

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO
4º TURMA

JOSUÉ CAMILO DOS SANTOS FILHO

**ADPTAÇÕES AO AMBIENTE DE TRABALHO DO TRABALHADOR
PORTADOR DE HANSENIÁSE COM COMPROMETIMENTO
NEUROMUSCULAR**

SÃO-LUÍS-MA

2013

JOSUÉ CAMILO DOS SANTOS FILHO

**ADPTAÇÕES AO AMBIENTE DE TRABALHO DO TRABALHADOR
PORTADOR DE HANSENÍASE COM COMPROMETIMENTO
NEUROMUSCULAR**

Monografia apresentada Ao curso de especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro-Universidade Estácio de Sá como exigência para obtenção do título de especialista em Médico do Trabalho

Orientadora: Prof^a. Dra . Mônica Linor
Alves gama.

São Luís – MA

2013

JOSUÉ CAMILO DOS SANTOS FILHO

**ADPTAÇÕES AO AMBIENTE DE TRABALHO DO TRABALHADOR
PORTADOR DE HANSENÍASE COM COMPROMETIMENTO
NEUROMUSCULAR**

Monografia apresentada Ao curso de especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro-Universidade Estácio de Sá como exigência para obtenção do título de especialista em Médico do Trabalho

Orientadora: Prof^a. Dra . Mônica Linor Alves gama.

Aprovado em: ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra Mônica Linor Alves Gama (Orientadora)

1º Examinador (a)

2º Examinador (a)

Dedico este trabalho a Deus, a
minha mãe e a minha querida
esposa.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida, por seu amor infinito e por ter derramado sobre mim toda sorte de bênçãos.

A minha mãe, Hilda Rêgo dos Santos pelo incentivo, carinho, companheirismo, orações e apoio em todos os momentos da minha vida, sempre ensinando com uma rara demonstração de amor, a força necessária para a conclusão de tão sonhado curso.

Ao meu pai, Josué Camilo dos Santos pelo exemplo de caráter e ensinamentos que em vários momentos da minha vida foram essenciais para correta escolha de que caminhos percorrer.

A minha esposa, Stefanny Thais Nery Araújo Camilo pelo seu amor, companheirismo, dedicação e ajuda em todos os momentos da realização desse trabalho, o qual sem ela não seria possível.

A minha irmã, Joseilda Rêgo dos Santos por acreditar e sonhar junto comigo, ajudando de forma incondicional sem nunca medir esforços.

Aos meus irmãos, Nackson e Jeudson pelo apoio, amizade e compreensão em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

Ao meu amigo, Dr Manoel Gonçalves, com quem aprendi muito, pelo companheirismo, ensinamentos e por estar sempre disposto a me ajudar nessa caminhada.

Ao meu cunhado Júnior com quem sempre pude contar e por sempre acreditar em meu potencial.

A minha professora Dr^a Raquel Candebat Vallejo, que sendo mais que orientadora foi exemplo de pessoa, companheira e profissional competente sendo fundamental para o sucesso deste trabalho.

Aos meus amigos, Marcos e Kenedy, pessoas com as quais pude conviver, admirar e entender o verdadeiro significado da palavra amizade apesar de todas as nossas diferenças.

Aos demais diretores, coordenadores e funcionários do curso de especialização em Medicina do Trabalho da Faculdade Laboro

“[...] Mas a sabedoria que vem do alto é primeiramente pura, depois, pacífica, moderada, tratável, cheia de misericórdia e de bons frutos, sem parcialidade e sem hipocrisia [...]”.

Tiago 3:17

RESUMO

Este trabalho tem como tema: adaptações ao ambiente de trabalho do trabalhador portador de hanseníase com comprometimento neuromuscular. Sabe-se que a hanseníase é uma doença de evolução lenta, mas progressiva, e que pode causar sérias complicações e deformidades se não forem tomadas algumas medidas para prevenir essas incapacidades. Objetivou-se com esse estudo analisar as modificações ergonômicas no ambiente de trabalho pelas quais passam o portador de hanseníase com comprometimento neuromuscular na volta as suas atividades laborais . Para o desenvolvimento do trabalho foram realizadas revisões literárias e levantamento de dados atualizados. Foi desenvolvida uma pesquisa de campo na Unidade Básica de Saúde São Miguel, na Cidade de Rosário – Ma, nos meses de janeiro e fevereiro, com 30 pacientes portadores de hanseníase, onde pode-se avaliar influências culturais e as expectativas quanto a volta ao mercado de trabalho e as novas adaptações pelas quais tinham que passar esse individuo neste novo cenário. Verificou-se em grande parcela desses pacientes um receio considerado no que diz respeito ao medo do preconceito dos colegas de trabalho quanto a sua doença e uma dificuldade nas novas adaptações ao ambiente de trabalho e até certa descrença quanto á permanência no trabalho por parte desses pacientes.

Palavras-chave: Hanseníase. Adaptação. Trabalho.

ABSTRACT

This work has as its theme: adaptations to the workplace worker leprosy patients with neuromuscular impairment. It is known that leprosy is a disease of slow evolution, but progressive, and can cause serious complications and deformities if not taken measures to prevent these disabilities. The objective of this study is to analyze the changes in ergonomic work environment through which they pass the leprosy patients with neuromuscular back on their work activities. For the development of the work were conducted literature reviews and survey data updated. We developed a field research in the Basic Health São Miguel, in the City of Rosario - Ma, in the months of January and February, with 30 leprosy patients, which can assess cultural influences and expectations regarding the return to the market work and new adaptations by which this individual had to pass this new scenario. There was a large number of these patients a fear considered with regard to the fear of discrimination from coworkers about your illness and a difficulty in further adjustments to the work environment and even disbelief as to the permanence at work by these patients.

Keywords: Leprosy. adaptation. job.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da frequência em porcentagem segundo o entendimento do cliente sobre o que é hanseníase	33
Gráfico 2	Distribuição da frequência em porcentagem segundo o meio utilizado para obter informações relativas à hanseníase	34
Gráfico 3	Distribuição da frequência em porcentagem segundo a perspectiva de cura da hanseníase	35
Gráfico 4	Distribuição da frequência em porcentagem de acordo com a perspectiva de arranjar trabalho após o diagnóstico da doença	36
Gráfico 5	Distribuição da frequência em porcentagem segundo a ocorrência de preconceito no ambiente de trabalho relacionado a hanseníase	37
Gráfico 6	Distribuição da frequência em porcentagem segundo as modificações mais comuns que teve que passar no ambiente de trabalho por causa da doença	38
Gráfico 7	Distribuição da frequência em porcentagem segundo o conhecimento das incapacidades advindas da hanseníase	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tratamento paucibacilar	25
Tabela 2	Tratamento multibacilar	25
Tabela 3	Critérios de avaliação do grau de incapacidades da função neural	28

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A	Instrumento de Coleta dos dados	45
Apêndice B	Termo de consentimento livre e esclarecido	47
Anexo A	Avaliação simplificada das funções neurais e complicadas	49
Anexo B	Formulário para classificação do grau de incapacidade.....	51
Anexo C	Exame neurológico e da força muscular	52
Anexo D	Auto cuidado com o nariz	53
Anexo E	Auto cuidado com os olhos	54
Anexo F	Auto cuidado com as mãos	55
Anexo G	Auto cuidado com os pés	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1	Hanseníase	14
3.2	O auto cuidado e a hanseníase	27
3.3	As incapacidades	28
3.4	Adaptações ao ambiente de trabalho	29
4	METODOLOGIA	32
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local de estudo	32
5	POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
5.1	Instrumentos para coleta dos dados	33
5.2	Coleta de dados	33
5.3	Análise e interpretação de dados	33
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
7	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE	46
	ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença de Hansen ou lepra, também conhecida popularmente como morféia, mal de São Lázaro ou peste negra, é uma doença transmissível de evolução progressiva causada pelo *Micobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, muito resistente a alcoóis e ácidos, mas de baixa patogenicidade. A infecção acomete de preferência a pele e o sistema nervoso periférico, podendo também invadir as mucosas nasais, orofaríngea e laríngea, olhos e vísceras, restringindo ou mesmo impedindo as atividades profissionais e sociais dos pacientes (VERONESI; FOCACCIA, 2006).

O presente trabalho trata das mudanças pelas quais passam os trabalhadores no ambiente de trabalho quando são acometidos pela hanseníase. Realizou-se uma pesquisa de campo no município de Rosário- MA com pacientes hansenianos com um questionário com questões abertas e fechadas direcionadas a esses pacientes.

A pesquisa submeteu os portadores de hanseníase a questões simples sobre conhecimentos básicos relativos a sua doença e principais mudanças ocorridas no ambiente de trabalho . A razão deste trabalho está acentado no grande problema que a hanseníase representa, ainda hoje, para a saúde pública no Brasil e na importância de se avaliar as modificações nas relações de trabalho e no ambiente de trabalho pelas quais passam essa população específica de pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as adaptações ao ambiente de trabalho dos trabalhadores portadores de hanseníase com comprometimento neuromuscular.

2.2 Específicos

Identificar o grau de conhecimento do trabalhador portador de hanseníase sobre sua doença;

Conhecer as adaptações ocorridas no ambiente de trabalho pelas quais passaram os trabalhadores portadores de hanseníase;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Hanseníase

3.1.1 Definição

Segundo Sousa (2004) Hanseníase é uma doença infecciosa, crônica granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, descoberta e descrita por Gerhard H. A. Hansen (1841- 1912), em 1868 em Bergem, na Noruega.

