

Danielly Mendes Resende¹

Marise Ramos de Souza²

Cristiane Ferreira Santana³

HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: PRINCIPAIS CAUSAS DA ALTA PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE NA CIDADE DE ANÁPOLIS-GO

Leprosy under the Basic Attention of Health: main causes of high prevalence of Leprosy in the city of Anápolis-GO

RESUMO

Estudo exploratório, de abordagem quantiquantitativa. A finalidade do presente estudo foi detectar as principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO, uma vez que a doença é considerada como problema de saúde pública no país, vislumbrando posteriormente, a realização de outros estudos para proporcionar possíveis soluções aos problemas detectados. Para concretização da pesquisa foram utilizadas as seguintes técnicas: análise documental, observação direta e entrevista com médicos e enfermeiros, entrevista com a Coordenação do Programa de Hanseníase da cidade de Anápolis e questionários a 30 pacientes portadores de hanseníase. Os resultados mostram que a cidade é hiperendêmica por apresentar 5,0 casos de hanseníase a cada 10.000 habitantes. As principais causas dessa alta prevalência são: diagnóstico tardio, ausência de educação continuada dos profissionais da saúde, falta de ações educativas comunitárias e familiares, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura

Resende DM, Souza RM, Santana CF. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Hansen Int* 2009; 34(1): 27-36.

assistencial e ausência da aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase na cidade. Dessa maneira, o estudo aponta para a necessidade dos serviços de saúde deste município que considerem essas deficiências e ausências proporcionando qualificação no acesso, promoção e proteção à saúde do hanseniano.

Palavras-chaves: hanseníase; etiologia; epidemiologia; saúde pública

ABSTRACT

Exploratory study through quantity and quality approach. The aim of the present study was to detect the high prevalence of leprosy in Anápolis-GO, being that the disease is considered a public health problem in our country, further ahead looking at others studies which

Recebido em 01/08/2009.

Última correção em 10/09/2009.

Aceito em: 17/09/2009.

- 1 Enfermeira, Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Instituto Sigma. Especialista em Administração em Saúde com habilitação em Saúde Pública, pelo Instituto Brasileiro de Extensão Educacional - IBEEED. Autora da Pesquisa Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de Hanseníase na cidade de Anápolis-GO vinculada ao PBIC. Rua Avelar Qd.02 Lt.04 Bairro Santa Isabel. Anápolis/GO. CEP: 75083-230. Fone: (62) 8535-1622 E-mail: enf_dany@yahoo.com.br / enf_dany@hotmail.com
 - 2 Enfermeira, Mestre em Medicina Tropical, Área de concentração: Imunologia. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Consultora Técnica CGPNI/DEVEP/SVS/MS. Orientadora da Pesquisa Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de Hanseníase na cidade de Anápolis-GO vinculada ao PBIC. Fone: (62) 92525353. E-mail: msc_marise@hotmail.com
 - 3 Enfermeira, Mestre em políticas públicas. Docente do Curso de Enfermagem e Farmácia na área de Saúde Pública no Centro Universitário-UniEvangélica e Co-orientadora da Pesquisa Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de Hanseníase na cidade de Anápolis-GO vinculada ao PBIC. Fone: (62) 3211020 e 3106600. E-mail: sidcar@brturbo.com
- Apoio financeiro: Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PBIC) do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica.

may provide possible solutions to the problems found through this research. For the completion of the research, the following techniques were used: Documental analysis, direct observation and interviews with the program coordinators of leprosy in Anápolis and questionnaires to 30 patients causes for every 10.000 inhabitants, being the main cause of this high prevalence: Belated diagnostic, lack of continuing education for the health professional, lack of educational action at the family and community levels, lack of knowledge by the population about the disease insufficiency in the laboratory exams, failure in the assistant covering and the lack of applicability of leprosy in the city. This way the study points that consider these deficiencies and lacking factors providing qualification in the access promoting and health of the leprosy bearer.

key words: leprosy; etiology; epidemiology; public health.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica de caráter granulomatoso proveniente da infecção causada pelo *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen), pertencente à família das mycobactérias. Sua fonte de infecção é o homem, e o seu contágio se dá através do contato entre indivíduos sadios e casos contagiantes da doença (multibacilares) sem tratamento¹.

É uma doença milenar que já provocou muito medo, estigma, preconceito e exclusão social na história da humanidade. Ainda constitui um grande problema de saúde pública no Brasil, porque o país não conseguiu cumprir o compromisso firmado em 1991, na 44ª Assembleia Mundial de Saúde, em que se comprometeu eliminar a hanseníase como problema de Saúde Pública até o ano 2000, reduzindo a prevalência a um nível inferior a um caso por 10.000 habitantes. Sendo assim, na III Conferência Internacional para Eliminação da Hanseníase realizada pela OMS no ano de 1999 em Abidjan, Costa do Marfim, foi anunciada a Aliança global para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública em todos os países até o ano de 2005².

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde/Goias, houve um aumento do número de casos de hanseníase no estado, no ano de 1980 foram notificados 1568 casos, e no ano de 2000 foram notificados 2.395 casos. O período compreendido entre 1980 a 2000 no estado de Goiás apresentou um total de 43.697 casos de hanseníase confirmados, não sendo diferente no município de Anápolis que apresentou 135 casos, no ano de 2001³.

