

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

WALTER MAXWELL ABREU DE CARVALHO

**O AMBIENTE ARQUITETÔNICO COMO FATOR DE RISCO OCUPACIONAL: A
HANSENÍASE E O CASO DA UNIDAE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF)
“MÃE MARIA”**

São Luís
2011

WALTER MAXWELL ABREU DE CARVALHO

**O AMBIENTE ARQUITETÔNICO COMO FATOR DE RISCO OCUPACIONAL: A
HANSENÍASE E O CASO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF)
“MÃE MARIA”**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2011

Carvalho, Walter Maxwell Abreu de.

O ambiente arquitetônico como fator de risco ocupacional: a Hanseníase e o caso da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) "Mãe Maria". Walter Maxwell Abreu de Carvalho. - São Luís, 2011.

59 f.

Monografia (Pós-Graduação em Medicina do Trabalho) – Curso de Especialização em Medicina do Trabalho, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Risco ocupacional. 2. Unidade Básica de Saúde. 3. Hanseníase. 4. Profissionais de saúde. 5. Saúde pública. I. Título.

CDU 613.6:616-002.73

WALTER MAXWELL ABREU DE CARVALHO

**O AMBIENTE ARQUITETÔNICO COMO FATOR DE RISCO OCUPACIONAL: A
HANSENÍASE E O CASO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF)
“MÃE MARIA”**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-
Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título
de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

A Deus, eterna fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, por ter me concedido o privilégio de pleitear esta tão significativa carreira dos filhos de Esculápio, e de me despertar o envolvimento no combate milenar no sofrimento daqueles que são portadores de Hanseníase.

A minha esposa Alcina Paiva de Carvalho, que mesmo com todas as dificuldades físicas, não arredou um só momento de cobrar-me a necessidade de cumprir com o desenvolvimento da minha monografia.

Aos meus filhos, médicos-residentes, Walter Ivo e Carolina Del Mar, a descrição de uma moléstia estigmatizada que atinge a humanidade há milênios e que até o presente continua a fazer suas sequelas, como um motivo de atenção.

À minha filha Juliana de Cássia, pelo incentivo e carinho com que se postou para a continuidade de meus estudos.

À Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, minha orientadora, que no exercício de sua função, mostrou-se prestativa e atenciosa durante todo o Curso e por todos os momentos corretivos, despertando-me o espírito da pesquisa para superação da minha dificuldade acadêmica.

À minha prima e amiga Margareth Santos Fonseca, na ajuda para os momentos difíceis que passei, sempre me cobrindo de um “*vamos lá, você consegue!*” – meus sinceros agradecimentos.

À minha colega Dra. Gyselle Brito, pela atenção e incentivo.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração desse trabalho.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

Chico Xavier

RESUMO

Abordagem descritiva qualitativa sobre o ambiente arquitetônico como fator de risco ocupacional em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Itinga do Maranhão, levando-se em consideração a exposição de profissionais de saúde, uma vez que as edificações dos setores de atendimento à saúde não estão projetadas de acordo com as Normas Regulamentadoras. Lembra-se que esses profissionais estão em constante contato com novos casos de Hanseníase Multibacilar, considerada grave problema de saúde pública, ainda não solucionada de acordo com os protocolos ratificados e firmados pelo governo brasileiro frente à Organização Mundial de Saúde. Atenta-se para o alto grau endêmico ainda presente em partes do território nacional, enfocando-se a região oeste do Maranhão, com setores populacionais desprovidos de estrutura sócio-econômica básica, de baixa qualidade habitacional e modelo de vida ainda rudimentar. A detecção de quem pode ou não adquirir a doença continua a ser o grande empecilho nas pesquisas da Hanseníase, justificando-se a necessidade de formular medidas de proteção imunológica, dentre as quais as normativas para o uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais de atendimento em nível ambulatorial. Enfocam-se as deficiências do ambiente edificativo e o contato dos profissionais diante de aerossóis expelidos por estes disseminadores, num ambiente insalubre, contrário ao modelo preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em conformidade com as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde.

Palavras-chave: Risco ocupacional. Unidade Básica de Saúde. Hanseníase. Profissionais de saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

Qualitative descriptive approach on the architectural environment as a factor of occupational risk in a Basic Health Unit in the Family Itinga Maranhão, taking into account the exposure of health professionals, since the buildings in the sectors of health care are not designed according to the Regulatory Standards. Remember that these professionals are in constant contact with new multibacillary cases of leprosy, considered a serious public health problem, has not settled in accordance with the protocols signed and ratified by the Brazilian government against the World Health Organization. Calls attention to the high endemic still present in parts of the country, focusing on the west of Maranhão, with sectors of the population lacking basic socio-economic structure, low quality housing and way of life still rudimentary. The detection of whom may or may not acquire the disease remains the major impediment in research Leprosy, justifying the need to formulate measures of immune protection, among which the regulations for the use of personal protective equipment for care professionals in outpatients. We focus more on the deficiencies of the built environment and the contact of health professionals in aerosols expelled by these disseminators in an unhealthy environment, contrary to the model advocated by the Unified Health System (SUS) and in accordance with the Rules Regulating Safety and Health at Work health care establishments.

Key-words: Occupational risk. Basic Health Unit. Hanseníase. Health professionals. Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Representação ilustrativa do pátio externo e rol de entrada	34
Figura 2	- Representação ilustrativa da sala de espera	35
Figura 3	- Representação ilustrativa da recepção	36
Figura 4	- Representação ilustrativa da sala de imunização	37
Figura 5	- Representação ilustrativa da sala da Diretoria	38
Figura 6	- Representação ilustrativa da sala de enfermagem	39
Figura 7	- Representação ilustrativa da sala de curativo	40
Figura 8	Representação ilustrativa da sala do consultório odontológico ..	41
Figura 9	Representação ilustrativa da sala do Cartão do SUS	42
Figura 10	Representação ilustrativa da cozinha	43
Figura 11	Representação ilustrativa da farmácia	44
Figura 12	Representação ilustrativa do consultório médico	45
Figura 13	Representação ilustrativa dos corredores	46
Figura 14	Representação ilustrativa do depósito de resíduos	48

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 HANSENÍASE: DADOS HISTÓRICOS E ATUAL EPIDEMIOLOGIA	16
6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	27
7 A IMPORTÂNCIA DA EDIFICAÇÃO E A EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL AOS RISCOS BIOLÓGICOS	30
8 A DESCRIÇÃO DA EDIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA “MÃE MARIA”	33
9 A EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL AOS RISCOS BIOLÓGICOS NA UBSF “MÃE MARIA” EM RELACAO A HANSENIASE	48
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	58

1 INTRODUÇÃO

O trabalho tem um papel fundamental na vida humana, propiciando a inserção social dos sujeitos e concorrendo também para a formação de sua identidade, sendo, portanto, um dos principais fatores para a saúde e bem - estar do indivíduo, além de dá sentido à vida do homem moderno. A despeito disso, porém, a partir da forma onde e como este é executado, o mesmo pode causar danos ao organismo, sendo muitas vezes, responsável pelo adoecer, pela invalidez e até mesmo, pela morte do próprio indivíduo.

O fator edificativo do ambiente de trabalho deve ter como pressuposto regulamentos edificativos atentos às prerrogativas regulamentais a que se destina e que congregue uma relação salutar de edificação, homem e ambiente laboral, moldado conforme as leis; para que não coloque o cidadão laborativo em um local de risco mínimo agravante ao seu bem - estar e que não o exponha a quaisquer danos à saúde, seja de origem física, química e ou biológica.

As condições da prestação de serviços executados são importantes na relação entre saúde e trabalho, especialmente no que concerne ao ambiente laboral, que muitas vezes representa risco de se adquirir doenças, principalmente aos profissionais na área de atendimento à saúde e cuidados, interagindo com indivíduos acometidos das mais diversas patologias, expostos às doenças infectocontagiosas presentes no meio ambiente e no contato direto com portadores de agravos de alta infectividade, seja esta de baixa, média ou alta patogenicidade, envolvidos ainda em uma jornada de trabalho exaustiva, estressante e uma carga horária às vezes descomunal em um mesmo setor.

O homem não é peltado às exposições duradouras que se lhe apresenta, devendo-se proteger dos riscos e das mazelas a ele impostas. Caso contrário, estará susceptível a adquirir moléstias que venham agravar sua saúde, inabilitá-lo para o desempenho de sua atividade profissional e o mais agravante: levá-lo a deficiências físicas e até mesmo, a óbito.

Falando-se em riscos/moléstias endêmicas, discorre-se sobre a Hanseníase esclarecendo-se que a situação do Maranhão, conforme a Secretaria de Saúde do Estado, quanto à referida doença, o classifica como um dos estados da Federação com maiores índices da endemia. Em 2004, registrou-se 4.947 casos, destes 559

acometeram pessoas com menos de 15 anos, índice indicativo de alta endemicidade. No mesmo ano, o coeficiente de prevalência foi considerado alto e alarmante: 5,1/10 000 habitantes e, dos 217 municípios apenas dois não tinham notificado casos nos últimos cinco anos (MARANHÃO, 2004).

Duarte (2002 apud Silva, 2004) afirma que as altas taxas de detecção no ano de 1999 chamaram atenção para o fato do Maranhão, juntamente com o estado do Mato Grosso terem apresentado valores de taxa de detecção de Hanseníase excepcionalmente acima do que seria esperado para os estados enquadrados na região da Amazônia Legal e, apesar de os mesmos pertencerem à mesma região, apresentarem taxas observadas muito acima dos demais estados desta.

Em contrapartida, Vianna (1992 apud Silva, 2004) contradiz esta noção de se pertencer a uma determinada área tropical e, portanto, ser mais suscetível à enfermidade. Para este autor, a Hanseníase e outras moléstias endêmicas está diretamente associado à questão socioeconômica que assola os países do terceiro mundo. Desta feita, considerando-se o dano neurológico causado por esta moléstia, assim como suas seqüelas, deformidade e incapacidades para o desempenho de uma atividade laborativa, a Hanseníase constitui-se um grave problema de saúde pública no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

Admite-se que o enfoque para o risco de Hanseníase em um ambiente edificativo inadequado se fez, não para afastar outros agravos, mas, para chamar a atenção para o risco de infectividade e contagiosidade de uma moléstia milenar que assola a humanidade e que ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil, principalmente no Estado do Maranhão. Trata-se de um tema substancialmente discutido na literatura, entretanto parece haver uma lacuna no processo de educação em saúde para a população em geral e na formação dos novos profissionais.

Visando-se contribuir para o processo de melhoria da comunicação e repasse de informações acerca da Hanseníase, pretende-se averiguar a percepção que a população tem a respeito desta doença; averiguar o engajamento e o conhecimento técnico-científico dos profissionais que atuam na UBSF “Mãe Maria” - foco central deste estudo -, bem como sua exposição ao agravo durante a jornada prolongada de

trabalho e avaliar o local de trabalho/ambiente edificativo como fator de risco ocupacional, levando-se em consideração a questão endêmica que assola o Maranhão, em especial, a região de Itinga, localizada a oeste do estado, cujo índice de prevalência é um agravante exponencial, principalmente pela presença de portadores multibacilares.

Diga-se de passagem, que, dos doze novos casos do ano de 2010 atendidos na USF “Mãe Maria”, mais da metade foram de multibacilares. Presente então, se faz naquele espaço laborativo, o risco de contaminação pelo bacilo, cujo processo edificativo não adotou as Normas Regulamentadoras pertinentes para resguardar a saúde de seus trabalhadores: NR 2 , NR 9, NR 32 e no Trabalho de Contenção de Material Biológico do Ministério da Saúde, que descreve as especificações de estruturas físicas e operacionais para trabalhadores, usuários e do meio ambiente, necessitando, portanto, de uma reavaliação do modelo estrutural da Unidade em apreço ou nova edificação para atendimento de portadores de doenças crônicas, haja vista a existência de espaço geográfico para tal.