3.1.2 Histórico da hanseníase

Apesar de se relatar a hanseníase como a moléstia mais antiga conhecida pelo homem, não se sabe ao certo a época do seu aparecimento. Provavelmente o que é descrito na Bíblia como lepra, não se trata da mesma patologia. Esta moléstia não era conhecida na época de Moisés. Possivelmente algumas referências do Novo Testamento se refiram a doença, já que certamente existia na época de Jesus Cristo. Willson e Physer (2004, p. 333) descreve que:

A Bíblia é outra fonte de confusão quando a existência da hanseníase entre os judeus na época do êxodo. O termo “tsaraath”, no hebraico, significava uma condição anormal da pele do indivíduo, das roupas ou das casas, que necessitavam de purificação. Segundo o livro sagrado, o “tsaraath” na pele dos judeus seriam “manchas brancas deprimidas em que os pêlos também se tornavam brancos”. Na tradução grega a palavra “tsaraath” foi traduzida como lepra e “lepros” em grego significa “algo que descama”. A palavra lepra foi também usada pelos gregos para designar doença escamosa do tipo psoríase. A hanseníase verdadeira eles chamavam de elefantíase.

Bulloc (2004) afirma que não se observou sinais da moléstia de Hansem nos esqueletos da antiguidade encontrados no Egito e a mais remota ocorrência, em nossa era, de esqueletos com sinais indiscutíveis de hanseníase remota ao século XV, d.C, na civilização cristã chamada Cópita provenientes do alto Egito. A primeira descrição que realmente corresponde a verdadeira hanseníase e seu tratamento com óleo de chalmogra provém da Índia ao redor de 600 d.C. A África e a Índia são provavelmente o berço da hanseníase sendo difícil dizer certamente em qual dos dois continentes ela se originou.

De acordo com Veronesi e Focaccia (2006, p. 355):

Existem referências a hanseníase em livros muito antigos escritos na Índia e na China, séculos antes de Cristo. Provavelmente foi o exército de Alexandre, o grande, que disseminou a doença pelo continente europeu, quando regressou das campanhas da Ásia. Na Bíblia são descritos casos de forma obscura a respeito dessa doença infecto contagiosa que atacava principalmente a pele, os olhos e os nervos. As deformidades que provocavam eram motivos para seus portadores serem excluídos do convívio social. Considerada castigo dos deuses, os doentes eram recolhidos em leprosários, onde ficavam até morrer, ou sem socorro, nem tratamento, perambulavam pelas ruas com os rostos cobertos por andrajos, pedindo esmolas com uma latinha amarrada na ponta de uma vara para esconder as mãos deformadas pela doença. Ao longo dos tempos a hanseníase foi uma moléstia estigmatizante e na história da humanidade poucas doenças foram cobertas por manto de ignorância tão espessos. O preconceito era tanto que o nome lepra assustava as pessoas e fazia dos leprosos indivíduos subumanos.

A verdadeira hanseníase espalhou-se por volta de 400 a.C. para a China. Existem descrições clínicas corretas desta moléstia, a qual menciona lesões cutâneas anestésicas, rouquidão e lesões oculares. Hipócrates (460 – 473 a.C) muito provavelmente, não conheceu a doença, pois em suas descrições não há menção às características neuromusculares: anestesia,

atrofia e paralisias. No início do século XIII a doença existia, em expansão violenta, em toda a Europa, onde havia cerca de 19.000 “leprosários” (CHAPMAM, 2006, tradução nossa).

Na idade média, os doentes foram considerados impuros, pela igreja e pela sociedade, sendo condenados a viver em “leprosários” fora das cidades. A França chegou a ter 1.000 hansenianos. O declínio da endemia na Europa ocorreu por volta do século XV d.C.

No século XVI a enfermidade foi trazida para as Américas Central e do Sul, primeiramente pelos conquistadores espanhóis e portugueses e, posteriormente pelos escravos trazidos da África, especialmente para o Brasil. Aos africanos também se atribui à origem nos Estados Unidos e Ilhas do Caribe (BECHELLE, 2002)

3.1.3 Epidemiologia

A magnitude e a transcendência da hanseníase a colocam como um grave problema de saúde pública nos países subdesenvolvidos, situando-se na lista de doenças de notificação compulsória em todo o território brasileiro.

De acordo com Veronesi e Focaccia (2006, p. 738):

Um importante fator epidemiológico é a impressionante desigualdade de distribuição da doença: 73% de todos os casos registrados se localizam em quatro países: Índia, Nigéria, Myamar e Indonésia. A Índia possui 51% de todos os casos registrados no mundo de acordo com a OMS.

Calcula-se que existam 14 milhões de hansenianos no mundo. No Brasil, segundo um dos últimos boletins da Organização Pan-Americana de Saúde 2008, foram registrados 151.380 casos, mas estima-se que existem pelo menos um total de 316.000 casos, o que daria, segundo o mesmo órgão, uma prevalência de 2,7/1000habitantes. Em termos de ocorrência de lepra, de acordo com o mesmo boletim, de 42 países da América, o Brasil só ficaria atrás de cinco deles. As regiões norte, nordeste e centro oeste possuem 53,5% de todos os casos do Brasil em apenas 17% da população brasileira (LOMBARDI et al., 2002).

O município de São Luís em 2009 possuía 3872 casos registrados de hanseníase até o fim do ano com 10% dos casos ocorrendo em menores de 15 anos. O Maranhão possui em tratamento 9.423 casos de acordo com o Ministério da Saúde, sendo que 77% da população acometida não tem o primeiro grau completo, 18% dos casos novos já possuem no momento do diagnóstico grau 1 de incapacidade física, 82% dos casos novos são urbanos, 58% são multibacilares, 71% possuem, mas de 30 anos e 55% dos casos novos são homens. A classificação operacional dos casos novos é de acordo com o MS: 22% forma indeterminada; 23% forma tuberculóide; 36 % forma dimorfa e 19 % forma virchowiana. O Maranhão é hiperendêmico com mais de 14 % dos municípios apresentando uma prevalência maior que 20 casos por 10 mil habitantes. Os municípios com os maiores índices são: São Luís; Imperatriz; Bacabal; Timom; Caxias e Açailândia (BRASIL, 2008a).

3.1.4 *Mycobacterium leprae*

Como as demais micobactérias, o *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansem, é álcool-ácido resistente.

De acordo com Sousa e Azevedo (2004), as micobactérias são bactérias aeróbicas, em forma de bastonetes, que não formam esporos. Embora não sejam facilmente coradas, uma vez coradas resistem a descoloração por ácidos ou por álcool; daí a denominação “bacilos-álcool-ácidos resistentes”. Além de muitas formas saprófitas o grupo engloba microorganismos patogênicos (*Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium leprae*) que causam doenças crônicas produzindo lesões infecciosas do tipo granulomatosas.

Até o presente momento, esta bactéria não foi cultivada in vitro, mas prolifera formando granulomas, quando inoculadas na pata de camundongos. O tatu (*Dasipus novecentus*) também é suscetível ao *Mycobacterium leprae*, desenvolvendo manifestações semelhantes às da lepra humana (LACAZ; PORTO; MARTINS, 2005).

3.1.5 Modo de transmissão

A hanseníase é considerada doença de alta infectividade e baixa patogenicidade, pois se transmite com facilidade, mais tem pouco potencial para provocar doença. As vias de eliminação mais importantes parecem ser as vias aéreas superiores e soluções de continuidade da pele (úlceras, ferimentos e etc). Estima-se que doentes virchowianos eliminam em torno de 20 milhões de bacilos pelo trato respiratório diariamente (CHAMPAMAM, 2003).

Bechelle (2002) afirma que o *Mycobacterium leprae* pode sobreviver até sete dias em secreções nasais dessecadas, o que aumenta as possibilidades de disseminação da doença. O contato direto (pele a pele) e a inalação parecem ser as possíveis vias de entrada mais importantes do bacilo de Hansem. Fatores ligados ao hospedeiro, como desnutrição, e ligados ao meio ambiente, como precárias condições de saneamento básico e baixa situação sócio-econômica parecem estar associados a ocorrências da hanseníase.

Segundo o Ministério da Saúde, outra provável fonte de infecção seria o leite materno de pacientes portadoras de hanseníase virchowiana não tratadas que contém grandes quantidades de bacilos. Assim, as chances de transmissão dos bacilos de Hansem da mãe para o filho durante a amamentação seriam ampliadas (BRASIL, 2008a).

De acordo com Veronesi e Focaccia (2006, p. 737):

O tempo médio de vida de um bacilo normal é de seis meses em animais de laboratório, mas os bacilos resistentes tem um tempo de vida mais longo. Resistentes são bacilos suscetíveis às drogas, que reduzem seu metabolismo ao mínimo, interrompem sua multiplicação e permanecem em estágio de dormência, latência ou inatividade. Contudo, não se pode afastar a possibilidade destes bacilos reativarem a moléstia.

3.1.6 Fisiopatologia

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório, principalmente da célula de Schwann e do macrófago. Após infecção, o bacilo induz respostas imunocelular e humoral (CARPENITO, 2002).

Admite-se ser o homem o reservatório do Bacilo e a fonte de infecção. Esta ocorre pelo contato direto íntimo e prolongado com doentes (multibacilares) de hanseníase, especialmente no meio familiar.