Dessa forma, vários indicadores motivaram a realização deste estudo, dentre eles a situação vigente da hanseníase no país, principalmente na região Centro-Oeste, onde é comum, e ainda no município de Anápolis, que

é classificado como hiperendêmico.

Assim, o presente estudo estabeleceu como objetivo investigar os principais fatores que levam a alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis, através do levantamento das ações executadas pelos profissionais de saúde, coordenação do programa de hanseníase e pacientes.

Nós enfermeiros, como profissionais da saúde, sentimos imbuídos pelo desejo de amenizar esse quadro, visto que, para a eliminação desta doença como problema de saúde pública, há necessidade de detectar em primeiro momento, o evento que acarreta a problemática, para posteriormente sermos capazes de planejar, aplicar e gerenciar ações específicas para resolução do problema, promovendo a erradicação da doença no município, e em seguida em todas as regiões do país, já que essa endemia ocorre em todas as regiões, apresentando uma taxa bastante variável⁴.

A enfermagem, como uma profissão de assistência ao ser humano em qualquer fase do ciclo vital, terá importante participação como agente de transformação no âmbito da busca de resoluções e implementação de ações para melhoria do bem estar físico, mental e social do portador de hanseníase. E, como qualquer idealização, se deve procurar estrutura e embasamento em procedimentos, estratégias e conceitos que possam direcionar um cuidado qualificado, cientificamente comprovado e socialmente aceito.

Essa pesquisa é relevante quanto aos aspectos: social e político, uma vez que a infecção tornou-se um agravante da saúde pública, além do preconceito existente perante aos doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

O município de Anápolis em Goiás foi escolhido para se estudar as causas que acarretam a alta prevalência de hanseníase; uma vez que observações preliminares, através da análise dos registros no Programa de Hanseníase da Unidade de Referência de Anápolis, indicam que se trata de uma região hiperendêmica (taxa de prevalência, em 2003, 5,0 casos de hanseníase a cada 10.000 habitantes), classificado de acordo com parâmetros do Ministério da Saúde.

A pesquisa utilizou a abordagem quantiquantitativa pautada no referencial exploratório, já que o enfoque da pesquisa está em investigar fatores da alta prevalência de hanseníase.

O universo de pesquisa constitui-se de quatro instituições. A Unidade de Saúde de Referência – Anápolis, pois nesta é encontrado todo material necessário para o diagnóstico laboratorial da doença, e três Programas de Saúde da Família (PSF). Vale ressaltar que os PSFs somente fizeram parte do campo de pesquisa por não apresentar à Unidade de Saúde de Referência (USR) o

número necessário de profissionais da saúde estipulados para a consolidação da pesquisa. Assim, a pesquisa aconteceu em cinco fases.

Primeiramente foi feita uma análise retrospectiva de registros na USR, visando encontrar a real situação do município em relação à prevalência de hanseníase. Depois de constatados esses dados quantitativos, utilizamos o método de observação direta, durante vinte dias, dos profissionais que prestavam assistência direta aos portadores de hanseníase no estabelecimento. Posteriormente, foi realizada entrevista com profissionais da saúde que prestavam assistência na instituição e nos PSFs, totalizando sete enfermeiras e cinco médicos. Em seguida, aplicamos questionários com perguntas fechadas de múltipla escolha a trinta pacientes portadores de hanseníase que recebiam assistência na USR. E finalmente, entrevistamos a coordenadora do Programa de Controle de Hanseníase (PCH) da cidade de Anápolis a fim de discutirmos a aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde nos programas já implantados no município.

Para cada etapa aqui descrita, foi elaborado um Instrumento de Coleta de Dados (ICD), considerando os seguintes fatores: conhecimento acerca da doença, acesso ao serviço de saúde, preconceito e aceitação do tratamento e doença por parte do paciente. Antes da coleta de dados, esses instrumentos foram submetidos a um pré-teste, sofrendo mudanças de conteúdo que se mostraram necessários.

Além disso, a coleta prosseguiu somente após a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido

conforme as exigências da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de saúde⁵ pelo gestor de saúde municipal, coordenadora do Programa de Saúde da Família, enfermeiros, médicos, pacientes portadores de hanseníase e pela coordenação do Programa de Hanseníase da cidade.

Para afirmar nosso trato de anonimato na pesquisa aos profissionais que prestaram depoimentos utilizamos codinomes, sendo estes os nomes dos doze discípulos de Jesus.

As informações coletadas foram armazenadas em bancos de dados no software Excel e Word, que possibilitaram a tabulação e análise dos dados. Os resultados encontrados foram comparados com os provenientes de estudos em outras bases empíricas com contexto semelhantes.