Desta forma, acentuam-se a relevância de desenvolver este estudo, tendo-se como respaldo o Ministério da Saúde, na medida em que visa esclarecer sobre os serviços oferecidos, tratamentos disponíveis, formas de contágio, prevenção, dentre outros. Considerando-se a UBS “Mãe Maria” como uma referência local em atendimento de saúde, vislumbra-se a necessidade de adequá-la às Normas Regulamentadoras de edificação, para dignificar o tratamento e a cura de enfermidades naquela região.

3 OBJETIVO

Descrever sobre o ambiente arquitetônico como fator de risco ocupacional, levando-se em consideração a exposição de profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) “Mãe Maria” do município de Itinga-MA.

4 METOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2000) trabalha com o “universo de significados, motivações, aspirações, crença, valores e atitudes, compreendendo dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas ou reduzidas à operacionalização de variáveis”.

Considera-se oportuno tecer algumas considerações sobre o município de Itinga do Maranhão esclarecendo que, com o advento da construção da Rodovia BR 010 (Belém-Brasília) no final da década de 50, surgiram na microrregião de Imperatriz – Ma várias localidades e povoados menores, entre eles o atual município de Itinga do Maranhão, mesorregião do oeste maranhense. Esse município foi criado no dia 10 de novembro de 1997, por desmembramento do município de Açailândia, também oriundo do município de Imperatriz. Seu nome se deve a presença do Rio Itinga, que separa os estados do Maranhão e Pará.

Com a criação de um posto fiscal naquela localidade, houve estímulo para seu crescimento populacional, com a construção de escola básica, de pequenos comércios varejistas e de uma igreja católica, seguida de outros cultos religiosos. Logo depois se instalou um pequeno atendimento hospitalar, o Hospital Cristo Rei, seguido da implantação de um setor ambulatorial de atendimento básico de saúde do extinto FSESP. Atualmente a população itiguense é servida por um Hospital Municipal para atendimento de clínicas básicas e de pequenos e médios procedimentos cirúrgicos, além de seis PSF's distribuídos na cidade e na zona rural para atender a demanda populacional do município, além de outros provenientes da zona fronteira do estado do Pará.

Distante 685 km da capital maranhense, tendo como limítrofes os municípios de Dom Elizeu – PA, de Açailândia, de Carutapera e de Bom Jardim – MA, ocupa uma área de 3.590 km², possuindo uma população de 26.125 habitantes (IBGE 2009) e PIB per capita de R\$ 3.492,00 (IBGE 2005). Sua densidade populacional se caracteriza por ondas de fluxo migratório e imigratório, tanto que o atual censo 2010 constatado uma população de menos de 25.000 habitantes em todo o município, devido principalmente ao fechamento de muitas empresas madeireiras até então existentes na periferia da zona urbana e a extinção dos empregos oferecidos, uma vez que a zona rural é caracterizada por produtores pecuários, a maioria não domiciliada no município, e de outra, maior, de lavradores de subsistência. A

principal fonte de renda do Município é o setor madeireiro e perdura a produção artesanal de móveis, cujo produto obtido (madeira) é explorado e beneficiado, boa parte, sem controle do órgão do meio ambiente.

Com o advento da causa ambientalista em nível internacional e nacional, o Governo Federal imprimiu uma maior vigilância para a questão extrativista desenfreada, fechando inúmeras serrarias clandestinas tipo “pica-paus”, e outras de maiores portes, tiveram suas instalações cerradas em decorrência do alto custo de beneficiamento da madeira, como é o caso da extinta LAMINITE, que empregava por volta de trezentos funcionários na fabricação de compensados, o que vem a colaborar com o decréscimo da população.

A cidade não possui serviço de esgoto, dando ênfase ao desenvolvimento de doenças infecto-contagiosas e parasitárias. As moradias periféricas são casebres com teto baixo, a maioria coberta por sarrafos e/ou telhas de amianto, ladeadas por tábuas aproveitadas, piso de chão batido ou cimentado, ambiente escuro e calorento, sem arejamento, onde convivem em média cinco pessoas. O destino dos dejetos são fossas cavadas à mão, separadas da habitação por distância mínima, ao ar livre, sem cobertura ou tampas para barrar a proliferação de vetores; tendo muitas vezes, poços tipo cacimba cavados manualmente, sem obedecer aos padrões de saneamento básico e o afastamento sanitário mínimo da fossa.

O município oferta, a custos módicos, para vários setores da zona urbana, água potável encanada proveniente de poços artesianos. A cobertura educacional é regular, ainda que não seja de qualidade e de quantidade condizentes com as exigências do Ministério da Educação e Cultura, e se estende até o segundo grau completo. A segurança pública é deficiente, resumindo-se a uma Delegacia de Polícia, uma viatura policial e um baixo contingente de policiais na zona urbana, o que da margem à marginalização e criminalidade. A cidade não possui indústrias e o maior empregador até o momento é o município, seguido do setor madeireiro, que tenta sobreviver à fiscalização cada vez mais coercitiva do IBAMA. O setor agropecuário pouco emprega e é um mero produtor de renda.

5 HANSENÍASE: DADOS HISTÓRICOS E ATUAL EPIDEMIOLOGIA

A história da Hanseníase se perde no tempo. Discussões empíricas sobre sua origem, fontes documentadas e relatos científicos compõem-se de um vasto arsenal para fonte de informação e pesquisa.

No reinado de Ramsés II, em 4300 a.C., após estudos de esqueletos mumificados, descobertos no Egito, direcionam para a incidência deste agravo. O papiro de Eberes faz menção a uma moléstia com “descoloração da pele, com dormência localizada nas lesões, podridão dos dedos, das mãos e dos pés e incapacidade motora terminal”. No livro “Nei Chig Wen”, cuja autoria é atribuída ao imperador chinês Huang Tin, traduzido em entre os anos de 2598 a 2698 a.C, aparece o termo “*lig feng*” para designar nos seus documentários a existência de uma paralisia grave que se avantajava com o correr dos tempos e se transformava em “nodulações, ulcerações, dormência, alterações da cor da pele e desabamento fétido das extremidades distais e do nariz”. Na Índia, Suhruta-Samhita, em 1600 a.C descreve: “mal com manifestações cutâneas, dormência, anestesia, formigamento, ulcerações e deformidades”. O livro de Vedas, em 1400 a.C, chama à atenção para um agravo à saúde que se manifestava por “lesões de pele, nódulos, deformidades das extremidades dos dedos e dos pés” (OPROMOLLA, 1981).

Para Opromolla (1981), há referências de que a hanseníase existia em muitos lugares da terra nesses tempos antigos, mas na verdade o que houve foram traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias, tornando-se oportuno esclarecer que:

[...] é difícil afirmar com certeza a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são peculiares se faça. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições de tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações.

Isto diz diretamente respeito à Hanseníase, com relação ao questionamento do provável território geográfico do seu aparecimento, se originária da África ou da Ásia? Uma única certeza: esta moléstia acompanha a humanidade desde os seus primórdios. Prima em informar o autor supracitado, que a *Hanseníase* era desconhecida na Europa na época de Hipócrates, dando por afirmação que, o Pai da Medicina, não fez nenhum relato documental da moléstia e, que é muito provável

que Alexandre, o Grande, que com suas tropas de conquistas que correram dois continentes, tenham trazido soldados contaminados para o continente europeu, disseminando assim, este agravo aonde não existia.

Na leitura bíblica, na Judéia, há a passagem de “*Jesus cura um leproso*” (Marcos 1.40-45) de uma afecção impura do corpo, que necessitava de purificação: [...] *Um leproso chegou perto de Jesus, ajoelhou-se e disse: - Senhor, eu sei que o Senhor pode me curar se quiser!* Jesus ficou com muita pena, tocou nele e disse: - *Sim, Eu quero. Você está curado!* No mesmo instante, a lepra desapareceu e ele ficou curado. Na Bíblia também, de muitos outros relatos, conta a história de um desses desafortunados da saúde portador da Hanseníase (BIBLÍA, 1999).

Na parábola “O Rico e Lázaro”, este último possuía o corpo todo coberto de chagas, vivendo das sobras dos banquetes do referido nobre daquele tempo e, molesto, só tinha como bens um cão fiel e amigo a lambe-lhe as feridas pustulentas e fétidas. Acabou Lázaro virando Santo, canonizado pela Igreja Católica e hoje, em muito dos terreiros afro-brasileiros, este Santo recebe pedidos de cura para as doenças da pele e, quando concedidas as graças, o curado fica obrigado a fazer um grande banquete para os cães do terreiro e das redondezas (MEDCURSO, 2006).

Existem escritos sobre a lepra na Bíblia que descreve a maneira que os conhecimentos da época se faziam permitir, as formas de condutas da sociedade em relação à doença: “Todo homem atingido de lepra terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta; encobrirá a barba e clamará: Impuro! Impuro! Impuro!. Enquanto durar seu mal ele será impuro. É impuro; habitará só e sua habitação será fora do acampamento” (BIBLÍA, 1999).

Por longo tempo, mais precisamente entre a Antiguidade até a Idade Média, os enfermos eram oficialmente assistidos por sacerdotes das ordens religiosas ou ainda, por leigos praticantes de uma espécie de medicina tida como popular realizada nos mercados, nos arredores dos templos ou outros locais escolhidos pelo povo para assistir a extração de um dente ou mesmo uma amputação de um membro gangrenado. Tais procedimentos eram tidos como espetáculos diante de uma enorme plateia.

A Lei de Strasbourg, no século XV exigia que um médico, um cirurgião e dois barbeiros deveriam utilizar testes de urina e de sangue nos portadores de lesões de pele. De maneira esdrúxula, depositavam sal em um recipiente e nele adicionava-se

o sangue do suspeito portador; se esse se descompusesse, o paciente não estava infectado. Outro teste era se juntar gotas de sangue em um recipiente com vinagre e se houvesse formação de bolhas era firmado o diagnóstico da doença como positivo. Pelo visto, não portadores de Hanseníase foram afastados do convívio social e familiar por absurdo erro, e baseado no Concílio de Lyon, isolava o indivíduo da população sadia, uma vez que perdurava o conceito de que esses pobres coitados eram desprovidos do amor de Cristo, e aquele, baseado na falta de tratamento curativo; com gestos de piedade e simpatia, determinava o encaminhamento do provável portador para os asilos. Em contra partida, grande parte da população acreditava que o próprio Cristo morrera com o mal, e muitos populosos lavavam os pés dos enfermos e abraçavam seus corpos contaminados para obterem graça contra as moléstias existentes na época (DAHW, 2009).

Quanto às Américas, não há nenhum documento comprobatório da presença da hanseníase entre os ameríndios, antes da chegada dos colonizadores europeus. É firmado que, franceses, espanhóis e portugueses, foram os introdutores do agravo no Novo Mundo, e, interroga-se se o tráfico de escravos africanos e chineses, na América do Norte, foi papel exponencial de infectividade e disseminação da doença. Com relação aos escravos africanos no Brasil, Maurano (1994) esclarece:

[...] não é afirmativo que a introdução da hanseníase tenha sido feita por estes, pois nenhum senhor colonial compraria um serviçal com lesões de pele que pusesse em risco sua família e seus outros escravos e que estes, no máximo, teriam sim contribuído para a disseminação e expansão da doença depois de infectados.

