

INSTITUTO LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/SÁUDE PÚBLICA

DEUSINETE RAQUEL NOGUEIRA COSTA
ESTER SOUSA REIS
PAULA FERNANDA CUNHA REIS

PERFIL DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE HANSENÍASE EM
UM CENTRO DE SAUDE EM SÃO LUIS-MA

São Luís
2010

DEUSINETE RAQUEL NOGUEIRA COSTA
ESTER SOUSA REIS
PAULA FERNANDA CUNHA REIS

**PERFIL DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE HANSENÍASE
EM UM CENTRO DE SAÚDE EM SÃO LUIS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

São Luís
2010

Costa, Deusinete Raquel Nogueira

Perfil dos usuários cadastrados no Programa de Hanseníase em um Centro de Saúde em São Luís-MA. Deusinete Raquel Nogueira Costa; Ester Sousa Reis; Paula Fernanda Cunha Reis. - São Luís, 2010.

31f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2010.

1. Hanseníase. 2. Demográfico- perfil sócio econômico. 3. Formas Clínicas. 4. Tratamento-Tempo I. Título.

CDU 614

DEUSINETE RAQUEL NOGUEIRA COSTA
ESTER SOUSA REIS
PAULA FERNANDA CUNHA REIS

**PERFIL DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE HANSENÍASE EM
UM CENTRO DE SAÚDE EM SÃO LUIS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Saúde Pública.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-USP

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com variáveis quantitativas, realizado em um Centro de Saúde em São Luís-MA, localizado no Cohatrac, no período de março a junho de 2010, com 32 usuários cadastrados no programa de Hanseníase, teve como objetivo investigar alguns aspectos importantes referentes a este tipo de doença, como as condições sócio-econômicas, perfil demográfico, identificar as formas clínicas, descrever o tempo de tratamento. Observou-se que dos 32 pacientes cadastrados no programa, 37,5% com idade de até 20 anos; 68,7% são do sexo masculino. De acordo com a situação conjugal, a maioria dos portadores eram solteiros (37,5%). Em relação ao grau de escolaridade verificou-se que 50% dos portadores de hanseníase têm ensino fundamental incompleto. Quanto à renda, 81,3% recebiam um salário mínimo, 18,7% declararam não ter renda. Em relação a coleta de lixo regular, 87,5% tinham coleta de lixo e 12,5% jogavam o lixo em terreno baldio; 87,5% tinham casa de alvenaria. Foi observado que 43,7% moravam com seu esposo (a). A maioria dos questionados descobriu que era portador da hanseníase através de manchas na pele (43,7%). Quanto ao tempo de tratamento, percebeu-se que 18,8% dos pacientes estão entre 6 a 9 meses de tratamento; 81,2% de 12 a 18 meses. Em relação à variável classificação operacional os maiores valores encontrados foram para as lesões multibacilares(81,2%). No que diz respeito à forma clínica o maior percentual foi a Dimorfa 56,3%. Conclui-se que existe uma certa dificuldade e resistência dos pacientes para participarem dos programas de erradicação da doença.

Palavras chave: Hanseníase. Perfil sócio- econômico e demográfico. Formas clínicas. Tempo de tratamento.

ABSTRACT

This is a descriptive study with quantitative variables, performed in a health center in Sao Luis, Brazil, located in Cohatrac in the period from March to June 2010 with 32 users in the Leprosy Programme, aimed to investigate some important aspects regarding this type of disease, such as the socio-economic, demographic profile, identify the clinical forms, describe the treatment time. It was observed that the 32 patients enrolled in the program, 37.5% aged 20 years, 68.7% are male. According to marital status, most patients were single (37.5%). In relation to educational level showed that 50% of leprosy patients have completed primary school. Regarding income, 81.3% received a minimum wage, 18.7% reported having no income. Compared to regular garbage collection, 87.5% had garbage collection and 12.5% played rubbish in a vacant lot; 87.5% had a brick house. It was observed that 43.7% lived with her husband (a). Most of the respondents found that was a carrier of leprosy through skin patches (43.7%). Concerning the time of treatment, it was noted that 18.8% of patients are between 6 and 9 months of treatment, 81.2% from 12 to 18 months. Regarding the classification variable operating the highest values were found for multibacillary lesions (81.2%). With regard to the clinical form the highest percentage was 56.3% borderline. We conclude that there is some difficulty and resistance of patients to participate in programs to eradicate the disease.

