

FATORES QUE INTERFEREM NO CONTROLE DA HANSENÍASE NA REDE BÁSICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Isabela Maria Bernardes GOULART *

Valéria Ribeiro LOPES **

Darla MASSUDA **

RESUMO - Foram avaliados os motivos de irregularidade dos pacientes no controle de Hanseníase no Centro de Saúde do bairro Tibery, onde já estava implantado o programa descentralizado de atendimento ao portador da doença. De um total de 115 pacientes registrados na unidade, foram detectados através das fichas de aprazamento e banco eletrônico, 45% de faltosos no controle em 1987 (52 pacientes). Foram aplicados questionários em visitas domiciliares a 24 destes (46%), sendo que, 28 pacientes (54%) não foram localizados devido à mudança de endereço ou recusa em responder o questionário. Analisou-se as formas clínicas apresentadas, a faixa etária, a situação trabalhista, os exames dermatoneurológicos e baciloscópicos no último ano, o uso regular da medicação, o conhecimento sobre a doença e as causas relatadas pelos pacientes de falta ao controle. São discutidas as falhas do programa de controle da hanseníase relacionando os fatores psicossociais e técnico-operacionais que interferem na Integração do programa como atividade de rotina nos Centros de Saúde.

Palavras chave: Hanseníase. Programas de Controle. Uberlândia. Minas Gerais, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

Os índices de hanseníase no Brasil continuam a se elevar, não obstante a existência de recursos humanos e técnicos impreteríveis para o diagnóstico, tratamento e controle na rede pública de atendimento de saúde.

Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado país endêmico aquele cuja prevalência seja maior ou igual a 1:1.000 habitantes, Em 1987, no Brasil, as taxas de Incidência (14,2:100.000) e prevalência

(1,7:1.000) indicavam uma afta endemicidade. A Região Sudeste ocupava o primeiro lugar em números absolutos, sendo que Minas Gerais contribuiu com esta estatística ocupando o segundo lugar desta região (DNDS¹¹). Acredita-se que os principais fatores responsáveis pela elevação desses índices e pela falta de controle seriam socioeconômicos, como más condições de moradia, higiene, alimentação e outros, bem como fatores psicoculturais (M.A.F. Grossl,⁴). Nesse aspecto, a antieducação milenar, poderosa e permanente, veiculada por todos os

(*) Docente da disciplina de Medicina Preventiva e Comunitária/UFU. Hansenologista. Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase/DRS – Uberlândia, MG

(**) Acadêmicas do curso de Medicina/UFU, MG

meios de "desinformação de massa", atua no inconsciente coletivo, mantendo arraigada a imagem da "lepra bíblica", castigo divino, vinculada ao sinônimo de vício, hediondez, sujeira, Impureza e desonra (A. Rotberg et al.¹⁵). O estigma e repulsa da sociedade provocam no portador de hanseníase o aspecto mais grave da "Lepra", o estado de angústia e rejeição, levando à complicações psiconeuróticas, facilitando a irregularidade ou o abandono do tratamento.

De acordo com a orientação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (DNDS-MS), o primeiro passo para o controle da epidemia no Brasil seria o aumento da cobertura através do conhecimento da doença, Integração e descentralização do programa³.

A descentralização do atendimento ao portador de hanseníase ocorreu em Uberlândia no ano de 1985, visando facilitar o acesso do paciente ao Centro de Saúde, diminuir o estigma, assegurando de que se trata de uma doença igual às outras, aproximar a equipe de saúde do paciente facilitando a recuperação de faltosos, dotando estes Centros de Infra-estrutura capaz de atender aos portadores da doença, assim como profissionais de saúde treinados, objetivando um maior índice de controle da epidemia (F. Livorato, et al.⁶).

Em 1987, Uberlândia apresentava uma população estimada de 348.506 habitantes, contando com 20 Centros de Saúde, dos quais 15 com programa descentralizado para o atendimento ao portador de hanseníase. Em julho do referido ano, o Registro Ativo da Diretoria Regional de Saúde (DRS), apresentava uma Incidência de 22,05:100.000 habitantes e prevalência de 3,42:1.000 habitantes, perfazendo um total de 2.737 pacientes. Estima-se porém, segundo a OMS, em pelo menos o dobro ou o triplo o número real desses doentes (M.A.F. Grossi 4). A DRS apresentava apenas 50% dos doentes sob controle em seu registro ativo, sendo que a OMS preconiza um mínimo de 80%.