No Brasil, por volta do ano de 1600, foram notificados casos, mais precisamente na cidade do Rio de Janeiro, onde foi criado o primeiro lazareto das Américas. Daí, para o Estado de Pernambuco, centro da indústria açucareira, avançando para Paraíba e Alagoas, Ceará, Maranhão e Amazonas, com a ocupação de suas terras. Os bandeirantes paulistas adentraram em busca de pedras preciosas para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás, carregando consigo a moléstia. Foi de São Paulo também que se disseminou a doença para os Estados do Sul. No século XX, em função do seu progressivo alastramento e pelo fato da dificuldade de controle da doença em grande parte das regiões brasileiras, pela baixa condição de vida da população e também pelo atraso da avaliação médica, a situação do agravo foi considerada crítica (SANTOS; MESSIAS., 2003).

Em 1904, passou a vigorar o Regulamento Sanitário da União que determinava que a moléstia não somente passava a ser considerada uma doença de notificação compulsória, mas fazia com que os doentes ficassem sob o domínio do poder público, o qual acionando mecanismos de controle buscou a identificação dos doentes, a fim de isolá-los (GOMIDE, 1991). O referido autor também afirma que:

Muito usualmente as pessoas acometidas por esta moléstia são vítimas de estigmatizações das mais variadas, sendo o agravo interpretado como uma violação às normas de conduta associada à impureza, fraqueza de caráter, promiscuidade; compreendida como um processo de remissão dos pecados, castigo pelo qual se passaria à purificação; culturalmente tida como um perigo aos sãos, noção distorcida de alta contagiosidade; geradora de deformidades, mutilações, etc.

Por sua vez, Goffman (1988, p.11) define estigma segundo a análise histórica e de acordo com o contexto sociocultural, ao acrescentar que:

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava [...] Na era cristã dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo, o primeiro deles referia-se a sinais corporais de forma divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão religiosa, se referia a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que a sua evidência corporal.

Ainda sobre estigma no contexto da Hanseníase, Queiroz (1997, p.101) postula:

[...] refere-se ao descrédito, à desqualificação e à marginalização social em consequência das deformidades físicas do paciente. Uma vez que o indivíduo é estereotipado com tal rótulo social, que significa a posição de uma marca que, de certo modo, o reduz a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído à condição humana, restaria a ele duas possibilidades: ou adequar-se ao papel marginal a ele designado ou tentar *encobrir* as marcas que caracterizam o estereótipo estigmatizante.

Na compreensão de Gomide (1991) superar a estigmatização sofrida é um processo complexo. Implica que o indivíduo se defronte com suas crenças, reelabore valores e mobilize mecanismos que lhe permitam compreender seu adoecer, passando, após o impacto de um diagnóstico indesejável, do lugar de “paciente” para “agente de sua saúde”. Nesta árdua tarefa, cabe a aplicação da educação em saúde.

Causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen esta doença se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, atingindo principalmente a pele e os nervos periféricos e os seus ramos sensitivos cutâneos, daí a perda da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa na epiderme lesionada, sendo o mais agravante os acometimentos das terminações nervosas e dos troncos nervosos que levam a incapacidades físicas deformantes, passando a se tratar de um problema de saúde pública dos mais graves, acometendo os indivíduos em sua fase mais laborativa (GOMIDE, 1991). De acordo com o Ministério da Saúde, a Hanseníase é definida como:

[...] doença infectocontagiosa crônica, de elevado poder de infectividade, porém de baixo poder de patogenicidade, isto é, poucos indivíduos infectados adoecem, pois a manifestação da doença depende da relação parasita/hospedeiro e à resposta imunológica do organismo, sabendo-se que a maioria das pessoas apresenta imunidade contra o bacilo e somente de 5 a 10% dos expostos adoecem (BRASIL, 2001, p 17).

Explica-se ainda, que o homem é considerado a única fonte de infecção e a contaminação se efetua por contato direto e prolongado com pessoa infectada e não tratada de uma das formas contagiantes da doença, pela eliminação do bacilo através dos aerossóis expelidos pelo portador e conseqüente entrada através das vias aéreas superiores do homem sadio. Existe também a possibilidade de eliminação do bacilo através de lesões de pele, e da penetração desses bacilos através da epiderme, quando esta não se apresenta íntegra, com solução de continuidade (BRASIL, 2001, p 17).

Afirma Santos (2003), que a moléstia possui várias nomenclaturas no País, dentre elas: morféia e lepra. Entre estas denominações, a que causa impacto mais negativo é o termo “lepra”, segregando e estigmatizando os indivíduos com a doença, o que fez com que a partir da década de 70, a enfermidade passasse a ser denominada “Hanseníase”, em homenagem ao médico que isolou pela primeira vez o agente da doença, o norueguês Gerard Armauer Hansen, notável pesquisador que identificou o bacilo em 1873. Acrescenta também que o diagnóstico precoce é simples, “baseando-se nos sinais clínicos e nos sintomas característicos da doença, com visão direta das lesões ou áreas da pele com alteração de sensibilidade, assim como o comprometimento e espessamento dos troncos nervosos periféricos”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil continua sendo o segundo país em número de casos de portadores de Hanseníase no mundo, só

sendo superado pela Índia. No ano de 1999, o governo brasileiro ratificou um compromisso junto àquela entidade internacional de erradicar a doença como problema de saúde pública até o ano de 2005, o que significava reduzir a um índice de menos de um portador para cada 10.000 habitantes, ou seja, reduzir por volta de 20% da prevalência da doença anualmente no território nacional. Necessário se faz afirmar, de acordo com os registros de notificação compulsória, que tal meta não foi alcançada. Novo protocolo de intenção foi ratificado para o ano de 2010 (PONTE; XIMENES NETO., 2005).

Existem atualmente no Brasil aproximadamente, 80 mil doentes registrados e em tratamento e a cada ano cerca de 40 mil novos casos são notificados, com uma taxa de detecção de 2.47 por 10 mil habitantes, o que faz o Brasil aparecer na estatística mundial como portador de uma endemia ainda não solucionada e sem previsão de erradicação proposta pela OMS (PONTE; XIMENES NETO., 2005).

Quadro 1 - Situação da Hanseníase por região da OMS no início do ano de 2004 (com exceção da Europa).

Região da OMS	Prevalência registrada no início de 2004 (por 10.000 habitantes)	Casos detectados em 2003 (por 10.000 habitantes)
África	51.233 (0,8)	47.006 (7,2)
Américas	86.652 (1,0)	54.435 (6,2)
Sudeste Asiático	304.296 (2,0)	405.147 (26,3)
Mediterrâneo Oriental	5.780 (0,1)	3.940 (0,8)
Pacífico Ocidental	10.449 (0,1)	6.190 (0,4)

Fonte: Fonte: MEDCURSO. **Programa para residência médica: dermatologia.** 2006. p. 20.

Quadro 2 - Países que ainda não tinham alcançado a meta de eliminação no ano de 2004.

País	Número de casos registrados no início de 2004 (Coeficiente/10.000)	Número de casos detectados durante o ano de 2003 (Coeficiente/10.000)
Angola	3, 776 (2,8)	2.933 (22,1)
Brasil	79, 908 (4,6)	49, 206 (28,6)
República Central Africana	0, 952 (2,6)	0, 542 (14,7)
República Democrática do Congo	6, 891 (1,3)	7, 165 (13,5)
Índia	265, 781(2,4)	367, 143 (34,0)
Madagascar	5, 514 (3,4)	5, 104 (31,1)
Moçambique	6, 810 (3,4)	5, 907 (29,4)
Nepal	7, 549 (3,1)	8, 046 (32,9)
República Unida da Tanzânia	5, 240 (1,6)	5, 279 (15,4)

Fonte: Fonte: MEDCURSO. **Programa para residência médica: dermatologia**. 2006. p. 20.

No momento atual, o território nacional apresenta uma grande variação da presença deste agravo nos seus estados, cuja taxa faz um mostruário de 0,4 a 17 casos por dez mil habitantes, com maior prevalência para as regiões norte, nordeste e centro-oeste, e menores taxas na região sul, onde alguns estados (Santa Catarina e Rio Grande do Sul) já alcançaram índice de eliminação do agravo (MEDCURSO, 2006).

Esta triste realidade também se faz presente no município de Itinga do Maranhão, com atenção especial a UBSF “Mãe Maria”, localizado no bairro da Vila Emanoela, cuja cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) encontra-se em torno de 4 mil habitantes. Somente no findar do ano de 2010 foram feitas 12 notificações de casos novos, cujo método de descoberta se concentrou na detecção passiva voluntária, sem busca ativa sistemática de doentes pela equipe de saúde, o que vem a demonstrar alto índice de prevalência. A despeito disso, verifica-se que

anualmente surgem mais de quarenta mil novos casos no Brasil, tendo entre estes, doentes portadores de deformidades irreversíveis.

O Ministério da Saúde esclarece que a Hanseníase pode ser classificada de acordo com a quantidade de bacilos que o organismo apresenta. “É dita Paucibacilar (PB) quando se apresenta menos de cinco lesões e ou apenas um tronco nervoso afetado e Multibacilar (MB) quando se apresenta cinco ou mais lesões e ou mais de um tronco nervoso atingido”. Destas duas formas, apenas a multibacilar é contagiosa, sendo que iniciado o tratamento, em poucos dias o indivíduo deixa de transmitir a doença (BRASIL, 2002).

De acordo com as manifestações clínicas ocasionadas em decorrência da quantidade de bacilos e em função do grau de imunidade do indivíduo, existem quatro formas de Hanseníase: “indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa (estas duas últimas são as formas contagiosas multibacilares)”. A partir da forma indeterminada e dependente do sistema imunológico da pessoa, devido à baixa carga bacilar, alguns podem até curar-se espontaneamente, e ou em casos de baixa resistência ao bacilo, esta forma pode evoluir para as demais formas de manifestações clínicas (BRASIL, 2002).

Segundo a OMS é considerado endêmico o país “com taxa de prevalência de um ou mais doentes para cada 10.000 habitantes”. Desde o final da década de 40, com a descoberta da dapsona, a cura da Hanseníase tornou-se possível; porém, com a recomendação de 1982 da OMS quanto à adoção da Poliquimioterapia (PQT) é que esta realidade se tornou presente, pois este tratamento é simples, eficaz, economicamente viável e bem aceita pelos pacientes. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a Poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS), passando a disponibilizá-lo gratuitamente nos postos de saúde através do acompanhamento ambulatorial prestado aos usuários (BRASIL, 2003).

A PQT destrói o bacilo, inviabilizando-o, incapacitando-o de infectar outras pessoas, pondo fim à corrente epidemiológica do agravo em curto tempo de uso conjunto das drogas rifampicina, dapsona e clofazimina, prevenindo as incapacidades e deformidades físicas que poderiam se apresentar e curando o indivíduo. O tratamento integral empregado em cada caso compreende o tratamento poliquimioterápico específico, com ações voltadas ao acompanhamento do paciente, medidas preventivas de controle dos contatos intradomiciliares, orientações para prevenção de novos casos e as complicações decorrentes do não tratamento,

dispositivos fisioterápicos para prevenir ou minimizar as incapacidades físicas se existentes, supressão dos surtos reacionais e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde afirma que o tratamento é estabelecido de acordo com a classificação da forma clínica, ou seja:

[...] se Paucibacilar (formas indeterminada e tuberculóide), faz-se a utilização de uma combinação de rifampicina e dapsona, acondicionados em uma cartela para administração mensal (de 28 em 28 dias), sendo a primeira dose de rifampicina de 600mg (duas cápsulas de 300mg) e uma cápsula de dapsona de 100mg supervisionadas no momento da entrega no ambulatório, e uma dose diária de dapsona de 100mg auto-administrada diariamente no domicílio, com duração de tratamento de seis a nove meses. Os multibacilares (virchowianos e dimorfos) receberão uma combinação de três fármacos: rifampicina, dapsona e clofazimina, sendo 600mg de rifampicina (duas cápsulas de 300mg), 300mg de clofazimina (três cápsulas de 100mg) supervisionadas no momento da entrega no ambulatório e dose diária de 50mg de clofazimina e 100mg de dapsona auto-administrada em ambiente domiciliar diariamente, com duração de 12 a 18 meses. Para crianças as doses devem ser ajustadas de acordo com a idade e o peso. Atualmente o esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) é recomendado apenas para unidades de referência e não é administrado às gestantes e menores de cinco anos. Existem ainda tratamentos alternativos, onde são substituídos alguns medicamentos por outros equivalentes, nos casos em que há contraindicação ou intolerância aos medicamentos propostos na PQT, ou ainda em casos nos quais os pacientes tenham alguma enfermidade que contra-indique a PQT (BRASIL, 2003).