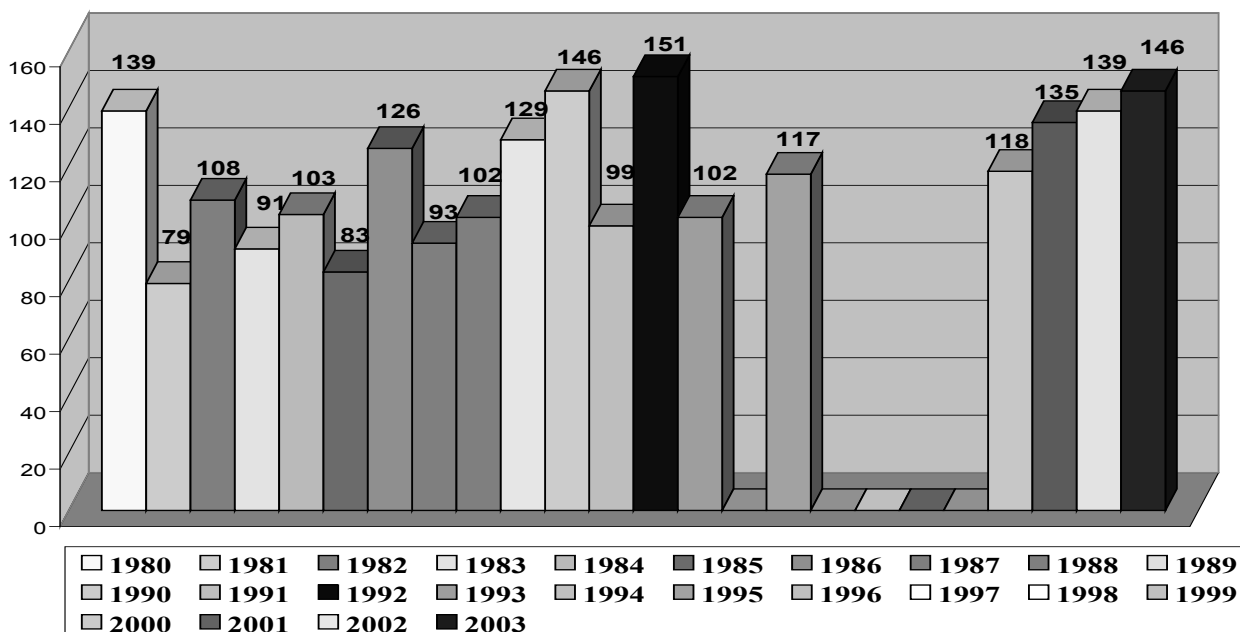
RESULTADOS

Primeira fase - Resultados referentes à análise documental dos registros do Programa de Hanseníase na Unidade de Saúde de Referência, Anápolis-GO.

A Figura 1 categoriza a quantidade de novos casos de hanseníase registrados no ano de 1980 a 2003, na USR, Anápolis-GO. Os dados foram colhidos do livro ata da instituição, sendo que, nos anos de 1994, 1996 – 1999, não constam as folhas de registro dos respectivos anos.

A análise documental confirma que a problemática referida nacionalmente em relação à alta prevalên-

Figura 1. Série histórica (1980 a 2003) de números de casos novos de hanseníase registrados na Unidade de Saúde de Referência, Anápolis – GO.



Fonte: Unidade de Saúde de Referência, Anápolis-GO.

cia de hanseníase, também é refletida no município de Anápolis.

A tabela 1 demonstra o coeficiente de detecção de casos de hanseníase, feito a partir da densidade demográfica do município de Anápolis e número de casos novos. Esta também, não apresenta dados dos respectivos anos 1994, 1996 a 1999. O cálculo e o parâmetro de avaliação do coeficiente foram realizados de acordo com o Ministério da Saúde⁶ que estipula a expressão:

$$\text{“Coeficiente de detecção} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos} \times 10.000}{\text{População total}} = \text{por } 10.000 \text{ hab.”}$$

População total

Por meio desse cálculo, foi feita a avaliação da situação do município em questão. Classificando, portanto, Anápolis como um município hiperendêmico, uma vez que apresenta a detecção > 4,0/10.000 habitantes.

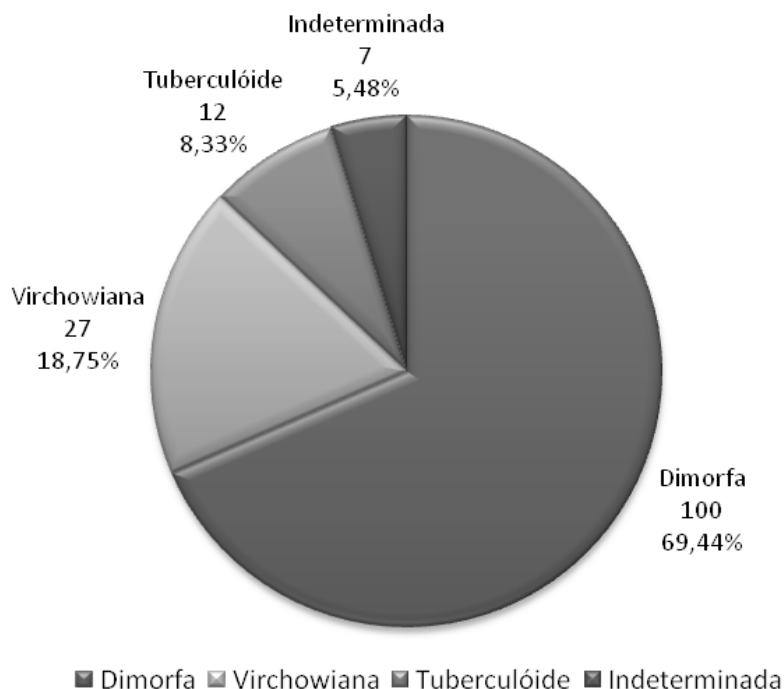
A figura 2 apresenta a distribuição das formas clínicas de hanseníase entre 146 pacientes notificados como portadores da doença no ano de 2003. Nos pacientes demonstrados, apresentaram formas multibacilares (MB), sendo 100 (69,44%) da forma dimorfa (D) e 27 (18,75%) da virchowiana (V); como paucibacilares (PB), encontramos 12 (8,33%) tuberculóides (T) e 7 (3,48%) indeterminados (I). Houve maior incidência nas formas D e V, que apresentam numerosas lesões e/ou extensas

