

Laboro – Excelência em Pós – Graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

Hanseníase: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores da Hanseníase,
Atendidos em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sotér – MA.

São Luis
2008

Cleide de Fátima de O. A. Pereira
Francimary Passinho Ferreira

Hanseníase: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores da Hanseníase, Atendidos em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sotér – MA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luis
2008

**CLEIDE DE FÁTIMA DE O. ARAÚJO PEREIRA
FRANCIMARY PASSINHO FERREIRA**

HANSENÍASE: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores da Hanseníase, Atendidos em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sotér – MA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

Profª Giselle Martins Venâncio (Examinadora)
Drª Em Historia Social
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

A Deus, aos nossos pais, irmãos, namorados e amigos, pelo apoio e incentivo. E à nossa orientadora pela sua disponibilidade e conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a força superior que nos abastece;

Aos nossos pais, pelo incentivo e confiança;

A Unidade de Saúde do Município de São João do Sóter;

Aos nossos namorados, pelo amor, paciência e companheirismo;

Aos amigos, pelo companheirismo, e dedicação ao longo do curso;

Aos nossos irmãos pela força e carinho;

Aos pacientes que gentilmente forneceram as informações.

À mestra Rosemary Ribeiro, pela dedicação, orientação, conhecimento e disponibilidade.

“A hanseníase também se cura com amor, ultrapassando as barreiras do preconceito e desenvolvendo a confiança e a alegria de viver”

(SEMUS – SUS)

LISTA DE SIGLAS

CFZ – Clofazimina

DDS – Dapsona

HD – Hanseníase Dimorfa

HI – Hanseníase Indeterminada

HT – Hanseníase Tuberculóide

HV – Hanseníase Virchowiana

MB – Multibacilar

ML – Mycobacterium Leprae

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Municipal de Saúde

PB – Paucibacilar

PQT – Poliquimioterapia

RFM – Rifampicina

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

TABELA 01 Distribuição numérica e percentual dos 25 pacientes de acordo com os aspectos sócio-demográficos, no Município de São João do Sóter – MA, 2008	23
GRÁFICO 1 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação às condições de moradia.....	25
GRÁFICO 2 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao destino dos dejetos.....	26
GRÁFICO 3 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao destino do lixo	27
GRÁFICO 4 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação aos hábitos da vida pregressa.....	27
GRÁFICO 5 Distribuição percentual dos 25 pacientes quanto ao conhecimento da doença.....	28
GRÁFICO 6 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao primeiro sintoma observado.....	29
GRÁFICO 7 Distribuição percentual dos 25 pacientes quanto ao conhecimento dos exames para diagnóstico da hanseníase.....	29
GRÁFICO 8 Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o apoio familiar.....	30
GRÁFICO 9 Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o tratamento.....	31
GRÁFICO 10 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao abandono de tratamento.....	31
GRÁFICO 11 Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao conhecimento da transmissão da doença.....	32
GRÁFICO 12 Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o seguimento do tratamento.....	33

