros	165 (47,8)	90 (47,6)	0 (0,0)	255 (47,8)	
Renda familiar					
<1 SM	3 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,6)	0,301 ²
1 a 3 SM	10 (2,9)	3 (1,6)	0 (0,0)	13 (12,5)	
4 a 5 SM	47 (13,7)	22 (11,8)	0 (0,0)	69 (13,0)	
6 a 9 SM	78 (22,7)	54 (29,0)	0 (0,0)	132 (24,9)	
≥10 SM	206 (59,9)	107 (57,5)	0 (0,0)	313 (59,1)	
Grupo					
1	129 (36,9)	131 (68,9)	0 (0,0)	260 (48,1)	<0,0001 ¹
2	221 (66,1)	59 (31,1)	0 (0,0)	280 (51,9)	

1 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato; 3 - Teste Mann Whitney; SM = salário mínimo

TABELA 10 - Estigma segundo conhecimento sobre a doença (n= 540)

Variáveis	Se o seu melhor amigo (a) recebesse o diagnóstico de hanseníase você			Total	Valor-p
	Manteria convívio n(%)	Evitaria algumas situações de contato n(%)	Afastaria dele n(%)		
Causa da hanseníase					
Acertou	313 (90,2)	158 (83,2)	0 (0,0)	471 (87,7)	0,017 ¹
Errou ou não sabe	34 (9,8)	32 (16,8)	0 (0,0)	66 (12,3)	
Transmissão da hanseníase					
Acertou	191 (55,5)	82 (43,9)	0 (0,0)	273 (51,4)	0,010 ¹
Errou ou não sabe	153 (44,5)	105 (56,1)	0 (0,0)	258 (48,6)	
Sinais e sintomas da hanseníase					
Acertou	335 (95,7)	177 (93,7)	0 (0,0)	512 (95,0)	0,295 ¹
Errou ou não sabe	15 (4,3)	2 (6,3)	0 (0,0)	27 (5,0)	
Diagnóstico da hanseníase					
Acertou	208 (59,9)	94 (50,0)	0 (0,0)	302 (56,4)	0,027 ¹
Errou ou não sabe	139 (40,1)	94 (50,0)	0 (0,0)	233 (43,6)	
Tratamento da hanseníase					
Acertou	278 (79,7)	128 (68,1)	0 (0,0)	406 (75,6)	0,003 ¹
Errou ou não sabe	71 (20,3)	60 (31,9)	0 (0,0)	131 (24,4)	
Acompanhamento da hanseníase					
Acertou	216 (61,9)	90 (47,9)	0 (0,0)	306 (57,0)	0,002 ¹
Errou ou não sabe	133 (38,1)	98 (52,1)	0 (0,0)	231 (43,0)	
Cura da hanseníase					
Acertou	292 (83,9)	160 (84,2)	0 (0,0)	452 (84,0)	0,927 ¹
Errou ou não sabe	56 (16,1)	30 (15,8)	0 (0,0)	86 (16,0)	
Notificação da hanseníase					
Acertou	180 (52,0)	56 (29,8)	0 (0,0)	236 (44,2)	<0,0001 ¹
Errou ou não sabe	166 (48,0)	132 (70,2)	0 (0,0)	298 (55,8)	
Apto a responder dúvidas básicas					
Sim	135 (39,1)	51 (27,0)	0 (0,0)	186 (34,8)	0,005 ¹
Não	210 (60,9)	138 (73,0)	0 (0,0)	348 (65,2)	

1 - Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 - Teste Qui-quadrado de Pearson exato; 3 - Teste Mann Whitney.

As variáveis candidatas ao modelo multivariado do estigma foram: grupo, causa, transmissão, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, notificação compulsória e se apto a responder dúvidas básicas. O modelo final está mostrado na Tabela 11.

TABELA 11 - Modelo multivariado final de regressão logística: estigma segundo grupo, variáveis sociodemográficas e variáveis do conhecimento.

Variáveis	O seu melhor amigo (a) recebeu diagnóstico de hanseníase você		OR	IC95%OR	Valor-P
	Manteria convívio	Afastaria			
Grupo					
1	129 (36,9)	131 (68,9)	1	3,14	<0,0001
2	221 (66,1)	59 (31,1)	5,52	9,72	
A hanseníase é doença de notificação compulsória?					
Acertou	180 (52,0)	56 (29,8)	2,13	1,22	0,008
Errou	166 (48,0)	132 (70,2)	1	3,74	
O acompanhamento do paciente deve ser feito em					
Unidades Básicas de Saúde	216 (61,9)	90 (47,9)	2,12	1,42	<0,0001
Outros	133 (38,1)	98 (52,1)	1	3,17	

Teste de Qualidade de Ajuste de Hosmer & Lemeshow valor-p=0,839

As variáveis mais importantes para o estigma foram: grupo, notificação compulsória e acompanhamento (ao nível de 0,05).

Interpretação:

- A chance do estudante do Grupo 2 manter o convívio com um amigo com diagnóstico de hanseníase é seis vezes maior que o estudante do Grupo 1.
- A chance do estudante que acertou sobre a notificação compulsória é duas vezes maior em manter o convívio do que o estudante que errou.
- A chance do estudante que acertou sobre o acompanhamento da hanseníase em manter o convívio com o amigo com hanseníase é duas vezes maior que o estudante que errou.
- O modelo de regressão logística se ajustou bem aos dados (valor-p=0,839).

GRÁFICO 1 - Disciplinas que abordaram o tema hanseníase na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais descrito pelo Grupo 2

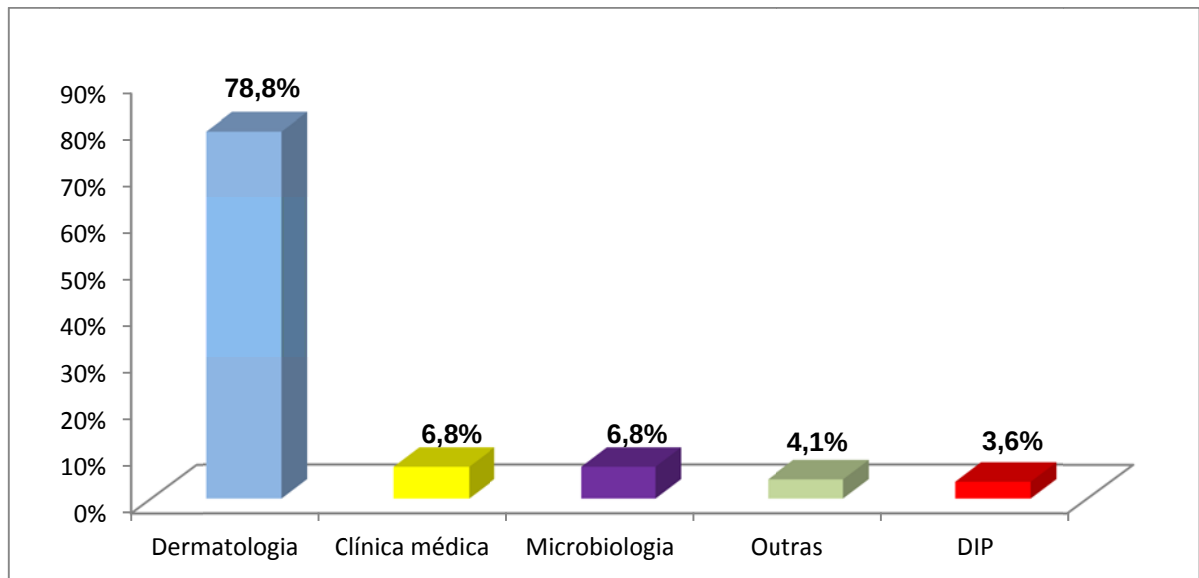


GRÁFICO 2 - Exposição de motivos dos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais que não se sentem aptos a diagnosticar e tratar hanseníase

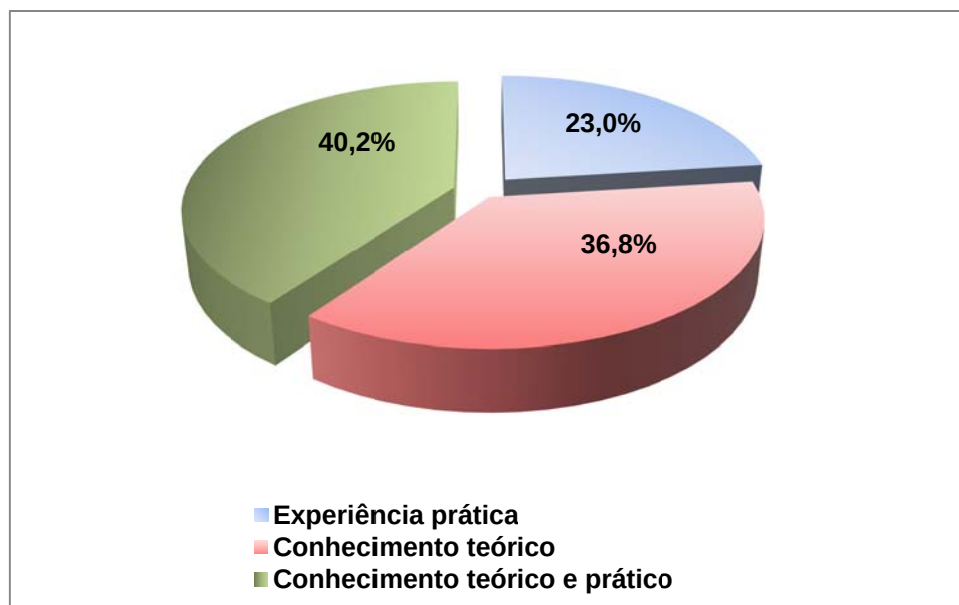
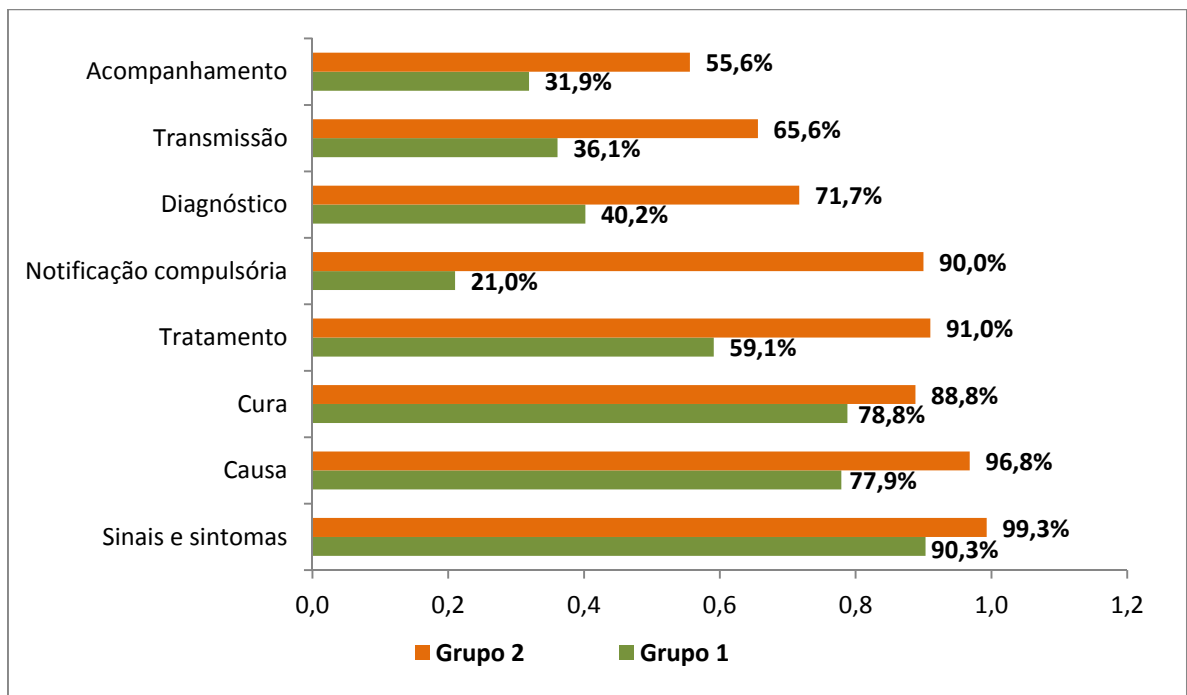


GRÁFICO 3 - Percentual de estudantes que afirmaram ter conhecimento clínico-epidemiológico da hanseníase, segundo grupos.