Keywords: Hansen.Partner-economic and demographic profile. Clinical forms. Treatment time

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA	11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICES	23
ANEXOS.....	27

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto contagiosa de evolução lenta, que possui alta infectividade, baixa patogenicidade, que se manifesta, principalmente, por meio dos sinais dermatológicos (BRASIL, 2002)

No século XX, essa patologia recebeu o nome de hanseníase, em homenagem a Amauer Hansen, que descobriu a bactéria causadora da doença (BRASIL, 2002).

O Brasil ocupa o segundo lugar em números absolutos de casos de hanseníase, sendo o primeiro das Américas. Dentre os estados brasileiros, o Maranhão ocupa o primeiro lugar em número de casos. Diz ainda que “a alteração da sensibilidade é uma característica que diferencia as lesões de pele da hanseníase, das lesões provocadas por outras doenças dermatológicas” (BRASIL, 2001).

Historicamente em nosso país, a assistência à saúde desenvolveu-se pelo atendimento clínico e individual, relegando a plano secundário os fatores sociais. Inicialmente, uma das medidas propostas para controlar a hanseníase foi à implementação do isolamento dos doentes nos leprosários, recomendado na Conferência sobre a Lepra, realizada em 1897, e adotada em quase toda a Europa, como objetivo de evitar que os doentes com hanseníase transitassem livremente pela cidade (OPROMOLLA,2000;CUNHA,2002).

No Brasil a hanseníase passou a ter maior atenção do poder público e fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. Cabia ao governo acionar os mecanismos de controle e identificar os doentes na sociedade, com visitas a isolá-los (OPROMOLLA,2000;CUNHA,2002).

O homem ó único reservatório natural do bacilo vivo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Os portadores de formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão (BARROS, *et al.*, 2000).

A hanseníase é uma doença facilmente curável, se for detectada a tempo e o tratamento for realizado a risca, o paciente não terá seqüela, retornará em condições normais ao convívio de seus familiares, podendo desenvolver atividades que anteriormente realizava sem prejuízo, já se não for tomada a atitude correta e em tempo hábil ou diagnóstico precoce, provavelmente as seqüelas serão inevitáveis tornando com certeza a vida desses portadores, adicionada a frustração da cura e discriminação constante (BRASIL, 2002).

A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade. A transmissão se dá de uma pessoa não tratada para outra, por meio das vias respiratórias ou da pele (FIGUEIREDO, 2005).

A principal via de saída, bem como de entrada, no organismo humano são as vias aéreas superiores, mas é importante destacar que para que a transmissão aconteça há necessidade de contato direto com doente que não faz tratamento. O período de incubação é bastante longo, variando, na grande maioria dos casos, de dois a cinco anos em média, podendo ser de seis meses até 10 ou mais anos (ROBBINS, 2000; BRASIL, 2002).

A doença inicialmente manifesta-se através de lesões da pele: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, que apresentam perda de sensibilidade. Essas lesões ocorrem em qualquer região do corpo, mas com maior frequência, na face, nádegas, braços, pernas e costas, podendo acometer a mucosa nasal (BRASIL, 2002).

As formas de manifestações clínicas são quatro: Indeterminada(I), Tuberculóide(T), Dimorfa(D), Virchowiana(V). Essas formas clínicas são agrupadas de acordo com o número de lesões, para fins operacionais, em Paucibacilares (PB= I e T, até cinco lesões de pele), em multibacilares (MB= D e V, acima de cinco lesões de pele) (BRASIL,2001).

Na forma indeterminada as lesões podem desaparecer sem tratamento, caracteriza-se pela presença de manchas hipocrômicas que podem apresentar-se isolada e com alteração de sensibilidade e de tamanhos que variam entre 1 e 5 centímetros (PETRI,2003).

A hanseníase tuberculóide é a forma mais benigna da doença e acomete pessoas que possuem alta resistência ao bacilo, caracteriza-se por lesão em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, apresenta queda de pêlos (BRASIL, 2003).

Na forma dimorfa as lesões apresentam-se sobre a forma eritematosa ferruginosa, infiltradas, escamosas, sensibilidade alterada, já a forma virchowiana caracteriza-se pela infiltração progressiva da pele, mucosa das vias aéreas superiores, olhos, nervos, testículos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço (ROCHA E GOMES, 2004).