RESUMO

Hanseníase, doença infecciosa crônica causada pelo micobacterium leprae. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico simples. O Brasil continua sendo o segundo país em casos registrados no mundo, ficando atrás somente da Índia. A doença manifesta-se em dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculoíde) e dois grupos instáveis (indeterminada dimorfo). A transmissão acontece no contato íntimo prolongado como o doente através das vias aéreas. A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico. O tratamento da hanseníase compreende a quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidade física, reabilitação física e psicossocial. A poliquimioterapia específica com a combinação Rifampicina, Dapsona e Clofazimina de acordo com a classificação operacional. O presente estudo foi tendo como objetivo descrever o Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores da Hanseníase, Atendidos em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sóter -MA. Utilizou-se uma abordagem quantitativa de caráter descritivo com aplicação de um questionário semi-estrutural. A população estudada foi composta por 25 pacientes atendidos no programa da hanseníase, no período compreendido de novembro de 2007 à março de 2008. Após a análise dos dados observou-se que 92% dos pacientes estão na faixa etária acima dos 15 anos de idade, 100% não concluíram o ensino fundamental, 100% têm renda abaixo de um salário mínimo, 60% dos pacientes são do sexo masculino, 74% residem em casa de taipa não revestida, 80% ainda utilizam fossas negras para destino dos dejetos, 80% o lixo fica em céu aberto, 100% utilizam água de poço, 40% são casados, 60 % são lavrador, 54% apontam manchas avermelhadas como primeiro sintoma observado, 80% não sabe como é transmitida a doença, 67% acha difícil seguir o tratamento. A hanseníase ainda é uma preocupação em nosso país principalmente nos locais em que as condições sócio-econômicas-financeiras são inadequadas, tornando-se indispensável a realização de um trabalho preventivo e eficaz, com destaque para investimentos em saneamento básico, educação e saúde.

Palavra Chave: Hanseníase; Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

Leprosy, chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*. The predilection for the skin and peripheral nerves gives peculiar characteristics of this disease, making its diagnosis simple. Brazil remains the second country in cases recorded in the world and is coming only from India. The disease manifests itself in two opposite poles and stable (*virchowiano* and *tuberculoíde*) and two groups unstable (*indefinite* *dimorfo*). The transmission occurs in intimate prolonged contact with the patient through the airways. The smear is the examination of more useful in diagnosis. The treatment of leprosy understands the specific chemotherapy, removal of reaction outbreaks, prevention of physical disability, physical and psychosocial rehabilitation. The multidrug specific combination with Rifampicin, Dapsone and Clofazimine according to the classification operational. This study was taking to describe the Epidemiological Profile of Persons of Leprosy Patients, Met in a Health Unit in the County of St. John the Sóter-MA. It was used a quantitative approach of descriptive character with application of a semi-structural questionnaire. The study population was composed of 25 patients in the programme of leprosy in the period November 2007 to March 2008. After analysing the data it was observed that 92% of the patients are in the age group above 15 years of age, 100% have not completed primary school, 100% have incomes below a minimum wage, 60% of patients are male, 74% live on taipa home of uncoated, 80% still use black pits for destination of waste, 80% in the garbage is open, 100% use of well water, 40% are married, 60% are farmer, 54% pointed red spots as the first symptom observed, 80% do not know how the disease is transmitted, 67% find difficult to follow the treatment. Leprosy is still a concern in our country especially in places where the socio-economic conditions and financial are inadequate, making it essential to carrying out preventive work and effectively, with emphasis on investment in sanitation, education and health.

Key words: Leprosy; Epidemiological profile.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivo Específicos	20
4. METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Local da Pesquisa	21
4.3 População e Amostra	14
4.4 Instrumento.....	21
4.5 Coleta e Análise de Dados.....	21
4.6 Aspectos Éticos	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	23
6. CONCLUSÃO	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	41
ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução lenta e crônica que tem como agente causador uma micobactéria, chamada de *Mycobacterium leprae*(ML), ou bacilo de hansen que é um bacilo intracelular, álcool ácido resistente, sendo um bastonete reto ou ligeiramente encurvado de 1,5 a 8 micro de comprimento por 0,2 a 5 micro de largura, que, em tamanho e forma, é muito semelhante ao bacilo da tuberculose. Apesar de descoberto em 1873 por ARMAUER HANSEN, na Noruega, e tendo sido o primeiro patógeno bacteriano identificado em seres humanos, até hoje não se definiu condições de cultura satisfatória para o crescimento desta micobactéria. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.c. e procede da Índia, que juntamente com a África, podem ser considerados o berço da doença. (NÉRI et al., 1999).