Apesar dos avanços científicos que viabilizaram a existência da poliquimioterapia, capazes de curar a Hanseníase, permanecem ainda o desajuste sócio-cultural oriundo e mantido pelo desconhecimento, preconceito e estigma. Pontua-se, contudo que não é apenas o desconhecimento da doença que acarreta os estereótipos a eles associados, mas toda uma herança acumulada ao longo de sua existência. Com muita propriedade, Miranda (1999) enfatiza que o processo histórico da Hanseníase no mundo é reflexo de situações sócio-políticas e sócio-econômicas. Nesse sentido, afirma-se que a cura do referido mal compreende também:

A desmistificação de credices; melhoria de condições higiênico-sanitárias; o acesso da população as benesses do desenvolvimento em relação a fatores como educação, saúde, moradia, alimentação e outros; ações educativas na área de saúde preconizando o entendimento e aplicabilidade dos informes prestados no dia-a-dia das comunidades; elaboração, execução e monitoramento de políticas públicas capazes de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.

Oportunamente, o Ministério da Saúde discorre sobre a educação em saúde, considerando-a como:

[...] uma prática transformadora deve ser inerente a todas as ações de controle da Hanseníase, desenvolvidas pelas equipes de saúde e usuários, incluindo familiares, e nas relações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população. O processo educativo nas ações de controle da Hanseníase deve contar com a participação do paciente ou de seus representantes, dos familiares e da comunidade, nas decisões que lhe digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento de incapacidades físicas, no combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social (BRASIL, 2002).

Conforme discorre o Ministério da Saúde, o processo educativo deveria ser contínuo, desde o momento inicial, no qual o paciente busca uma unidade de saúde, e, neste ambiente, o mesmo seria informado, orientado e esclarecido sobre a patologia apresentada, sendo valorizados seus conhecimentos e crenças; entretanto, o que muito freqüentemente se observa é uma dinâmica onde não cabe, por falta de tempo e técnicos suficientes, esta interação com o paciente (BRASIL, 2002). Outro viés que fortalece a necessidade de se aplicar a educação em saúde refere-se às habilidades desenvolvidas no paciente quanto às técnicas e autocuidados, que são “ações cujos objetivos de se evitar o surgimento de complicações associadas à patologia, desta forma pode-se contribuir para que possíveis problemas sejam detectados ou solucionados precocemente”.

Silva (2004, p.26) é bem claro ao definir que num sistema de saúde baseado na participação de todos - profissionais de saúde, doentes e seus familiares, população em geral e algumas instituições - a prática educativa é parte integrante da própria ação de saúde. Nessa perspectiva, um diálogo a se estabelecer entre setor de saúde e a comunidade poderá conduzir a uma melhor compreensão e divulgação de conhecimentos técnicos disponíveis, das opiniões e fantasias que as pessoas têm sobre a doença e das situações de vida que estão contribuindo para o aumento do número de doentes na área de influência da Unidade de Saúde. Com essa compreensão é categórico ao afirmar que:

Educação em saúde é uma prática centrada, portanto, o paciente, seus contatos e a comunidade em geral, além de envolver sobremaneira os profissionais da saúde, esperam-se destes que estejam aptos a atender seus pacientes, além de saberem como proteger-se de possíveis exposições a contágio na comunidade e no ambiente laboral, atentando para a prática de normas regulamentadoras de edificação e salubridade do ambiente e do uso de EPI's para o bom desempenho de suas funções profissionais (SILVA, 2004, p.26).

Desta forma, percebe-se o quão importante se torna o sistema de comunicação e repasse de informações sobre saúde, englobando fatores que perpassam aspectos subjetivos do indivíduo, as crenças e tradições de uma comunidade, valores sócio-culturais, étnicos, religiosos, econômicos, enfim, é a partir de uma visão holística que o homem passa a ser compreendido no processo que busca, sobretudo, qualidade de vida.

Reconhecendo-se o dano neurológico causado pela doença, assim como suas seqüelas e incapacidades, a Hanseníase se constitui um sério problema de saúde no Brasil e em vários países do mundo. Atualmente é uma enfermidade tratada ambulatorialmente, que dispensa a internação asilar; a terapia medicamentosa empregada tem se mostrado eficiente se corretamente administrada e seguida; as deformidades e mutilações de outrora são preveníveis. No entanto, o entendimento que a população parece ter em relação à doença é arraigado às noções vinculadas à lepra descrita nos tempos bíblicos.

Considera-se enquanto peculiaridade da hanseníase o conceito secular que foi culturalmente repassado, no qual se associa a doença ao pecado, ao impuro, ao sujo, às feridas, às partes do corpo que apodrecem e caem e ao isolamento do indivíduo. Somente compreendendo as significações assumidas ao longo da história da humanidade é possível assimilar a intrincada conjuntura de tabus, aversão, medo, credices, estigmas, preconceitos, valores éticos e morais que permeiam o saber e as ações/reações sociais e individuais. Sobre as representações sociais Miranda (1999, p. 37) pontua:

[...] entendo as representações sociais como algo em movimento constante e dinâmico que produz e determina comportamentos, definem a natureza dos estímulos e o significado das respostas e tem a função de elaborar comportamentos e permear a comunicação entre indivíduos, sendo esta considerada como modalidade de conhecimento particular que dá orientação ao indivíduo e à sociedade.

O hanseniano tem tanto medo de sua condição e da discriminação social que, freqüentemente, ao receber o diagnóstico, busca esconder sua enfermidade, negá-la, evadir-se do tratamento. Tal postura pode ter como conseqüências: o agravamento do quadro clínico diagnosticado, já que a doença pode evoluir para formas graves com a ruptura das ações preventivas e terapêuticas, pois quando se evita ou há descontinuidade do tratamento, pode se transmitir a doença para outras pessoas, em se tratando de uma das formas contagiosas (multibacilares), com a

intensificação do sofrimento psíquico, a vivência de prováveis desarranjos familiares e profissionais e o esquivamento social (MIRANDA, 1999, p. 37).

Em um estudo realizado por Queiroz (1997, p. 114), sobre a perspectiva multidisciplinar de assistência, sugere como alternativa, minimizar os efeitos prejudiciais destas condutas, lembrando que a precariedade do serviço de acompanhamento sócio-psicológico “conduz a um envolvimento precário com o tratamento e pouca preocupação com os aspectos informativos e educativos, tanto por parte do paciente como do serviço de saúde”. Ainda enfocando esta questão, Claro (1995), em uma pesquisa sobre representação da doença, observou: “Um tema que também se mostrou relevante no material obtido foi à maneira como são percebidas pelos pacientes as atividades informativas e educativas realizadas pelos profissionais de saúde”.

6 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, o aumento das taxas de expectativa de vida da população concorreu para que um dos principais focos de atenção às ações de saúde pública sejam as doenças crônicas, motivando também, as alterações nas práticas de saúde, especialmente no que concerne à relação entre os profissionais e os clientes. A fim de que haja uma maior interação entre os profissionais e o cliente se torna *mister* que sejam construídos pelos profissionais “[...] saberes capazes de organizar práticas ampliadas de cuidados às doenças crônicas [...]” (LIRA, 2004).

O Ministério da Saúde afirma que uma das estratégias foi a criação do Programa Saúde da Família – PSF, que surge com o objetivo de substituir o antigo modelo de atenção à saúde, “reorganizando a prática em novas bases, fazendo com que a qualidade do atendimento em saúde pública tome novas proporções, influenciando o controle das doenças crônicas, entre elas, a Hanseníase” (BRASIL, 2002).

Cada equipe do referido programa é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde, além de agentes de saúde bucal em várias comunidades. As equipes fazem o atendimento preventivo de doenças e emergencial, no caso de alguém não poder se deslocar até um posto de saúde ou hospital. Capitaneado pelo Ministério da Saúde, o programa tem também, contrapartida dos governos estaduais e municipais.

Verifica-se, portanto a importância das equipes do PSF no que concerne à atenção à saúde, especialmente no que diz respeito ao tratamento das doenças crônicas.

Atentando-se para os pressupostos de Jacobs (1996) acerca das doenças crônicas, verifica-se a existência de diferentes nomenclaturas para tais doenças como: enfermidade crônica, doença prolongada e condições crônicas.

Doenças crônicas são também caracterizadas como desvios dos parâmetros de normalidade deixando seqüelas no paciente, fazendo com que as pessoas acometidas necessitem de treinamento específico a fim de que sejam reabilitadas, sendo necessária também, supervisão, observação e cuidado, o que pode acontecer, algumas vezes, em um longo período, o que concorre para que segundo Jacobs (1996), algumas adaptações psicológicas sejam desenvolvidas pelo paciente.

▪ **O Programa Saúde da Família no Estado do Maranhão**

Consolidado o Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Saúde da Família constitui-se uma estratégia que vem promovendo a reorientação do modelo assistencial, visando à garantia de oferta de serviços à população brasileira, fortalecendo assim, os princípios de acesso universal, integralidade e equidade. De acordo com o relatório divulgado pelo Ministério da Saúde, o Maranhão tem o sexto maior número de pessoas atendidas pelo Programa Saúde da Família (PSF). A abrangência do programa em todo território maranhense, chega a 75,5% da população, superando os estados de Santa Catarina e Ceará (BRASIL, 2008).

Esse número representa 4,8 milhões de pessoas e para atender tanta gente, o PSF no Maranhão conta com o quinto maior número de equipes do PSF em todo o País por número de habitantes, perfazendo um total de 1619 postos, superando Minas Gerais, São Paulo, Bahia e Pernambuco. De acordo com o MS, o PSF atua ainda em 214 dos 217 dos municípios maranhenses. Iniciado no Maranhão, mais precisamente em São Luís em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), continuou evoluindo e no ano de 2010, está presente em quase 100% de todo o Estado, com proporção de cobertura populacional de 78.11% (BRASIL, 2008).

Urge dizer que se necessita de um melhor estudo qualitativo desta cobertura e da apreciação técnica específica dos profissionais envolvidos. Torna-se oportuno concordar com Jacobs (1996) quando ele diz que “a adaptação psicológica é um

processo contínuo que vai se modificando com o decorrer do tempo onde inicialmente se inclui a adaptação ao sistema de saúde e aos profissionais que nele atuam. Esclarece também que as adaptações sociológicas englobam:

Os serviços de saúde, a comunicação e o relacionamento entre o usuário e o profissional também sofrem alterações com o decorrer do tempo, passando por três fases distintas. Uma delas é a confiança no profissional de saúde, na qual existe uma esperança de cura ou de que este fará o melhor que puder para o seu paciente; após esta fase pode ocorrer à desconfiança e raiva por ausência de envolvimento percebida por ele; por fim, uma confiança resguardada, isto é, quando se confia em alguns profissionais e em outros não.

Considerando a importância que os profissionais de saúde têm para com os usuários do PSF no que tange ao acompanhamento da Hanseníase, questiona-se qual a influência que estes possuem em relação à qualidade do atendimento da equipe do Programa Saúde da Família, no que se refere ao tratamento e no controle desta patologia.