Os bacilos são eliminados pelas secreções nasais da orofaringe e lesões ulceradas dos doentes através de soluções de continuidade da mucosa nasal e/ou da pele. Segundo Shaffter (apud CARPENITO, 2002), um doente multibacilar pode eliminar cerca de 180.000 bacilos numa fala de 10 minutos

Apesar de o bacilo ser de alta infectividade é de baixa patogenicidade e baixa virulência. Não há evidência que fatores raciais tenham influência na maior ou menor suscetibilidade individual à infecção (LACAZ; PORTO; MARTINS, 2005).

O tempo de incubação da hanseníase é variável, em geral de 3 a 5 anos de acordo com a intensidade de exposição e da resistência individual. A maioria da população é resistente ao bacilo (CHAPMAM, 2006, tradução nossa).

A doença é um pouco mais frequente no homem que na mulher, talvez pela maior exposição do sexo masculino frente a essa doença. Quanto mais íntimo e prolongado for o contato, maior será a possibilidade de adquirir a infecção.

Além da constância á exposição e da resistência específica, pode se considerar como fatores coadjuvantes ou predisponentes: imunossupressão induzida (medicamentos); síndromes da imunodeficiência adquirida e por condições de vida precárias (BRASIL, 2008a).

3.1.7 Quadro clínico

A doença se manifesta inicialmente por máculas hipocrômicas anestésicas, por vezes tão discretas que passam despercebidas pelo paciente, a não ser quando se tornam coalescentes (CHAPMAM, 2006, tradução nossa).

Ramos e Vale (2006) diz que existe grande controvérsia sobre o acometimento dermatológico da hanseníase. Existem grupos que defendem que todas as formas de hanseníase apresentam acometimento cutâneo, enquanto há grupos que defendem a existência de formas neurais puras, sem envolvimento cutâneo. O sistema nervoso periférico é envolvido em qualquer das formas de hanseníase em consequência da invasão bacilar, infiltração celular ou isquemia. No início há comprometimento dos filetes nervosos, depois ocorre progressão proximal, com lesão dos troncos nervosos.

Os aspectos clínicos irão variar de acordo com o tipo específico de hanseníase encontrado, contudo, numa visão em conjunto encontraremos as seguintes características clínicas de acordo com Lacaz, Porto e Martins (2005, p. 543):

Perda da sensibilidade ao calor, Mudança na curvatura dos cílios, Alterações visuais, Lesões cutâneas mais ou menos infiltradas, ricas ou não em bacilos, Reação de Mitsuda positiva ou negativa, Presença ou não de leproma, Bacterioscopia positiva ou negativa, Comprometimento de nervos periféricos, Perda da sensibilidade ao tato, Comprometimento do tecido subcutâneo, Perda da força muscular, Fraqueza e inércia, limitação das articulações, Neurites, Perda da sensibilidade à dor, Manchas na pele, formigamento e dormência nos braços, mãos e pés.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) a hanseníase apresenta uma variedade de manifestações clínicas que estão relacionadas com as condições imunológicas dos pacientes. A primeira manifestação da doença se constituirá de manchas hipocrômicas ou eritematosas ou simplesmente áreas circunscritas de pele aparentemente normal que apresentam distúrbio de sensibilidade. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, com localização e tamanho variáveis. Nestes casos não há comprometimento de troncos nervosos, portanto, os doentes não apresentam incapacidade e não são contagiantes. Este caso constitui a hanseníase indeterminada que juntamente com a hanseníase tuberculóide, são os casos não contagiantes.

3.1.8 Classificação dos tipos de hanseníase adotada pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

De acordo com Trindade e Penteadó (2001, p. 200):

O esquema de classificação é o recomendado pela organização mundial de saúde (O.M.S.), no qual, para fins operacionais, os indivíduos são classificados em paucibacilares (indeterminados e tuberculóides) e multibacilares (dimorfos e virchowianos).

- a) **tipo tuberculóide:** possui alta resistência; reação de Mitsuda positiva; baciloscopia negativa; lesões bem delimitadas e com estruturas histológicas tuberculóide;

- b) **tipo virchowiano**: resistência nula ou baixa, reação Mitsuda negativa; baciloscopia positiva; lesões nodulares (hansenomas) ou com limites imprecisos e com estrutura histológica granulomatosa, com predomínio de células de Virchow;
- c) **grupo indiferenciado ou indeterminado**: resistência variável (teste de Mitsuda positivo ou negativo); baciloscopia negativa (raramente positiva); lesões cutâneas maculosas, hipocrômicas e/ou eritematosas, com estrutura linfo-histiocitária crônica inespecífica ; pode evoluir para um dos tipos polares ou para dimorfo.
- d) **grupo dimorfo ou bivalente**: resistência geralmente baixa teste de Mitsuda duvidoso ou negativo, às vezes fracamente positivo; lesões infiltradas e com cor variáveis; baciloscopia positiva e estrutura histológica virchowiana e tuberculóide, diversamente associada.
- e) **teste de Mitsuda**: este teste é realizado, inoculando-se na pele do braço do paciente, 0,1 ml de lepromina e verificando-se, após trinta dias, a reação desenvolvida. A lepromina é uma suspensão de bacilos de Hansen, obtidos de lepromas (granuloma de hanseníase) mortos pelo calor. Quando o teste é positivo, há formação de nódulos no local da injeção com diâmetro superior a 5mm. Os indivíduos Mitsuda positivo, geralmente desenvolvem reação do tipo da tuberculina, isto é, apresentam uma área de endurecimento, após 24 a 48 horas da injeção (reação de Fernandez).

3.1.9 Diagnóstico da hanseníase

O diagnóstico da hanseníase pode ser clínico ou laboratorial (bacteriológico).

2.1.9.1 Bacteriológico

O diagnóstico bacteriológico (baciloscopia de pele) da hanseníase é feito pelo exame de esfregaços corados pelo método de Ziehl-Nelsen. Estes

esfregaços são preparados com materiais colhidos da própria lesão, secreção nasal ou com uma gota de sangue colhido do lóbulo da orelha. O exame histopatológico é indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas (VERONESI; FOCACCIA, 2006).

De acordo com Ramos e Vale (2006, p. 196):

A prova da histamina é fundamental nas lesões hipocrômicas e em indivíduos que não colaboram para a realização da prova da sensibilidade. A Histopatologia é fundamental na exclusão de outras doenças e auxilia a classificação. Os exames laboratoriais são de muita relevância por ser a hanseníase uma doença polimorfa. Esses exames ajudam a identificar a forma em que a hanseníase está se apresentando.

3.1.9.2 Clínico

O diagnóstico da hanseníase baseia-se fundamentalmente na clínica. Qualquer das lesões cutâneas com quadro clínico de distúrbios da sensibilidade (hipoestesia, anestesia ou hiperestesia) configura-se como caso de hanseníase. As vezes o doente apresenta apenas distúrbios de sensibilidade em áreas de pele aparentemente normais (CHAPMAM, 2006, tradução nossa).

Em outras ocasiões o diagnóstico é feito a partir das intercorrências, como um surto de eritema nodoso ou uma neurite aguda. É importante na anamnese indagar cuidadosamente a existência de casos de hanseníase na família.

Devem-se realizar exames dermatológicos: todo o tegumento deve ser examinado à procura de lesões características. Durante o exame deve ser pesquisada a sensibilidade às lesões suspeitas. A sequência recomendada é pesquisar inicialmente a sensibilidade térmica, depois a dolorosa e por último a tátil (BRASIL, 2008a).

O diagnóstico da hanseníase pode ser estabelecido com segurança por intermédio do exame clínico dermatológico e neurológico minucioso, com o auxílio de vários métodos específicos e inespecíficos a saber: prova de histamina, prova de pilocarpina e teste Mitsuda (LEHMAN, 2004).

3.1.9.3 Diagnóstico diferencial da hanseníase

As lesões acrômicas e hipocrômicas da forma indeterminada de hanseníase não podem ser confundidas com as da pitiríase, da sífilis secundária e com as formacodérmicas as quais podem imitar as máculas eritematosas da forma indeterminada de hanseníase (LEHMAN, 2004).

Via de regra todas essas afecções mostram características próprias, não sendo difícil, geralmente, o diagnóstico diferencial.

A importância do despistamento dessas formas miméticas é, obviamente, muito grande e, em casos duvidosos, além de anamnese cuidadosa, um procedimento rápido e simples, como a pesquisa da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica, deverá ser rotineiramente utilizada.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, p. 136).

Do ponto de vista prático, o diagnóstico da hanseníase baseia-se na pesquisa da sensibilidade e no encontro de bacilos álcool-ácido resistentes. Não há outra doença que apresente de forma tão característica lesões com distúrbios de sensibilidade e, por isso, nos casos em que os bacilos são difíceis de serem encontrados, o diagnóstico é eminentemente clínico, mostrando-se pelas alterações neurológicas ao nível das lesões cutâneas. A pesquisa de sensibilidade pode ser feita com o auxílio de um tubo de água quente e outro de água fria (sensibilidade térmica), ou de uma agulha (sensibilidade dolorosa), ou de um chumaço de algodão (sensibilidade tátil).

A presença de áreas de anestesia acompanhando as lesões praticamente sela o diagnóstico, devendo ser providenciado o teste de Mitsuda, tendo-se em vista o estudo imunológico do paciente. O exame anatomopatológico, embora não seja usado em todas as formas de hanseníase, pode mostrar, sobretudo em casos de lesões eritematosas, uma já possível presença de bacilos ou de uma estrutura tuberculóide, o que pode fechar o diagnóstico da doença (LOMBARDI et al., 2002).