ARTIGO 1

454

REVISÃO

Ensino da hansenologia: desafios atuais*

Cynthia Rossetti Portela Alves¹
Elza Machado Melo¹

Maria Mônica Freitas Ribeiro¹
Marcelo Grossi Araújo¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142444>

Resumo: Manter o interesse no conhecimento e na prática da assistência ao paciente que apresenta hanseníase tem sido uma preocupação no atual momento de declínio da endemia em várias partes do mundo. A abordagem do problema restrita à atenção primária, sem a devida integração com os demais níveis de cuidado do sistema de saúde, não dá conta de toda a complexidade da doença. A formação de profissionais para atuar nos vários níveis da atenção à saúde é um desafio que se coloca atualmente. Esta revisão teve como objetivo buscar experiências relacionadas ao ensino da hanseníase não só nos cursos de graduação em saúde, mas a profissionais que atuam na assistência ao paciente. Destaca-se o papel do dermatologista na gestão de programas de controle, diagnóstico e tratamento da doença, assim como na educação permanente de outros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Capacitação em serviço; Educação médica; Ensino; Hanseníase

INTRODUÇÃO

O ensino da hansenologia tem sido objeto de discussão recente, tendo em vista o declínio da endemia em vários países, situação que vem ocorrendo também no Brasil, onde se observa redução gradativa nos coeficientes de detecção de casos novos.^{1,4} Apesar disso, o diagnóstico de novos casos continua e deve se manter ao longo dos próximos anos ou até por décadas.⁵ O impacto de fatores operacionais, as diferenças regionais da endemia e o próprio significado de coeficiente de detecção versus incidência real da hanseníase são questões que permanecem.⁶ Não obstante todo o ganho que se obteve com a implementação da poliquimioterapia, com a descentralização dos programas de controle da hanseníase e consequente formação de expertos, o diagnóstico tardio continua sendo realidade vivenciada na prática, seja na atenção primária, seja em centros de referência. Manter o interesse em hanseníase entre os profissionais de saúde, desde sua formação nos cursos de graduação até sua prática assistencial ao paciente, é um desafio que se coloca para educadores e gestores.

A participação do dermatologista no controle da hanseníase, seja como orientador de políticas públicas, seja como responsável direto pelo tratamento dos doentes, seja pelo ensino a profissionais de saúde, sempre foi significativa, embora variável ao longo da história da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD).⁷ A campanha nacional contra a hanseníase, promovida pela SBD em 2012, reflete preocupação e compromisso com o problema nos dias atuais.⁸

O objetivo desta revisão é trazer para reflexão e discussão as estratégias e experiências com o ensino da hansenologia e possíveis abordagens frente aos novos cenários da endemia.

MÉTODO

A revisão da literatura foi feita a partir de buscas na base de dados Medline, para os últimos 10 anos, utilizando-se como palavras-chave: *medical education and leprosy, learning and leprosy e teaching leprosy*. Na base de dados Scielo, foram usadas como palavras-chave hanseníase e ensino, hanseníase e treina-

Recebido em 14.01.2013.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 02.05.2013.

* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

©2014 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2014;89(3):454-9.

mento. Foram consultados ainda os sítios do Ministério da Saúde do Brasil, da Organização Mundial da Saúde e de faculdades públicas brasileiras de Medicina. Nessas últimas, foram consultadas as matrizes curriculares dos cursos em busca de referências ao ensino de hanseníase na graduação. Algumas referências citadas nos artigos encontrados na pesquisa foram também consultadas. Devido à escassez de artigos sobre o tema, foram incluídos editoriais, cartas aos editores, artigos de revisão e artigos que utilizaram metodologia qualitativa e/ou quantitativa.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA HANSENÍASE NA INTERFACE COM O ENSINO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase situa-se entre as doenças negligenciadas de maior interesse no cenário brasileiro e, atualmente, compõe, com a esquistossomose, dengue, doença de Chagas, leishmanioses, filariose linfática, oncocercose, helmintíases transmitidas pelo solo, tracoma e raiva, as prioridades de atuação do "Programa de Doenças Negligenciadas" do Ministério da Saúde (MS).⁹

Configura-se entre as doenças infecciosas de notificação compulsória pela sua incidência/prevalência, cronicidade, relevância social e econômica, por ser doença transmissível passível de tratamento e controle e por sua morbidade relacionada às incapacidades e deformidades. Pela inexistência de vacina específica, sua prevenção é dependente da efetividade das ações de diagnóstico e de tratamento oportunos.¹⁰ Acomete, sobretudo, indivíduos em idade produtiva, acarretando altos custos econômicos, tanto diretos, relacionados ao tratamento e reabilitação, quanto indiretos, pelos anos potenciais de vida perdidos, além do estigma social ainda associado à doença.¹⁰

Apesar de curável, a doença segue como um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. No mundo, no ano de 2011, foram diagnosticados 219.075 casos novos da doença, segundo a OMS, em relato de 105 países que a notificaram. O Brasil contribuiu com 16% desses casos e detém mais de 90% dos casos das Américas.⁴ De acordo com o MS, em 2010 foram detectados 34.894 casos novos no Brasil (18,2/100.000), destes 2.461 (7,1%) em menores de 15 anos de idade. A taxa de prevalência era de 1,56/10.000 habitantes e a taxa de cura nas coortes foi de 82,3%, parâmetro considerado regular. A distribuição da hanseníase é heterogênea nas diferentes regiões do país. Apresenta parâmetros de endemidade muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e algumas capitais do Nordeste. Por outro lado, vários estados, regiões metropolitanas e cidades do Sul e Sudeste brasileiros têm baixas taxas de prevalência e redução

na detecção anual de casos novos.¹¹ A heterogeneidade na distribuição espacial dos casos implica necessidade de adoção de políticas adequadas às várias realidades do país. O conhecimento a respeito da hanseníase, pelos atuais e futuros profissionais de saúde, tem que ser pensado nesse contexto.

Acresce-se a isso o fato de, ainda hoje, o estigma permanecer como um dos principais problemas relacionados à hanseníase. Desde os tempos mais remotos, aqueles que contraíam a doença despertavam sentimentos de desaprovção, rejeição social e discriminação.^{12,13} Por isso, tanto o processo de adoecer por hanseníase quanto suas consequências sociais podem causar um grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, especialmente nos aspectos econômicos e de participação social.¹⁴ Permanecem concepções errôneas e crenças populares em relação a sua causa, transmissão, sintomas, tratamento e cura, a despeito das inúmeras campanhas de educação veiculadas na mídia pelo Ministério da Saúde.

Trabalho realizado no estado de São Paulo com alunos do último ano do Ensino Fundamental, em duas escolas públicas e em uma escola particular, mostrou conhecimento apenas parcial da doença e demonstrou a existência de preconceito.¹⁵ Outro estudo, em uma escola pública de Recife (metrópole do Nordeste brasileiro), com estudantes do último ano do Ensino Médio, no ano de 2010, mostrou carência de informações referentes à doença, sugerindo necessidade de mais ações educativas destinadas a esse público.¹⁶

A avaliação do conhecimento de escolares e seus professores e de pessoas da comunidade tem sido realizada também em outros países endêmicos como forma de otimizar estratégias para a educação em saúde visando, inclusive, a melhorar a detecção precoce de casos.^{17,18,19} Atividades de informação e educação resultam em aumento do conhecimento, mudança de comportamento e redução do estigma.²⁰

Estudos também foram feitos com o objetivo de avaliar conhecimento e atitudes de graduandos da área de saúde em relação à hanseníase. Na Índia, Rajkumar *et al* avaliaram estudantes de Enfermagem treinados em hospitais gerais e especializados no atendimento de hanseníase e observaram maior conhecimento e atitude mais favorável em relação à hanseníase naqueles estudantes provenientes de hospitais especializados.²¹ Em outro estudo realizado com estudantes do último ano e de internatos em Medicina, também na Índia, os autores constataram que, a despeito de possuírem um bom conhecimento sobre o tratamento e de mostrarem disponibilidade para trabalhar com hanseníase, os estudantes tinham informações erradas sobre os principais sintomas da doença, sua transmissão e o estigma.²²

456 Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo MG

Estudo qualitativo feito com 51 estudantes do último ano de Fisioterapia em universidade pública brasileira identificou desconhecimento e/ou conceitos incompletos ou inadequados referentes à hanseníase. Os autores discutem as implicações da formação insuficiente na graduação em relação à integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).²³ Outra avaliação com 27 estudantes de Terapia Ocupacional, também de universidade pública no estado de São Paulo, realizada em momento anterior à abordagem teórica da hanseníase, mostrou baixo nível de conhecimento sobre o tema. Entretanto, avaliação feita dois meses depois de intervenção, utilizando metodologia de álbum seriado com participação ativa dos estudantes, mostrou melhora do desempenho nos testes, sendo que 84% dos estudantes afirmaram ter buscado outras informações sobre hanseníase depois da intervenção.²⁴

Avaliação do conteúdo curricular de escolas técnicas de Enfermagem, de paramédicos e de universidades foi realizada em Uganda, país com baixa endemia e distribuição heterogênea de casos de hanseníase. Os autores discutem a dificuldade do treinamento adequado apesar de, formalmente, o conteúdo constar nos currículos. Destacam a importância dos treinamentos na graduação e da educação continuada para a implementação do programa de controle da hanseníase na atenção primária em saúde.²⁵

No Brasil, já em 1988, Opromolla, em artigo sobre o ensino de hansenologia nas faculdades brasileiras, chamava a atenção para a necessidade de os médicos recém-formados conhecerem as principais endemias do país, dentre elas a hanseníase.²⁶ Constatava que, apesar da magnitude da endemia à época, ela era objeto de estudos apenas nas disciplinas de Dermatologia, embora houvesse espaço, dada a complexidade de suas manifestações, para seu estudo em várias outras disciplinas do curso médico.

Novos estudos sobre o ensino de hansenologia na graduação médica no Brasil não foram encontrados. Consulta realizada via internet às matrizes curriculares e às ementas de disciplinas de faculdades de Medicina federais, quando disponíveis, mostra que a hanseníase continua sendo pouco abordada nos cursos de graduação em Medicina e parece estar restrita às disciplinas de Dermatologia ou Infectologia. Além disso, é preciso estar atento à mudança dos currículos e à passagem do modelo flexneriano para atividades em cenários de prática diversos, com metodologias de problematização baseadas em nosologia prevalente.²⁷ Embora desejável, a nova estratégia poderia tornar ausente o ensino da hansenologia na graduação médica em áreas de muito baixa prevalência.

Feenstra (2003) já salientava que o ensino da hansenologia deveria ser incluído em todos os currícu-

los de cursos de graduação médica e de áreas da saúde e que o treinamento de todas as categorias envolvidas no controle da hanseníase deveria ser obrigatório.²⁰

FORMAÇÃO PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DO CONTROLE DA ENDEMIAS

Na década de 90 do século passado, a OMS propôs a meta de eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública, até o ano 2000. Várias autoridades alertaram para o equívoco de tal proposta, posição defendida também por pesquisadores brasileiros, então representantes da SBD.^{28,29,30} A meta de eliminação não foi atingida em nível global e foi então postergada para, finalmente, ser abandonada e substituída por outra, a saber, a consolidação das ações de controle, tais como diagnóstico precoce e tratamento oportuno de casos.³¹

A implantação do SUS no Brasil e suas principais diretrizes, especialmente a universalização do acesso e a priorização da atenção primária em saúde, possibilitaram a descentralização do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase. Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) e, mais recentemente, do Pacto pela Saúde (MS, Portaria 399, 2006) e da Política Nacional de Atenção Básica (MS, Portaria 648, 2006), foram regulamentados e ampliados os compromissos dos municípios com a integralidade da atenção à saúde e a abordagem da hanseníase foi definida como área estratégica.^{32,34} Para que isto se tornasse realidade, investiu-se muito na capacitação de equipes de saúde, com treinamentos para realização de diagnóstico precoce, tratamento e avaliação de contatos. Vários estados brasileiros elaboraram projetos de treinamentos para equipes de saúde.^{35,36} Entretanto, pouco tem sido publicado a respeito da avaliação dos treinamentos para profissionais de saúde inseridos na rede, segundo a literatura consultada.

Faye *et al.* avaliaram médicos, enfermeiros e profissionais de nível médio, em dois distritos no Mali, quanto ao impacto na sua capacidade de diagnosticar novos casos de hanseníase depois de treinamento de um dia sobre dermatoses prevalentes, incluindo hanseníase.³⁷ De um total de 495 participantes, 389 foram avaliados logo depois do treinamento e houve aumento na capacidade de suspeição diagnóstica, indicação de teste de sensibilidade e encaminhamento adequado. Entretanto, não houve diferença entre os que foram testados tardiamente, entre 12 e 18 meses depois, da mesma forma que a categoria profissional não interferiu nos resultados.