Tabela 1. Série histórica (1980 a 2003) do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase, registrados na Unidade de Referência, Anápolis – GO.

Anos	Número de casos novos	Coeficiente de detecção
1980	139	4,8
1981	79	2,7
1982	108	3,7
1983	91	3,1
1984	103	3,5
1985	83	2,8
1986	126	4,3
1989	93	3,2
1990	102	3,5
1991	129	4,4
1992	146	5,0
1993	102	3,4
1995	117	4,0
2000	118	4,0
2001	135	4,6
2002	139	4,8
2003	146	5,0

Fonte: Unidade de Saúde de Referência, Anápolis-GO.

Figura 2. Distribuição das formas clínicas de hanseníase, entre o número de casos novos da doença registrados no ano de 2003 na Unidade de Saúde de Referência - Anápolis-GO.



Fonte: Unidade de Saúde de Referência, Anápolis-GO.

áreas de infiltração cutânea e o seu tratamento é mais lento que as demais formas clínicas

Segunda fase - Resultado referente à observação direta da assistência prestada pelos profissionais da saúde e funcionamento do Programa de Hanseníase na Unidade de Saúde de Referência, Anápolis-GO.

Fatores que acarretam a problemática para o programa. São estes:

1. Sala de atendimento ao programa dispõe de espaço físico e ventilação inadequada, visto que está destinada ao funcionamento do Programa de Hanseníase e Tuberculose;
2. Assistência prestada pelo médico necessita de melhora, já que o tempo da consulta é insuficiente. Não é realizado o exame físico e anamnese regular, a orientação apresenta uma linguagem técnica, de forma insuficiente e há ausência de equipamentos;
3. Cuidado prestado pelo técnico de enfermagem é escasso, uma vez que o Programa não possui rotinas de atendimento para esse profissional;
4. Assistente social realiza busca ativa apenas do paciente, porém com deficiência para a visita domiciliar, devido à ausência de disponibilidade de veículos. O profissional não possui uma rotina de ação educativa coletiva e /ou individual;
5. Há uma farmácia específica para a distribuição das medicações do programa, porém o medicamento supervisionado é executado pelo técnico de enfermagem na sala de atendimento ao Programa. Existem períodos em que há escassez dos medicamentos para estados reacionais;
6. Laboratório possui espaço físico e ventilação aceitáveis para realizações de procedimentos com biomédico e técnico de laboratório, porém o material de consumo laboratorial apresenta-se em quantidades insuficientes.

Terceira Fase – Resultados referentes à entrevista com Médicos e Enfermeiros.

Destacamos que, dos 12 profissionais entrevistados, todos são habilitados para prestarem assistência ao portador de hanseníase, porém 10 (83,33%) desses ressaltam a importância e falta da capacitação continuada para melhor assistência, uma vez que o programa passa por mudanças frequentes. Como seguem as falas:

Tomé: Eu passei por um curso de capacitação, mas na minha opinião a gente precisa de reciclagem anual, até pra lembrar conceitos [...] sempre é importante pelo menos uma vez ao ano fazer um curso de reciclagem.

Moreira⁷ informa que a capacitação deve ser um processo contínuo. A dificuldade é que em muitas unidades de saúde, mesmo tendo o médico, não se consegue confirmar o caso, apenas se faz o diagnóstico de suspeita.

Outro aspecto salientado pelos profissionais foi a falta de esclarecimento da população tendo como consequência o diagnóstico tardio.

Tiago: “[...] O que eu acho que poderia mudar no programa, não especificamente para a nossa área aqui, mas acho que o principal é o esclarecimento da população, isso aí que falta muito [...] às vezes o paciente tem uma mancha há anos e não procura um médico por pura falta de esclarecimento mesmo, se ele soubesse que a doença é tratada e curada com certeza ele procuraria a unidade.”

Esse déficit de conhecimento da população em relação à doença em questão está intimamente relacionado à falta de ações educativas de forma comunitária, já verificada durante a observação direta. Todos profissionais relatam que realizam educação em saúde individualmente, quando realizam visitas domiciliares. Apenas um profissional ressalta ter realizado palestra para toda população residente no bairro que presta assistência, quando houve ordem de superiores para realização deste trabalho.

André: “Sim, nós trabalhamos com eles em reunião mensal. Eu faço a educação continuada no próprio domicílio do paciente, uma vez ao mês ou mais dependendo da necessidade e informação que o paciente requeira. Nós trabalhamos paciente e família no domicílio.”