Cuidado: o exame V.D.R.L mostra-se comumente positivo no tipo Virchowiano de hanseníase. Na forma Virchowiana, o diagnóstico é realizado com maior facilidade, já que as lesões cutâneas são geralmente características, o quadro anatomopatológico específico e a baciloscopia positiva (BRASIL, 2008a).

3.1.10 Tratamento

O tratamento da hanseníase é realizado em regime ambulatorial nas unidades da rede de saúde. Se houver necessidade de internação em caso de intercorrência clínica ou cirúrgica, o tratamento é realizado em hospitais gerais (BRASIL, 2008a).

O tratamento da hanseníase dispõe de um esquema padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) e adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil desde 1993 na rede pública e particular, chamado Polioquimioterapia (PQT) ou multidrogoterapia. Para indicação do esquema apropriado ao paciente esse deverá ser classificado operacionalmente em paucibacilar e multibacilar.

De acordo com Veronesi e Focaccia (2006, p. 756):

A doença tem cura. Atualmente não se admite a monoterapia por vários motivos, sendo um deles a diminuição da confiança dos doentes quanto a cura desta moléstia. A polioquimioterapia é comprovadamente eficiente: diminui rapidamente a carga bacilar, torna o doente multibacilar não contagiante e diminui ou impede a instalação das incapacidades e seqüelas.

Os pacientes paucibacilares são os casos com até cinco lesões de pele e dividem-se em **clínicos**, que segundo a classificação de Madri são indeterminados e tuberculóides, que são os pacientes com todos os esfregaços negativos (LACAZ; PORTO; MARTINS, 2005, grifo nosso).

Os multibacilares são os casos com mais de cinco lesões de pele e são também classificados em **clínicos**, que compreendem todos os pacientes classificados como Virchowianos e dimorfos, e os **baciloscópicos**, que são os pacientes com baciloscopia positiva (+, ++, +++) em qualquer dos esfregaços examinados. Em caso de dúvida na classificação dos pacientes, recomenda-se considerá-los para o tratamento como multibacilares (LACAZ; PORTO; MARTINS, 2005, grifo nosso).

Segundo este esquema de tratamento, os pacientes paucibacilares recebem rifampicina 600mg, uma vez ao mês, supervisionada; e dapsona, 100mg dose mensal, supervisionada, e 100 mg ao dia, auto administrável. A duração do tratamento é de seis doses supervisionadas, obedecendo aos

critérios de regularidade. Na sexta dose os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatoneurológico e avaliação do grau de incapacidade física e receber alta por cura (BRASIL, 2008a).

Os pacientes multibacilares recebem: rifampicina 600 mg, uma vez ao mês, supervisionada; Clofazimina 300 mg, uma vez ao mês supervisionada e 50 mg diários autoadministrável(ou 100mg em dias alternados); dapsona, 100 mg uma vez ao mês supervisionado e 100 mg ao dia, auto administrável. A duração deste tratamento é de 12 doses supervisionadas, obedecendo aos critérios de regularidade (BRASIL, 2008a).

Em caso de não comparecimento regular ao tratamento ou de três faltas consecutivas para as paucibacilares e quatro faltas consecutivas para os multibacilares, o paciente deverá reiniciar o tratamento. A ocorrência de sinais de atividades clínicas da hanseníase após a alta por cura, segundo os critérios da OMS é considerada recidiva tardia (BRASIL, 2008a).

De acordo com Ramos e Vale (2006, p. 196):

Em qualquer fase da doença, exceto na hanseníase indeterminada, pode ocorrer episódios reacionais, mais frequentes em tona do sexto mês de tratamento, mas que podem ocorrer também antes e após a alta. Esses episódios reacionais são agrupados em dois tipos: no tipo I ocorrem reações de exacerbações da imunidade celular e no tipo II agravamento dos eritemas nodosos .

Recomenda-se nesses casos, para pacientes multibacilares, observação periódica, apenas com alta medicamentosa, por um período de oito a dez anos. As recidivas em paucibacilares têm sido consideradas baixas, sendo assim recomendado um acompanhamento de apenas dois anos.

3.1.10.1 Tratamento paucibacilar

Tabela 1: Tratamento paucibacilar

Em casa diariamente	No serviço de saúde, 1 vez por mês, no dia da consulta
---------------------	--

1 comprimido de dapsona 100 mg	2 cápsulas de rifampicina 600 mg
	1 comprimido de dapsona 100 mg

Fonte: Brasil (2008a)

Este tratamento dura 6 meses, se os medicamentos forem tomados regularmente. A primeira dose de dapsona e rifampicina tem de ser administrada na Unidade de Saúde (ou serviço ambulatorial) com a supervisão dos profissionais da equipe de saúde com o objetivo de supervisionar e estimular a adesão ao tratamento.

3.1.10.2 Tratamento multibacilar

Tabela 2: Tratamento multibacilar

Em casa diariamente	No serviço de saúde, 1 vez por mês, no dia da consulta
1 comprimido de dapsona 100 mg.	2 cápsulas de rifampicina 600 mg.
1 cápsula de clofazimina de 50 mg (ou 100 mg em dias alternados)	3 cápsulas de clofazimina 300 mg.
	1 comprimido de dapsona 100 mg

Fonte: Brasil (2008a)

Este tratamento dura 1 ano, se os medicamentos forem tomados regularmente. Quanto mais regular for o tratamento, mais precoce será a cura. Os medicamentos para hanseníase são gratuitos e encontrados nos principais postos de saúde. Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema padrão será ajustada de acordo com a idade e o peso. Já nos casos de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema padrão, são indicados esquemas alternativos (BRASIL, 2008a).

3.1.11 Reações hansênicas

Os estados reacionais são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que

podem ocorrer, mas frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes, durante e após o tratamento com poliquimioterapia e são de dois tipos:

a) Reação tipo 1 ou reação reversa- caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos.

b) Reação tipo 2- cuja manifestação clínica, mas frequente é o eritema nodoso hansênico (ENH), caracteriza-se por apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar geral, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (BRASIL, 2008a, grifo nosso).

3.1.12 Profilaxia

Ramos e Vale (2006) ressalta que erradicação da hanseníase depende de detecção e tratamentos precoces e da melhoria das condições de vidas nas áreas endêmicas. No elenco de medidas que devem ser tomadas para o controle da hanseníase destacam-se especialmente as seguintes:

Manutenção de um cadastro atualizado dos casos novos que mostre a incidência e a prevalência dessa doença na população; com o tratamento precoce não só das formas contagiantes, como das formas não contagiantes, a fim de prevenir deformidades; Educação sanitária visando principalmente à cooperação dos doentes com relação as suas necessidades e aos seus deveres para com a comunidade; Assistência social aos doentes e aos seus familiares. O acesso aos melhores métodos de diagnósticos e tratamento deve ser assegurado pelo poder público, como um direito do hanseniano.

3.2 O auto cuidado e a hanseníase

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b) o auto cuidado são procedimentos e exercícios que a própria pessoa (ANEXO A; B), devidamente orientada e supervisionada, pode e deve realizar, para prevenir incapacidades e deformidades advindas da hanseníase. As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas não devem ser dissociadas do tratamento

de Polioquimioterapia. Essas medidas serão desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso e devem ser integradas na rotina dos serviços da unidade de saúde, de acordo com seu grau de complexidade.

A adoção de medidas de auto cuidado e prevenção de incapacidades serão baseadas nas informações obtidas através da avaliação neurológica no diagnóstico da hanseníase. Estas informações referem-se ao comprometimento neural ou as incapacidades físicas identificadas, as quais merecem especial atenção, tendo em vista suas consequências na vida econômica e social de pacientes com hanseníase, ou mesmo suas eventuais sequelas naqueles já curados (BRASIL, 2008b).

Os profissionais devem alertar o paciente para que o mesmo também tenham essa atitude de vigilância, orientando-o na realização e para a realização de algumas medidas de auto cuidados tendo em vista a prevenção de incapacidades, suas complicações, agravamento e evolução para deformidades. A presença de incapacidades em um paciente de hanseníase curado, é um indicador de que o diagnóstico foi tardio ou que o tratamento foi inadequado (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

3.3 As incapacidades

O paciente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído e lagofalmo, bem como outras incapacidades tais como, madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deverão ser encaminhados para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de referência de alta complexidade de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e estar sem apresentar estados inflamatórios reacionais há, pelo menos, um ano. Abaixo encontra-se apresentado a tabela do ministério da saúde que avalia e classifica o grau de incapacidades físicas apresentados pelos pacientes portadores de hanseníase(GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

Tabela 3. Critérios de avaliação do grau de incapacidades e da função neural

Grau	Características
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e ou pés
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; tríquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menos que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo

3.4 Adaptações ao ambiente de trabalho

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução da Hanseníase em trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento de pacientes, na rede de serviços de saúde. Segundo o manual de doenças do trabalho de MS :

Apesar de a hanseníase ser uma doença muito comum em trabalhadores rurais as adaptações do paciente hanseniano ao ambiente de trabalho ainda lhe causa sofrimento e adoecimento , sendo importante assinalar que na atualidade cresce em importância a valorização da promoção da Saúde que deve estar contemplada também na Saúde do trabalhador.

A relação causal entre hanseníase e condições de trabalho não está muito bem definida. Mais já faz parte da literatura relacionada que onde os fatores sociais estão presentes aí também a hanseníase está. Condições como baixa higiene, baixo saneamento, condições de má remuneração, trabalhadores expostos às condições intemperas favorecem ao aparecimento dessa doença infecto contagiosa (BRASIL , 2001).