7 A IMPORTÂNCIA DA EDIFICAÇÃO E A EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL AOS RISCOS BIOLÓGICOS

Um ambiente de atendimento de saúde adequado é de extrema importância no tratamento e cura das enfermidades, razão pela qual se destaca neste trabalho a arquitetura da UBSF “Mãe Maria”, em Itinga do Maranhão. Para tanto, considera-se a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Assistência à Saúde – NR 32 como ponto esclarecedor neste assunto:

32.1. Do objetivo e campo de aplicação.

32.1.1. Esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

32.1.2. Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

32.2. Dos riscos biológicos.

32.2.1. Para fins de aplicação desta NR, considera-se risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

32.2.2.1 O PPRA, além do previsto na Norma Regulamentadora – NR 9, na fase de reconhecimento, deve conter:

I. Identificação dos riscos biológicos mais prováveis, em função da localização geográfica e da característica do serviço de saúde e seus setores, considerando:

- a) fontes de exposição e reservatórios;
- b) vias de transmissão e de entrada;
- c) transmissibilidade, patogenicidade e virulência do agente;
- d) persistência do agente biológico no ambiente;
- e) estudos epidemiológicos ou dados estatísticos;

II. Avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando:

- a) a finalidade e descrição do local de trabalho;
- b) a organização e os procedimentos de trabalho;
- c) a possibilidade de exposição;
- d) a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho;
- e) as medidas preventivas aplicáveis e seu acompanhamento.

A Norma Regulamentadora – NR 2 (Inspeção Prévia) diz:

2.1. Todo estabelecimento novo, antes de iniciar suas atividades, deverá solicitar aprovação de suas instalações ao órgão regional do Ministério do Trabalho (MTb).

2.2. O órgão regional do MTb, após realizar a inspeção prévia, emitirá o Certificado de Aprovação de Instalações – CAI (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, passa-se a considerar as questões espaciais e funcionais da edificação como elementos importantes, os quais contribuem não apenas para aperfeiçoar as deficiências detectadas, e como contexto primordial, diminuir ou eliminar a presença do agravo no ambiente laborativo, chamando a atenção para

possíveis modificações estruturais no ambiente laborativo e ou construção de área apropriada para doenças crônicas infecto-contagiosas.

Por risco biológico entende-se “a possibilidade de exposição do indivíduo a determinado evento que o faz entrar em contato com agentes biológicos que possam agravar a saúde”, razão porque medidas de proteção necessitam ser adotadas com base no resultado da avaliação do ambiente laboral e de seus riscos, prevista no Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA). Esses agentes biológicos são “os microrganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas e os príons” que os classifica em classe de risco 1, classe de risco 2, classe de risco 3 e classe de risco 4 (ATLAS, 2008, p.496). O mesmo autor ainda observa:

[...] baixo risco individual para o trabalhador e para a coletividade, com baixa probabilidade de vir a causar doença ao ser humano – risco 1; na classe de risco 2 este risco é moderado para o trabalhador, havendo também baixa probabilidade de disseminação coletiva. Os agentes biológicos desta classe, referenciado aqui o *Mycobacterium leprae*, por seu alto poder de infectividade, podem causar doenças ao homem são, havendo, entretanto, medidas eficazes de tratamento e profilaxia. Na classe 3, se verifica elevado risco individual para o trabalhador, havendo ainda possibilidade e probabilidade de disseminação coletiva. Os agentes desta classe podem causar doenças e infecções graves ao indivíduo, doenças estas onde nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento. Na classe de risco 4 há um risco elevado para o trabalhador, com probabilidade de disseminação elevada para a coletividade. Para tais agravos à saúde inexistem no presente momento formas eficazes de profilaxia ou tratamento.

Observa-se com esse mesmo contexto, a classificação contida no Anexo II da NR 32, abaixo com o demonstrativo de seus efeitos:

Quadro 3 - Demonstrativo da classificação do Anexo II da NR 32.

CLASSE DE RISCO	RISCO INDIVIDUAL	RISCO DE PROPAGAÇÃO À COLETIVIDADE	PROFILAXIA OU TRATAMENTO EFICAZ
1	Baixo	Baixo	-
2	Moderado	Baixo	Existem
3	Elevado	Moderado	Nem sempre existem
4	Elevado	Elevado	Atualmente não existem

Fonte: BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005.

Segundo o Ministério da Saúde, a Resolução do Diretório Colegiado (RDC) 50/2002, postulou uma série de critérios e recomendações para a edificação de um estabelecimento de saúde. No projeto destas Unidades “será obedecido o planejamento de sua arquitetura, suas instalações, estruturas e fundações, elaborado com preceitos técnicos que deve vir ao encontro de suas finalidades”. No que concerne a construção de um estabelecimento de saúde, há um determinante de avaliação técnico-profissional que inclui documentação referente ao Projeto Básico de Arquitetura (PBA), no qual conste a representação gráfica e um relatório técnico. As normas para o Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) definem a programação físico-funcional, as atribuições da organização técnica do trabalho a ser desenvolvida, bem como a metodologia a ser adotada, selecionando as atividades a que se propõe, de acordo com as peculiaridades locais. Apresentam-se outras atribuições, destacando-se:

Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia – atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância epidemiológica e de atendimento da comunidade e pacientes externos de forma programada e contínua (BRASIL, 2002).

Para os projetos de construção, a RDC 50/2002 formaliza os critérios a serem obedecidos:

[...] circulação externa e interna – os acessos, estacionamentos, circulações horizontais (corredores e portas) e verticais (escadas, rampas e elevadores); Condições ambientais de conforto e qualidade do ar, ambiente luminoso a partir de fonte natural e acústica adequada; *Instalações prediais ordinárias e especiais – hidrosanitárias; elétricas; fluídos mecânicos; consumo de oxigênio; ar comprimido; vácuo e óxido nitroso e instalação de climatização; *Condições de segurança no controle de incêndio (BRASIL, 2002).

Estes critérios estão determinados por Lei Federal com a finalidade de “equilibrar o atendimento e o funcionamento do setor laboral, visando à proteção e o bem estar do profissional que naquele setor presta seu serviço e da comunidade a ser atendida”. A detecção dos riscos biológicos potenciais à saúde do trabalhador se faz a partir da identificação do agravo, no ambiente laboral, onde este está exposto, observando-se *in loco* os fatores ou situações agravantes potenciais à saúde e as possibilidades destes danos ocorrerem.

8 A DESCRIÇÃO DA EDIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA “MÃE MARIA”

A Unidade Básica de Saúde “Mãe Maria” fica localizada na Avenida Nicanor Gonçalves, Vila Emmanoela, Itinga – MA. No que diz respeito à documentação de edificação: plana gráfica; projeto de engenharia; avaliação e relatório técnico e outros itens requeridos por Lei de Construção e de Biossegurança, após diversas tentativas de buscas nos arquivos do setor competente da Administração Municipal, não foram encontrados, possivelmente foram extraviados, o que abrigou o autor a rascunhar um organograma da edificação para fins de apresentação deste trabalho.

A arquitetura da Unidade de Saúde “Mãe Maria” se constitui num importante instrumento de avaliação, razão pela qual se torna relevante a percepção do espaço físico a partir da visão de seus usuários. Bins Ely et al (2006, p.2) afirmam que:

O processo de recuperação dos pacientes pode ser acelerado quando o espaço de saúde, além de evitar o stress ambiental, proporciona bem-estar e atende às suas necessidades psicossociais. [...] quanto melhor planejados forem os locais de trabalho do corpo médico e de enfermagem, maiores facilidades esses profissionais terão para realizar suas tarefas, implicando em um menor tempo gasto nas mesmas e aumentando a sua disponibilidade para dedicação aos pacientes. Assim sendo, considera-se fundamental o planejamento da edificação e o local onde serão prestados atendimentos de saúde aos usuários, havendo inclusive uma relação entre a execução dos serviços e o ambiente de trabalho.

▪ Pátio externo

O pátio externo da Unidade “Mãe Maria” foi construído de chão cimentado rústico para servir como área de estacionamento, com aproximadamente 190 metros quadrados, com lateral murada à esquerda e lateral direita de livre acesso ao pátio da igreja católica, apresentando-se com boas condições de uso.

▪ Entrada

Servida por porta de madeira de quatro platibandas, vazadas, que dá acesso à clientela para marcação de consultas semanais de clínicas médicas básicas, dos serviços de odontologia e imunizações, sempre às segundas-feiras no horário matutino, além de acesso à prestação de serviços básicos essenciais como:

curativos, aplicação de medicações injetáveis marcação de consultas, informações e outros procedimentos. Possui também um acesso lateral direito constituído por um portão de ferro tipo grade, de acesso exclusivo aos funcionários para o interior do prédio, cujo trajeto para o ambiente laborativo se faz através da Cozinha e da Sala do cartão do SUS.

Figura 1 – Representação ilustrativa do pátio externo e rol de entrada.



- **Sala de espera**

Possui aproximadamente 24 metros quadrados, com paredes laváveis de tinta oleosa, piso de cerâmica lisa, sem contornos arredondados adjacentes às paredes, rodapés em ângulo de noventa graus e teto forrado de material plástico branco, tipo PVC, a uma altura de 2.40cm do piso. O ambiente é desprovido de ventiladores de teto, cujo objetivo seria o de circular o ar para o meio externo. Este setor tem acesso direto à Sala de Imunização, Diretoria, Recepção e a dois corredores laterais, onde se amontoam matinalmente os usuários no início da semana.

No seu interior, observa-se um banco de alvenaria recoberto de cerâmica à direita da sala, com 1.20m, largura de 0.40m x 0.40m de altura, e dois bancos de madeira corrida de diferentes tamanhos, que acomodam no máximo quinze pessoas sentadas, obrigando os demais usuários a se postarem de pé para o atendimento. A

luz é proveniente, além do ambiente externo, de um dispositivo de iluminação centrado composto por duas lâmpadas fluorescentes. Em todo ambiente da edificação os cantos são retangulares de 90 graus, sem obediência aos contornos exigidos em Lei. Não há nenhum banheiro de uso dos usuários para que possam fazer suas necessidades fisiológicas, tendo que usarem um banheiro localizado no fundo da edificação, sem individualidade, contendo apenas uma pia, um vaso e um porta-papel de parede, não havendo porta-toalhas, toalhas e corrimão de apoio ou outros benefícios exigidos por Lei para portadores de deficiências físicas.

Figura 2 – Representação ilustrativa da Sala de Espera (pacientes a espera da consulta).



▪ Recepção

Com aproximadamente 7.0m², exposta ao ambiente externo com porta lateral à direita da entrada da Sala de Espera, de 0.60m x 2.10m, que dá acesso ao arquivo e a ela própria. Possui um balcão fronteiro de alvenaria de 1.0m de altura e 0.30m de largura, recoberto por cerâmica; tendo 1.80m de comprimento frontal por 0.80m de altura. Suas laterais, incluindo a porta de acesso, são de 4.0m de comprimento.

O arquivo está instalado em um armário de madeira com dispositivos horizontais: dá guarda as planilhas e pastas de prontuários, além de documentos pertinentes aos usuários. Não há nenhum dispositivo de anteparo para proteção, tipo vidraçaria, em sua frente à recepção, sendo a circulação do ar presente contínua a

sala de espera. Seu interior possui uma pequena mesa e uma cadeira de madeira. A circulação do ar ambiente é contínua a sala de espera.

Figura 3 – Representação ilustrativa da Recepção.