Dos Centros de Saúde de Uberlândia onde foi descentralizado o programa de controle de hanseníase, o Centro de Saúde do bairro Tibery apresentava o segundo maior número de pacientes registrados (115), com o maior número de faltosos, 52 (45%), motivo pelo qual foi

escolhido como universo desta pesquisa.

Os objetivos deste trabalho foram: (a) analisar os motivos do abandono e/ou ausência ao tratamento, (b) reeducar e reencaminhar os pacientes portadores de hanseníase aos Centros de Saúde, (c) divulgar os resultados e informações às equipes dos Centros de Saúde e às instituições responsáveis pela saúde, visando a melhoria e a integração do Programa de Controle da Hanseníase como atividade de rotina na rede pública.

2. METODOLOGIA

O bairro Tibery, com uma população estimada de 19.000 habitantes em 1987, foi um dos pioneiros na descentralização do Programa de Controle da hanseníase e contava com um registro de 115 pacientes, o segundo maior número de pacientes registrados do município e o primeiro em pacientes feitosos, 52 (45%), dados fornecidos pela PRODEMGE, através da DRS de Uberlândia.

Foram utilizados questionários aplicados em visitas domiciliares e apenas 24 pacientes (46,15%) dos 52 foram entrevistados. Do restante, 11 (21,15%) mudaram-se para bairros fora da área de abrangência do Centro de Saúde, 10 (19,2%) não foram localizados, 5 (9,6%) residiam no endereço mas não foram encontrados e 2 (3,8%) recusaram-se a receber o entrevistador.

Para o levantamento de dados, foram também elaborados um guia sobre as fichas de aprazamento no Centro de Saúde e um guia de respostas para o entrevistador, visto que o trabalho tem também como objetivo educar o paciente no momento da pesquisa a fim *de* que ele possa retomar ao controle no Centro de Saúde.

Visando delinear o conhecimento do portador de hanseníase sobre a doença e seus aspectos, foram elaborados seis Itens de informação:

- * diagnóstico / hanseníase x lepra,
- * fatores causais / transmissão,
- * formas clínicas,
- * tratamento prolongado / reações,
- * cura / prevenção de incapacidades,

* controle de contatos.

Foi utilizado o seguinte critério de orientação:

* bem orientado - o paciente informa mais de 50% dos itens;

* mal orientado - o paciente informa até 50% dos itens;

* sem orientação - o paciente não informa nenhum dos itens.

Finalizando, perguntou-se aos pacientes os motivos que os levaram à falta ao tratamento e sugestões para a melhoria do seu atendimento no Centro de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O baixo número de pacientes entrevistados (24 em 52 fatos) pode refletir um indivíduo estigmatizado, evadido do Centro de Saúde, fornecendo endereços falsos, pois, se uma pessoa teme que outros possam desrespeitá-la por algo que ela exiba (estigma), isto significa que ela sempre se sente insegura nos seus contatos sociais. Esta insegurança decorre de uma situação estabelecida socialmente que gera um sentimento pessoal de deficiência na medida em que não consegue afastar o complexo de inferioridade. Daí o paciente se exclui do convívio social e da sua obrigação com o tratamento (E.L. Oliveira, et al.¹²).

A relevância da desorganização administrativa se evidencia na desatualização dos endereços dos pacientes pela equipe de saúde, desvinculada da sua realidade, com reduzida atividade externa, acarretando uma ínfima recuperação de doentes faltosos e/ou abandono.

Segundo a Tabela 1, observa-se um maior número de formas polarizadas estáveis

virchoviana (11) e tuberculóide (8) em contrapartida a uma porcentagem de formas Indeterminadas (4) e uma (1) forma dimorfa. O baixo número de forma dimorfa (D), deve-se provavelmente ao despreparo técnico dos profissionais, estando em consenso com os dados das várias regiões do país, evidenciando a dificuldade do diagnóstico correto. Já que se sabe que as formas instáveis imunologicamente devem ser as mais frequentes na população.