Os portadores da Hanseníase Virchowiana apresentam imunidade nula, ou seja, ocorre a multiplicação do bacilo levando a um quadro clínico mais grave (BRASIL, 2003).

Na face dos portadores da Hanseníase Virchowiana, podem-se notar infiltrações dando origem a face leonina, além disso, os pavilhões auriculares particularmente os lóbulos, apresentam-se infiltrados; usualmente pode ocorrer madarose, que é a ausência de pêlos na região ciliar por ação do bacilo no bulbo capilar.(AZULAY, *et al*, 1999)

Nas formas clínicas multibacilares o período de tratamento é de 12 a 18 meses. Nas formas paucibacilares o período de tratamento é de 6 a 9 meses (KAWAMOTO,*et al.*,2004).

A partir da década de 1920, ocorreu a adoção do modelo asilar, com a construção de asilos-colônias, cuja preocupação era abrigar, por meio da internação compulsória toda a população atingida pela hanseníase (MACIEL, *et al.*, 2003).

As condições individuais e socioeconômicas como estado nutricional, situação de higiene e, principalmente, as de moradia da população parecem influenciar a transmissão, o que dificulta o controle de endemia (QUEIROZ, M.S;PUNTEL,M.2000).

O Tratamento consiste no acompanhamento dos doentes por uma equipe multidisciplinar e visa à prevenção e o tratamento das incapacidades físicas, assim como a identificação e o monitoramento de intercorrências responsáveis pela doença. A alra medicamentosa constitui um dos grandes avanços em relação ao controle da doença, mas entendemos que as formas específicas de viver, consumir das famílias dos hansenianos, em controle dos serviços de saúde, são preenchidos por varias adversidades conjuntos das relações econômicas e sociais (SABROZA, *et al.*, 2006).

A assistência em hanseníase não se restringe ao tratamento medicamentoso, existem necessidades mais amplas que vão desde a busca do diagnóstico precoce, a investigação epidemiológica, a divulgação para a população em geral dos sinais e sintomas da doença, ao atendimento sistematizado da demanda espontânea por meio da cobertura máxima entre os serviços de saúde existentes (BRASIL, 2002).

Hoje, a hanseníase é totalmente curável e os esquemas de tratamento recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), adotados pelo Ministério da Saúde, são denominados poliquimioterapia (PQT). Constituída por uma associação de três medicamentos: Dapsona (DDS), Clofazimina (CFZ) e Rifampicina (RFM), a poliquimioterapia evita a resistência medicamentosa do bacilo. É administrada através de esquemas padronizados de acordo com a classificação do doente em paucibacilar ou multibacilar (BRASIL/MS, 2001).

A rifampicina, mais cara, é ainda mais potente que a dapsona. Os seus efeitos colaterais mais graves são a lesão hepática e sintomas semelhantes aos do resfriado. Outros antibióticos que podem ser administrados a pessoas com hanseníase incluem a clofazimina, a etionamida, a minociclina, a claritromicina e a ofloxacina. A antibioticoterapia deve ser mantida durante um longo tempo, pois a erradicação da bactéria é difícil. Dependendo da gravidade da infecção e da avaliação médica, o tratamento pode ser mantido por 6 meses a vários anos. Muitos indivíduos com hanseníase lepromatosa tomam dapsona durante a vida toda (BRASIL, 2002).

A Hanseníase é altamente incapacitante. Apenas o grupo indeterminado, na fase inicial e matricial de todas as outras manifestações, paucibacilares ou multibacilares, adequadamente tratado, não deixa nenhuma seqüela. O grau mínimo da seqüela é anestesia localizada. Os doentes paucibacilares têm acometimento neural mais intenso e assimétrico, e, portanto, maiores seqüelas neuromusculares. Os multibacilares têm acometimento neural menor e simétrico (VERONESI et al., 2004).

A principal prevenção consiste em diagnóstico precoce, tratamento poliquimioterápico adequado e tratamento das neurites com corticoterapia, principalmente durante os estados reacionais. É importante orientar o paciente para que realize o auto-exame diário e evite traumatismos, calos, ferimentos e queimaduras (FILGUEIRA et al., 2004).

A restrição física é apenas um dos aspectos da incapacidade e deficiência com que se defrontam os doentes com hanseníase; problemas emocionais, sociais e psicológicos são também muito importantes (DUERKSEN, 1997).