No Brasil, estudo feito por Moreno *et al.*, na região Nordeste - estado do Rio Grande do Norte - com médicos e enfermeiros treinados mostrou avaliação positiva desses profissionais em relação tanto à sua

capacidade de fazer a suspeição diagnóstica quanto à atuação dos colegas no controle da doença e sobre a metodologia de treinamento.³⁵ No entanto, os entrevistados sugeriram aumento de carga horária do treinamento e maior envolvimento dos médicos no processo de diagnóstico. No caso desse estudo, foi avaliado treinamento que contemplou a clínica da hanseníase, com 16 horas de duração. A despeito da avaliação positiva do treinamento, pode-se considerar que a expectativa de continuidade de treinamentos e o aumento de conhecimentos sobre hanseníase depois de curso curto apontam para a carência de conteúdo em hansenologia nas grades curriculares desses profissionais.

No estado do Rio de Janeiro, após treinamento de oito horas para a equipe de saúde da família, avaliação realizada poucos meses depois mostrou aumento da capacidade de suspeição diagnóstica entre os agentes comunitários de saúde e aumento do número de profissionais atuando no controle da hanseníase.³⁶

Em São Paulo, estado brasileiro em que várias situações epidemiológicas da hanseníase foram constatadas, verificou-se que, em relação à assistência, há centros de referência que concentram quase metade dos profissionais que atua na área. Nesses também se encontram os profissionais com maior tempo de serviço e experiência. Esse estudo, que trabalhou com amostragem de municípios com situações epidemiológicas distintas e que avaliou os vários níveis de complexidade de atenção à saúde, não encontrou mudanças significativas na dinâmica de reorganização dos serviços depois da publicação da resolução estadual em 2001, que regulamenta a atenção à hanseníase. Constataram-se deficiência de recursos humanos, falhas no trabalho em equipe e a não existência de um plano de capacitação visando preparar novos profissionais, apesar de muitos dos antigos estarem prestes a se aposentar. Os autores chamam a atenção para o fato de que a integração dos serviços com os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Fisioterapia não está fortemente estabelecida.³⁸

Estudo qualitativo feito em área de alta endemicidade de Minas Gerais para avaliar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase incluiu médicos, gestores, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Os autores observaram que a rotatividade de profissionais prejudica a organização do serviço e concluíram que, na região, as práticas dos profissionais envolvidos com o programa de saúde da família ainda são orientadas pelo modelo clínico. Os médicos limitam-se a fazer diagnóstico e prescrição, agentes comunitários desenvolvem práticas de orientações diversas aos doentes, e enfermeiros atuam de modo amplo na organização de serviço e atendimento.³⁹

A descentralização do atendimento foi crucial para o aumento da detecção de casos, implementação

da poliquimioterapia em larga escala com consequente redução do tempo de tratamento e da prevalência da doença.^{39,40} Por outro lado, a queda da endemia em várias regiões pode resultar em dificuldade para se manter o interesse dos profissionais no problema, agora mais raro. Por tratar-se de doença com várias facetas, de complexidade variável, e pelo fato de o profissional da ponta poder ter menos de um caso por ano, fica o risco da perda da experiência e do interesse pelo problema, trazendo o risco do diagnóstico tardio, aumento da prevalência oculta e dificuldades para o próprio tratamento.

PERSPECTIVAS PRESENTES E FUTURAS PARA O ENSINO DA HANSENÍASE

Diante do que foi relatado, um problema que parece bastante presente é o de como manter o conhecimento, habilidades e o interesse necessários para lidar com a hanseníase em situação de declínio da endemia, quando o número de casos vistos pelo profissional da atenção primária será baixo e sua ocorrência cada vez mais esporádica. Particularmente, como garantir o diagnóstico precoce, sem incapacidades instaladas? Na situação brasileira, deve ser salientado que a complexidade da nosologia prevalente é um desafio. Doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial, câncer e diabetes, dividem a atenção dos profissionais com a tuberculose, dengue, malária (em algumas regiões), AIDS e a hanseníase, entre outros agravos.⁴¹ No Brasil, existem evidências de que a implementação da atenção primária de saúde teve papel importante no aumento inicial das taxas de detecção de hanseníase, evoluindo para tendência ao declínio.⁴⁰ Considerando-se a concentração dos casos em regiões com parcela importante da população em municípios de pequeno e médio portes e em áreas rurais, a estratégia de manter e reforçar o papel da atenção primária no programa de controle da hanseníase é essencial. Entretanto, Feenstra (2003) defende que, em áreas de baixa incidência da doença, o profissional da atenção primária deveria limitar-se a suspeitar de hanseníase e encaminhar o paciente para centros especializados de nível intermediário, que fariam o diagnóstico e iniciariam o tratamento, que deveria ser continuado no local de origem do paciente. Para ser aceito pela comunidade e pacientes, o controle da hanseníase precisa estar na atenção primária que é acessível e disponível para toda a população. Pessoal especializado deveria estar disponível no nível intermediário e central do serviço de saúde para planejar, avaliar, treinar, dar supervisão técnica, atender a referência e fazer a contrarreferência e pesquisar.²⁰

Entre os desafios que poderiam hoje ser colocados para o ensino da hanseníase, devem ser salientados: 1. a definição do que e quanto ensinar de hanse-

níase nos cursos de graduação em área de saúde e como fazê-lo; 2. a mesma definição para os cursos de especialização, particularmente aqueles de Dermatologia, Infectologia e Saúde da Família, com o objetivo de formação de recursos para atuar seja na gestão, no nível primário ou secundário de atenção à saúde; 3. a educação permanente do pessoal que trabalha na atenção primária e, finalmente, 4. como motivar e formar profissionais para atuar em centros de referência especializados que teriam como objetivos a resolução de casos complexos e a formação e educação permanente dos profissionais que atuam nos demais níveis.

Manter a discussão sobre hanseníase, seja na comunidade ou nos meios acadêmicos, é essencial para que a doença não seja esquecida. Quem nunca ouviu frases como: "mas esta doença ainda existe?". Muitas experiências bem-sucedidas já foram descritas e todas elas devem ser consideradas no contexto dos diferentes cursos da área de saúde, na educação permanente para profissionais e na educação em saúde para a comunidade.

Com o crescente interesse dos acadêmicos de Medicina por especialização em Dermatologia, as ligas acadêmicas têm sido criadas em muitas faculdades. Souza (2003) relata experiência de mais de 10 anos com as ligas acadêmicas de Medicina em universidade pública brasileira, com a inserção de alunos na atenção primária e secundária, focando a abordagem da hanseníase.⁴² Com esta estratégia, inserem-se conteúdos relativos à doença e se permite a integração com paciente e seu meio social. A interação com a comunidade levou os alunos a trabalharem com várias técnicas para a educação em saúde, tais como grupos de discussão e dramatização.

Experiências com murais em faculdades podem ser transpostas para a realidade do ensino virtual nos dias atuais.⁴³ A disponibilização de material fotográfico e textos em endereços eletrônicos das faculdades, acessíveis aos estudantes e à comunidade externa, promovendo, em alguns casos, até experiências interativas, tem sido realidade e pode ser utilizada para o ensino da hanseníase, tanto na graduação quanto na educação continuada.^{44,45} A telemedicina ou telessaúde

é realidade em várias partes do mundo.⁴⁶ Diversas modalidades de ensino à distância já são realidade em nosso país.^{47,48,49} A possibilidade de visualização de lesões coloca a Dermatologia em posição favorável para utilização dessa tecnologia, tanto para a educação permanente quanto para o ensino na graduação. A abordagem de doenças crônicas, tais como hanseníase e suas reações, entre outras dermatoses, pode ser feita com sucesso pela interação entre os profissionais da rede de atenção primária e os especialistas.⁴⁶ Para vários autores, a participação do médico dermatologista nos treinamentos de Dermatologia e hansenologia para profissionais da atenção básica e na integração de serviços é fundamental.^{37,50}

Para que todas estas frentes de trabalho na questão do ensino da hanseníase possam ser contempladas, o trabalho conjunto do poder público, por meio de suas instâncias, principalmente MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com as instituições formadoras de recursos humanos na área de saúde e com a sociedade tem que ser mantido e ampliado. A SBD, enquanto sociedade científica e formadora de grande parte dos especialistas em Dermatologia, por meio de seus serviços credenciados, deve garantir a excelência em hansenologia. Para isso, são cruciais a manutenção e a criação de centros de referência em hanseníase, vinculados aos serviços formadores de dermatologistas, com equipes multiprofissionais que permitam não só a formação do especialista, mas que estejam abertos à participação de estudantes e profissionais das várias áreas de saúde. Além disso, que estejam obrigatoriamente inseridos na rede SUS de forma a garantir fluxo e atuação adequados à região de abrangência; e que funcionem como serviço de referência e contrarreferência eficientes e capazes de não só atender à demanda do paciente, mas de prover educação permanente aos profissionais da atenção primária em saúde. A inclusão da hanseníase entre as doenças negligenciadas tem oferecido a possibilidade de recursos para a pesquisa na área, o que pode ser um estímulo para a manutenção de profissionais nos centros de referência desde que se consiga articular assistência, ensino e pesquisa. □

REFERÊNCIAS

- Saunderson P. Learning to manage leprosy after 2005: preserving critical knowledge and exploiting new technology. *Lepr Rev.* 2005;76:2-4.
- Penna ML, Temporão JG, Grossi MA, Penna GO. Leprosy control: knowledge shall not be neglected. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:473-4.
- Ebenso J. An overview of training and development needs. *Lepr Rev.* 2012;83:127-8.
- World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. Global leprosy situation, 2012. *Week Epidemiol Rec.* 2012;87:317-28.
- Atlasofleprosy.hsanmartino [Internet]. Schreuder PAM, Deepak S, Noto S, Naafs B. The ILA online Atlas of Leprosy, 2012. [cited 2013 Jan 1]. Available from: <http://atlasofleprosy.hsanmartino.it/home.html>
- Noto S, Nunzi E. Global and regional annual 'new case detection' of leprosy reported by World Health Organization. *Lepr Rev.* 2008;79:124-7.
- Oliveira ML, Penna GO, Telhari S. Role of dermatologists in leprosy elimination and post-elimination era: the Brazilian contribution. *Lepr Rev.* 2007;78:17-21.
- Sbd.org.br [Internet]. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Campanha Nacional contra a hanseníase. [acesso 16 nov 2011]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/campanha/hanseníase/default.aspx>
- Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2010;44:200-2.
- Penna GO, Domingues CM, Siqueira Jr JB, Elkhoury AN, Cecchin MP, Grossi MA, et al. Dermatological diseases of compulsory notification in Brazil. *An Bras Dermatol.* 2011 Sep-Oct;86(5):865-77.
- Portal.saude.gov.br [Internet]. Ignotti E, Paula RC. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.* Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 186-202. [acesso 30 jan 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf
- Edit LM. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. *Hansen Int.* 2004;29:21-7.
- Helman CG. *Malária e lepra.* In: Helman CG. *Cultura, Saúde e Doença.* 2. ed. São Paulo: Artmed; 1994. p.369-73.
- Martins BL, Torres FN, Oliveira MLW. Impact on the quality of life of patients with Hansen's disease: correlation between Dermatology Life Quality Index and disease status. *An Bras Dermatol.* 2008;83:39-43.
- Oliveira SS, Guerreiro LB, Bonfim PM. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. *Hist cienc saúde-Manguinhos.* 2007;14:1313-28.
- Marinus NW, Pacheco HF, Lima FT, Vasconcelos EM, Alencar EN. Saúde do escolar: uma abordagem educativa sobre hanseníase. *Saúde Transform. Soc.* 2012;3:72-8.
- Gerochi LN. Knowledge, beliefs and attitudes on leprosy in Iloilo City Proper, Philippines. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 1986;17:433-6.
- Rajaratnam J, Abel R, Arumai M. Is knowledge of leprosy adequate among teachers? A comparative study. *Lepr Rev.* 1999;70:28-33.
- Bagade PL, Baliram B. Community participation in case detection of leprosy in Nagpur district of Maharashtra. *Indian J Lepr.* 1999;71:465-9.
- Feenstra P. "Elimination" of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 2003;71:248-56.
- Rajkumar E, Julius S, Salome A, Jennifer G, John AS, Kannan L, et al. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. *Indian J Lepr.* 2011;83:37-43.
- Giri PA, Phalke DB, Arif SM. A study of knowledge, attitude and practice regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural India. *Indian J Lepr.* 2011;83:75-80.
- Dias A, Cyrino EG, Lastória JC. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. *Hansen Int.* 2007;32:9-18.
- Silva MN, Nardi SMT, Abe PB. Terapia Ocupacional e hanseníase: ampliando conhecimentos. In: 12. Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e 9. Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, 2011, São Paulo. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.* São Carlos; 2011. v. 19(S).
- Kawuma HJ, Nabukanya-Mudiope MG. A study on inclusion of leprosy in the curricula of pre-service health training institutions in Uganda. *Lepr Rev.* 2011;82:296-303.
- Opromolla DVA. O ensino da hansenologia nas faculdades. *Hansen Int.* 1988;13:27-33.
- Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13:2133-44.
- Lockwood DN, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ.* 2005;83:230-5.
- Talhari S, Penna GO. Reflexões sobre a Política Global de Controle de Hanseníase. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38:362-64.
- Oliveira MLW, Talhari S, Penna GO, Gonçalves HS. O Compromisso da SBD com a eliminação da hanseníase no Brasil: Somos também responsáveis pelo fracasso dessa meta? *An Bras Dermatol.* 2005;80:7-8.
- Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Plano 2006-2010. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência Saúde NOAS/SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 29 Jan 2001.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 399 de 399/GM DE 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 23 fev 2006; Seção 1, p.43-51.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 de mar de 2006.
- Moreno CMC, Enders BC, Simpson CA. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2008;61:671-5.
- Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansen Int.* 2002;27:70-6.
- Faye O, Hay RJ, Ryan TJ, Keita S, Traoré AK, Mahé A. A public health approach for leprosy detection based on a very short term-training of primary health care workers in basic dermatology. *Lepr Rev.* 2007;78:11-6.
- Helene LMF, Pedrazzani ES, Martins CL, Vieira CSCA, Pereira AJ. Organização de Serviços de Saúde na Eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008;61:744-52.
- Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20:238-46.
- Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41:6-10.
- Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Xirrenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet.* 2011;377:1877-89.
- Souza CS. Liga de combate à hanseníase "Luiz Marino Bechelli": a inserção de um projeto acadêmico junto à atenção primária em saúde e comunidade. *Hansen Int.* 2003;28:59-64.
- Shah G, Pai VV, Revankar CR, Ganapati R. "Wall Journal" on leprosy - a novel model to educate medical students. *Lepr Rev.* 2000;71:388-9.
- Schütze M, Rodrigues CJS, Dumont SM, Parisotto VS. Projeto imagem da semana. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36:423-30.
- Youtube.com [Internet]. Hanseníase - projeto homem virtual [acesso 9 jan 2013]. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=m1RMYYRo2Y>
- Kanthraj GR. Newer insights in teledermatology practice. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011;77:276-87.
- Andrade ARC, Ramos AMC, Araújo MG, Miranda SS. Endemias e Epidemias: tuberculose e hanseníase NESCON-UFMG, 2012; Belo Horizonte, 81p.
- Ruas SSM, Queiroz NR, Melo MCB, Santos AF. Assessment of offline teleconsultations carried out at primary care units in Belo Horizonte in 2008. *Latin-Am J Telehealth.* 2010;2: 187-98.
- Guimarães EMP, Melo CR, Ferreira CS, Villela LCM, Godoy SCB. Technology as distance learning resource in rural and metropolitan internship. *Latin-Am J Telehealth.* 2010;2:213-22.
- Smith WCS. A research strategy to develop new tools to prevent leprosy, improve patient care and reduce the consequences of leprosy. *Lepr Rev.* 2012;83:6-15.