Os poucos casos de forma Indeterminada decorrem em geral de falhas na identificação precoce, inclusive no controle de contatos.

A pesquisa científica, o ensino, o treinamento e a sensibilização do pessoal em todas as áreas, médicas e paramédicas relativas à hanseníase, são essenciais para o diagnóstico precoce, o que ainda não vem ocorrendo. Segundo I.M. Castro, & A. Melo, "o controle seguro dos casos I, inativando o elo de realimentação e o tratamento eficaz dos casos contagiantes, obviamente anulariam a função de contágio. Estas duas ações sincronizadas constituem um truismo para a profilaxia da hanseníase".

Com relação à faixa etária, 20 pacientes encontravam-se entre 15 e 55 anos, sendo o restante, 4 pacientes, acima de 55 anos. Portanto, nota-se um predomínio da doença na população economicamente ativa.

Observa-se na Tabela 2 a maioria dos pacientes (79%) em auxílio doença e sem renda fixa (não trabalham e trabalham sem carteira assinada), deixando patente que a renda é insuficiente para a sobrevivência da família, somando-se ao fato de uma doença de longa duração como a hanseníase concorrer ainda mais para o desequilíbrio do orçamento familiar (C. Magaldi,⁷).

TABELA 1 - Formas Clínicas dos pacientes faltosos entrevistados no Centro de Saúde Tibery, Uberlândia, MG, 1987.

FORMA CLÍNICA	Nº PACIENTES	%
Virchoviana(V)	11	45,8
Tuberculóide(T)	08	33,3
Indeterminada(Z)	04	16,7
Dimorfa(D)	01	4,2
TOTAL	24	100,0

TABELA 2 - Situação trabalhista dos pacientes faltosos entrevistados segundo o sexo, no Centro de Saúde Tibery, Uberlândia, MG, 1987.

SITUAÇÃO TRABALHISTA	SEXO		Nº PACIENTES	%
	FEMININO	MASCULINO		
Em auxílio doença	01	07	08	33,3
Não trabalham	08	00	08	33,3
Trabalham sem carteira assinada	02	01	03	12,5
Trabalham com carteira assinada	01	02	03	12,5
Aposentados por tempo de serviço	00	02	02	8,4
TOTAL	12	12	24	100,0

No sistema capitalista as pessoas são consideradas doentes, não tanto em virtude de um diagnóstico médico, mas em função de sua capacidade de desempenhar os seus papéis habituais. De acordo com C. Herzlich,⁵, a doença é encarada simultaneamente como realidade orgânica e como comportamento, mas da análise das experiências feitas, resulta que não é o orgânico que serve de critério. E ao nível do comportamento que a doença toma sua forma decisiva ...a doença começa quando, num dado estado orgânico, um indivíduo se comporta como doente, e, Inversamente, o Indivíduo que no mesmo estado não se comporta como tal, continuará sã. Desta forma, a doença parece poder ser recusada.

Para entender-se em que condições um indivíduo assume ou não a posição de doente, é preciso atentar para as implicações sociais de tal decisão (DNDS⁹).

A ausência do paciente de suas atividades profissionais exigida eventualmente pelas consultas ambulatoriais, os estados reacionais e, o prolongado período de tratamento pode ser considerado oneroso, gerando Intolerância no meio patronal e acarretando demissões. A responsabilidade pela falta ou abandono, além de considerara adesividade ao tratamento, deve ser encarada dentro de um contexto mó dico e psicossocial.

Sabe-se que a hanseníase diagnosticada e tratada corretamente dispensa o paciente do afastamento profissional, diminuindo o déficit previdenciário e mantendo o nível socioeconômico do doente. O encontro macrorregional sul/sudeste (Documento10) lançou como propostas a garantia de vencimento integral durante o afastamento por motivo

de doença e estabilidade de 6 meses a 1 ano no trabalho quando do retomo do afastamento. Em relação à aposentadoria pela doença, propõe a garantia do trabalho aos pacientes em condições para tal, reservando a aposentadoria, fixada por uma equipe médica competente, somente aos realmente incapacitados. A estes, seria garantido a nível nacional uma pensão mínima mensal em valor estabelecido pelo DIEESE.