A hanseníase é uma doença milenar, até hoje segue sendo um problema de saúde em todos os estados e microrregiões do país, entretanto os coeficientes de prevalências e detecção apresentam grandes variações em todo o território nacional dentre as atividades essenciais incluídas nas estratégias da eliminação da hanseníase, contam com a educação em saúde, o diagnóstico precoce e a introdução do tratamento adequado aos pacientes para assim diminuir os riscos de seqüelas e reduzir o período de contágio, interrompendo a cadeia epidérmica da doença. (Ministério da Saúde, 2006).

No Brasil, os primeiros casos de hanseníase foram notificados em 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde anos mais tarde, seria criado o primeiro lazareto-local, para abrigar os “Doentes de Lazaro” ou leprosos. Outros focos da doença foram identificados principalmente na Bahia e no Pará (BRASIL, 1989a). No Maranhão, a infecção foi introduzida pelos colonos europeus e africanos, poupando os indígenas (FONSECA et al., 1983).

Uma das primeiras medidas adotadas para o controle da hanseníase em todo o mundo foi o isolamento dos doentes, sendo que esta não foi capaz de controlar a endemia, ao contrário, contribuiu para o aumento do medo e

estigma na sociedade. No Brasil entre 1912 e 1920, a doença passou a ser tratada como um problema de saúde pública. (BRASIL, 2002b).

Com a assinatura do compromisso para a eliminação da hanseníase em 1991, onde OMS, animada com a queda dos casos registrados, devido à implantação PQT/OMS, propôs a eliminação de hanseníase e considerou-a como doença saúde pública. No Brasil houve, no entanto, um aumento detenção das taxas de incidências, adiando o compromisso de eliminação da hanseníase até 2005, que segundo a OMS, estigma o índice de menos de 1/10.000 habitantes (FUNASA, 2005). Segundo cartas de “Eliminação da hanseníase” lançadas em Brasília, em 21/10/2004 pelo Ministério da Saúde Humberto Costa e Jarbas Barbosa, secretário de vigilância em saúde, tem como objeto evidenciar o problema e apresentar a situação epidemiológica da hanseníase nos estados brasileiros.

Avaliando a série histórica de incidência da hanseníase no Maranhão, o observamos uma tendência crescente a cada ano, com manutenção de altas taxas de detecção. Em 2004, foram registrados 4.947 casos, destes 559 ocorreram em crianças menores de 15 anos, o que se atribui ao convívio familiar com o doente não tratado. No Maranhão, apresenta-se o coeficiente de prevalência alto 5,1/10.000 habitantes (prevalência do ponto), sendo que a região da Pré-Amazônia apresenta maior concentração de casos e apenas a Região do sertão maranhense apresenta baixo nível de endemicidade. Em São Luis foram encontrados 767 casos, sendo que 673 em maiores de 15 anos e 94 em menores de 15 anos. (SECRETARIA DE SAÚDE, 2005).

A transmissão acontece no contato íntimo e prolongado com o doente não tratado, através das vias aéreas superiores (trato respiratório, mucosa nasal e orofaríngea), e não há necessidade de separar os objetos de uso pessoal do portador da hanseníase. A pela lesada, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção, as secreções vaginais podem eliminar bacilos, mas, não possuem importância na disseminação da infecção. (TALHARI, 1997).

A hanseníase apresenta longo período de incubação, em média de dois a sete anos, mais existem referências de períodos mais curtos, ou seja, de sete meses, como também mais longos, de dez anos. (CARRASCO; PEDRAZZANI, 1993).

Rabello (apud TALHARI; NEVES, 1997) estabeleceu o conceito das formas polares da hanseníase, cujos critérios foram mantidos no congresso de Leprológia realizado em Madri, no ano 1953. Esta classificação leva em consideração a imunidade e a tendência da doença a um dos pólos: positivo ou negativo (o paciente apresenta imunidade celular específica ao M.L ou não, respectivamente) e quando não está bem definido, o quadro imunológico evolui para a interpolaridade. Encontram-se, portanto, quatro formas clínicas: Indeterminada (I), Tuberculose (T), Dimorfa (D) e Virchowiana (V).