Endereço para correspondência:

Marcelo Grossi Araújo

Avenida Professor Alfredo Balena, 190 sala 246

30130-100 - Belo Horizonte - MG

Brasil

E-mail: grossimar@gmail.com

Como citar este artigo: Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo MG. Ensino da hansenologia: desafios atuais. *An Bras Dermatol.* 2014;89(3):454-9.

ARTIGO 2

Avaliação do ensino de hansenologia pelos estudantes de uma escola médica, pública, brasileira

Cynthia Rossetti Portela Alves¹
Marcelo Grossi Araújo¹
Maria Mônica Freitas Ribeiro¹
Elza Machado Melo¹

1 - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

*Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência:

Av. Professor Alfredo Balena, 190- sala 246
30130-100 Belo Horizonte/MG
E-mail: cynthiarpalves@yahoo.com.br
Suporte Financeiro: Nenhum.
Conflito de Interesses: Nenhum.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo avaliar o ensino da hansenologia em uma escola médica, pública, situada em metrópole do sudeste brasileiro que apresenta baixas taxas de prevalência de hanseníase. A formação de recursos humanos é uma ação elementar na abordagem da hanseníase, uma vez que o seu controle está baseado no diagnóstico precoce e tratamento adequado. O pequeno número de casos observados nas Unidades Básicas de Saúde nas áreas de baixa prevalência, tem tornado o seu ensino um desafio. Na análise feita, por meio de um estudo transversal comparativo, entre dois grupos paralelos de estudantes (ingressantes e internos) do curso médico, observou-se que a maioria já ingressou apresentando conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença. Foi evidenciado maior conhecimento teórico pelos internos, assim como atitudes mais favoráveis a respeito da doença, quando comparado aos ingressantes. A maioria dos internos informou que o tema hanseníase foi abordado no curso, no entanto o ensino prático se mostrou insuficiente. Os estudantes que tiveram oportunidade da vivência prática com pacientes se mostraram mais confiantes na sua capacidade de atender casos semelhantes. O cenário de prática que permitiu ao estudante atender pacientes com

hanseníase foi predominantemente na disciplina de Dermatologia ligada a um centro de referência. O ensino da hansenologia nos cursos de graduação em medicina deve ser repensado e adaptado à realidade epidemiológica local.

Palavras-chave: Hanseníase; Ensino; Estudantes de medicina; Educação Médica

Summary

The objective of this study was to assess the leprosy teaching in medical school, public, located in the metropolis of southeastern Brazil that has a low prevalence of leprosy. The training of human resources is a basic approach of leprosy in action, since its control is based on early diagnosis and timely treatment of cases. The small number of cases observed in Basic Health Units in the areas of low prevalence, his teaching has become a current challenge. In the analysis by means of a transverse comparative study between two parallel groups of students (incoming and internal) of the medical course, it was observed that most joined knowledge already showing signs and symptoms of the disease. Greater theoretical knowledge was evidenced by internal as well as more favorable attitudes about the disease, when compared to freshmen. Most internal leprosy reported that the topic was addressed in the course, however practical teaching proved insufficient. Students had the opportunity of practical experience with patients were more confident in their ability to meet similar cases. The practical scenario that allowed the student to meet leprosy patients was predominantly in the Dermatology connected to a reference center. Leprosy teaching in medical school should be rethought and adapted to the local epidemiological reality.

Keywords: Leprosy; Teaching; Medical Students; Education, Medical

Introdução

No Brasil coexistem situações regionais distintas relativas à distribuição da hanseníase, com áreas de alta endemicidade e outras com baixas taxas de prevalência e de detecção de casos novos. A descentralização do atendimento, que passou a ser feito na atenção primária em saúde (APS), foi marco importante para o

aumento da detecção de casos, implementação da poliquimioterapia em larga escala com consequente redução do tempo de tratamento e da prevalência da doença.^{1,2}

Manter o interesse dos profissionais de saúde nas doenças negligenciadas, incluindo a hanseníase, frente a uma nosologia prevalente complexa que inclui o crescimento das doenças crônico-degenerativas e agravos por causas externas³ tornou-se um desafio para os serviços de saúde em todos os seus níveis. Desafio que se torna maior em áreas de baixa prevalência, onde o diagnóstico de casos novos, embora menos frequente, continua e deve permanecer ao longo dos próximos anos ou até por décadas.^{4,5}

O controle da hanseníase se baseia no diagnóstico precoce e no tratamento adequado e oportuno. A formação de recursos humanos, desde os cursos de graduação na área de saúde até a educação continuada, tem papel fundamental. Entretanto, o pequeno número de casos observados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas áreas de baixa prevalência, dificulta a manutenção da expertise e a formação de novos recursos humanos.⁶

Como ensinar a hansenologia em cenários marcados por grandes disparidades na situação epidemiológica da doença tem sido objeto de inquietação e discussão, em todo o mundo.⁶⁻¹⁰

O objetivo do presente trabalho foi avaliar o ensino da hansenologia em uma grande escola médica, pública, situada em metrópole do sudeste brasileiro que apresenta baixas taxas de prevalência de hanseníase.

Material e método

O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), situada na cidade de Belo Horizonte. O número total de estudantes matriculados na escola é de aproximadamente 1920, divididos em doze períodos de um semestre, com uma média de 160 estudantes por período. O curso médico se inicia com o ciclo básico, que ocupa os quatro primeiros períodos, com conteúdo essencialmente biológico e teórico. A seguir, vem o ciclo profissional dividido em ciclo propedêutico, ciclo ambulatorial e internatos. Nessa fase, o estudante começa a atuar como médico do paciente, sob a supervisão direta e presencial do professor,

que assume a responsabilidade legal pelo ato médico, inicialmente em ambulatórios gerais, inclusive com atendimento na rede pública de saúde, sem vínculo direto com o hospital escola. O ambulatório é o principal cenário de prática em grande parte do curso. Nos três últimos períodos, os internatos clínicos e cirúrgicos acontecem nos hospitais-escola. O Internato em Saúde Coletiva, realizado em cidades pequenas e comunidades rurais, contempla ações de saúde pública e o atendimento de pacientes.

Participaram do estudo 632 estudantes matriculados no primeiro e no último ano do curso de medicina, em 2012. O estudo foi transversal comparativo, entre dois grupos paralelos: Grupo 1 (ingressantes, primeiro ano), quando o conhecimento do estudante se nivela ao do senso comum e Grupo 2 (internos, último ano), quando a maior parte do conteúdo teórico e prático já foi ofertada.

Utilizou-se formulário estruturado e autoaplicável contendo 16 questões fechadas e três dissertativas para o Grupo 1, e 21 questões fechadas e 6 dissertativas para o Grupo 2. O instrumento foi elaborado pelos pesquisadores baseado nos manuais do Ministério da Saúde do Brasil.¹¹ Foram contemplados aspectos sociodemográficos, questões referentes ao conhecimento teórico e atitudes frente à doença assim como questões sobre o ensino prático durante o curso. O instrumento foi pré-testado e os ajustes necessários efetuados. Os estudantes foram abordados sem anúncio prévio, por meio de um breve esclarecimento sobre o estudo e seus objetivos. Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os estudantes deram respostas não identificadas, individuais, imediatas e sem consulta. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da UFMG (nº 07270012.8.0000.5149).

Para avaliar o conhecimento teórico e atitudes frente à doença foram feitas comparações entre os dois grupos, por meio de análises univariada e multivariada. As variáveis utilizadas foram: conhecimento sobre a causa, o modo de transmissão, os sinais e sintomas, o diagnóstico, o tratamento, a cura, a notificação compulsória e o local de acompanhamento do paciente; percepção sobre a importância do médico estar habilitado a diagnosticar e tratar a hanseníase; atitudes frente à doença, a saber, manter contato com o amigo com diagnóstico de hanseníase e se dispor a tratar de pessoas com a doença. Os dados foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se para tanto, o Programa SPSS.

As variáveis foram descritas por meio de distribuição de frequências e foi realizada análise bivariada para comparar os Grupos 1 e 2, utilizando-se o teste do Qui-quadrado de Pearson assintótico (quando menos de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5, e 80% apresentaram valores maior ou igual a 5) e Qui-quadrado de Pearson exato (quando mais de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5). As variáveis que não apresentaram distribuição normal, segundo o teste de Shapiro Wilk, foram avaliadas pelo teste de Mann Whitney.

Foi realizada também análise multivariada utilizando modelo de regressão logística. As variáveis significativas ao nível de 0,20 foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. Ajustou-se o modelo com todas as candidatas e, passo a passo, foi retirada a variável com maior valor de p até se alcançar o modelo final, quando todas as variáveis foram significativas ao nível de 0,05. No modelo multivariado final de regressão logística foi verificado a qualidade de ajuste através do teste de Hosmer & Lemeshow.

As respostas às questões abertas foram categorizadas e agrupadas. Os resultados foram apresentados em frequência.

Resultados

Participaram 540 (85,4%) dos 632 estudantes matriculados nos dois anos estudados, 260 (84,1%) no Grupo 1 e 280 (86,6%) no Grupo 2.

A análise de associação da variável grupo com as variáveis sociodemográficas mostrou diferença de idade com os estudantes do último ano, mais velhos que os do primeiro ano ($p < 0,0001$); e em relação à procedência, com predominância de estudantes no Grupo 2 procedentes da cidade de Belo Horizonte e no Grupo 1 o predomínio daqueles procedentes em outros estados do Brasil ($p < 0,0001$). Não houve diferença de gênero e de renda entre os grupos.