Mediante estas orientações, fica claro que o paciente de hanseníase ainda hoje é excluído do sistema produtivo, submetendo-o a uma degradação das condições de vida, sem a preocupação com sua reintegração social.

De acordo com a Tabela 3, 100% dos pacientes entrevistados não foram submetidos a exames clínicos dermato-neurológicos, como também os pacientes considerados multibaciliares (11 forma V, 1 forma D e 1 Mitsuda negativo) não apresentavam baciloscopia de controle no último ano considerado. Apenas 2 pacientes estavam em abandono, sem a medicação específica.

A portaria n° 001 da DNDS-MS de 09/10/1987⁹, estabelece que todo e qualquer paciente deve ser atendido pelo médico, no mínimo uma vez por ano, para exame clínico dermato-neurológico, avaliação do tratamento e grau de incapacidades físicas. Os pacientes multibaciliares devem se submeter a um exame baciloscópico anual e os paucibaciliares no momento do diagnóstico, não sendo necessária sua repetição no seguimento, a menos que haja indicação clínica para tal.

TABELA 3 - Situação de controle dos pacientes faltosos entrevistados do Centro de Saúde Tibery, Uberlândia, MG, 1987.

SITUAÇÃO DE CONTROLE	Na DE PACIENTES	%
Sem exame clínico	24	100,0
Sem baciloscopia	13	54,2
Sem medicação	02	8,3

GOULART, I.M.B Fatores que interferem no controle da Hanseníase na rede básica de assistência à saúde.

Contrariando não só a portaria supracitada, mas também as informações obtidas dos pacientes, através da entrevista, os referidos exames dermatoneurológicos constavam como realizados nas fichas de aprazamento. Isto denota uma insuficiência de natureza administrativa e ética, que prefere rotular o doente e a população como não cooperativa, responsabilizando-os pelos resultados medíocres obtidos no controle. Mas a equipe de saúde se esquece que o paciente percebe claramente a sua indiferença, que inclui até mesmo falta de cortesia e interesse pela cura e demais problemas do paciente (C. Magaldi,⁷).

O encontro de pacientes multibacilares sem a baciloscopia de controle denota não só o despreparo profissional e a não reciclagem dos recursos humanos, assim como a pouca observância das instruções, reflexos da falta de uma supervisão periódica efetivamente interessada no controle da endemia.

A despeito da gratuidade da medicação específica fornecida pelos Centros de Saúde, observa-se pacientes sem o uso da mesma, decorrência, em geral, da descontinuidade da provisão dos remédios e da escassa orientação, fazendo com que o doente não veja a necessidade do uso regular dos medicamentos.

A falta de dinamismo do serviço na procura dos faltosos e outras deficiências administrativas são, em grande parte, responsáveis pelos índices de abandono registrados. Mas não se deve deixar de ressaltar aqui a ausência de motivação da

equipe de saúde, sem o claro conhecimento dos objetivos do programa, apoio e Interação entre os seus membros e supervisão e sem possibilidade de boa remuneração e promoção.

A Tabela 4 aponta que nenhum dos pacientes enquadraram-se no critério "bem orientado". O desconhecimento em relação à doença é bastante generalizado, incluindo até mesmo o pessoal de saúde. Considerando-se a educação em saúde como prática transformadora, esta deve ser inerente à equipe e aos usuários do serviço, atingindo também a população global, propiciando o reconhecimento dos sinais da hanseníase e o maior engajamento do paciente no seu próprio tratamento, elucidando também o seu papel desestigmatizante na doença (M.L.W. Oliveira,¹³).

Os pacientes mencionaram como lista a Tabela 5, os principais motivos que os levaram à irregularidade ou abandono no tratamento. A. Rouillon,¹⁶ analisou o comportamento do paciente, em grande parte, resultando de uma longa cadeia de influências que ele sofre no "sistema" (desde os planejadores até a educação organizada da comunidade). Há, segundo A. Rouillon,¹⁶, uma escala prioritária sobre quem deve ser motivado:

1º lugar: os que traçam a política de saúde, os legisladores, os líderes.