▪ Sala de imunização

Localizada à esquerda da Sala de Espera com superfície de 18.0m², com porta de entrada de 2.10m x 0.80m e contínua à recepção. Paredes, piso e iluminação, idênticos ao da Sala de Espera. Em seu interior possui um balcão em ângulo de 90°C, de alvenaria coberta por cerâmica, fronteiro ao pátio externo e lateral ao corredor externo, servindo para depósito de seringas plásticas de diversos tamanhos; bolas de algodão imersas em álcool, acondicionados em vasilhame plástico, além de outros utensílios de uso desta dependência, como cadernetas de vacinação, fichas, dentre outros.

O ar-condicionado do ambiente interno encontra-se inativado devido a problema de ordem eletrotécnica, sendo substituído por um ventilador rotativo de pé, no presente momento. Esta dependência possui no seu interior uma mesa, com tampo de fórmica, duas cadeiras de ferro com assentos esmaltados, uma geladeira tipo domiciliar adaptada com termômetro externo na tampa, que serve para estoque de vacinas. Não há armário em sua dependência para guarida dos materiais,

servindo o balcão já referido para esta finalidade. Seu interior apresenta também uma pia de parede comum, para limpeza das mãos e na parede uma saboneteira de material plástico. Não há porta-toalhas e usa-se toalha de tecido, tipo algodão, de uso contínuo para as diversas atividades. Abaixo do balcão um coletor plástico de 100 litros, sem tampa, que serve de depósito para os materiais usados, sendo o destino destes acomodados no pátio externo e recolhidos no máximo três vezes por semana pela limpeza pública. Não há banheiro interno no recinto.

Figura 4 – Representação ilustrativa da Sala de Imunização.



- **Diretoria**

Continua à sala de espera e idêntica a sala de imunização, com porta aberta o tempo todo nas atividades laborativas. Apresenta uma pequena mesa de fórmica e duas cadeiras com as mesmas especificações já descritas. Nota-se uma balança antropométrica destinada à pesagem e medição da altura dos pacientes. Não existe ventilação de ar-condicionado nem ventiladores. Possui janelas basculantes retangulares laterais, quase sempre entreabertas, sem dispositivos externos de proteção contra vetores.

Figura 5 – Representação ilustrativa da Sala da Direção.



▪ Sala de Enfermagem

Superfície de 18.0m², lateral à recepção, em frente ao corredor interno direito da entrada do prédio, com modelo da parede, teto e piso similares aos anteriores. Porta em frente ao corredor da mesma especificação das anteriores, fechadas durante as atividades laborativas. Possui duas janelas basculantes em sua parede lateral ao corredor externo, idênticas às descritas anteriormente, para acesso à ventilação externa, porém fechadas, além de uma mesa e duas cadeiras de modelos já referidos, um armário esmaltado, uma cama ginecológica para colheita de exame preventivo de Papanicolau e exame obstétrico.

O lençol que a recobre é único para todas as pacientes e usuários. Possui um balcão contínuo a parede do corredor lateral esquerdo externo, de alvenaria, recoberto por cerâmica de 3.0m de comprimento por 0.50m de largura, onde são depositados os utensílios para exames, vasilhames plásticos, caixas de luvas, de espéculos e materiais descartáveis para uso no serviço do atendimento e, contínuo a este, uma pia de aço inoxidável. Possui também uma pia comum de parede para limpeza das mãos, um porta-sabonete e um porta-toalhas contínuo à parede da sala de curativo. A Enfermeira-padrão é a responsável pela distribuição da medicação e

da dose supervisionada do tratamento da poliquimioterapia - PQT aos hansenianos, da terapêutica dos portadores de Tb, além do atendimento do pré-natal, da imunização e das notificações de casos novos de doenças crônicas. Também não há neste ambiente banheiro interno.

Figura 6 – Representação ilustrativa da Sala de Enfermagem.



- **Sala de curativo**

No mesmo modelo das anteriores. A porta, quando não há atividade laborativa, fica quase sempre aberta ou encostada. Possui um balcão interno do mesmo modelo dos anteriores e para as mesmas finalidades já descritas, sendo localizada sobre ele uma pequena estufa elétrica para esterilização dos materiais usados. A cobertura da mesa esmaltada existente no ambiente é com o mesmo dispositivo de tecido para todos os usuários. Tem ainda uma mesa tipo escrivaninha e duas cadeiras esmaltadas. As janelas basculantes estão quase sempre entreabertas sem dispositivo de proteção contra insetos e roedores. Apresenta também uma pia de parede comum para limpeza das atividades laborativas, servindo também, para o uso da auxiliar de enfermagem, e acima, um porta-toalhas com as mesmas características mencionadas.

Figura 7 – Representação ilustrativa da Sala de Curativo.



▪ Consultório odontológico

Condição de similaridade, das mesmas metragens e superfícies dos outros setores. É um dos únicos compartimentos setoriais, juntamente com a sala de enfermagem com ambiente de trabalho com portas cerradas, só abertas para a entrada dos dentistas e dos usuários. Possui ar condicionado interno. Possui uma mesa e duas cadeiras comuns esmaltadas; uma cadeira odontológica elétrica completa, fotopolimerizador, amalgamador, estufa elétrica, um mocho para o profissional, materiais para diversos procedimentos dentários, um armário esmaltado com vidraçaria, um balcão de alvenaria azulejado com duas bacias inoxidáveis, uma estufa elétrica de pequeno porte, além de vários utensílios inoxidáveis e de plásticos para os fins que se destinam.

Também possui um pia de parede comum com utilidade individual para a limpeza das mãos e um porta-toalhas sem uso, uma vez que, dito pelo profissional do setor, o procedimento é feito com uso de papel-toalha. Ao lado da cadeira de procedimento e adjunto ao mocho, encontra-se uma lixeira com pedal, esmaltada, para depósito de guardanapos usados e outros materiais usados nos procedimentos. Embaixo do balcão há uma lixeira maior, sem tampa, para outros

materiais usados. Ao fundo do consultório tem um escovódromo com cuba inoxidável e porta-sabonete. Não há banheiro interno nesta dependência.

Figura 8 – Representação ilustrativa do Consultório Odontológico.



- **Sala do Cartão do SUS**

No corredor à direita, adaptado após a construção, segundo informações colhidas, separado da cozinha por parede, porta de 2.10m por 0.80m de largura. Possui um pequeno balcão de alvenaria recoberto de cerâmica para deliberação de formulários preenchidos para a referida carteira. Embaixo deste, na horizontalidade, prateleira de tábua de madeira para guarda dos formulários, e ao lado, vasilhame plástico sem tampa, para papéis usados e sem serventia. O ar ambiente é o mesmo de toda a edificação.

Figura 9 – Representação ilustrativa da Sala do Cartão do SUS.



▪ Cozinha

Com uma única porta de entrada para o corredor externo à direita, por onde circula todo o ar proveniente do meio interno, além de outra porta que dá acesso direto ao cartão do SUS, quase sempre aberta. Possui um balcão com pia de mármore para limpeza de copos e pratos, ou outros utensílios usados nesta dependência. Colheres, facas, talheres, panelas, vasilhames copos, pratos, etc. não possuem armário ou dispositivo de proteção contra vetores, sendo estes acondicionados em bandeja de plástico tipo secadora, ao ar livre, não havendo materiais descartáveis, além de servir também os usuários da Unidade.

Sobre a pia, ao lado, encontra-se um bebedouro comum de cerâmica, de dois compartimentos, com filtros internos e um pequeno fogão de duas “chamas”, que serve para o preparo de cafés, chás e, às vezes, merendas para os funcionários. O botijão de gás fica embaixo do balcão, a uma distância de aproximadamente, meio metro da fonte de combustão, com risco de explosão por vazamento e incêndio.

Figura 10 – Representação ilustrativa da Cozinha.



▪ Farmácia

Com uma única porta de entrada, idêntica as demais, com parede ao fundo sem basculante para iluminação ambiente e desprovida de circulação de ar para o meio externo. Possui um pequeno balcão de madeira para entrega dos medicamentos, uma cadeira, um armário esmaltado com diversas prateleiras e outro armário esmaltado menor, de três prateleiras horizontais ao fundo do compartimento para guarda dos fármacos a serem distribuídos. Com muita convicção, o Ministério da Saúde se pronuncia:

Estocar e administrar um almoxarifado de medicamentos não é como se estocar alimentos – apesar da importância das duas atividades para a saúde humana. O alimento estragado, na maioria das vezes, é facilmente identificável. No caso dos medicamentos a realidade é outra: se eles têm o seu estado normal alterados, tornam-se inativos ou nocivos à saúde e, o que é pior, pode causar danos graves à saúde (BRASIL, 2000, p.5).

Os espaços onde são guardados e acondicionados os medicamentos devem ser adequados, com iluminação e aeração condizentes com a sua finalidade, bem como sua temperatura interna adequada, evitando-se assim o desperdício e a deteriorização destes. Afirma-se então, que a estocagem de medicamentos deve ser feita de forma adequada e bastante cuidadosa, sendo que a área usada para esse

fim deve ter manutenção constante, limpeza e condições adequadas de operabilidade para que os medicamentos conservem o seu poder farmacológico, devendo destinar-se somente a esse propósito, oferecendo condições para o referido setor que possam possibilitar possíveis modificações quando estas se tornarem necessárias, complementa o Ministério da Saúde.

Figura 11 – Representação ilustrativa da Farmácia.



▪ Consultório médico

Sua metragem é sinédoque às outras dependências maiores. Localiza-se adjunto à farmácia e à esquerda da entrada da edificação. Quando da atividade laborativa, sua porta permanece fechada. Em seu interior observa-se um balcão recoberto por cerâmica, que serve de depósito para blocos, receituários, prontuários, folhas de atestado médico, fichas para encaminhamentos, dentre outros. Este balcão ocupa quase que a totalidade da extensão da parede lateral ao corredor externo, dando lugar ao fundo a uma pia de parede e, por sobre ela, uma saboneteira e um porta-toalhas. Possui uma mesa de ferro esmaltada para anotações e prescrições ao paciente após o exame físico-clínico. É provido de ar-condicionado interno fincado na parede do fundo da sala, direcionando todo o ar refrigerado para o dorso do usuário e face anterior do profissional, de maneira que

os aerossóis expelidos pelos contaminantes se propaguem, quando da entrevista diretamente para o entrevistador e depois circulem no ambiente interno da sala.

A iluminação interna se faz por duas luminárias providas cada uma de duas lâmpadas fluorescentes, além da proveniente do meio externo, por meio de três basculantes móveis, também sem proteção externa contra vetores. Há duas lixeiras de plástico idênticas, com pedais para destino de materiais usados, uma ao lado da mesa e outra ao lado da cama de exame físico, sendo esta, de ferro, esmaltada, coberta por um único lençol para todas as clínicas aferidas, assim como a toalha de tecido de uso médico.

O material do exame médico dispostos no consultório médico e de enfermagem: tensiômetro, estetoscópio, termômetro, fita métrica, utensílios para avaliação da epiderme com suspeita do agravamento do *Mycobacterium leprae* é de propriedade do médico e da enfermeira-padrão treinada, assim como a Tabela de Snellen e o porta - utensílios para detecção diagnóstica da Hanseníase.

É a única dependência da unidade que possui banheiro interno, azulejado a uma altura de 1.50m, com um vaso sanitário com tampa, uma pia esmaltada de parede, um porta-toalhas e ralo sifonado de piso. Todos os trabalhadores da Unidade o usam nos momentos de suas necessidades fisiológicas, isto quando não ocupado pelo médico, no exame clínico dos pacientes.

Figura 12 – Representação ilustrativa do Consultório Médico.