O estudante de medicina já ingressa no curso com algum conhecimento sobre hanseníase, adquirido em vários cenários, com destaque para os veículos de comunicação de massa e o Ensino Fundamental e Médio, agrupados na variável “outros” da Tabela 1. Para o Grupo 2 a Faculdade de Medicina se revelou a principal

fonte de informação, tendo sido evidenciado maior conhecimento teórico por esse grupo, para todas as variáveis analisadas, quando comparado ao Grupo 1 (Tabela 1).

Tabela 1: Análise comparativa do conhecimento teórico da hanseníase entre os grupos de ingressantes (Grupo 1) e de internos (Grupo 2) da Faculdade de Medicina da UFMG em 2012

Variáveis	Grupo 1	Grupo 2	Total n=540	Valor-p
	(ingressantes) n=260	(internos) n=280		
Onde ouviu falar sobre hanseníase				
Familiar	69 (26,5)	67 (23,9)	136 (25,2)	0,485 ¹
Faculdade de Medicina	58 (22,3)	248 (88,6)	306 (56,7)	<0,0001 ¹
Comunicação de massa	187 (71,9)	173 (61,8)	360 (66,7)	0,013 ¹
Nunca ouviu falar	1 (0,4)	3 (1,1)	4 (0,7)	0,625 ²
Outros	118 (45,4)	22 (7,9)	140 (25,9)	<0,0001 ¹
Acertou que a transmissão é pelas vias respiratórias	92 (36,1)	181 (65,6)	273 (51,4)	<0,0001 ²
Acertou que os sinais e sintomas são áreas ou manchas dormentes	234 (90,3)	278 (99,3)	512 (95,0)	<0,0001 ²
Acertou que o diagnóstico é fundamentalmente clínico	104 (40,2)	198 (71,7)	302 (56,4)	<0,0001 ¹
Acertou que o tratamento é realizado com antimicrobianos	153 (59,1)	253 (91,0)	406 (75,6)	<0,0001 ¹
Acertou que a hanseníase tem cura	205 (78,8)	247 (88,8)	452 (84,0)	<0,006 ¹
Acertou que a doença é de notificação compulsória	54 (21,0)	252 (90,0)	306 (57,0)	<0,0001 ¹
Acertou que o acompanhamento do paciente é realizado em Unidades Básicas de Saúde	82 (31,9)	154 (55,6)	236 (44,2)	<0,0001 ¹

1 Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato; * $\leq -1,96$; ** $\geq +1,96$.

Ambos os grupos associam a hanseníase com a lepra, entretanto, atitudes mais favoráveis a respeito da doença foram evidenciadas pelo grupo dos internos, quando comparadas ao grupo dos ingressantes (Tabela 2).

Tabela 2: Comparação das atitudes de estudantes sobre a hanseníase entre os grupos estudados. UFMG, 2012

Variáveis	Grupo 1 n=260	Grupo 2 n=280	Total n=540	Valor-p
Associação da hanseníase com lepra n(%)				
Sim	217 (83,8)	247 (88,5)	464 (86,2)	0,110 ¹
Não	42 (16,2)	32 (11,5)	74 (13,8)	
Como você acha que a pessoa com hanseníase é tratado pelos outros n(%)				
Normalmente	7 (2,7)*	34 (12,2)**	41 (7,6)	0,001 ¹
Normalmente evitando contato físico	43 (16,7)	32 (11,5)	75 (14,0)	
Afastam por ser doença contagiosa	14 (5,4)	20 (7,2)	34 (6,3)	
Afastam por ser doença discriminatória	189 (73,3)	187 (67,0)	376 (70,0)	
Não sei	5 (1,9)	6 (2,2)	11 (2,0)	
Se você recebesse diagnóstico de hanseníase n(%)				
Não teria problemas em contar para as pessoas	52 (20,0)*	94 (33,9)**	146 (27,2)	<0,0001 ²
Contaria para familiares ou pessoas próximas	197 (75,8)**	166 (59,9)*	363 (67,6)	
Omitiria o máximo possível inclusive familiares	7 (2,7)	14 (5,1)	21 (3,9)	
Outros	4 (1,5)	3 (1,1)	7 (1,3)	
Se o seu melhor amigo (a) lhe contasse que recebeu o diagnóstico de hanseníase você n(%)				
Manteria o mesmo convívio	129 (49,6)	221 (78,9)	350 (64,8)	<0,0001 ¹
Evitaria algumas situações de contato físico, ambientes fechados e uso dos mesmos utensílios	131 (50,4)	59 (21,1)	190 (35,2)	
Afastaria dele (a)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Se hoje fosse médico (a) formado (a) se disporia atender pacientes com hanseníase n(%)				
Sim	258 (99,2)	247 (91,8)	505 (95,5)	<0,0001 ¹
Não	2 (0,8)	22 (8,2)	24 (4,5)	

A Tabela 3 mostra o modelo final de análise multivariada para as variáveis sobre conhecimento e atitudes em relação à hanseníase. O interno de medicina teve

uma chance 29 vezes maior que o ingressante de ouvir sobre a hanseníase na Faculdade de Medicina, assim como foi 40 vezes maior sua chance de saber que se trata de doença de notificação compulsória. Destaca-se também a maior predisposição do interno para manter contato com o amigo que tivesse recebido o diagnóstico da doença.

Tabela 3: Análise multivariada do conhecimento e atitudes sobre a hanseníase segundo grupos estudados. UFMG, 2012

Variáveis	Grupo1	Grupo2	OR	IC95%OR	Valor-P
Ouvir falar de hanseníase na faculdade de medicina					
Sim	58 (22,3)	278 (99,3)	28,93	13,62	<0,0001
Não	202 (77,7)	2 (0,7)	1	61,44	
Em relação ao diagnóstico					
Acertou	104 (40,2)	198 (71,7)	2,83	1,41	0,004
Errou ou não sabe	155 (59,8)	78 (28,3)	1	5,71	
Como é o Tratamento?					
Acertou	153 (59,1)	243 (91,0)	4,19	1,84	0,001
Errou ou não sabe	106 (40,9)	25 (9,0)	1	9,55	
Hanseníase é doença de notificação compulsória?					
Acertou	54 (21,0)	252 (90,0)	39,88	18,17	<0,0001
Errou ou não sabe	203 (79,0)	28 (10,0)	1	87,55	
Se o seu melhor amigo recebesse o diagnóstico de hanseníase você:					
Manteria contato	129 (49,6)	221 (78,9)	4,72	2,31	<0,0001
Afastaria	131 (50,4)	59 (21,1)	1	9,63	

Valor-p=0,520 do Teste Hosmer & Lemeshow

Sobre a existência de abordagem do tema hanseníase no curso médico, 81% dos internos responderam afirmativamente. A disciplina de Semiologia (módulo Dermatologia) destacou-se como a mais relevante na abordagem teórica (78,8%), seguida da Clínica Médica e Microbiologia (ambas 6,8%), Doenças Infecto Parasitárias (3,6%) e "outras" disciplinas, com 4,1%.

No entanto, apenas 28,7% dos estudantes atenderam ou acompanharam o atendimento de algum paciente com hanseníase. Dentre os cenários de prática médica citados, 81% se referem ao ambulatório de Dermatologia (onde funciona o Serviço de Referência em Hanseníase); 10,9% a cenários de Clínicas Gerais, no Hospital Escola ou nas UBS, e 8,1% ao Internato de Saúde Coletiva.

Os internos que se sentem mais aptos a responder dúvidas básicas de pacientes e comunicantes são aqueles que cursaram alguma disciplina que abordou o tema hanseníase (Tabela 4). Já aqueles que acompanharam ou atenderam algum paciente com a doença se sentem mais aptos a diagnosticá-la e tratá-la, além de responder as dúvidas básicas (Tabela 5).

Tabela 4: Percepção dos internos de medicina da UFMG, 2012, sobre sua aptidão para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre a hanseníase, segundo existência ou não de ensino teórico sobre o tema.

Variáveis	Aluno teve alguma disciplina teórica sobre hanseníase			Total	Valor-p
	Sim	Não	Não lembra		
Você sente apto a diagnosticar hanseníase					
Sim	87 (39,4)	10 (30,3)	3 (15,8)	100 (36,6)	0,089 ¹
Não	134 (60,6)	23 (69,7)	16 (84,2)	173 (63,4)	
Total	221	33	19	273	
Você se sente apto a tratar hanseníase					
Sim	45 (20,4)	6 (18,2)	1 (5,3)	52	0,272 ¹
Não	176 (79,6)	27 (81,8)	18 (94,7)	221	
Total	221	33	19	273	
Você se sente apto para responder dúvidas básicas sobre hanseníase					
Sim	123 (55,9)**	11 (33,3)*	5 (26,3)	139	0,004 ¹
Não	97 (44,1)*	22 (66,7)**	14 (73,7)	133	
Total	220	33	19	272	

1 Teste qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *resíduo ajustado padronizado < -1,96; **resíduo ajustado padronizado > 1,96.

Tabela 5: Percepção dos internos de medicina da UFMG, 2012, sobre sua aptidão do Grupo 2 para diagnosticar, tratar e responder dúvidas básicas sobre a hanseníase, segundo a existência ou não de ensino prático sobre o tema.

Variáveis	Aluno teve prática durante o curso sobre hanseníase			Total	Valor-p
	Sim	Não	Não lembra		
Você sente apto a diagnosticar hanseníase					
Sim	39 (49,4)**	57 (30,3)*	4 (50,0)	100 (36,4)	0,009 ¹
Não	40 (50,6)*	131 (69,7)**	4 (50,0)	175 (63,6)	
Total	79	188	8	275	
Você se sente apto a tratar hanseníase					
Sim	27 (34,2)**	24 (12,8)*	1 (12,5)	52 (18,9)	<0,0001 ¹
Não	52 (65,8)*	164 (87,2)**	7 (87,5)	223 (81,1)	
Total	79	188	8	275	
Você se sente apto para responder dúvidas básicas sobre hanseníase					
Sim	59 (75,6)**	78 (41,5)*	3 (37,5)	140 (51,1)	<0,0001 ²
Não	19 (24,4)*	110 (58,5)**	5 (62,5)	134 (48,9)	
Total	78	188	8	274	

1 Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico; 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato; *resíduo ajustado padronizado < -1,96; **resíduo ajustado padronizado > 1,96.

Os motivos expostos pelos internos que não se sentem aptos a diagnosticar e tratar pacientes com hanseníase se relacionam à abordagem insuficiente do tema na faculdade, relatada como: falta de conhecimento teórico (36,8%), falta de conhecimento teórico e prático (40,2%) e falta de experiência prática (23,0%).

Discussão

A maioria dos estudantes já ingressou na Faculdade de Medicina apresentando conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença atribuídos, principalmente, à educação formal básica e à comunicação de massa. Tais achados foram corroborados pela literatura, que mostra a Saúde e a Educação como aliadas eficientes.^{12,13} Campanhas educativas podem ser uma boa estratégia ao atingir a maioria da população, veiculando informações ágeis e de fácil assimilação.¹⁴ Ações informativas e educativas destinadas ao público de escolares e seus respectivos professores, remetem ao aumento do conhecimento e otimizam estratégias para a educação em saúde visando à detecção precoce de casos e redução do

estigma.^{15,16} Deste modo as campanhas de educação de massa e a abordagem do tema no Ensino Fundamental e Médio devem ser mantidas e continuamente estimuladas.

Os internos, quando comparados aos ingressantes, ampliaram consideravelmente suas chances de ouvir falar sobre a hanseníase na faculdade estudada e agregaram conhecimentos básicos sobre o tema, especialmente em relação ao diagnóstico, ao tratamento e situação epidemiológica. Mas esse ganho não atingiu a todos, como esperado para uma doença tratada como problema de saúde pública e de notificação compulsória em todo território nacional.¹⁷ É preocupante constatar que 10% dos estudantes ao final do curso médico não tenham essa informação.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas principais diretrizes, especialmente, a universalização do acesso e a priorização da APS, possibilitaram a descentralização do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase. Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) foram regulamentados e ampliados os compromissos dos municípios com a integralidade da atenção à saúde e a abordagem da hanseníase foi definida como área estratégica.¹⁸ No entanto apenas 55,6% dos estudantes da faculdade estudada relataram saber que o acompanhamento deve ser feito em UBS.