Os trabalhadores com hanseníase compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral em função da sua idade, gênero e grupo social. Além disso, os trabalhadores com hanseníase adoecem como consequência da profissão que exercem ou exerceram ou pelas condições adversas em que o seu trabalho é realizado. Assim o perfil de adoecimento desses trabalhadores resultará da amalgamação desses fatores que podem ser

sintetizadores em todas essas causas.

É importante ressaltar que para investigação das relações Saúde-Trabalho-Hanseníase é imprescindível considerar o relato dos trabalhadores tanto indivíduos como coletivo. Apesar dos avanços e da sofisticação das técnicas para o estudo dos ambientes e condições de trabalho, muitas vezes apenas os trabalhadores sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano e são capazes de explicar o adoecimento (BRASIL, 2001).

Em trabalhadores expostos a poeira ou em imunodeprimidos a hanseníase não deverá ser considerada doença relacionada ao trabalho, uma vez que não tem sido demonstrado, clínica e epidemiologicamente que a exposição a sílica pode favorecer a reativação da infecção por hanseníase latente, visto que por si só a imunodepressão diminui a função fagocitária dos macrófagos contribuindo para o aparecimento da hanseníase.

Toda e qualquer adaptação ao ambiente de trabalho que visa ao bom desempenho de suas funções por parte do trabalhador com hanseníase deve ser apoiada, estimulada e promovida. O portador de hanseníase tem suas limitações físicas em virtude do seu acometimento neural, visual e dermatoneurológico, o qual é o maior responsável pelas mudanças que vão ocorrer no ambiente de trabalho. Sendo assim é imprescindível que o local onde esse indivíduo exerça suas funções esteja adequadamente iluminado a fim de se evitar acidentes e comprometer ainda mais a sua acuidade visual já debilitada. Outro fator importante que não podemos esquecer é o espaço onde esse trabalhador fica a maior parte do tempo, o qual deve ser amplo e sem objetos com pontas ou lâminas afim de se evitar traumas, aos quais seriam ocasionados em virtude da insensibilidade dolorosa que foi comprometida pela doença. Em virtude do comprometimento neuromuscular que traz como consequência a perda da força muscular não é aconselhável que esse trabalhador exerça funções que exija esforço físico e levantamento de materiais pesados (BRASIL, 2001).

Esses trabalhadores necessitam de um maior tempo nos intervalos entre os turnos matutinos e vespertinos para um maior descanso de sistema musculoesquelético para realização da fisioterapia motora a qual é grande responsável pela recuperação de sua força muscular e para realização das

medidas de auto cuidado com os olhos, ouvidos, nariz, pele, mãos e pés. As medidas de auto cuidado tem para o portador de hanseníase um peso imponderável ficando atrás somente do tratamento poliquimioterápico.

Quando a relação causal entre local de trabalho e hanseníase estiver suspeito ou confirmado deve-se informar a todos os trabalhadores, examinar aos expostos visando identificar outros casos, notificar o caso ao SUS, a DRT / MT E e ao sindicato da categoria, providenciar a emissão do CAT caso o trabalhador seja segurado, e orientar o empregador para que adote os recursos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco (BRASIL , 2001).

Aos trabalhadores expostos ao risco de contrair hanseníase devem ser garantidas condições de trabalho adequadas, orientação quanto ao risco e as medidas de prevenção, vacinação, e facilidades para higiene pessoal como chuveiros e lavatórios e equipamentos de proteção individual (vestuário limpo, luvas, batas, óculos, ventilação adequada e etc.).

Um fato de extrema relevância no tratamento do trabalhador com a hanseníase é que na impossibilidade absoluta de ser usado o esquema padrão utiliza-se um esquema alternativo. As drogas são ajustadas de acordo com o peso e a idade do paciente. Para que este esquema de tratamento obtenha êxito em um indivíduo desmotivado com é o caso do trabalhador hanseníco, é importante ressaltar que a ingestão mensal da dose supervisionada é fundamental, devendo ocorrer em datas fixas, tendo como base a data em que o paciente tomou a 1ª dose supervisionada (BRASIL, 2008a).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações e entre elas a de saúde do trabalhador que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e promoção da saúde do trabalhador com base na educação permanente e assistência integral aos portadores deste agravo.

A atenção ao trabalhador com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa se constitui em uma análise sobre as adaptações pelas quais passam os trabalhadores com hanseníase no ambiente de trabalho, em uma unidade básica de saúde no município de Rosário - MA.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com análise dos dados pelo método quantitativo, desenvolvida com pacientes portadores de hanseníase que participam do programa de controle da hanseníase em uma unidade básica de saúde do município de Rosário – MA.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do Povoado São Miguel , no Município de Rosário – Ma, durante os meses de janeiro e fevereiro, que presta serviços de atenção básica à comunidade local, no que diz respeito à consulta ambulatorial básica e tratamento das intercorrências de pacientes com hanseníase.

5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta de pacientes portadores de hanseníase atendidos na Unidade Básica Referida, onde a amostra estudada foi de 30 hansenianos atendidos na consulta médica nesta instituição no período da pesquisa, tendo como critério de inclusão ambos os sexos e que queiram participar de forma voluntária.

5.1 Instrumentos para coleta dos dados

A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário único (APÊNDICE A), padronizado, individualmente a cada paciente portador de hanseníase, composto por perguntas abertas e fechadas elaboradas pelo pesquisador e que contemplou o objetivo deste estudo.

5.2 Coleta de dados

Com a aprovação por parte da Diretoria da Unidade Básica, deu-se início a coleta de dados. Os pacientes foram abordados na sala de consulta médica, os quais foram esclarecidos sobre o objetivo e a natureza da pesquisa, de forma que após o consentimento, receberam o questionário que foi respondido de forma individualizada.

5.3 Análise e interpretação de dados

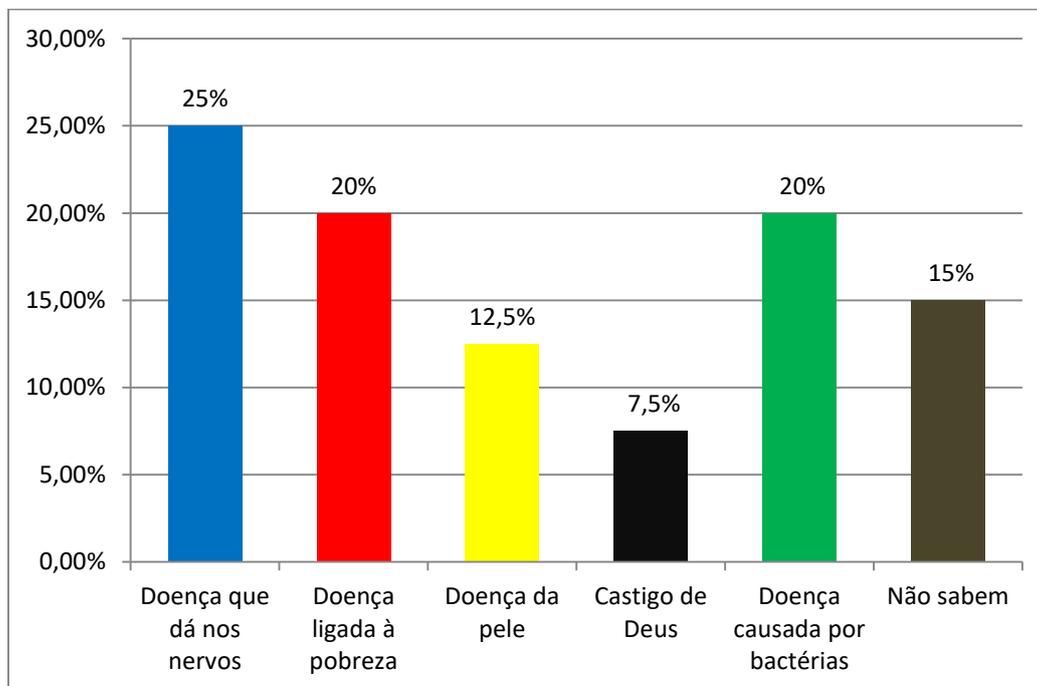
Foi utilizado para análise dos dados o *software Microsoft Office Excel 2007*, onde estão compostas as tabelas, as quais foram utilizadas para apresentação dos resultados.