A doença de Hansen é considerada uma patologia que ainda hoje representa um grave problema de saúde pública do Brasil, sendo o Maranhão um estado endêmico em relação à doença (AQUINO, *et al.*, 2003)

A incidência de casos novos deve-se aos movimentos migratórios da zona rural para a zona urbana. Assim, a elevada densidade demográfica associada à falta de saneamento básico, baixa condição sócioeconômica e escassez de acesso à informação contribuem para a difusão da doença (ARAÚJO, 2003).

Esse tema surgiu da necessidade de conhecer com mais profundidade a concepção de grupos populacionais sobre os problemas de saúde que o afetam. No caso da hanseníase, destaca-se os produtos significados culturais e intensas reações sociais despertados pela doença, através dos tempos, nas mais diversas sociedades.

Dada a importância do tema, como uma estratégia de saúde pública, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil dos usuários cadastrados no programa bem como as causas e consequências da doença, pois a mesma reflete na situação socioeconômica e demográfica para o portador da hanseníase.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil dos usuários cadastrados e acompanhados no Programa de Hanseníase de um Centro de Saúde em São Luis-MA.

2.2 Especificos

- Conhecer o perfil socioeconômico demográfico e ambiental dos usuários cadastrados no Programa de Hanseníase.
- Identificar as formas clínicas da doença.
- Descrever o tempo de tratamento.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O tipo de estudo foi descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Dr. Salomão Fiquene, localizado Avenida Contorno Leste Oeste, s/n, no bairro do Cohatrac, São Luís do Maranhão, no período de março a junho de 2010, este posto saúde atua como estratégia da saúde família, em que encontramos profissionais como enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em higiene

dental (THD), auxiliar de consultório dental (ACD); existe 4 equipes de Saúde da Família praticamente todas as atividades em atenção básica são executadas por este posto de saúde (programas da saúde da família).

3.3 População

A população foi composta por 32 usuários totalizando 100% dos pacientes hansenianos que estavam sendo acompanhados no Programa.

3.4 Instrumento de Pesquisa

Foi elaborado, um questionário (APÊNDICE A) com perguntas diretas e fechadas, destacando-se os aspectos demográficos, sócioeconômicos, ambientais, identificação das formas clínicas e descrição do tempo de tratamento, o referido questionário buscou identificar o perfil dos hansenianos.

3.5 Coleta e Análises de Dados

Os dados foram coletados pelos autores; durante o período de março a junho de 2010, no turno matutino e vespertino, conforme autorização do Diretor do Centro de Saúde. A coleta foi feita por ocasião das consultas de retorno onde, houve aplicação do questionário, foi esclarecido o objetivo da pesquisa.

Os dados coletados foram compilados, posteriormente convertidos em tabelas pelo programa Epi-Info, versão 6.0.

3.6 Aspectos Éticos Legais

A pesquisa foi realizada após apresentação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) onde os participantes serão convidados a autorizarem mediante assinatura. A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 196/1996, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa que envolve seres humanos abordando alguns aspectos tais como: consentimento livre e informado aos participantes, destinação sócio humanitária da pesquisa, confidencialidade, privacidade e proteção da imagem dos participantes assim como liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa foram analisados e apresentados em tabelas, contendo a frequência e o percentual de todas as variáveis questionadas neste estudo, que foi realizado em um Centro de Saúde no Cohatrac.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual de 32 pacientes cadastrados no Programa de Hanseníase, em um Centro de Saúde, de acordo com as características sócio demográficas. São Luís-MA, 2010.

VARIAVÉIS	<i>f</i>	%
Faixa etária		
Até 20 anos	12	37,5
21 a 30 anos	04	12,5
31 a 40 anos	08	25,0
Acima de 41 anos	08	32,0
Total	32	100,0
Sexo		
Masculino	22	68,7
Feminino	10	31,3
Total	32	100,0
Grau de Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	16	50,0
Ensino fundamental completo	08	25,0
Ensino médio incompleto	06	18,7
Ensino médio completo	02	6,3
Total	32	100,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	12	37,5
Casado(a)	10	31,2
Estável	06	18,8
Separados	04	12,5
Total	32	100,0

Sobre a faixa etária dos questionados, registrou-se um percentual de 37,5% para até 20 anos, 12,5% entre 21 a 30 anos, 25% de 31 a 40 anos, 25% acima de 41 anos.

Segundo a Funasa (2002) a maioria da população adulta é resistente à hanseníase, mas as crianças são mais suscetíveis, geralmente adquirindo a doença quando há um paciente contaminante na família.