Faz-se necessária, a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário, visando estimular a procura pelo serviço de saúde dos sintomáticos dermatológicos. Tal medida irá favorecer o diagnóstico precoce e tratamento correto que são fundamentais para o controle da endemia.

Prosseguindo, o déficit não está somente na ausência de ação educativa de nível comunitário, mas também, de forma coletiva para os portadores, visto que a interação social entre esses é de suma importância para o crescimento emocional, funcional e estrutural do paciente.

Além disso, a falta de ações ao núcleo familiar, corrobora a deficiência do programa. Como mostra à

Portaria Nº1073/GM as ações deve ter como objetivo compreensão e apoio da família ao paciente, além de exames laboratoriais, exame físico e BCG. Esta carência de atividades que envolvem a família do portador foi respaldada em nossa entrevista, porém apenas 1 dos profissionais ressaltou esse tipo de atuação.

Assim, 11 (91,66%) não realizam ações educativas com a família. Para evidenciar a importância do trabalho com a família do portador, podemos aplicar o estudo de Feliciano e Kovacs⁸ que tem demonstrado que ações cujo alvo é o controle ou erradicação da hanseníase devem estar atentas à percepção da rede social de apoio ao portador, que fornecem ajuda para que o indivíduo enfrente as situações do cotidiano, representando uma referência importante para o paciente da hanseníase por guardar íntima relação com os seus valores e normas.

Em relação aos medicamentos, o resultado da entrevista revela que não há falta de medicamentos, apenas uma enfermeira salientou a dificuldade quando a medicações de estados reacionais, como: prednisona.

Mateus: O único problema é com a prednisona, quando o paciente tem reação o município não envia pra mim.

Apesar de ter averiguado a falta de medicamento durante a observação direta da assistência prestada pelos profissionais, podemos destacar esse fator como causa da alta prevalência, uma vez que o período da ausência dessa droga foi relativamente curto, não afetando no desenvolvimento do Programa de Hanseníase.

O abandono de tratamento, muito comum em outras regiões não mostra relevância aqui em Anápolis, já que não apresenta altas taxas.

Bartolomeu: "No caso nosso aqui que eu observei foi dois casos que eles não estavam vindo pegar o medicamento foi porque o paciente mudou. A gente passou a documentação pra OSEGO."

Mateus: "De hanseníase existe sim. Agora a gente faz as busca ativa e tá melhorando isso. Porque não era implantado aqui, depois que eu entrei aqui, eu junto com a assistente social agente reveza a busca ativa. Por ser só uma enfermeira é difícil sair, mas esse número de pacientes que abandonam tá diminuindo bastante. Nós não temos carro pra fazer essas buscas ativas, temos que requisitar pra secretaria da saúde, mas assim, se a cada três vezes que requisitarmos vir uma é muito, falta direito. Tem pouco carro pra cidade inteira. Às vezes, nós temos que sair no carro particular, meu carro e minha gasolina."

A frase destacada da entrevista mostra bem as condições de trabalho, a falta de incentivo financeiro é muito grande e tem como consequência a desintegração de um sistema de valor, de um trabalho coerente.

Quarta Fase – Resultados referentes aos questionários aplicados para portadores de hanseníase.

O questionário foi analisado em categorias como: dados socioeconômicos, nível de conhecimento acerca da doença, dados relacionados à doença, percepção em relação ao Programa de Hanseníase, dados epidemiológicos e principais dificuldades encontradas.

Na categoria sócio-econômico, os coeficientes de grau de escolaridade mostram que 20 (66,6%) portadores apresentam 1º grau incompleto ou completo, 7 (23,3%) possuem 2º grau incompleto ou completo e apenas 3 (10%) obtém o 3º grau incompleto ou completo. Resultando uma maior frequência no ensino fundamental. São considerados de baixa escolaridade a faixa que inclui dos analfabetos aos que possuem 2º grau incompleto. Logo, 27 (90%) pacientes são considerados como de baixa escolaridade, semelhantes aos resultados encontrados por Helene, Leão e Minakawa².

A renda também verificada no questionário informa que 9 (30%) recebem menos de 1 salário mínimo, 15 (50%) entre 1 e 3 salários, 2 (6,6%) mais que 3 salários, 4 (13,3%) não possuem renda.

É possível verificar através destes dados que portadores de hanseníase apresentam o nível sócio-econômico relativamente baixo. Para confirmar essa observação, 18 (60%) pacientes não têm casa própria, ou seja, ela é financiada, alugada ou até residem com parentes por não possuírem moradia.

Os dados da tabela 2 nos permitem observar que 25 (83,3%) hansenianos não conheciam a doença antes de obtê-la. Estudo realizado por Kaneko *et al.* (apud. Lastória⁹) no município de São Carlos aponta que apenas 34,8% dos casos foram diagnosticados com menos de 1 ano após o início do aparecimento dos sinais e sintomas. Os autores atribuem tal fato a fatores relacionados ao conhecimento sobre a doença pela população, bem como a busca ativa desenvolvida pelos serviços de saúde. Assim, o déficit no conhecimento acerca da doença tem como consequência o diagnóstico tardio.