Os dados foram analisados de forma descritiva e agrupados em duas partes: a primeira parte referente ao conhecimento da população sobre sua doença e o segundo referente às mudanças no ambiente de trabalho.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Gráfico 1: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase segundo o entendimento sobre o que é hanseníase. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

Fonte: Pesquisa direta (2013)



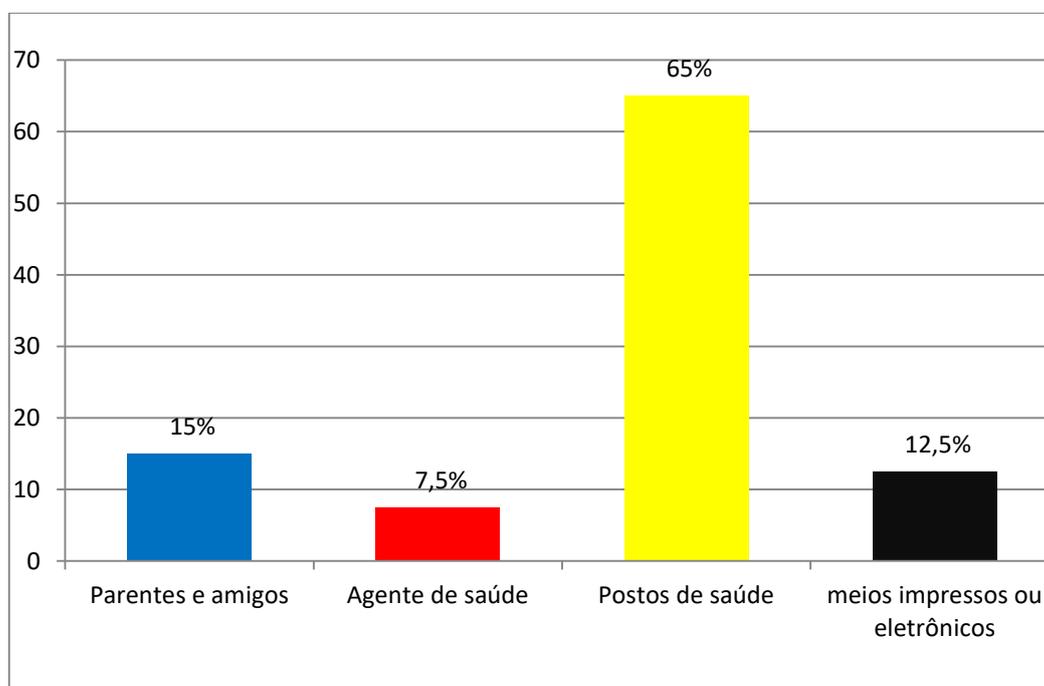
De acordo com os dados coletados no decorrer da pesquisa e representados no gráfico 1, podemos observar que 25% acreditam ser uma doença que dá nos nervos, 20% disseram que é uma doença ligada à pobreza e a sujeira, 20% que é uma doença causada por bactéria e 15% não souberam expressar nenhum conceito sobre a doença, 12,5% dos pacientes disseram que a hanseníase é uma doença da pele, 7,5% que é castigo de Deus. Assim verificou-se que na população analisada há uma grande deficiência sobre o conceito da doença, pois apenas 20% dos entrevistados mostraram ter algum conhecimento científico sobre a hanseníase.

Em um trabalho intitulado `` *a percepção dos portadores de hanseníase sobre a sua doença* ´´, realizado no município de Nossa Senhora do Socorro-SE , em 2006, foi mostrado igual desconhecimento dos pacientes hansenianos , os quais confundiam a hanseníase com doença de sangue e câncer de pele.

Para a organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008a) o desconhecimento da maioria da população sobre questões relativas a saúde incluindo: medidas preventivas, forma de tratamento, consequências, complicações, causas, agentes etiológicos, fármacos, implicações sociais e o próprio contexto de saúde e doença se mostram como um dos principais responsáveis pelo fracasso e insucesso das políticas públicas de saúde. Os Estados e os profissionais da área da saúde possuem o papel dentre outros de educadores e difundidores desses conhecimentos.

Gráfico 2: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, segundo o meio utilizado para obter informações relativas à hanseníase. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

Fonte: Pesquisa direta (2013)



De acordo com os dados coletados no decorrer da pesquisa e apresentados no gráfico 2, foi observado que 65% buscam informações sobre a mesma nos Postos de Saúde mais próximo, através de médicos e enfermeiros e 15% dos pacientes obtiveram informações acerca da doença através de parentes e amigos, 12,5% utilizam meios impressos e eletrônicos, 7,5% através de agentes de saúde.

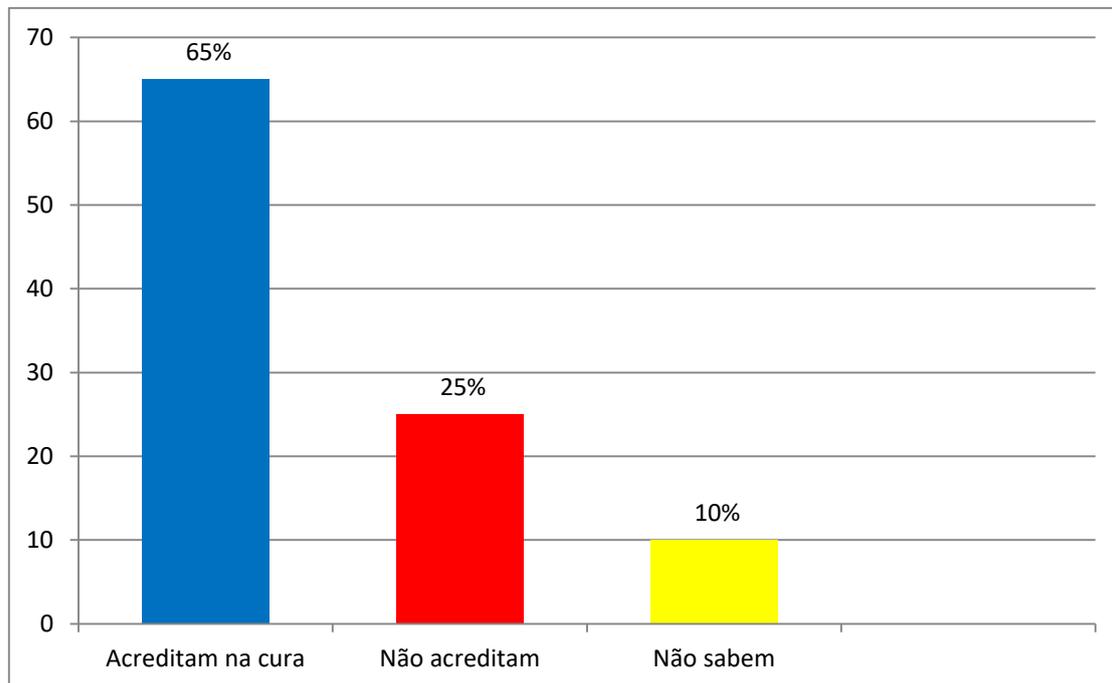
A análise do gráfico exposto acima, mostra que está havendo um esclarecimento maior da população quanto à obtenção de informações relativas a essa doença, apesar de parte expressiva ainda buscar informações em fontes erradas, pois a maioria dos entrevistados se dirigiram as pessoas com competência na área.

Em um trabalho realizado no município de Nossa Senhora do Socorro-SE, em 2006, do total de pacientes com hanseníase entrevistados, 88% deles desconheciam qualquer material referente á hanseníase e só passaram a ter algum tipo de conhecimento após o diagnóstico da doença revelando assim como ainda é incipiente a difusão dos conhecimentos sobre a hanseníase para a população.

Só existe uma classe de profissionais com competência legal e técnica para atuar como educadores de problemas relativos à saúde pública. Não se pode mais aceitar a ideia de que qualquer indivíduo, órgão ou instituição, possa tecer comentários, às vezes místicos, sobre tratamentos, curas, remédios e doenças, sem nenhuma base científica. No que se refere à educação em saúde pública, isso é privilégio, ônus e dever dos profissionais da saúde e dos órgãos de competência do Estado ligados ao Ministério da Saúde (Departamento de Saúde Pública - UNB) (NUNES, 2004).

Gráfico 3: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, segundo a perspectiva de cura da hanseníase. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

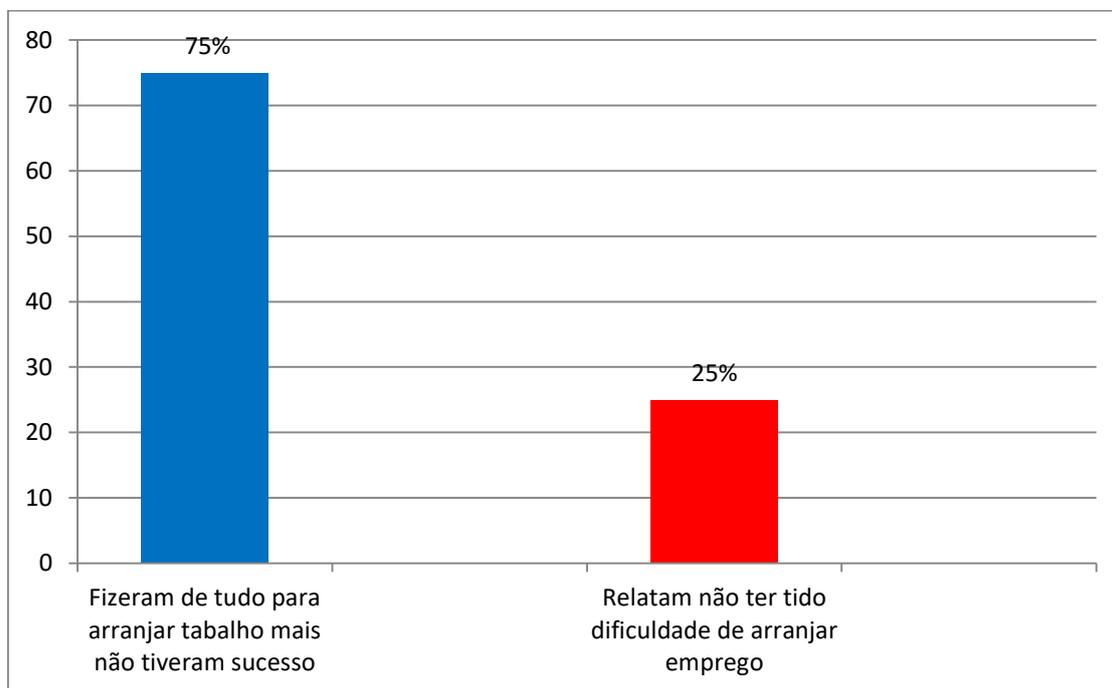
Fonte: Pesquisa direta (2013)



Segundo o gráfico 3, observa-se que 65% dizem acreditar na cura da doença, enquanto 25% não acreditam e 10% não sabem dizer nada sobre a questão. Pode-se observar que de acordo com esses dados, a maioria dos entrevistados acredita na cura da hanseníase, o que mostra que o caráter sobrenatural dessa enfermidade perdeu “terreno” para a ciência e que o conhecimento de que a hanseníase é totalmente curável está sendo disseminado pelos profissionais da saúde e instituições públicas de saúde.