- **Corredores**

Em número de três, de única continuidade, sendo dois laterais direito e esquerdo, que percorrem a recepção nas suas lateralidades e em seu fundo dois bancos de alvenarias coberto por cerâmica, desenhando um “U” aproximado, com a concavidade voltada para a saída do prédio, onde se postam os usuários para o atendimento médico, odontológico, de enfermagem, de curativos e de pequenos procedimentos. Na parte central de sua convexidade existe um banheiro azulejado na altura de 1.50m, para ambos os sexos, portando um vaso sanitário, uma pia e um porta-papel de parede.

Figura 13 – Representação ilustrativa do corredor externo direito.



- **Resíduos**

Não há fora da dependência da edificação, local apropriado para deposição de resíduos provenientes das atividades laborativas e da higiene das dependências. Estes são depositados, às vezes ensacados, no fundo do corredor externo à esquerda, até que a coleta pública faça o recolhimento. Diz a NR 32 em 32.5.8: “Em todos os serviços de saúde deve existir local apropriado para o armazenamento externo dos resíduos, até que sejam recolhidos pelo sistema de coleta externa” (BRASIL, 2005).

Existe ainda na parte posterior da edificação um terreno sem serventia, todo murado, de aproximados 150 metros quadrados, onde se encontram três outras pequenas edificações: uma pequena lavanderia com uma pia de duas bacias marmorizadas, com duas torneiras de plástico; uma pequena dependência para material danificado serve para deposição dos resíduos, com porta tipo grade de ferro, aberta ao meio ambiente, sem controle para vetores e roedores, além de uma dependência para o compressor odontológico. Desta feita, chama-se a atenção para a questão da necessidade de limpeza, higiene e destino dos resíduos, em razão de que entre todas as atividades desenvolvidas em uma unidade de atendimento de saúde, “a limpeza deve se constituir o núcleo de todas as ações, devendo-se a primazia desta como primeira etapa nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização” (NATI, 2010).

Figura 14 – Representação ilustrativa do Depósito de Resíduos.



9 A EXPOSIÇÃO PROFISSIONAL AOS RISCOS BIOLÓGICOS NA UBSF “MÃE MARIA” EM RELAÇÃO À HANSENIASE

O caráter edificativo da UBSF “Mãe Maria” não oferece condições de múltiplos atendimentos aos usuários que a ela recorrem, levando-se em consideração um aglomerado de clínicas básicas, onde estão expostos profissionais da área de saúde, mães, gestantes, crianças e a comunidade em geral.

Ficou evidente que a edificação não foi construída obedecendo aos critérios da RDC 50/2002, classificada no anexo da NR 32. Foi edificada de modo grosseiro, sem esboço de um projeto de edificação, sem organograma pré-estabelecido, desprovida da apreciação técnica legal, sem avaliação e respaldo de um projeto de engenharia especializada e da aferição de biossegurança, sem permissão das normas de segurança vigentes e sem a inspeção prévia e aprovação do Ministério do Trabalho, provavelmente pela diminuição de custos ou inexistência de recursos para os diversos tipos de edificações públicas, prementes na administração nacional, cuja ausência destas normas, estaria sujeita a interdição e embargo.

A caracterização do fato acima exposto se deve à evasão de documentação comprobatória que se possa redimir desta afirmação, não tendo qualquer indício que indiquem a natureza a que se destina a referida construção, de acordo com as normas de segurança a riscos biológicos para profissionais e usuários de um setor de atendimento de saúde, constantes na NR 32. Pelo exposto, observa-se um ambiente interno com inadequadas condições de atendimento, insalubre para o fim a que foi proposto, sem circulação de ar no ambiente de trabalho, expondo os profissionais e todos os presentes à infectividades e contagiosidades das mais diversas doenças, em especial ao *Mycobacterium leprae*, que coloca em risco a saúde dos que ali prestam suas atividades laborativas, quanto dos que procuram a resolutibilidade de seus problemas de saúde.

É visto que, através das notificações já existentes e as que, se encontram em curso de notificação, em sua maioria são de portadores e disseminadores bacilíferos (virchowianos e dimorfos) de uma moléstia que atinge a humanidade há milênios, sem tratamento PQT iniciado pela falta de acuidade diagnóstica e que em tantas vezes, foram tratados como simples doenças de pele e que passaram de uma forma hanseniana indeterminada para uma forma bacilífera, a contaminarem outros sãos.

Em um ambiente sem circulação aérea adequada, onde o ar expelido se propaga por todo o ambiente de trabalho, é notório afirmar que o risco de infecção é maior para todos que ali frequentam. Enfatiza-se também que, no início da semana, um maior contingente de pessoas se aglomera ávidos por marcarem consultas de atendimento para simples patologias, aquisição de medicamento anti-hipertensivo e anti-diabético, ou simples anti-helmínticos e anti-protozoários, ou mesmo àqueles com queixas vagas, meros hipocondríacos, com prontuários volumosos, em uma sala de espera, no pátio externo ou frente a um balcão de recepção, desconhecedores que estão próximos de outro agravo de alta infectividade, desprotegidos das descargas bacilíferas de *Mycobacterium leprae*, expelida por portadores multibacilares, que procuram a atenção médica para o seu agravo, ainda sem PQT iniciada, e cujos bacilos permanecem presentes em suspensão no ambiente por longas horas, passíveis de serem infectados e desenvolverem a moléstia, dependendo da resposta do seu sistema imunológico.

No entendimento de Farias et al (2008, p. 7) a preocupação com riscos biológicos surgiu “a partir da constatação dos agravos à saúde dos profissionais que exerciam atividades em laboratórios, onde se dava a manipulação com microorganismos e material clínico, desde o início dos anos 40, no século XX”. No que se refere aos profissionais que atuam na área clínica, entretanto, somente a partir da epidemia da AIDS nos anos 80, é que foi mais bem definida as normas de segurança para o ambiente de trabalho.

Desse modo, chama-se a atenção para o fato de que o risco de infectividade na USF “Mãe Maria” se constitui para todos os profissionais do setor laborativo: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS e todo o pessoal do setor de trabalho, que em seus afazeres profissionais, não se previnem e tem diante de si um portador com alta carga de bacilos a expelirem milhares de gotículas para o meio ambiente laboral e, um ar sem circulação adequada nas dependências físicas do prédio, sendo estes trabalhadores vulneráveis a infectividade e até mesmo, sujeitos a patogenicidade do agravo. Outro agravante é a sobrecarga horária na atividade laborativa no mesmo ambiente contaminado, haja vista que potencializa a exposição duradoura dos indivíduos a agentes biológicos que possam prejudicar a sua saúde, devendo-se dá atenção aos profissionais que atendem nos PSF’s, pois, de acordo com Nati (2010, p. 32):

[...] os recursos humanos no CME são de grande importância para o desenvolvimento das atividades com alto padrão. A presença de profissionais qualificados, com freqüentes aperfeiçoamentos, é necessária para que se possa aprimorar a execução do trabalho, contribuir no controle da infecção e assegurar a melhoria da assistência ao paciente.

Na gênese da doença ocupacional ou da doença relacionada ao ambiente de trabalho, Soares et al (1994) contribui dizendo que:

[...] os seguintes fatores: as competições cotidianas, a eterna batalha contra o relógio, a renúncia às idéias em troca de algumas vantagens materiais, a luta constante contra o meio e contra si mesmo geram ansiedades e frustrações que representam estímulos complexos para os quais o sujeito não tem respostas adequadas e nem se encontra apto a enfrentar.

Talvez, insira-se, por esta causa também fique agravado o descaso médico, o que faz que este profissional não atente aos regulamentos existentes e aos critérios de biossegurança, tendo por vista a correria, o tempo curto e o “*ganha-pão*”. Este é um grande desafio, predominado ainda no seio dos profissionais de saúde diante dos riscos biológicos: o descaso na utilização do Equipamento de Proteção Individual e sobre a qual Marziale (2007, p. 575) comenta: As medidas de proteção individual, quando utilizadas de forma correta, minimizam o risco de acidentes e transmissão de muitos microorganismos. Dessa forma, é importante que o profissional habitue-se a utilizar os EPI’s e conscientize-se dos danos que possa a vir sofrer [...].

O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) no dia-a-dia é de suma importância para desempenho da função laborativa no ambiente de trabalho. De acordo com a Norma Regulamentadora NR 6 “é todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho” e sua função consiste em:

[...] neutralizar ou atenuar um possível agente agressivo contra o corpo do trabalhador que o usa. Este evita lesões, minimiza a agressividade para acidentes ou exposições aos riscos químicos, físicos ou biológicos, como também protege o corpo contra os efeitos de substâncias tóxicas, alérgicas ou agressivas que podem causar doenças ocupacionais (ATLAS, 2008).

Chama-se a atenção para *Centers for Diseases Control and Prevencion*, que coloca entre as precauções-padrão, o uso do EPI, regulamentado no Brasil pela NR 32. Este, quando selecionado e usado de acordo com as recomendações minimizam sobremaneira, os riscos ocupacionais, contribuindo para uma assistência de

qualidade, e é de obrigatoriedade o seu uso quando se está diante de riscos biológicos no ambiente laborativo, principalmente naqueles cujos meios edificativos não seguem as normas regulamentadoras. Ressalta-se ainda que, “a proteção esperada de um dispositivo e ou equipamento de proteção individual é atribuído não apenas a sua adoção pelos profissionais, mas ao seu manuseio corretos” (TIPPLE et al., 2007).

Fruto da observação cotidiana na UBSF “Mãe Maria”, percebe-se o não uso de EPI’s como: máscaras, gorros, óculos de proteção, pró-pés, jalecos, dentre outros, seja por não haver no ambiente laborativo e pela não exigência por parte do setor administrativo competente, implicando desinteresse na aquisição dos mesmos. Tal fato pode ser justificado por puro desconhecimento das normas e, os profissionais que pouco ou nenhum valor dão ao uso desses equipamentos em um ambiente contaminado de bacilos em suspensão, ignoram as possibilidades de contato com as vias aéreas e a epiderme, podendo, conseqüentemente, carregá-los à distância, infectando amigos e familiares.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer aspectos relativos aos riscos biológicos aos quais se expõem os profissionais de saúde que atuam na UBSF “Mãe Maria”, contribuindo para que a discussão aqui suscitada, não apenas se amplie, mas se converta em proposta de ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho desses profissionais, resultando em melhor atendimento, melhor qualidade de vida e bem-fazer o próprio trabalho. A referida unidade possui significativa relevância social para o município de Itinga – MA, em razão do vasto contingente de usuários locais e dos residentes em municípios vizinhos que a procuram para tratamento de doenças diversas, entre elas, a Hanseníase.

O caráter edificativo desta Unidade deixa a desejar, por não ter sido moldada e construída de acordo com as Normas Regulamentadoras existentes, atentando-se aos critérios de Biossegurança de seus profissionais e usuários e, aos riscos biológicos, em particular ao *Mycobacterium leprae*.

O ambiente não é salutar para aqueles que desempenham suas atividades profissionais por razões diversas, que vão desde a arquitetura do prédio até a disposição setorial, incluindo iluminação inadequada para complementação da luz

natural; cantos das paredes e do piso em ângulo de 90°C sem concavidade exigida pelas normas vigentes; ausência de banheiros individualizados para os usuários e profissionais, em desobediência às normas de área física e à Lei Federal.

A ausência nos lavatórios de equipamento automático ou de pedal, para higiene das mãos e secadores apropriados; ausência de barras de apoio para deficientes físicos na edificação e no interior do único banheiro existente para tal fim; corrente de circulação de ar no interior da edificação não direcionada para o exterior do prédio, com recirculação do ar no meio ambiente por longas horas, por ausência exaustores ou equipamentos, bem como ausência de local apropriado para destino dos resíduos, ficando expostos a vetores por vários dias no corredor externo e ausência de telas externas de proteção contra insetos e roedores, também são constatações que evidenciam a desobediência às normas de limpeza e higienização ambiental.