Os resultados apontam ainda, que 15 (50%) hansenianos, mesmo após receberem cuidados não conhecem a doença, 9 (30%) muito pouco e 6 (20%) conhecem a doença, incluindo transmissão, tratamento e prevenção. Sendo que, 6 (20%) pacientes receberam orientações quanto a doença por meios de comunicação, 20 (66,6%) por médicos e apenas 2 (6,6%) por enfermeiros.

Na categoria de dados relacionados à doença, os coeficientes revelaram que 28 (93,3%) portadores realizam o tratamento sem nenhuma interrupção e apenas 2 (6,6%) houve interrupção. Mas, deram continuidade após 3

Tabela 2. Respostas às questões abordadas sobre o nível de conhecimento acerca da doença

Questões Abordadas	Respostas obtidas	
	N	%
Obteve conhecimento acerca da doença antes de ser um portador?		
Não	25	83,3
Muito pouco	2	6,6
Sim	3	10,0
Atualmente, conhece a doença, incluindo transmissão, tratamento e prevenção?		
Não	15	50,0
Muito pouco	9	30,0
Sim	6	20,0
Obteve acesso a informações sobre a doença, através de:		
Meios de comunicação	6	20,0
Médico	20	66,6
Enfermeiro	2	6,6
Técnico ou auxiliar de enfermagem	-	-
Outros	2	6,6

Fonte: Unidade de Saúde de Referência, Anápolis.

meses. Concluindo, que o abandono do tratamento não reflete nas causas da alta prevalência em Anápolis.

Na tabela 3, representando a categoria sobre o Programa de Hanseníase, notamos que em relação à percepção dos doentes, a assistência prestada pelo programa é satisfatória. Os pacientes sentem-se seguros com os cuidados recebidos, os medicamentos são entregues regularmente, mas os percentuais em relação às ações educativas aos pacientes são baixas.

Dos pacientes entrevistados 19 (63,3%) receberam orientações de enfermeiros apenas quanto aos efeitos

colaterais dos medicamentos, 1 (3,3%) relata ter recebido orientação quanto a importância da vacina e da consulta para contatos intra-domiciliares e 10 (33,3%) não receberam informações.

A falta de ações educativas dificulta todo o trabalho do Programa de Hanseníase, uma vez que um indivíduo inserido na comunidade com o conhecimento acerca da doença é capaz de transmitir as informações adquiridas para inúmeras pessoas. Deste modo, acaba sendo um meio vinculador da comunidade ao Programa de Hanseníase.

Tabela 3. Respostas às questões abordadas sobre o Programa de Hanseníase

Questões Abordadas	Respostas obtidas	
	N	%
Acesso aos serviços do programa		
Extremamente difícil	2	6,6
Difícil	5	16,6
Fácil	23	76,6
Sente-se seguro com o trabalho desenvolvido no programa:		
Não	5	16,6
Às vezes	3	10,0
Plenamente	22	73,3
A assistência prestada pelo programa, é:		
Insatisfatória	6	20
Satisfatória	21	70
Excelente	3	10
No programa de Hanseníase, foi prestada assistência, pelo(a):		
Médico	16	53,3
Enfermeiro	14	46,6
Caso tenha sido atendido pelo enfermeiro (a), durante o atendimento, foi		
Orientado sobre efeitos colaterais dos medicamentos	19	63,3
Orientado sobre as formas clínicas da doença	-	-
Orientado sobre a importância da vacina ID-BCG e da consulta para os contactantes intradomiciliares	1	3,3
Nenhum	10	33,3
Recebe os medicamentos:		
Irregularmente	1	3,3
As vezes falta medicamentos	5	16,6
Regularmente	24	80,0

Confirmando a importância do esclarecimento da doença 26 (86,6%) doentes divulgam conhecer pessoas com hanseníase e 4 (13,3%) não conhecem. Sendo que 21 (70%) portadores dizem conhecer pessoas com hanseníase na própria família e 3 (10%) expõem serem vizinhos e 2 (6,6%) relatam ser um amigo.

Quinta Fase – Resultados referentes à entrevista com a Coordenação do Programa de Hanseníase de Anápolis.

Por reconhecer a hanseníase como uma doença incapacitante, que leva a estigmatização do paciente, o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.073/GM 2000¹⁰, recomenda:

- “Efetuar, por parte dos serviços de saúde, assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação, promovendo o acesso do paciente às equipes multiprofissionais”;
- Promover ações junto ao núcleo familiar, objetivando a sua compreensão e participação no apoio ao doente;
- Apoiar a atividade laborativa do paciente por meio de ações junto às empresas, instituições empregadoras, classes trabalhadoras e população em geral. Evitar a discriminação do paciente na manutenção e no acesso ao trabalho e a capacitação ou readaptação profissional;
- Promover o acesso aos direitos previdenciários em igualdade de condições com os demais cidadãos;
- Promover a readaptação profissional dos pacientes em outras funções compatíveis, quando indicado;
- Reabilitar o paciente visando principalmente a sua integração no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho;
- Esclarecer a população sobre o que é hanseníase, seu tratamento e cura, por meio de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa;
- “Encaminhar aos órgãos competentes as denúncias de práticas defeituosas, com vistas à adoção das medidas legais que se fizerem necessárias.”

Embasados nessa portaria, entrevistamos a coordenação do programa, com o intuito de verificar a aplicabilidade desta no município. Assim, segue o relato da coordenação em relação à atuação da portaria nos programas.