2º lugar: os planejadores (que elaboram os programas).

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes faltosos ao controle segundo critérios de orientação relativos à hanseníase no Centro de Saúde Tiberi, Uberlândia, MG, 1987.

CRITÉRIOS DE ORIENTAÇÃO	Nº PACIENTES	%
Sem orientação	11	70,8
Mal orientado	13	29,2
Bem orientado	00	00,0
TOTAL	24	100,0

TABELA 5 - Motivos de falta ao controle da hanseníase segundo opiniões dos pacientes entrevistados no Centro de Saúde Tibery, Uberlândia, MG, 1987.

MOTIVO	NÚMERO DE OPINIÕES
Número insuficiente de médicos	12
Dificuldade quanto ao horário de atendimento	10
Ausência de exame clínico nas consultas	08
Falta de medicação no Centro de Saúde	03
Efeitos colaterais do medicamento	03
Dificuldades de deambulação	02
Longo tempo de tratamento	01

3º lugar: os médicos e o pessoal auxiliar.

4º lugar: a comunidade.

5º lugar: o doente.

Destaca-se ainda o terceiro grupo, cuja atuação tem influência direta na qualidade do serviço, e subsequente reflexos sobre o doente. A estrutura de poder dos pais não prioriza áreas básicas de serviço, como saúde e educação. A má remuneração do profissional da saúde leva-o invariavelmente a dois ou mais empregos, com conseqüente desatualização dos conhecimentos médicos e detrimento da prestação de serviços no setor público, resultando um atendimento precário e indigno. A falta de verbas priva os Centros de Saúde de medicares, recursos humanos e até mesmo do espaço físico necessário.

Ao final do questionário, os pacientes apontaram sugestões para melhoria do serviço:

* melhor atendimento ao paciente;

* melhores informações sobre a doença; * aumento do número de consultas e

horários de atendimento;

* aumento do número de médicos;

* agilização na marcação de consultas; * respeito a fila.

É importante que vinte (20) dos 24 pacientes foram reencaminhados ao serviço através desta pesquisa, objetivo final deste

trabalho.

4. CONCLUSÃO

O aumento da hanseníase que vem sendo registrado evidencia a degradação das condições de vida a que larga parcelada população brasileira vem sendo submetida.

Discutir o sentido da saúde do homem implica em considerar os fenômenos multicausais e suas verdadeiras relações na gênese e progressão do adoecer de indivíduos concretos, diferenciado sem seu sofrer, reconhecidos em sua pluralidade. Determina em conseqüência a concepção de doença, sua historicidade e os meios de combatê-la (A.A.F. Quadra,¹⁴). Diante de tal concepção, as políticas de saúde não dão conta da dimensão social que esses fenômenos assumem e resta a pergunta incômoda: para quem e para quais segmentos sociais elas estão voltadas? Os critérios aparentemente de ordem técnica que as fundamentam, trazem implícita a eleição de uma clientela alvo, e assim reproduzem as brutais desigualdades sociais de nosso país.

Estas políticas não contemplam o custo social das endemias para as faixas mais atingidas; as medidas de prevenção são discutíveis no tocante à sua eficácia, e é exatamente essa dimensão social, sempre pouco refletida, que

GOULART, I.M.B Fatores que Interferem no controle da Hanseníase na rede básica de assistência à saúde.

lhes atribui o caráter perverso das mesmas. Hanseníase é lepra, doença bíblica, o que lhe conferiu todo o peso de maldições e superstições ainda hoje tanto quanto na Idade Média, com a diferença que a exclusão hoje é mascarada e na época era explícita (A. Cohn,²). Isto é percebido até na prática dos profissionais da saúde, que veiculam um comportamento alienante e domesticador junto ao doente, sendo coniventes com esse tabu, colaborando para sua manutenção.

Além dos fatores psicossociais e econômicos analisados, os fatores técnico-operacionais que interferem na integração do programa como atividade de rotina no Centro de Saúde refletem basicamente a Inadequação do serviço na motivação do paciente para o tratamento e controle da hanseníase.