Apesar da aquisição de conhecimento durante o curso médico, conceitos errôneos sobre a forma de transmissão, aspectos do diagnóstico e até mesmo da cura da doença permanecem em percentual significativo de estudantes ao final do curso e sinalizam para uma abordagem insuficiente do tema. Esse fato gera insegurança para a abordagem de pacientes e familiares. Estudo realizado com estudantes de medicina indianos revelou deficiências semelhantes no conhecimento¹⁹. O mesmo acontece com outros estudantes da área de saúde no Brasil e no exterior.^{20,21,22}

A disciplina de Dermatologia revelou-se campo importante de aprendizagem teórica e prática sobre hanseníase. Em contrapartida, as outras disciplinas apresentaram uma participação limitada na abordagem do tema. Se por um lado a participação do dermatologista na educação continuada é destacada^{23,24}, já em 1988 Opromolla alertava sobre o fato de a hanseníase ser doença com manifestações cutâneas primárias, porém com caráter sistêmico e amplo espectro

de manifestações clínicas. Assim se justifica a inserção do seu ensino em vários momentos do curso médico.²⁵ O alto percentual de estudantes que ao final do curso desconhecia aspectos da clínica, epidemiologia e das estratégias para o tratamento da hanseníase na APS, remete à importância de sua abordagem em disciplinas tanto do ciclo básico quanto naquelas do ciclo clínico. Ressalta-se ainda a necessidade de sua abordagem pela Saúde Coletiva, por se tratar de doença de notificação compulsória e que requer abordagem integral na APS.^{17,18}

A tendência atual de, cada vez mais os currículos médicos estarem orientados pela nosologia prevalente e com ênfase na atenção primária é desejável mas pode gerar, por outro lado, impacto no aprendizado da hansenologia em regiões de baixas prevalências, inclusive pela ausência de pacientes.²⁶ Nessas áreas, como é a do estudo, a possibilidade de ter contato com casos de hanseníase é maior nos centros de referência. Embora esses concentrem casos complicados da doença, o que não seria o ideal para o seu ensino na graduação, são serviços que atuam na confirmação de diagnósticos que geraram dúvidas para o médico não especialista, o que é uma adequada fonte para o aprendizado. Além disso, o fato de o centro de referência contar com equipe multiprofissional dá ao estudante uma visão de como atuar em diversos aspectos da doença, tais como o exame dos contatos, o tratamento da infecção e dos estados reacionais, a prevenção de incapacidades e a reabilitação, além da necessidade de abordar os aspectos sociais envolvidos. Na faculdade estudada existe um centro de referência estadual em hanseníase, vinculado ao Serviço de Dermatologia. Entretanto nem todos os estudantes têm atividade obrigatória no mesmo. Assim, a abordagem da prática se mostrou insuficiente no curso, não contemplando a maioria dos estudantes. Mas aqueles que tiveram a oportunidade de vivenciá-la, se mostraram mais confiantes na sua capacidade de atender um paciente de maneira adequada.

Em outras palavras, mais do que nunca, quando se trata da hanseníase, valem as premissas de que a APS deve estar articulada aos demais níveis do sistema e ter em relação a ele um papel de coordenação, seja no que se refere à atenção, seja no que se refere à preparação do profissional.^{27,28} Apenas com tal integração e funcionamento seria possível vencer o dilema que marca o ensino da hanseníase, não permitindo que ela desloque problemas mais

prevalentes, mas tampouco seja deixada de lado, abrindo as portas para o seu recrudescimento.

Outro aspecto abordado no estudo foi a atitude do estudante em relação à hanseníase. Apesar da mudança do nome de lepra para hanseníase no Brasil, a maioria dos estudantes, incluindo os ingressantes, associa as duas terminologias.²⁹ Na prática, até os dias atuais, o termo lepra traz dificuldades ao manejo da doença por parte dos indivíduos acometidos e comunidade em geral, que ainda o associa a pessoas com deformidades físicas.³⁰

O conhecimento adquirido pelo grupo dos internos influenciou positivamente na diminuição de atitudes preconceituosas. Este achado está em concordância com o que é descrito na literatura. Feenstra ressalta que atividades informativas desencadeiam aumento do conhecimento, mudança de comportamento e redução do estigma.¹²

Embora a maioria dos estudantes (95,5%) tenha relatado predisposição para atender casos de hanseníase após a formatura, o percentual de estudantes que não o faria aumenta ao final do curso. Falta de experiência prática com uma doença que é complexa, opção por especialidade médica gerando desinteresse por aquilo que não é a ela pertinente, podem ser pensadas como determinantes para isso. Entretanto a rejeição a determinados grupos de pacientes e doenças é descrita no decorrer do curso médico e, nesse caso, poderia refletir atitude negativa frente à doença.³¹

O ensino de hansenologia deve ser repensado e devidamente contemplado nos cursos de graduação em medicina, entretanto sabe-se que nenhuma graduação é terminal em relação ao conhecimento. Como doença de reconhecida importância para a saúde pública todos os médicos deveriam concluir o curso com conhecimentos básicos a seu respeito. Autoavaliação e avaliação pelo serviço onde o médico encontra-se inserido para o reconhecimento de lacunas no conhecimento teórico e prático é indispensável e deve orientar a educação permanente enquanto compromisso conjunto das escolas médicas e do sistema de saúde.

Referências

1. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20:238-46.
2. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41:6-10.
3. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LCI. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377:1877-89.
4. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(3).
5. Ignotti E, Paula RC. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados 2001-2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf. Acesso em 30/01/2013.
6. Saunderson P. Learning to manage leprosy after 2005: preserving critical knowledge and exploiting new technology. *Lepr Rev.* 2005; 76:2-4.
7. Penna ML, Temporão JG, Grossi MA, Penna GO. Leprosy control: knowledge shall not be neglected. *J Epidemiol Community Health.* 2011; 65:473-4.
8. Ebenso J. An overview of training and development needs. *Lepr Rev.* 2012; 83:127-8.
9. World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. Global leprosy situation, 2012. *Week Epidemiol Rec.* 2012; 87:317-28.
10. Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo MG. Ensino da hansenologia: desafios atuais. *An Bras Dermatol.* 2014; 89:454-9.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de S. Guia para o controle da hanseníase Leprosy control guide. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2002; 111:89.
12. Feenstra P. "Elimination" of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *Inter J Lepr.* 2003; 71(7):248-56.
13. Bagade PL, Baliram B. Community participation in case detection of leprosy in Nagpur district of Maharashtra. *Indian J Lepr.* 1999; 7(4):465-69.

14. Brasil intensifica ações para eliminação da hanseníase. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9086/162/brasil-reforca-acoes-para-eliminacao-da-hanseniose.html>. Acesso em 12/01/2013.
15. Oliveira SS, Guerreiro LB, Bonfim PM. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2007; 14(4):1313-28.
16. Rajaratnam J, Abel R, Arumai M. Is knowledge of leprosy adequate among teachers? A comparative study. *Lepr Rev*. 1999; 70:28-33.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 3.125 de 07 de outubro de 2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 12/01/2013.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência Saúde NOAS/SUS 01/2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
19. Giri PA, Phalke DB, Aarif SMM. A study of knowledge, attitude and practice regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural India. *Indian J Lepr*. 2011; 83: 75-80.
20. Dias A, Cyrino EG, Lastória JC. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. *Hansen Int*. 2007; 32(1): 9-18.
21. Silva MN, Nardi SMT, Abe P B. Terapia ocupacional e hanseníase: ampliando conhecimentos. In: XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, 2011, São Paulo. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. São Carlos, 2011. v. 19(S).
22. Kawuma HJS, Nabukenia-Mudiope MG. A study on inclusion of leprosy in the curricula of pre-service health training institutions in Uganda. *Lepr Rev*. 2011; 82:296–303.
23. Smith WCS. A research strategy to develop new tools to prevent leprosy, improve patient care and reduce the consequences of leprosy. *Lepr Rev*. 2012; 83: 6-15.
24. Faye O, Hay RJ, Ryan TJ, Keita S, Traore AK, Mahe A. A public health approach for leprosy detection based on a very short term-training of primary health care workers in basic dermatology. *Lepr Rev*. 2007; 78: 11–16.
25. Opromolla DVA. O ensino da hansenologia nas faculdades. *Hansen Int*. 1988; 13:27-33.
26. Ministério da Educação (Brasil). Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. [legislação na Internet]. Brasília; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>

27. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:651-13.
28. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 165, de 14 de maio de 1976. Instruções para execução das normas de controle da hanseníase, que estabelece a política de controle da hanseníase. Brasília, 1977.
30. Silva MC, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Rev. Enferm*. 2010; 14(2): 223-29.
31. Griffith CH 3rd WJ. The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships. *Eval Health Prof*. 2001; 24(1):64-71.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo resgata um tema que vem sendo negligenciado no ensino médico: a hanseníase.

Ao trazê-lo para a discussão, observou-se uma escassez de referências na literatura, particularmente a nacional, onde não foi encontrada nenhuma pesquisa relativa ao ensino médico abordando a hansenologia. Esse fato dificultou o diálogo.

Curiosamente, uma das ações mais elementares para o seu enfrentamento é justamente a formação de recursos humanos, para preencher as lacunas nos diversos cenários de ensino e atenção. A hanseníase é uma doença potencialmente causadora de incapacidades e o seu diagnóstico tardio indica fragilidade do sistema de saúde. Por isso, as condições de aprendizagem devem estar voltadas para o reconhecimento precoce da doença e os cuidados e acompanhamento, iniciados prontamente. Do contrário, a qualidade de vida destas pessoas poderá ficar irreparavelmente comprometida. Portanto, ao lado da acessibilidade e organização dos serviços, a qualificação dos profissionais de saúde deve constituir as prioridades dos programas de controle.

O controle da hanseníase se baseia no diagnóstico precoce e no tratamento adequado e oportuno. Dentre os profissionais de saúde, o médico ocupa um papel fundamental, já que detém essas atribuições sob sua responsabilidade técnica. Assim, naturalmente, surgem várias questões: os cursos médicos têm oferecido ao estudante algum momento para pensar sobre a hanseníase? A formação médica proporciona conhecimentos básicos a seu respeito? O que deveria ser contemplado no currículo em termos didáticos para uma postura pró-ativa do egresso com relação às endemias prevalentes?

Tendo em vista a realidade epidemiológica complexa, com alta prevalência das doenças crônico-degenerativas e agravos por causas externas, uma questão importante que se coloca e merece ser discutida é o que e quanto o estudante de medicina deve saber a respeito da hanseníase ao concluir o curso médico. Esse é um aspecto que deveria ser abordado pelas instituições de ensino e pelos gestores do sistema público de saúde, pois é importante ressaltar que o curso

médico não é terminal. Reconhecimento de lacunas no conhecimento teórico e prático por autoavaliação e avaliação pelo serviço onde o médico encontra-se inserido é indispensável e deve orientar a educação permanente em um compromisso conjunto das escolas médicas e do sistema de saúde. Fomentar esta discussão na Educação e na Saúde é necessário e urgente, a fim de evitar a perda da expertise e o risco do diagnóstico tardio.

A descentralização do Programa foi marco importante para o aumento da detecção de casos, implementação da poliquimioterapia em larga escala com consequente redução do tempo de tratamento e da prevalência da doença. As principais ações de controle da hanseníase no país são orientadas para a APS, com o auxílio de uma rede de serviços que presta atendimento secundário e terciário, para dar conta da complexidade da doença, e vem buscando medidas de suporte e estímulo por meio de treinamento de profissionais, ações de educação em saúde e envolvimento de universidades e centros formadores. Seu plano operacional segue as diretrizes da OMS, que consiste em intensificar as ações de vigilância resolutive e contínua, principalmente nas áreas selecionadas como prioritárias. Esses locais devem procurar ampliar suas atividades de controle, inserindo os serviços de hanseníase nas UBS, disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos.

A capacidade de julgamento clínico e a tomada de decisão do médico dependem do seu conhecimento científico, experiência, aprimoramento constante e interesse. Neste sentido, a melhor forma de preparar futuros profissionais é lhes proporcionando situações de embate, em que possam reproduzir o que lhes foi ensinado teoricamente. Impõe-se o compromisso das universidades de construir um processo de formação que contemple uma visão integral de saúde, entendida como direito humano. Uma das estratégias fundamentais nesse sentido, e já em vigor, é a ampliação e consolidação da relação da universidade com os serviços, inserindo o acadêmico na rede de APS do SUS, próximo da comunidade, permitindo a reflexão sobre os agravos da comunidade local e problemas de saúde pública em geral. A recomendação pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina é que a formação médica busque cenários variados para o ensino prático. Na mesma linha, orienta-se a inserção do estudante desde o início do curso em atividades práticas. Em Medicina, cursos que combinem teoria e prática voltadas para o campo da Saúde Coletiva podem ser desenvolvidos desde o primeiro ano.