Esse aí é um problema sério [...] porque com a implantação dos PSFs (Programa de Saúde da Família) no município de Anápolis a gente espera que pelo menos em parte a portaria seja aplicada [...]

Concluimos que a aplicabilidade da portaria no Programa de Hanseníase é deficiente, ou seja, a atenção ainda não está voltada de forma integral para o portador. A coordenadora ainda relata que o programa de hanseníase está em processo de descentralização, já que anteriormente este existia somente na Unidade de Saúde do Jundiá e atualmente ele se encontra também em 12 PSFs no município. Relata também, que essas 12 equipes não são suficientes para a cobertura assistencial, mas que existem metas de descentralizar o programa para mais equipes de PSF. Como segue a fala:

“Pra quem vivenciou uma fase muito ruim até o ano de 2002, onde o programa era totalmente centralizado na Unidade de Referência eu considero um avanço muito grande mesmo que 12 equipes não representam muita coisa em termo de cobertura para a cidade de Anápolis, mas já é um avanço e como a secretaria tem intenção de descentralizar isso para toda equipe de PSF que forem surgindo. Não é suficiente esse quantitativo, mas já temos uma abertura grande com gestores e que eles já estão sensibilizados para descentralizarem o programa.”

A cobertura assistencial ainda é escassa, mas já existem metas para implantação desse programa em todas equipes de PSF.

DISCUSSÃO

Anápolis é o segundo maior município do estado de Goiás, com 288.085 habitantes. É classificado como hiperendêmico de acordo com o Ministério da Saúde⁶, tendo apresentado no ano de 2003 uma prevalência de 5,0 casos de hanseníase a cada 10.000 habitantes (Tabela 1), não muito diferente do Brasil que apresentou, em outras literaturas estatísticas, prevalência de 5,73/10.000 habitantes no ano de 2000⁴. Esse quadro caótico representa grande problema para o país que assumiu um compromisso, com a OMS, de eliminar a doença como problema de saúde pública até o ano de 2005, ou seja, apresentar prevalência de menos de 1/10.000 habitantes.

A estratégia para alcançar esta meta está concentrada na integração com a atenção básica de maneira a tornar mais acessível o diagnóstico e o tratamento, impedindo a manutenção da cadeia de transmissão de pessoa a pessoa.

Um dos principais fatores da alta prevalência foi demonstrado na Figura 02, onde a presença das formas

MB (88%) em nossa casuística refletiu a demora no diagnóstico da doença. Dados revelados por Prata *et al*¹¹ declara que a forma predominante foi a PB, representando 60,5% em Aracaju e 70,9% em Itabaiana, ambos situados em Sergipe.

Para explicar essas estatísticas, podemos aplicar o argumento de Andrade¹² e Martelli¹³ que avaliaram a distribuição espacial das formas clínicas com a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a falta de conhecimento da população. Ênfase deve ser dado a forma indeterminada para o início do tratamento, pois o paciente apresenta poucos bacilos, não sendo fonte de transmissão.

Esses dados nos levam a afirmar que o diagnóstico da hanseníase está sendo realizado tardiamente, o que favorece um maior número de manifestações e lesões decorrentes da própria evolução da doença.

O diagnóstico tardio é conseqüência da carência de ações educativas, a nível comunitário, fazendo-se necessária a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença por meio de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa (Nº 1.073/GM), visando estimular a procura pelo serviço de saúde dos sintomáticos dermatológicos (avaliação do programa de controle de hanseníase). Tal medida favorecerá o diagnóstico precoce e tratamento correto, sendo fundamentais para o controle da endemia e desestigmatizar a doença.

As ações, cujo alvo é o controle ou erradicação de uma doença, devem estar voltadas à percepção, avaliação e manejo da doença em questão pelos grupos a quem se dirige - uma vez que existem diferenças significativas nas formas de perceber e agir apresentadas por cada doente (opiniões sobre a doença entre membros). Dessa forma os profissionais da saúde devem prestar assistência adequada ao doente como um todo e individualmente. Além disso, o tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia intensiva, supressão de surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Afirmando a necessidade de humanização por parte da equipe multiprofissional, para integração do paciente num processo produtivo e ainda, de capacitação continuada.

Queiroz e Carrasco¹⁴ expõem que

“a proporção dos diagnósticos equivocados, resultado direto da ignorância generalizada dos médicos em geral com respeito à hanseníase, revela também que, focalizar doenças deste tipo não é prioritário pelo sistema de educação médica.”

Se a população apresenta manchas, lesões, perdas sensitivas e outros, podem relacionar, esses sinais e sintomas a diagnósticos diferenciais da doença, como: pano branco, vitiligo e tinha do corpo. Esses não apre-

sentam sérios danos, assim, a população acaba por usar ervas medicinais, reza de benzedeiras e borrão de can-deia¹⁵. Isto mostra, o déficit de sabedoria da população em relação à doença.

Faz-se, portanto, necessária a divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença em nível comunitário, visando estimular a procura pelo serviço de saúde dos sintomáticos dermatológicos. Tal medida irá favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento correto, que são fundamentais para o controle da endemia.