Dentre os fatores técnico-operacionais destacam-se a falta de iniciativa do serviço na procura dos faltosos, desorganização dos

fichários, número insuficiente de médicos e seu despreparo, pouca observância das normas de controle ligados a uma baixa remuneração e falta de perspectiva de promoção além da ausência de supervisão e apoio. Os novos conceitos da doença e os avanços científicos não foram acompanhados de uma educação em saúde com nova abordagem psicossocial e cultural, por deficiência de ensino em todos os níveis e dos servidores de saúde, retardando o controle da hanseníase em nosso país.

Por fim, neste momento em que se inicia o Sistema Único de Saúde, estas reflexões traduzem que os fatores psicossociais estão intimamente relacionados aos fatores técnico-operacionais que por sua vez devem ser presididos por uma política de saúde que venha priorizar a qualidade e a hierarquização da assistência através de uma capacidade resolutiva consolidada na competência dos profissionais de saúde.

ABSTRACT - An evaluation was done looking for factors that interfered in the Leprosy Control Program at the Health Center of Tibery District, where it was already introduced a decentralized program for patients with the active disease. Of a total of 115 patients registered in that Center in a data bank and through medical files, there were 45% of absences in the control program in 1987 (52 patients). Some application forms were adopted in 24 visits (46% of the cases) to patients, and the remaining 28 cases were not found or refused to answer the questionnaire. It was analyzed the clinical forms, age, working situation, dermato-neurological and baciloscopic exams, use of regular medication, knowledge about the disease and the causes for the absence in the control program. Problems in the Leprosy Control Program are discussed taking into account psycho-social and technical factors that interfered with the Introduction of the program at the Health Centers as a routine activity.

Key words - Leprosy. Control Program. Uberlândia. Minas Gerais, Brazil.

REFERÊNCIAS

- CASTRO, I.M. & MELO, A. Teoria sobre a evolução Natural da Endemia Hansênica. **Bol. Div. Nac. Derm. Sanit.**, 36(1):4951, 1977. Integrado na Rede Básica é a solução. **RADIS**, tema 5, Ano I, ag:1-12, 1983.
- COHN, A. Formas de Insensibilidade. **Jornal Folha de São Paulo**, C-3, 11 de abril de 1989.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA FIOCRUZ Hanseníase. Atendimento
- GROSSI, M.A.F. Noções de Hansenologia. **In forme Técnico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais**. n.6, 1987.
- HERZIUCH, C. Salud e Malaide, <tese> Mimeo, 1969.
- UVORATO, F. et al. Aspectos Epidemiológicos da Hanseníase em Uberlândia, MG (1973-

- 1983). Rev. Ass.Med. Brasil, 33(516):109-117, 1987.
- 7 MAGALDI, C. Há recursos. Por que Fracassa o Controle da tuberculose? **Saúde em Debate**, 5:26-30, 1977.
- 8 MS/DNDS. **Hanseníase: Fenômeno Social do Estigma**. Módulo 1, 1987.
- 9 MS/DNS. **Portaria no 001/87**, 19p., 1987.
- 10 MS/SNPES/DNDS. **Relatório consolidado dos Encontros Macrorregionais de Avaliação de Desempenho/1987**. Brasília, 1988, 6p.
- 11 MS/DNDS/SNABS. Situação da Hanseníase no Brasil. **Boletim Nacional de Epidemiologia**. n.7, Brasília, 1988.
- 12 OLIVEIRA, E.L. et al. Grupoterapia com pacientes de Hanseníase. **Psicossomática**. 106-110, 1987.
- 13 OLIVEIRA, M.L.W. As Novas Instruções Normativas do Programa de Controle da Hanseníase. **Hansen. Int.**, **12(2)**:38-46, 1987.
- 14 QUADRA, A.A.F. **Viver é Resistir. A história Natural da Doença**. Edição Achiamé, Rio de Janeiro,1983.
- 15 ROTBERG, A. et al. Lepra x Hanseníase. **Ars. Durand'**, 58-69, 1983.
- 16 ROUILLON,A. Problemes poses par ('organization d'un traitement ambuiatoire efficace des maladesTuberculeucam. Motivation. **Bull. Un. Int Tuberc.**,**4772-87,1972**.