- VIRCHOWIANA (V):

É uma das formas multibacilares. Nesta forma clínica o cliente apresenta baixa imunidade, possibilitando a multiplicação do bacilo: apresentam lesões eritomasas com infiltração, difusa, tubérculos, nódulos, madarose (queda de cílios e supercílios) e lesões das mucosas (olhos, palato e vísceras). Quando há infiltração na fase com acentuação dos sulcos naturais e conservações dos cabelos, configuram-se a clássica “fáceis leoninas” da hanseníase. A sua baciloscopia é positiva. (AZULAI, 1999).

- DIMORFA (D):

Esta forma é imunologicamente instável, oscila entre as manifestações da forma Tuberculoíde (I) e da forma Virchowiana (V). Pode apresentar lesões de pele bem delimitadas, hipocrômicas ao mesmo tempo com lesões infiltrativas mal delimitadas. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa. (CARRASCO; PEDRAZZANI, 1993).

As formas não contagiantes são representadas pelas formas Indeterminadas (I) e Tuberculoides (T).

- INDETERMINADA (I):

É considerada a forma inicial da doença, onde apresenta manchas que podem ser únicas ou múltiplas de limites imprecisos, com diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Nessa forma, não há comprometimento de troncos nervosos, e a baciloscopia é negativa, pode evoluir para a forma tuberculoide ou virchowiana, dependendo do comportamento imunológico do indivíduo, como pode também ocorrer cura sem tratamento. (PETRI, 2003).

- TUBERCULOÍDE (T)

É caracterizada por lesões bem determinadas erimatosas ou por manchas hipocrômicas nítidas cheias ou com elevação apenas nas bordas localizadas preferencialmente, nas regiões palmar e face. As lesões encontradas podem ser únicas ou múltiplas com diminuição da sensibilidade e alterações nos nervos próximos a ela, podendo comprometer os sensitivos – motores. A baciloscopia é sempre negativa. (COLOMBRI et al., 2004).

Para fins operacionais, o Brasil adotou a recombinação da OMS que agrupar as formas de hanseníase em paucibacilares (Indeterminada e Tuberculoide), quando os pacientes apresentam até cinco lesões e a baciloscopia negativa. E quando apresentam mais de cinco lesões e a baciloscopia for positiva é multibacilares (Virchowiana e Dimorfa). (BRASIL, 1994).

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos que podem levar à suspeição e ao diagnóstico clínico da doença. Esta manifestação inicial da doença dá-se por meio da forma indeterminada, que dependendo da imunidade do doente, evolui para a forma tuberculoide, se apresentar maior imunidade ou para a forma virchowiana, se apresentar menor imunidade. Existem doentes que apresentam imunidade instável e desenvolvem uma forma intermediária à dimorfa. (BRASIL, 2003).

De acordo com a OMS (2003) os sinais e sintomas são: manchas e placas com alterações de sensibilidade, rarefação de pelos e anidrose, infiltração localizada ou difusa, tubérculos, nódulos, dor, diminuição da sensibilidade e da força muscular nas áreas correspondentes a estes nervos.

O diagnóstico da hanseníase é a realização por meio do diagnóstico clínico que consiste no exame clínico do paciente buscando os sinais dermatoneurológicos da doença, sendo a anamnese e o exame físico as atividades que constituem a esse diagnóstico. Na anamnese é feita a obtenção da história clínica epidemiológica do paciente com levantamento de sinais e sintomas apresentados e a existência de contatos com hanseníase. Em seguida é feito o exame físico do paciente por meio de avaliação dermatoneurológica, que consiste na identificação de lesões em toda a superfície corporal e na pesquisa de sensibilidades térmicas, dolorosas e táteis em áreas suspeitas; a avaliação neurológica é feita para a identificação de neurites, incapacidades e deformidades físicas que são constantes por meio da inspeção dos olhos, do nariz, das mãos e dos pés, da palpação dos troncos nervosos periféricos mais acometidos (como o trigêmeo, facial, ulnar, fibular, tibial posterior, mediano e radial), e da diminuição ou ausência da força muscular nas áreas de sensibilidade nos olhos, nas mãos e pés. É feita também a identificação das reações hansênicas. (PENA, 1994).