Há registros que constam desde o século XIX e que falam do poder da mente, do poder de certas religiões e outras crendices e suas relações na cura e involução de certas enfermidades. Acreditar na cura da doença é preparar de forma positiva o corpo quanto ao tratamento, e se constitui no primeiro passo para o sucesso da terapia. Não se pode esquecer que a consciência de cura de uma patologia tem relação estreita com as quantidades de informações que o doente obtém a respeito da sua doença. Assim, a primeira consulta ou o primeiro contato entre paciente e profissional da área médica pode determinar o início de toda uma “cascata” que terá como fim o sucesso da terapia (BRASIL, 2008a).

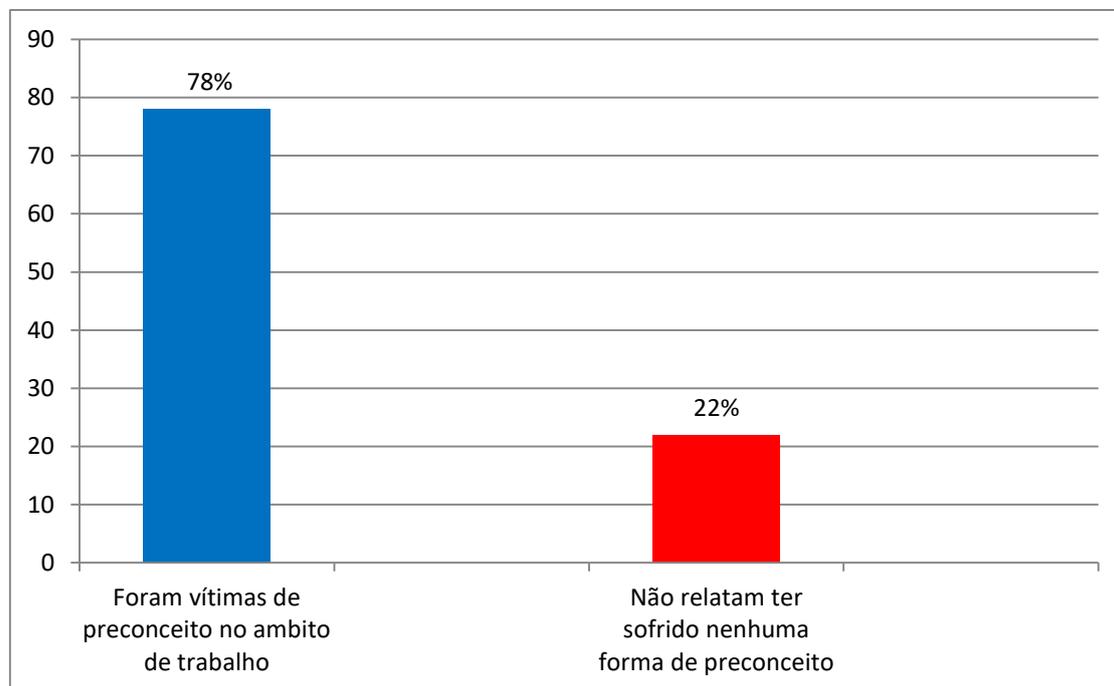
Gráfico 4: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, de acordo com a dificuldade de arranjar trabalho. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.
Fonte: Pesquisa direta (2013)



De acordo com os dados coletados no decorrer da pesquisa e representados no gráfico 4, de todos os pacientes 75% disseram que fizeram de tudo para arranjar trabalho mas não tiveram sucesso e 25% disseram que não tiveram nenhuma dificuldade em arranjar emprego. Isso mostra um problema muito sério, pois mais da metade dos pacientes entrevistados não conseguiram arranjar emprego mostrando a falta de informação por parte dos empregadores e o grande preconceito que mesmo passados mais de dois mil anos do primeiro caso confirmado de lepra ainda cerca a hanseníase. Não se pode negar e esquecer que a disposição para enfrentar a hanseníase em todas as suas faces tanto no que diz respeito a tomada correta da poliquimioterapia como a fisioterapia, o autocuidado e a busca pela inserção na conjuntura social são fundamentais no sucesso do tratamento e tem um peso tão importante quanto as drogas antimicobacterianas.

Gráfico 5: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, segundo a ocorrência de preconceito encontrado no ambiente de trabalho. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

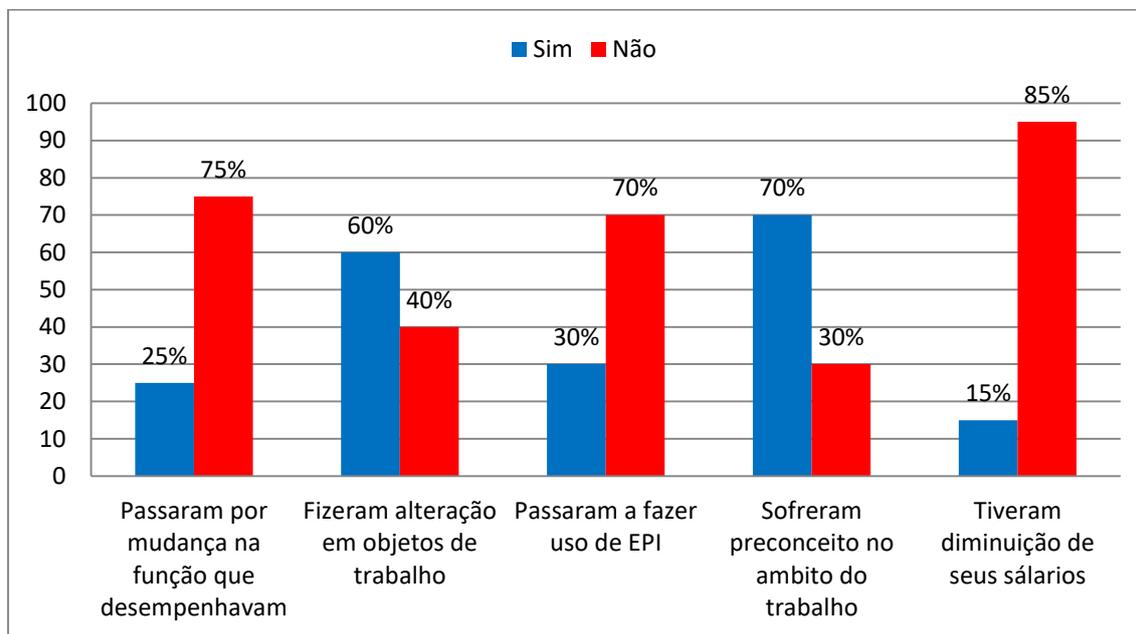
Fonte: Pesquisa direta (2013)



De acordo com os dados coletados no decorrer da pesquisa e representados no gráfico 5 mostram que, 78% disseram que foram vítimas de alguma forma de preconceito no ambiente de trabalho em que atuavam e 22% dos pacientes entrevistados não relataram ter sofrido nenhuma forma de preconceito nos seus ambientes de trabalho. Independente da sua forma errada, do seu tipo e contra o que se refira, o preconceito é uma forma de pensamento e comportamento que antes de tudo expressa um desconhecimento sobre determinado assunto. Quando alguma forma de preconceito se faz presente, no ambiente de trabalho, duas coisas podem ocorrer isoladas ou somadas. A primeira é o sofrimento psicológico pelo qual passa o trabalhador que está sendo vítima do preconceito e junto com o sofrimento vem a baixa auto estima, o medo de se relacionar, a falta de concentração e a perda acentuada da sua produtividade individual. O segundo bebê que nasce dessa relação desumana é a depressão com todas as suas consequências maléficas para o corpo e para a mente do trabalhador vitimado.