Em relação ao sexo, a tabela 1 mostra que entre os portadores de hanseníase questionados, 68,7% eram do sexo masculino e 31,3% do sexo feminino totalizando 32 indivíduos na população estudada.

Estes valores concordam com os estudos de Tonelli e Freire (2000) que relatam que os homens são mais afetados do que as mulheres na maioria dos focos da doença. Haja vista

que são os homens que mais se deslocam, por necessidades financeiras de seus lares; estando, portanto, mais suscetíveis a possíveis contaminações.

Em relação ao grau de escolaridade verificou-se que 50% dos portadores de hanseníase têm ensino fundamental incompleto, 25% ensino fundamental completo, ensino médio incompleto 18,7% e ensino médio completo 6,3%.

Segundo Rao et al (2001) estes dados demonstram que um alto índice de contaminação ocorre justamente em portadores de hanseníase com menor taxa de escolaridade; fato este compreensível levando-se em consideração que o indivíduo com grau educacional ascendente tem mais conscientização acerca de saúde, alimentação, regras básicas de higiene.

Na variável estado civil foram encontrados os maiores valores para portadores de hanseníase solteiros e casados respectivamente (37,5% e 31,2%) viviam em união consensual (18,8%) e separados com 12,5%. Percebeu-se que o maior percentual foi de solteiros.

Tabela 2- Distribuição numérica e percentual de 32 pacientes cadastrados no Programa de Hanseníase, de acordo com as características sócio econômica e ambiental. São Luís-MA, 2010.

VARIÁVEIS	f	%
Renda familiar		
Sem renda	06	18,7
1 salário	26	81,3
Total	32	100,0
Tipo de moradia		
Alvenaria	28	87,5
Taipa	04	12,5
Total	32	100,0
Coleta de lixo regular		
Sim	28	87,5
Lixo em terreno baldio	04	12,5
Total	32	100,0
Com quem mora		
Moram com seu esposo (a)	14	43,7
Moram com mãe	06	18,8
Moram com pai e mãe	08	25,0
Moram com outros	04	12,5
Total	32	100,0

Em relação à variável renda familiar, pode-se observar que 81,3% dos portadores da hanseníase recebiam 1 salário mínimo e 18,7% declararam não ter renda.

Verificou-se que 87,5% das residências são construídas são de alvenaria e 12,5% de taipa.

Segundo Aquino et al (2003), as condições individuais e sócio econômicas como estado nutricional, situação de higiene e, principalmente; as de moradia da população parecem influenciar a transmissão, o que dificulta o controle da endemia.

No que diz respeito à coleta de lixo regular; 87,5% tinham coleta de lixo regular e 12,5% jogavam o lixo em terreno baldio.

A pesquisa registrou 43,7% moram com seu esposo (a), 18,8% apenas com a mãe, 25% com pai e mãe; 12,5% com outros, percebendo-se que a maioria dos pacientes mora com seu esposo (a).

Segundo Petri (2003) a possibilidade de contaminação é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. No entanto, é necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência. Por isso é importante fazer exames dos familiares do doente de hanseníase.

Tabela 3- Distribuição numérica e percentual de 32 pacientes cadastrados no Programa de Hanseníase, como descobriu que era portador da Hanseníase. São Luís-MA, 2010.

VARIÁVEIS	f	%
Forma de descoberta da doença		
Mancha de pele	14	43,7
Dor neural	08	25,0
Coceira	04	12,5
Descamação	04	12,5
Ressecamento de pele	02	6,3
Total	32	100,0

Em relação à descoberta da hanseníase, verifica-se os maiores valores para: mancha de pele (43,7%), dor neural (25%), coceira (12,5%), descamação (12,5%) e ressecamento de pele (6,3%).

Conforme o Ministério da Saúde a predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples BRASIL (2002)

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso. BRASIL (2000)

Tabela 4- Distribuição numérica e percentual de 32 pacientes cadastrados no Programa de Hanseníase, segundo as variáveis, formas clínicas, classificação operacional, tempo de tratamento. São Luís, 2010.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Formas clínicas		
Indeterminada	02	6,2
Tuberculóide	04	12,5
Dimorfa	18	56,3
Virchowiana	08	25,0
Total	32	100,0
Classificação operacional		
Multibacilar	26	81,2
Paucibacilar	06	18,8
Total	32	100,0
Tempo de tratamento		
6 a 9 meses	06	18,8
12 a 18 meses	26	81,2
Total	32	100,0

Na tabela 4, observa-se que a forma Dimorfa é predominante com 56,3% seguida de Virchowiana com 25% dos casos. Quanto à classificação operacional, isso explica que há um maior número de casos multibacilares com 81,2%. Quanto ao tempo de tratamento, percebe-se que 18,8%, estão entre 6 a 9 meses de tratamento e 81,2% estão entre 12 a 18 meses.