Outras constatações são evidentes, tais como: recepção sem proteção de vidraçaria ou material transparente adequado para proteção do pessoal do setor laborativo, com ar circulante nas dependências da edificação; localizações inadequadas dos aparelhos de ar-condicionado existentes; ausência de ventiladores elétricos com direcionamento do ar para o ambiente externo, contribuindo para a permanência de infectividades no meio ambiente, no caso, a hanseníase; falta de equipamentos de proteção individual para os profissionais inibindo a contenção de barreiras primárias aos agravos infecto-contagiosos, e em caso de futura existência: os locais destinados à guarda desses EPIs; cozinha de localização inapropriada, cujo ar circulante é o mesmo de todo o prédio, expondo materiais não descartáveis a vetores; risco de incêndio e explosão, por inadequação de local destinado a depósito de gás; inexistência de lixeiras com tampas de uso pedalar e ou depósitos adequados para materiais usados; ausência de materiais descartáveis para uso individual e alimentares; uso contínuo de um mesmo dispositivo de tecido protetor nas mesas de exame para diversos usuários; conforme averiguação descrita no setor de exame físico; enfim de tantos outros agravos à saúde e ao meio ambiente.

Fica também grafado o conhecimento de que o município de Itinga não possui recursos vultosos para proceder às modificações necessárias para minimizar os riscos biológicos dos profissionais na exposição a agentes infecto-contagiosos como o *Mycobacterium leprae*, de alta infectividade, no entanto não estão inseridos aqui os de alta patogenicidade, aos quais estes mesmos profissionais estão

expostos, dentro de um ambiente insalubre e desprotegidos de tantos outros agravos.

Diante de tão significativas argumentações, vislumbra-se a necessidade de informar aos profissionais sobre a importância de condutas adequadas de proteção relativas ao ambiente arquitetônico, no qual desempenham suas atividades, bem como alertar a administração responsável para o cumprimento das mínimas exigências normativas em Lei, no que diz respeito aos critérios de biossegurança das edificações públicas, sobressaltando-se os setores de atendimento à saúde.

Aos profissionais, relutantes da sua própria proteção, rememora-se o conhecimento acadêmico para o alto risco de infectividade do *Mycobacterium leprae* diante de multibacilíferos a expelirem seus aerossóis contaminantes no ambiente laboral, que perduram por horas em suspensão no ar que estes respiram. Deve-se, para tanto, considerar que a vida, assim como o adoecer e até mesmo a *causa mortis* de muitos trabalhadores, é decorrente de suas condições de trabalho. Torna-se necessário entender como acontece o processo saúde e doença, assim como os mecanismos que os determinam, ainda que estes sejam complexos e subjetivos, para intervir de maneira salutar na melhoria do meio ambiente onde se trabalha e vive.

Oportunamente, considera-se de extrema relevância, fazer uma ressalva importante e um respeitável desafio a atual Administração Municipal ou às futuras, exequível de ser implementada: a construção de um departamento com fins específicos para tratamento de doenças infectocontagiosas crônicas, de alto poder de infectividade e patogenicidade, moldado nos trâmites regulamentais existentes, atentos às normas regulamentadoras para edificações, condizentes com os preceitos de biossegurança, de mínimos riscos ao pessoal laborativo e ao meio ambiente. Embora se tenha conhecimento de que o município de Itinga do Maranhão é portador de recursos parcos, mas, quem sabe, uma amostragem direta às autoridades competentes da esfera estadual e federal, seja capaz de suscitar o poder de sensibilização para esta chamada de atenção endêmica. Vale lembrar que, no próprio espaço físico da UBSF “Mãe Maria”, existe uma área, na sua porção posterior com mais de 200m², atualmente baldia, que poderia ser aproveitada para esse fim, evitando-se assim, o contato direto de clínicas básicas com agravos de alta contagiosidade e de riscos biológicos, como a Tuberculose, a AIDS e em especial, a HANSENÍASE, foco central dessa monografia.

REFERÊNCIAS

ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho**: manuais de legislação. 62. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <http://www.gojoba.com/.../manual+de-legislação+atlas>. Acesso em: 23 dez. 2010.

ANVISA. Programa Vigilância em Saúde. **Boletim Informativo de Boa Saúde**, n. 42, 2002. Disponível em: www.saude.mt.gov.br. Acesso em: 23 dez. 2010.

BÍBLIA. N.T. Mateus. Português. 1999. **Jesus cura um leproso**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

_____. _____. Isaiás. Português. 1999. **Introdução ao 23º livro bíblico: Isaiás**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

BINS ELY, Vera Helena Moro et al. **Percepção ambiental e avaliação técnico-funcional em unidade de internação hospitalar**. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA NO AMBIENTE CONSTRUÍDO.,11, Florianópolis, SC, 2006. p.1095-1103. Disponível em: < <http://arq.ufsc.br/petarq/wp-content/uploads/2008/02/entac-17.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas em exposição ocupacional a material biológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia para controle da Hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.bvsmis.saude.gov.br/bus/publicações/guia_de_hanseníase. Acesso em: 4 jan. 2011.

_____. _____. **Cinquentenário do Ministério da Saúde: Hanseníase e direitos humanos 2003**. Disponível em: <http://www.Dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos>. Acesso em: 4 jan. 2011.

_____. _____. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. 2008. Disponível em: < <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/6793/boas-praticas-para-estocagem-de-medicamentos>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

_____. _____. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão Participativa. **Levantamento sobre a percepção dos Prefeitos quanto ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde**: versão preliminar. Brasília DF, 2005. 20p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0204_M.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2011.

_____. _____. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase**: Atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005. Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, BF, 16 nov. 2005.

CLARO, L. B. L. **Representações da doença**. Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/.../hanseníase_representacao_da_doenca. Acesso em: 23 dez. 2010.

DAHW. **A Hanseníase**: o que é hanseníase?. 2009. Disponível em: <http://www.dahwmt.org.br/?p=informacoes&id=21>. Acesso em: 25 jan. 2011.

FARIA, Márcio de Sousa et al. **Risco biológico em uma unidade de terapia intensiva adulto**: segurança no ambiente hospitalar. Disponível em: http://cpd1.ufmt.br/eestindex2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=126&Itemid=99. Acesso em: 8 jan. 2011.

GOFFMAN. E. **Estigmas**: a deteriorização da identidade social. 1998. Disponível em: www.sociedadeinclusiva.pcmnas.br Acesso em: 30 dez. 2010.

GOMIDE, L. R. S. **Identificação e unidades em relação aos doentes**: a Lepra e as instituições. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/>. Acesso em: 30 dez. 2010.

JACOBS, E.M. **Qualidade e influência da Equipe do PSF**: Hanseníase e Tuberculose. 1996. Disponível em: www.unicentro.br/editora/. Acesso em: 30 dez. 2010.

_____; BLACK, J. M.; **Luckmann e Sorensen enfermagem médico-cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

LIRA, G.V. et. al. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 147 – 155, jan./mar. 2004.

MARANHÃO. Secretaria de Saúde do Estado. 2004.

MARZIALE, M. P. H. **Rede de proteção de acidentes do trabalho com material biológico em hospitais do Brasil**. Ribeirão Preto, SP, 2007.

MAURANO, F. **Tratado de Leprologia**: a história da Lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. 2. ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, Ministério da Educação e Saúde, 1950. Disponível em:

http://www.hansen.bvs.ilssl.br/texto/teses/andradevera.pdf/ref_e_busms.saude.gov.br. Acesso em: 30 dez. 2010.

MEDCURSO. **Programa para residência médica**: dermatologia. 2006. Disponível em: medcurso@medcurso.com.br. Acesso em: 30 dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MIRANDA, R. E. C. **As representações sociais**. 1999. Disponível em: http://www4.pucsp.br/gepi/download/RESUMO.GEPI/Raquel_carneiro.pdf. Acesso em: 30 dez. 2010.

NATI, Natalícia. **Biossegurança dos profissionais de uma Unidade de Saúde de Porto Velho/RO**. 2010. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/...PROFISSIONAIS.UNIDADE-DE-ENFERMAGEM DA CME>. Acesso em: 30 dez. 2010.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de Hansenologia**. Baurú: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoe/vbn2180.pdf. Acesso em: 4 jan. 2011.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.3, p.296-301, maio./jun. 2005. Disponível em:<

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hanseniase_adolescente.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2011.

QUEIROZ, E. **“Ser Hanseniano é encarar no corpo o estigma da Lepra”**. 1997. Disponível em: www.credesh.ufu.br/dites. Acesso em: 4 jan. 2011.

SANTOS, C.M.E. **Hanseníase e direitos humanos**. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../hanseniase_direitos_humanos. Acesso em: 30 dez. 2010.

SANTOS, Elisangela Lima; Messias, Denise Xavier. **Hanseníase e tuberculose**: qualidade e influência da equipe do programa Saúde Família – PSF. Disponível em: <http://www.unicentro.br/editora/revistas/guairaca/22/08%20%20artigo%20p.%2075-93.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2010.

SILVA, R. P. ALMEIDA. **Os profissionais de enfermagem, doentes e seus familiares**. 2003. Disponível em: <http://www.cms.piso5.net/index.phd?option.com...>. Acesso em: 30 dez. 2010.

_____. **Taxas elevadas de Hanseníase no Maranhão e no Mato Grosso**. 2004. Disponível em: www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008mirandagmd.pdf/2008miranda.gmd.pdf Acesso em: 4 jan. 2011.

SOARES et al. **Gênese as doença ocupacional**. 1994.

TIPPLE, A. C. F. V. et al. Equipamento de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. **Revista Cien Cuid Saude**, Goiás, v.6, n. 4, p.441-448, out./dez. 2007.

USP. IMT. **Manual de Biossegurança**. São Paulo, 2002. Disponível em: www.imt.usp.br/portal/images/setories/.../manual.html. Acesso em: 30 dez. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO**

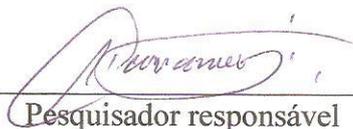
Orientador(a): Profa. Mônica Elinor Alves Gama E-mail:mgama@elo.com.br
Endereço: Rua das Acácias, Qd. 39, n. 07, Renascença – I. CEP 65.075-010, São Luís – Ma.
Pesquisador: Walter Maxwell Abreu de Carvalho
Tipo de pesquisa: Projeto Monográfico.

Prezado(a) Senhor(a) Secretária de Saúde do Município de Itinga – Ma,
DRA. MARLUCE ANTAS LINS

Estamos realizando uma pesquisa sobre os riscos biológicos dos profissionais do PSF “Mãe Maria”, deste Município, cuja tese para defesa monográfica de pós-graduação em Medicina do Trabalho, no Instituto Laboro – Universidade Estácio de Sá, faz referendo à questão endêmica do Mal de Hansen que assola a região oeste do Estado do Maranhão, em foco, nosso Município.

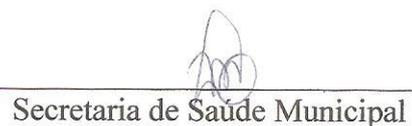
Durante o desenvolvimento desta pesquisa, estou à inteira disposição para tirar qualquer dúvida sobre o trabalho monográfico em apreço, bem como me proponho a encaminhar cópia deste ao arquivo desta Secretaria para fins de conhecimentos e atenção dos dados levantados, para possíveis modificações que se fizerem cabíveis, dentro dos recursos disponíveis da Administração Pública Municipal, para a melhoria do atendimento para este agravo.

Itinga, 22 de dezembro de 2010-12-28



Pesquisador responsável

Dr. Walter Maxwell Abreu de Carvalho
Médico
CRM: 1541 - MA



Secretaria de Saúde Municipal