Assim, a tendência atual é de, cada vez mais, os currículos médicos estarem orientados pela nosologia prevalente e com ênfase na APS. Embora desejável, pode gerar por outro lado, impacto no aprendizado da hansenologia em regiões de baixas prevalências, como observado no presente estudo realizado em uma expressiva escola médica do sudeste brasileiro.

Esta instituição conta com atividades para os estudantes em UBS e em Hospital de Referência secundária e terciária, com serviços de especialidades que inclui um serviço de referência estadual em hanseníase. O curso médico é desenvolvido principalmente em clínicas gerais, sendo as especialidades, disciplinas optativas. No atual currículo, há apenas um breve contato com a Dermatologia, para a totalidade dos estudantes, no módulo da disciplina de Semiologia Médica, no início do ciclo propedêutico. Porém, ela revelou-se campo importante de aprendizagem teórica e prática sobre o tema, mas sendo uma disciplina optativa, abrange somente uma pequena fração dos estudantes. Como o centro de referência em hanseníase está vinculado ao Serviço de Dermatologia, não contempla a maioria dos estudantes. Entretanto, a taxa atual de detecção anual de casos novos na cidade do estudo torna muito pequena a probabilidade do estudante se deparar com um caso de hanseníase em outros cenários de prática, que não os centros de referência.

Ao longo do curso quase não há oportunidades para promover o olhar interdisciplinar da doença e dos cuidados de saúde em questão, de modo que as outras disciplinas apresentaram uma participação limitada e desarticulada na abordagem do tema. Embora a hanseníase seja uma doença com manifestações cutâneas primárias, é fundamental que os estudantes conheçam a sua relevância epidemiológica, seu caráter sistêmico e o amplo espectro de manifestações clínicas. A importância de sua inserção já nas disciplinas do ciclo básico, como na Epidemiologia e Saúde Coletiva, se justifica pela própria recomendação do MS e da OMS por ser uma doença de notificação compulsória e que requer abordagem integral na APS. O ensino de metodologia sobre educação em saúde, visita domiciliar, epidemiologia aplicada a serviços, política e gestão em saúde, atividades de extensão através de ligas e projetos comunitários e intersetoriais, podem ser bons auxiliares de módulos do ensino em hansenologia.

Os docentes e acadêmicos não deveriam perder a oportunidade de vivenciá-la na APS. Mesmo em situações de baixa endemia, existem diversas alternativas para contemplá-la. A ausência do doente que apresenta hanseníase nas UBS não é o sinônimo de eliminação da doença. Ao contrário, cuidado deve ser tomado e estratégias de busca ativa devem ser constantemente executadas. Estimular o estudante para atividades de educação em saúde pode auxiliar na diminuição do preconceito e favorecer a procura espontânea dos usuários pelas unidades de saúde, caso tenham percebido algum sinal da hanseníase.

A maioria dos estudantes deste estudo já ingressou na faculdade de medicina apresentando conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença atribuídos, principalmente, à educação formal básica e à comunicação de massa mostrando a Saúde e a Educação como aliadas eficientes. As campanhas educativas podem ser uma boa estratégia para atingir a maioria da população, veiculando informações ágeis e de fácil assimilação. Ações informativas e educativas destinadas ao público de escolares e seus respectivos professores, remetem ao aumento do conhecimento favorecendo estratégias para a educação em saúde visando à detecção precoce de casos e redução do estigma. Deste modo as atividades devem ser mantidas e continuamente estimuladas.

Os internos, quando comparados aos ingressantes, ampliaram consideravelmente suas chances de ouvir falar sobre a hanseníase na faculdade estudada e agregaram conhecimentos básicos sobre o tema, especialmente em relação ao diagnóstico, ao tratamento e situação epidemiológica. Mas esse ganho não atingiu a todos. Ao final do curso 91% conhecem o tratamento e 90% sabem que se trata de uma doença obrigatoriamente notificável. Apenas 55,6% sabem que o acompanhamento deve ser feito em UBS; 65,6% conhecem sua forma de transmissão; 71,7% o seu diagnóstico e 88,8% afirmam que a doença tem cura. Esse resultado não é o esperado para uma doença tratada como problema de saúde pública e de notificação compulsória em todo território nacional.

Quando os estudantes afirmam “que o tema não é muito abordado no curso”; “que conhecimentos básicos deveriam ter sido abordados ao longo da graduação” ou “que deveria haver um enfoque maior sobre essa doença durante o curso” fica evidente a abordagem insuficiente do conteúdo temático na faculdade, especialmente no quesito prática, gerando sensação de insegurança e

incapacidade, expressivas nas falas: “não sei o que fazer”; “pouca prática, melhor forma de fixar o conhecimento”; “ter visto algum paciente ou discutido algum caso”. Mais uma vez houve aquisição de conhecimento pelos internos em relação aos ingressantes, mas o êxito foi parcial.

A abordagem da prática evidenciada como insuficiente no curso pode ser justificada porque o currículo da universidade estudada se assenta sobre atividades práticas nos serviços de saúde e a área onde ela se insere é de baixa endemia. A consequente ausência de pacientes em circulação nos diversos serviços de saúde resultou em insegurança para o diagnóstico e tratamento da doença. Estes achados podem comprometer as ações de prevenção e controle da doença. Nessa situação deve-se pensar em inovação na estrutura e nos processos da formação, uma vez que os pacientes não estarão à disposição no dia a dia dos ambulatórios, hospitais universitários e UBS. O ambulatório de referência em hanseníase se mostrou uma boa alternativa para manter o tema em evidência, pois além da constante presença do paciente, possibilita ao graduando a vivência do trabalho em equipe e da atenção integral - como preconizado pelo SUS – e, sobretudo, oferece atividade prática para atuar em ações de diagnóstico e tratamento, pré-requisitos para o controle da doença.

O processo de aprendizagem envolve bem mais do que a capacidade de absorver informações. A teoria não transmite necessariamente uma linha de raciocínio. O aprendizado prático é indispensável no ensino médico. É por meio dele que se consolidam os conhecimentos teóricos e se adquire as habilidades técnicas para abordagem do paciente, além de se oportunizar o desenvolvimento de postura crítica, humanizada e ética, somente possível no encontro com o outro. Neste estudo, para os poucos estudantes que tiveram a oportunidade de vivenciá-la, foi fundamental, proporcionou-lhes uma postura atuante para ações de educação em saúde, diagnóstico e tratamento.

Outro aspecto levantado foi o estigma em torno da doença, que se apresenta como um fenômeno global atuando também como fator de entrave ao seu diagnóstico e tratamento precoce, fundamentais para a cura sem sequelas. Ainda hoje, o desconhecimento de seus vários aspectos é grande, estando rodeada de mitos e conceitos errôneos, mesmo entre os profissionais de saúde. Apesar da utilização da terminologia oficial “hanseníase” em todo território nacional, até os dias

atuais, a associação do nome lepra traz dificuldades ao manejo da doença por parte dos indivíduos acometidos e comunidade em geral, que ainda associa a pessoas com deformidades físicas. No estudo, a maioria dos ingressantes e internos associou hanseníase à lepra, o que leva a concluir, que a proposta de mudança não foi atingida para este grupo. Ainda foi possível identificar que a idade, o gênero, a procedência e a renda não influenciaram no estigma do acadêmico, entretanto, o mesmo não ocorreu em relação ao grupo, onde foi evidenciado que o conhecimento adquirido pelos internos influenciou positivamente na diminuição de atitudes preconceituosas. O desconhecimento ou informações incorretas podem ser a fonte de muitas causas de estigma. Uma abordagem simples dos temas relacionados à hanseníase possibilita o esclarecimento de dúvidas e possui um efeito enorme na diminuição do mesmo.

O ensino da hansenologia como endemia, ainda presente no país, se constitui em um desafio a ser enfrentado. As diferentes realidades epidemiológicas da doença ao longo do território nacional tornam urgente a discussão sobre sua abordagem, não só no ensino médico, mas nas profissões de saúde em geral. Até mesmo a competência exigida do graduado em medicina em relação à hanseníase precisa ser definida.

Os futuros profissionais de saúde precisam compreender melhor as importantes lições que nos levam à “zona cinzenta” do panorama epidemiológico, não só da hanseníase, mas também, das inúmeras doenças evitáveis que ainda prevalecem no Brasil. Trabalhar para o alcance de serviços sustentáveis, geridos por recursos humanos qualificados e usuários participativos, talvez seja a alternativa mais sensata e resolutiva. Mas, para percorrer este caminho, a hanseníase e seus pares de doenças negligenciadas que persistem em território nacional, precisam ser contempladas nos âmbitos dos investimentos em atividades de pesquisa, nos meios acadêmicos, nas políticas públicas e nos serviços de saúde.

O estudo desenvolvido alcançou os objetivos propostos e contribuiu para o debate sobre o enfrentamento do ensino da hansenologia, especialmente em cenários de baixa prevalência. Manter viva a discussão e interesse sobre o tema, tanto na graduação quanto na educação permanente dos profissionais de saúde, de maneira a integrar ações da APS aos demais níveis do sistema, pode ser o primeiro passo para promover boas mudanças no seu perfil epidemiológico.

Permanece o desafio de construir ambientes para aprendizagem em hansenologia no ensino médico para que o estudante tenha confiança no manejo da doença. Espera-se que os resultados levantados possam estimular outras investigações e despertar uma reflexão crítica das instituições para a necessidade de se criar novas estratégias metodológicas para a abordagem coletiva da hanseníase rumo ao diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.36, n.3, p.373-382, 2003.
2. BRANDÃO P. Assistência ao portador de hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n. esp, p.782-783 Nov. 2008.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília 2011.
4. BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1.133/2001**, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília; 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2008.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Textos Básicos em Saúde. 2.ed. Série B. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev.. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº10 de 2007 do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Indicador de monitoramento do comportamento de hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de S. Guia para o controle da hanseníase. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, v.111, p.89, 2002.
9. DEMARZO, M. M. P.; ALMEIDA, R. C.C.; MARINS, J. J. N.; TRINDADE, T.G.; ANDERSON, M. I. P.; STEIN, A. T. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.36, n.1, p.143-148, 2011.
10. DIAS, A.; CYRINO, E. G.; LASTÓRIA, J. C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre hanseníase. **Hansen Int.**, v.32, n.1, p. 9-18, 2007.
11. DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E.S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na exclusão social. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.7, p.53-56, 2008.

12. EDIT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 76-88, Maio-ago. 2004.
13. EDIT, L. M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. Being leprous: feelings and experiences. *Hansenol Int.*, v.29, n.1, p.21-27, 2004.
14. GIRI, P. A.; PHALKE, D. B.; AARIF, S. M. A study of knowledge, attitude and practices regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural India. *Indian J. Lepr.*, v. 83, n. 2, p. 75-80, 2011.
15. HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994
16. KOOIFMAM, L. A função da Universidade e a formação médica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.35, n.1, p.145- 146, 2011.
17. LANA, F. C. F.; DAVI, R. F. L.; LANZA, F. M.; AMARAL, E. P. Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Eletrônica Enferm.*, v. 11, n. 3, p. 539-544, 2009.
18. LASTORIA, J. C. ; MACHARELLI, C. A. ; PUTINATTI, M. A. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. *Hansen Int.*, v.28, n.1, p.53-58, 2003.
19. LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. Bulletin of the World Health Organization. *Int. J. Public Health*, v.83, n.3, p.230-235, 2005.
20. MARTINS, B. D. L.; TORRES, F. N.; OLIVEIRA, M. L. W.. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An. Bras. Dermatol.*, v.83, n. 1, p. 39-43, 2008.
21. OLIVEIRA, J. A.; JORGE, M. B.; SILVA, M.C.; PINTO, D. M.; PINTO, F. M. A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.35, n.3, p.398-404, 2011.
22. OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. 76 p.
23. PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M. L. W.; CARMO, E. H.; PENNA, G. O.; TEMPORÃO, J. G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v. 41, supl.2, p.:6-10, 2008.
24. PEREIRA, A. J.; HELENE, L. F.; PEDRAZINI, E. S.; MARTINS, C. L.; VIEIRA, C. A. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de

- saúde de um município do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n. esp, p. 716-25, 2008.
25. PEREIRA, J. G.; MARTINES, W. V.; CAMPINAS, L. L.; CHUEIRI, O. S. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação de medicina na atenção básica no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.33, n.1, p.99-107, 2009.
 26. QUEIROZ, M. S.; CARRASCO, M. A. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cad. Saude Publica*, v. 11, n. 3, p. 479-490, 1995.
 27. RAJARATNAM, J.; ABEL, R.; ARUMAI, M. Is knowledge of leprosy adequate among teachers? A comparative study. **Lepr. Rev.**, v. 70, n. 1, p. 28-33, 1999.
 28. RAJARATNAM, J.; ABEL, R.; ARUMAI, M. Is knowledge of leprosy adequate among teachers? A comparative study. **Lepr. Rev.**, v.70, n.1, p.28-33, 1999.
 29. RIBEIRO, M. M. F. Avaliação da atitude do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente, no decorrer do curso médico. 2006. 115f Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina da UFMG, 2006.
 30. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the first meeting of WHO Strategic and Technical Advisory Group on neglected tropical diseases**. Geneva, Swizerland, April 2007. 22p.
 31. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Weekly Epidemiological Record / Relevé épidémiologique hebdomadaire. - Global neprosy situation, 2012. **Week Epidemiol. Rec.**, v.87, p.317-328, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA A RESPEITO DA HANSENÍASE E DO SEU ENSINO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Pesquisadores responsáveis: professoras Elza Machado de Melo e Maria Mônica Freitas Ribeiro; professor Marcelo Grossi Araújo e Cynthia Rossetti Portela Alves (mestranda do Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG). Telefones para contato: 3409-9987 / 99741619; e-mail: cynthiarpalves@yahoo.com.br

Termo de Esclarecimento e Solicitação de Consentimento aos Usuários da Faculdade de Medicina da UFMG

Prezado estudante,

Nós pesquisadores, mestranda do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e professores da Faculdade de Medicina da UFMG, estamos convidando você a participar de um projeto de pesquisa no qual pretendemos investigar o conhecimento, atitude e práticas do estudante de medicina a respeito da hanseníase e do seu ensino no curso de graduação na UFMG. Salientamos que você tem a liberdade de escolher entre participar ou não, sem que a decisão lhe traga quaisquer prejuízos.