De acordo com Goulart et al (2002) em seu estado observou mais uma vez um índice maior de multibacilares, comparado com o estudo e com o percentual do posto de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde os portadores de hanseníase foram diagnosticados obedecendo à classificação de Madri: Forma Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Virchowiana (V) e Dimorfa(D). Essas formas clínicas são agrupadas de acordo com o número de lesões, para fins operacionais, em Paucibacilares- PB- (Indeterminada e Tuberculóide, até cinco lesões de pele) e Multibacilares – MB- (Dimorfa e Virchowiana, acima de cinco lesões de pele). BRASIL (2001).

É interessante ressaltar que no presente estudo o alto índice da forma MB permanece como diagnóstico da doença, sabe-se que o diagnóstico precoce é de suma importância para interromper a transmissão da cadeia bacilífera evitando a polarização da doença para as formas mais incapacitantes.

Conforme o Ministério da Saúde a maioria dos portadores de hanseníase quando diagnosticados de formas multibacilares, serve de alerta para o serviço local, pois estas são consideradas as formas contagiantes da doença. BRASIL (2001)

4. CONCLUSÃO

A ocorrência da hanseníase foi maior no sexo masculino, a faixa etária de maior prevalência foi a de até 20 anos.

O grau de escolaridade onde foi verificado o maior índice foi entre os pacientes com ensino fundamental incompleto e o estado civil prevalente foi solteiro.

Quanto a renda familiar o maior contingente declarou receber 1 salário mínimo. A maioria das residências construídas são de alvenaria e menor percentual em taipa; a coleta de lixo é feita regularmente.

Em relação à variável com quem mora pode se observar que a maioria dos questionados moram com seu esposo (a).

A forma clínica dimorfa foi o maior percentual detectado; a forma operacional mais freqüente foi a multibacilar. Quanto ao tempo de tratamento, percebe-se que um percentual menor estão entre 6 a 9 meses de tratamento e a grande maioria entre 12 a 18 meses.

Há tempos a hanseníase é vista com preconceito e esta realidade ainda não mudou muito dos pacientes, por exemplo, relataram que a maior dificuldade de ir ao Posto de Saúde é o preconceito da própria comunidade, dificultando seu tratamento, pois às vezes precisam procurar outro Posto mais distante de sua residência.

Durante o estudo observou-se de perto o íntimo dessas pessoas, conheceu-se seus anseios, angústias, medo, dúvidas e sua fragilidade diante de uma doença que até então era bastante distante deles, só ouvindo das histórias da bíblia ou comerciais de televisão.

Percebeu-se que esses indivíduos necessitam de mais atenção, de uma palavra que esclareça suas dúvidas, aliviando seu sofrimento, visto que, não é mais um paciente que se atende e sim pessoas carentes de cuidados necessitando de melhora da sua auto-imagem.

A relevância desta pesquisa mostrou-se à medida que traz uma nova realidade do mundo dessas pessoas. É importante que a sociedade seja sensibilizada para esta problemática, como: atuar com essa clientela, para que o ambiente em que as pessoas com Hanseníase e seus familiares vivem, torne-se satisfatório, agradável, não ameaçador e promotor de crescimento individual e grupal.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D.M.C.; SANTOS, J.S.; COSTA, J.M.L. **Avaliação do programa de controle de Hanseníase em um município hiperendêmico do estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan/fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14911.pdf>. Acesso em: 3 de setembro de 2009.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. **Hanseníase no Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Hanseníase Tropical, São Paulo, v36, nº 3. 2003.

AZULAY, R.D.; AZULAY D.R. **Dermatologia.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanbara Koogan, 1999.

BARROS, R.P.C, OLIVEIRA, M.L.W.R. Detecção de anticorpos específicos para o antígeno glicolípide fenólico-1 do M.lepraem (anti PGL-1 IGM): aplicações e limitações Canais Brasileiros de Dermatologia, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Relatório de atividades da área técnica de dermatologia sanitária.** Brasília: Ministério de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Portaria nº 2182**, de 21 de novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CUNHA, AZS. **Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, nº2. Rio de Janeiro, 2002.