Prosseguindo, o déficit não está somente na ausência de ação educativa de nível comunitário, mas também, de forma coletiva para os portadores, visto que a interação social entre estes é de suma importância para o crescimento emocional, funcional e estrutural do paciente.

Aplicando a pesquisa de Munhoz *et al*¹⁶ para notificarmos a importância da ação educativa, verificou-se em sua pesquisa que a pequena proporção de doentes com comparecimento regular aos programas, no Mato Grosso, ilustra a qualidade precária do atendimento local e a explicação para isto é que os serviços não desenvolvem ações educativas de forma coletiva para orientação dos portadores e para ouvir experiências e argumentos que atrapalhe o seu comparecimento.

Além disso, faz-se indispensável a assistência para os contatantes do hanseniano, já que a transmissão se dá por contato prolongado com outras pessoas.

Todavia, o Ministério da Saúde, não está apenas preocupado em reduzir a alta taxa de prevalência no país, mas também em proporcionar auxílio ao paciente que se depara com o preconceito existente na sociedade, visto que a população apresenta maior temor ao doente do que propriamente a doença. Portanto, há grande importância na aplicabilidade da Portaria Nº 1073/GM 2000 que tem como objetivo proporcionar assistência ao portador de forma integral, o que sem dúvida é um produto de um sistema de saúde comprometido com uma melhor condição de vida da população.

CONCLUSÃO

Vários estudos científicos sobre a hanseníase vêm sendo, ao longo dos anos, motivo de grandes discussões, envolvendo diversas áreas do conhecimento, desde as ciências básicas, imunologia, biologia, genética, e outras, percorrendo questões relacionadas aos aspectos médico-clínicos, epidemiológicos, de diagnóstico e de tratamento.

Conclui-se que apesar da hiperendemicidade no município estudado, o programa vem atuando razoavelmente, necessitando de maior esforço para proporcionar subsídios científicos e humanos no cuidado ao paciente.

Assim, os registros aqui apresentados e discutidos

possibilitam a avaliação dos principais motivos da alta prevalência de hanseníase na cidade. São eles: diagnóstico tardio, ausência de educação continuada aos profissionais da saúde, falta de ações educativas a nível comunitário e familiar, déficit no conhecimento da população acerca da doença, carência de transporte para busca ativa, deficiência de material para exames no laboratório, falha na cobertura assistencial e escassez da aplicabilidade da Portaria nº 1073/GM do Ministério da Saúde no Programa de Controle de Hanseníase na cidade.

Vale ressaltar, que é necessário planejar, aplicar e gerenciar estratégias para dissolução desses problemas

apresentados por cada órgão e profissional responsável pelo bom desenvolvimento do programa.

AGRADECIMENTOS

À enfermeira, amiga e “mãe” Marise Ramos de Souza pelo apoio, incentivo e pela confiança depositada em mim. Pela colaboração da Enfermeira Cristiane Ferreira Santana. À Coordenação da Unidade de Saúde de Referência pela disponibilidade das informações. E principalmente, a Deus que me deu força para concretização desse estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 Moreira D. Avaliação da força de prensão palmar com o uso do dinamômetro Jamar. *Hansen int* 2002; 27(2): 61- 9.
- 2 Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. *Hansen int* 2001; 26(1): 5-13.
- 3 Souza MR. Presença de anticorpos anti-PGL-1 em pacientes portadores de hanseníase e seus contatantes intradomiciliares [dissertação]. São Paulo: IPTESP; 2003.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 5 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. (Conselho Federal de Medicina). *Bioética* 1996; 4(2).
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Guia para implantar /implementar as atividades de controle da Hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- 7 Moreira TA. Panorama sobre a Hanseníase: quadro atual e perspectivas. *Rev. História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2003; 10 (1): 1-15.
- 8 Feliciano KVO, Kovacs MH. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase no Recife. *Rev. Panam Salud Publica* 1997; 1 (2):112-8.
- 9 Lastória JC, Macharelli CB, Putinatti MS. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. *Rev. Hansenologia Internationalis* 2003; 28(1): 53-8.
- 10 Brasil. Portaria n. 1073/GM, 26 setembro de 2000. *Diário Oficial da União: Seção 1*. 2000 setembro: 1.
- 11 Prata PB, Bohland AK, Vinhas SA. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em localidades do estado de Sergipe, Brasil, período de 1994-1998. *Hansenologia Internationalis* 2000; 25 (1): 49-53.
- 12 Andrade VLG, Sabroza PC, Araújo AJG. Fatores associados ao domicílio e a família na determinação da hanseníase, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Caderno de Saúde Pública* 1994; 10 (2): 281-92.
- 13 Martelli ACC. Manifestação tardia do eritema nodos hanseniano com arterites necrosantes e exsudativas, arterites cicatriciais, livedo reticular, nódulos e placas reacionais, com focos de necrose. *Hansen int* 1995; 26 (1): 37-42.
- 14 Queiroz MS, Carrasco MAP. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Rev. Cadernos de Saúde Pública* 1995; 11: 479-90.
- 15 Maia MAC, Alves A, Oliveira R de, Barbosa LM. Conhecimentos da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. *Hansen int* 2000; 25 (1): p.26-38.
- 16 Munhoz-Jr H, Fontes CJF, Meirelles SMP. Avaliação do programa de controle de hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31: 282-7.