Não há na literatura brasileira um estudo específico com estudantes de medicina, razão pela qual esta pesquisa se reveste de grande importância. Para participar, você deverá responder um breve questionário com perguntas sobre hanseníase envolvendo o diagnóstico, aspectos conceituais e clínicos, tratamento, cura, estigma e abordagem do tema durante a graduação. Os questionários são numerados e não têm o seu nome, com isto será garantido o seu anonimato mesmo para os pesquisadores.

Não há qualquer benefício direto pela sua participação, mas as informações obtidas através desta pesquisa serão muito importantes para verificação do ensino/aprendizagem do tema em questão e eventualmente auxiliará na construção de estratégias para otimizá-lo.

Os dados da pesquisa serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Serão garantidos o sigilo e o anonimato das respostas – ninguém, além dos pesquisadores responsáveis, saberá se você participou ou não e as respostas individuais não serão identificadas. Este termo de consentimento será recolhido em separado de sua resposta e ficará sob a guarda dos pesquisadores.

Após ter lido este termo de consentimento e esclarecido suas dúvidas, se concordar em participar, solicitamos que você o assine, em duas vias, e devolva uma delas para os pesquisadores que também o assinarão. Uma cópia ficará com você.

Assinatura do estudante:

Assinatura do pesquisador:

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DO GRUPO 1**PESQUISA COM ESTUDANTES DE MEDICINA**

Prezado estudante, obrigada por participar! O questionário abaixo faz parte do projeto de pesquisa que pretende investigar o conhecimento, atitude e práticas do estudante de medicina da UFMG a respeito da hanseníase. Você não precisa se identificar, entretanto, sua contribuição será muito valiosa para o aprimoramento do ensino e auxiliará na construção de estratégias para o Programa de Ações e Controle da Hanseníase. Por isso, responda cada pergunta com sinceridade.

Período: _____ Sexo: _____ Idade : _____

Procedência: () Belo Horizonte () Interior de Minas
 () Outros Estados () Outra Nacionalidade

Renda familiar: () menor de 1 salário mínimo () de 4 a 5 salários
 () de 1 a 3 salários () de 6 a 9 salários
 () de 6 a 9 salários () maior de 10 salários

1) Você ouviu falar de hanseníase por meio de:

Obs: Você pode marcar mais de uma resposta, se preciso.

- a) Algum familiar ou conhecido.
- b) Faculdade de Medicina (aula, evento, boletim informativo)
- c) Comunicação de massa (TV, rádio, cartaz, campanhas, internet, igreja)
- d) Nunca ouvi falar.
- e) Outros. Quais _____

Nas próximas questões escolha apenas uma alternativa que considere correta ou se enquadre em suas concepções:

2) A causa da hanseníase é:

- a) Bacteriana b) Virótica c) Parasitária d) Hereditária e) Não sei

3) Como é a sua transmissão?

- a) Por contato sexual.
- b) Pelas vias respiratórias.
- c) Pela condição genética dos pais.
- d) Contato indireto com um doente, com roupas e objetos pessoais.
- e) Não sei.

4) São sinais e sintomas característicos da hanseníase:

- a) Áreas ou manchas dormentes.
- b) Áreas ou manchas que coçam.
- c) Áreas ou manchas que doem.
- d) Não sei.

5) Em relação ao diagnóstico da hanseníase:

- a) É fundamentalmente clínico, baseado no exame da pele e dos nervos periféricos.
- b) É conclusivo através da biópsia de pele em todos os casos.
- c) É identificado através da confirmação pela sorologia em todos os casos.
- d) Não sei.

6) Como é o tratamento?

- a) Ainda não existe tratamento b) Antimicrobianos c) Vacina d) Não sei

7) Você acha que a hanseníase tem cura?

- a) Sim b) Não c) Não sei

- 8) O acompanhamento do paciente com diagnóstico de hanseníase deve ser feito em:
- a) Unidades Básicas de Saúde.
 - b) Atenção especializada.
 - c) Hospital geral em regime de internação.
 - d) Não sei
- 9) A Hanseníase é doença de notificação compulsória?
- a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei
- 10) Você associa hanseníase à lepra?
- a) Sim
 - b) Não
- 11) Como você acha que uma pessoa que tem hanseníase é tratada pelos outros?
- a) Normalmente, como em qualquer outra doença.
 - b) Normalmente, evitando apenas contato físico e ambientes fechados.
 - c) Se afastam dela por ser uma doença altamente contagiosa.
 - d) Se afastam dela por ser uma doença discriminatória
 - e) Não sei.
- 12) Se você recebesse o diagnóstico de hanseníase:
- a) Não teria problemas ou restrições em contar para as pessoas em situações eventuais.
 - b) Contaria apenas para familiares ou pessoas bem próximas.
 - c) Omitiria o máximo possível, inclusive para familiares.
 - d) Outros. Descreva _____
- 13) Se o seu melhor amigo(a) lhe contasse que recebeu o diagnóstico de hanseníase você:
- a) Manteria o mesmo convívio.
 - b) Evitaria algumas situações de contato físico, ambientes fechados e uso dos mesmos talheres e copos.
 - c) Afastaria dele(a).
- 14) Se, hoje, você fosse médico(a) formado(a), se disporia a atender pacientes com hanseníase?
- a) Sim
 - b) Não. Por quê? _____
- 15) Você se sente apto a responder dúvidas básicas de pacientes , familiares e usuários a respeito da hanseníase?
- a) Sim
 - b) Não
- 16) Na sua opinião, qual a importância do médico recém formado estar habilitado a diagnosticar e tratar a hanseníase?
- a) Nenhuma
 - b) Pouco importante
 - c) Importante
 - d) Muito importante

Obrigada pelas informações!

APÊNDICE C - Questionário Grupo 2

Pesquisa com estudantes de medicina

Prezado estudante, obrigada por participar! O questionário abaixo faz parte do projeto de pesquisa que pretende investigar o conhecimento, atitude e práticas do estudante de medicina da UFMG a respeito da hanseníase. Você não precisa se identificar, entretanto, sua contribuição será muito valiosa para o aprimoramento do ensino e auxiliará na construção de estratégias para o Programa de Ações e Controle da Hanseníase. Por isso, responda cada pergunta com sinceridade.

Período: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Procedência: () Belo Horizonte () Interior de Minas
() Outros Estados () Outra Nacionalidade

Renda familiar: () menor de 1 salário mínimo () de 1 a 3 salários
() de 4 a 5 salários () de 6 a 9 salários
() maior de 10 salários

1) Você ouviu falar de hanseníase por meio de:

Obs: Você pode marcar mais de uma resposta, se preciso.

- a) Algum familiar ou conhecido.
- b) Faculdade de Medicina (aula, evento, boletim informativo)
- c) Comunicação de massa (TV, rádio, cartaz, campanhas, internet, igreja...)
- d) Nunca ouvi falar.
- e) Outros. Quais _____

Nas próximas questões escolha apenas uma alternativa que considere correta ou se enquadre na sua concepção:

2) A causa da hanseníase é:

- a) Bacteriana
- b) Virótica
- c) Parasitária
- d) Hereditária
- e) Não sei

3) Como é a sua transmissão?

- a) Por contato sexual.
- b) Pelas vias respiratórias.
- c) Pela condição genética dos pais.
- d) Contato indireto com um doente, com roupas e objetos pessoais.
- e) Não sei.

4) São sinais e sintomas característicos da hanseníase:

- a) Áreas ou manchas dormentes.
- b) Áreas ou manchas que coçam.
- c) Áreas ou manchas que doem.
- d) Não sei.

- 5) Em relação ao diagnóstico da hanseníase:
- a) É fundamentalmente clínico, baseado no exame da pele e dos nervos periféricos.
 - b) É conclusivo através da biópsia de pele em todos os casos.
 - c) É identificado através da confirmação pela sorologia em todos os casos.
 - d) Não sei.
- 6) Como é o tratamento?
- a) Ainda não existe tratamento.
 - b) Antimicrobianos
 - c) Vacina
 - d) Não sei
- 7) Você acha que a hanseníase tem cura?
- a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei
- 8) A Hanseníase é doença de notificação compulsória?
- a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei
- 9) O acompanhamento do paciente com diagnóstico de hanseníase deve ser feito em:
- a) Unidades Básicas de Saúde.
 - b) Atenção Especializada.
 - c) Hospital Geral em regime de internação.
 - d) Não sei
- 10) Você associa hanseníase à Lepra? a) Sim b) Não
- 11) Como você acha que uma pessoa que tem hanseníase é tratada pelos outros?
- a) Normalmente, como em qualquer outra doença.
 - b) Normalmente, evitando apenas contato físico e ambientes fechados.
 - c) Se afastam dela por ser uma doença altamente contagiosa.
 - d) Se afastam dela por ser uma doença discriminatória
 - e) Não sei.
- 12) Se você recebesse o diagnóstico de hanseníase:
- a) Não teria problemas ou restrições em contar para as pessoas em situações eventuais.
 - b) Contaria apenas para familiares ou pessoas bem próximas.
 - c) Omitiria o máximo possível, inclusive para familiares.
 - d) Outros. Descreva _____
- 13) Se o seu melhor amigo(a) lhe contasse que recebeu o diagnóstico de hanseníase você:
- a) Manteria o mesmo convívio.
 - b) Evitaria algumas situações de contato físico, ambientes fechados e uso dos mesmos talheres e copos.
 - c) Afastaria dele(a).
- 14) No seu curso teve alguma disciplina que abordou o tema hanseníase?
- a) Sim.
 - Qual(is) _____

- b) Não
- c) Não me lembro.

15) Você cursou a Optativa de Dermatologia? a) Sim b) Não

16) Se, hoje, você fosse médico(a) formado(a), se disporia a atender pacientes com hanseníase?

- a) Sim
- b) Não. Por quê? _____

17) Durante o curso, você atendeu ou acompanhou o atendimento de algum paciente com hanseníase?

- a) Sim.
Onde foi? _____
- b) Não
- c) Não me lembro

18) Você se sente apto a responder **dúvidas básicas** de pacientes e familiares a respeito de hanseníase?

- a) Sim
- b) Não

19) Você se sente apto a **diagnosticar** hanseníase?

- a) Sim
- b) Não

20) Você se sente apto para **tratar** hanseníase?

- a) Sim
- b) Não

Se sua resposta foi **não** em alguma das questões 18, 19 ou 20; comente o que lhe falta para se sentir apto?

21) Na sua opinião, qual a importância do médico recém-formado estar habilitado a diagnosticar e tratar a hanseníase?

- a) Nenhuma
- b) Pouco importante
- c) Importante
- d) Muito importante

Obrigada pelas informações!

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE – 07270012.8.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 31 de outubro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do conhecimento, atitude e práticas do estudante de medicina a respeito da hanseníase e do seu ensino na Universidade Federal de Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**