DUERKSEN, F. Princípios Gerais de Cirurgia Reparadora em Hanseníase. Bauru: Alm International; 1997. 21 p.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 4.ed. São Caetano do Sul: Yendes, 2005.

FILGUEIRA, NA. et al. **Condutas em Clínica Médica**. 3. ed. [S.l.]: Medsi, 2004. 426-430p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5.ed. Brasília:Funasa, 2002.

Goulart, I. M.B.;PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da Hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.35.2002.

MACIEL,L.R.; OLEIVEIRA,M.L.W.; GALLO,MEN.; DAMASCO, M.S.Memória e história da hanseníase no Brasil através de depoentes(1960-2000). Revista História Ciências e Saúde-Manguinhos, nº10. Rio de Janeiro, 2003.p.308-336.

OPROMOLLA, DVA. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr.Reynaldo Quagliato”; 2000.

ORNELAS, CP. O paciente excluído-história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: REVAN, 1997.

PETRI, Valéria. **Guias de Medicina, ambulatorial e hospitalar**. UNIFESP/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. Nestor Schor, 2003.

QUEIROZ, M.,S.;PUNTEL, M. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,2000.

RAO, P.S.S.; KARAT, A. B. A.; KARAT, S. Estudos Epidemiológicos no leprosário de Gudiyatham Taluk. II: Testes padrões da agregação familiar do hanseniano na área endêmica. Revisão de Hanseníase , n 40, 2001.

ROBBINS, S. L.[et al]. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6.ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

ROCHA, S.S.C.; GOMES, W.C. Incidência do grau I de incapacidade dos membros inferiores, provenientes da Hanseníase, entre os casos novos do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego durante o ano de 2003: Uma abordagem terapêutica ocupacional. 2004.f.84. Monografia (Curso de Terapia Ocupacional)- Faculdade Santa Terezinha, São Luís, 2004.

SABROZA, P.C.; TOLEDO, L.M.; OSANAI, C.H. **A organização do espaço e os processos endêmicos epidêmicos.** São Paulo: Hucitec; 2006. p.57-77.

TONELLI, E.; Freire, L.M.S. **Doenças Infecciosas na infância e adolescência.** 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p.724.

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** 2. ed. [S.l.]: Atheneu, 2004. 736-757 p.

APÊNDICES

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

APÊNDICE A- Questionário para coleta de dados

1. Idade? _____

2.Sexo?

() M () F

3.Grau de Escolaridade?

- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Médio Incompleto

4.Estado Civil?

- () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado
- () Mora Junto () Viúvo(a)

5. Renda mensal?

- () 1 salário mínimo
- () Menos de 1 salário mínimo
- () Mais de 1 salário mínimo

6. Tipo de moradia?

- () Tijolo () Taipa () Tijolo e Taipa
- () Palha () Madeira

7. Qual o destino do lixo?

- () Carro de lixo da prefeitura () Queimado

Terreno baldio

Outros

8. Com quem mora?

Pai e Mãe

Esposo(a)

Pai

Mãe

Outros

9. Como descobriu que era portador da hanseníase?

Mancha na pele

Coceira

Descamação

Ressecamento da pele

Dor neural

10. No diagnóstico qual foi a forma clínica detectada?

Indeterminada

Tuberculóide

Dimorfa

Virchowiana

11. Qual foi a classificação operacional?

Paucibacilares

Multibacilares

12. Quanto tempo você usou a medicação?

6 meses

18 meses

9 meses

12 meses

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm
End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194
e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.
End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.
Pesquisadoras: Ana Luisa Gomes Ares, Kátia Eline dos Reis Mendonça.

**PERFIL DOS USUÁRIOS CADASTRADOS NO PROGRAMA DE HANSENÍASE
EM UM CENTRO DE SAÚDE EM SÃO LUIS-MA**

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito dos pacientes com hanseníase. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sr ou Sra. que ajudarão a conhecer os pacientes sobre o referido assunto em São Luís/MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se o Sr. ou a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O Sr ou a Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, características da doença, tratamento, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do Sr ou Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, / /

Assinatura do pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Centro de Saúde Dr. Salomão Fiquene
Avenida Contorno Leste Oeste, s/n, -Cohatrac
São Luis/Ma

ANEXOS