Gráfico 6: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, segundo as principais mudanças ocorridas no ambiente de trabalho. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

Fonte: Pesquisa direta (2013)

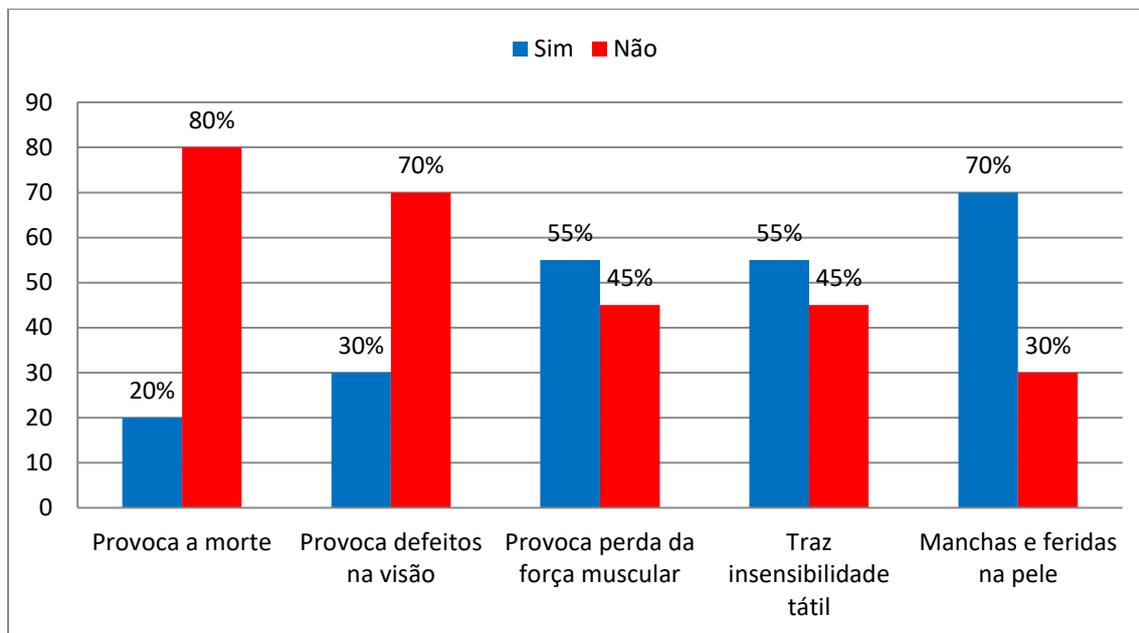


De acordo com os dados coletados no decorrer da pesquisa e representados no gráfico 6, dos pacientes entrevistados 25% disseram que passaram por mudanças de cargo ou função que desempenhavam, sendo que na maior parte das vezes essa mudança foi para um cargo inferior ou para uma repartição mais isolada. 60 % dos pacientes entrevistados disseram ter feito alguma mudança em móveis ou objetos de suas repartições com o objetivo de prevenir acidentes e traumas ocasionados pelo comprometimento dermatoneurológico advindos da hanseníase . 30 % dos pacientes entrevistados relataram que por causa das lesões dermatoneurológicas tiveram que usar algum tipo de EPI a fim de se evitar queimaduras ou cortes em virtude da perda da sensibilidade. Das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho do portador de hanseníase a referente á mudança no comportamento da equipe é a que provoca maiores sofrimento, isso porque na maioria vezes o tipo de mudança comportamental se traduz em preconceito. 70 % dos pacientes sentiram mudanças no comportamento da equipe onde trabalhavam e apenas 25 % desses pacientes relataram não ter sofrido nenhuma forma de preconceito no local em que trabalhavam. Um dado incomum revelado foi o fato de que 15 % dos pacientes disseram ter seus salários reduzidos de

alguma forma isso porque passaram a desempenhar funções inferiores dentro de suas repartições.

Gráfico 7: Distribuição percentual de 30 portadores de hanseníase, segundo o conhecimento das incapacidades advindas da hanseníase. Unidade Básica de Saúde – Município Rosário – Janeiro 2013.

Fonte: Pesquisa direta (2013)



De acordo com o gráfico 7, dos pacientes entrevistados, 20% disseram que a hanseníase provoca a morte e 80% disseram que não, 30% dos pacientes disseram que a hanseníase provoca defeitos na visão e 70% disseram que não. 55% disseram que a hanseníase provoca um estado de perda da força muscular e 45% disseram que não.

O gráfico acima descreve também que 70% dos entrevistados acreditam que a hanseníase provoca manchas na pele e feridas e 30% disseram não conhecer essas incapacidades. Para 55% dos entrevistados a hanseníase traz insensibilidade tátil (dormência) e 45% disseram que não.

Analisando o gráfico percebe-se que uma porcentagem pequena dos pacientes possui o medo de morrer por causa da doença e que apesar de certa deficiência por parte de alguns a maioria dos portadores de hanseníase já estão a par de algumas das incapacidades trazidas pela hanseníase quando não tratada de forma correta e com disciplina.

Não é o melhor caminho, mas está comprovado que o medo da morte e da invalidez é responsável por mais de 67% da adaptação, adoção e compromisso dos pacientes portadores de patologias com potencial para incapacidades aderirem às medidas terapêuticas e aos novos hábitos de vida e procurar evitá-las é demonstrar preocupações com o bem estar próprio e gosto pela vida (RIBEIRO, 2005).

A hanseníase é uma moléstia incapacitante, que constrange e que traz sofrimento físico, social e psicológico, contudo de fácil tratamento e cura quando diagnosticada a tempo. Sendo assim, é um direito do hanseniano receber toda e qualquer informação concernente a sua doença principalmente aquelas relacionadas às consequências da não adesão adequada ao tratamento. É inadmissível que o profissional de saúde omita informações sobre a doença ao doente (BRASIL, 2008b).

7 CONCLUSÃO

A hanseníase constitui um dos principais problemas de saúde pública de países subdesenvolvidos como o Brasil. As decisões dos órgãos públicos com relação a essa moléstia, no que diz respeito ao controle e erradicação, devem ser tomadas rapidamente e com eficácia, pois está é uma doença estigmatizante. A educação do hanseniano visando um bom andamento do tratamento deve ser visto pelos profissionais de saúde como prioridade.

Após análise dos dados apresentados conclui-se que: existe uma deficiência muito grande do portador de hanseníase frente a questões e conhecimentos básicos a respeito da sua doença e que essa carência determina e potencializa o preconceito, o mito e a não adaptação às novas condições de trabalho; verificou-se um descaso do hanseniano no sentido de lutar por melhores condições de trabalho sendo isso um fator que dificulta o enfretamento social do doença e potencializa o preconceito. Outro dado preocupante foi a falta de perspectiva do paciente com hanseníase e o pessimismo frente a cura da doença.

A falta de perspectiva do portador de hanseníase e a sua dificuldade de se adaptar as suas novas condições físicas impostas pelo comprometimento neuro muscular já foram demonstrados em outros trabalhos realizados em outros estados da federação. Em 2002, um trabalho realizado pelo hospital Lauro de Sousa Lima, referencia em reabilitação em hanseníase no país, ficou demonstrado um quadro semelhante de não adaptação ao trabalho no caso dos pacientes hansenianos que exerciam algum trabalho fixo. De um total de quinhentos pacientes entrevistados mais da metade demonstraram sérias deficiências em relação a se adaptar as suas novas condições físicas impostas pela hanseníase.

A realização desta pesquisa desencadeou alguns questionamentos e reflexões pelo autor acerca da realidade encontrada. Medidas simples como a capacitação e um maior diálogo do médico com o portador de hanseníase, visando à educação deste para o trabalho, causaria uma mudança significativa na perspectiva desses pacientes, modificando a realidade outrora encontrada.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. Mendonça de. As complicações oculares da lepra. **Rev Brás Lepr**, n. 4, p. 103-134, 2006.

BECHELLE, L.M Lepra. In: _____. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 7. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília, DF: Fundação nacional da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. **Legislação sobre o controle de doenças na área de dermatologia sanitária**. Brasília. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para autorização de medicamentos imunobiológicos na área de hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde do Trabalhador. Departamento de Atenção a Saúde do Trabalhador. **guia de atenção á saúde do trabalhador e de doênças relacionadas ao trabalho** Brasília: Ministério da Saúde , 2001

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BULLOC,WF. *Microbacterium leprae* (leprosy). In: _____. **Princípios e práticas de infectologia**. 2. ed. São Paulo: [s. n.], 2004.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CHAPMAM, J. S. **The atypical micocateria and humana mycobacteriosis**. [S. l.: s. n.], 2006.

FEUSTEIN, M. T. **Avaliação**: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo: Paulinas, 2004.

GONÇALVES, S. P.; SAMPAIO R. F.; ANTUNES C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 267-274, 2009.

GOULART, I. M. B. **O uso da reação em cadeia da polimerase para estudo da resistência natural a hanseníase e vias de transmissão do Mycobacterium leprae**. 2001. Monografia - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MA, 2001.

GUINTO,R.S; ABLOS, R.M; FAJARDO,T.T. **Atlas de hanseníase**. Sasakawa: Memorial Health Foundation, 2000.

HOSPITAL LAURO DE SOUZA LIMA. **Reabilitação em hanseníase**. Bauru,SP:HLSL, 2002.

LACAZ, C.; PORTO, E; MARTINS, J. E. C. **Microbiologia médica**. 7 ed. Sarvier, 2005.

LEHMAN, L. F. et al. **Avaliação neurológica simplificada**. Belo Horizonte: ALM Internacional, 2004.

LOMBARDI, C. et al. **Hansenologia: epidemiologia e controle**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002.

MARSHAK, M. L. R. F. et al. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Normas e instruções: hanseníase**. São Paulo: [s. n.], 1992.

NUNES, João Freire. Departamento de Saúde Pública. 2004. Disponível em: <www.unb.br/departamentodesaudepublica>. Acesso em: 15 abr. 2011.

OLIVEIRA, M. L. W. et al. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

OMS. Organização Mundial de Saúde. 2004. Disponível em: <www.oms.com.br>. Acesso em: 21 abr. 2011.

PENNA,G.O.; et al. **Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

RAMOS, Jairo, VALE, J. Ribeiro do. **Atualização terapêutica**. 20. ed. Rio de Janeiro: [s. n.], 2006.

RIBEIRO, João. Departamento de infectologia. 2005. Disponível em: <www.ufma.br/departamentodeinfectologia>. Acesso em: 2 abr. 2011.

SOUSA, Adelina de; AZEVEDO, Maria de Fátima. **Microbiologia médica**. 18. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SOUSA, Márcia de. **Assistência de enfermagem em infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. 2. ed. São Paulo: 2006.

WILLSONN; PHYSER. **História da medicina e história das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