O diagnóstico laboratorial é feito por meio da baciloscopia, que um exame utilizado como apoio para o diagnóstico e para a classificação dos casos em multibacilares ou paucibacilares. A baciloscopia positiva é um indicativo de tratamento multibacilar, independente do número de lesões, indicador como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas. Utiliza-se também o exame histopatológico da pele, nos casos em que a dúvida diagnóstica ou classificatória, e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais, quando há dúvida no diagnóstico diferencial com outras neuropatias. O tratamento do paciente com hanseníase é indispensável para curá-lo e para fechar a porta de infecção, interrompendo assim a cadeia de transmissão de doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia, e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública. (BRASIL, 2002).

O Brasil conseguiu uma grande vitória na luta contra a hanseníase um problema de saúde que, além de grave, ainda se associava ao preconceito. Graças ao esforço e ao investimento do Ministério da Saúde na detecção precoce e no tratamento adequado dos portadores, conseguiu-se, em dois anos, a redução em 24,27% dos casos da doença no país. Segundo estimativa do

governo federal em 2005, 10,9 mil pessoas deixaram de contrair hanseníase. (Ministério da Saúde. 2008)

Hoje, a hanseníase é totalmente curável e os esquemas de tratamento recomendados pela OMS, adotados pelo Ministério da Saúde, são denominados poliquimioterapia (PQT). Constituída por uma associação de três medicamentos – dapsona, clofazimina e rifampicina – a poliquimioterapia evita a resistência medicamentosa do bacilo. É administrada através de esquemas padronizados de acordo com a classificação do doente em paucibacilar ou multibacilar. Esquema padrão para doentes paucibacilares: uma dose mensal de rifampicina de 600 mg supervisionada (tomada na unidade de saúde sob supervisão) e mais uma dose de 100 mg de dapsona, também supervisionada, e uma dose diária de 100 mg de dapsona auto-administrada. O tratamento dos doentes paucibacilares tem a duração de seis meses. Esquema padrão para doentes multibacilares: uma dose mensal de 600 mg de rifampicina, mais uma dose mensal de 300 mg de clofazimina e de 100 mg de dapsona supervisionada. E, ainda, uma dose diária de 50 mg de clofazimina e de 100 mg de dapsona, auto-administradas. A duração do tratamento dos doentes multibacilares é de 24 meses, podendo ser reduzida para 12 meses nos pacientes com carga bacilar baixa no início do tratamento e que, após criteriosa avaliação clínica, respondam bem à medicação. (Ministério da Saúde. 2008).

Muitas vezes o curso do tratamento é interrompido por episódios agudos, denominados reações os estados reacionais podem ser de dois tipos: Reação tipo I ou reversa e reação tipo II ou Eritema nodoso hansênico. A reação tipo I ocorre, mas freqüentemente em pacientes de hanseníase tuberculoíde e dimorfa, nesse tipo de reação a imunidade celular tem um papel chave, uma vez que ela protege contra a disseminação do tecido, se exacerbada, esta diretamente envolvida, no processo que causa a patologia no nervo e pele. Essa imunidade de célula desencadeada pelo M.L é um evento complexo e bem sincronizado composto de varias etapas: Processamento e Apresentação do antígeno, ativação de células T virgens e ativação do germe processador. (BRASIL, 1989).

As reações hansenicis tipo II ou Eritema Nodoso hansenico ocorre exclusivamente em pacientes afetados pela hanseníase do tipo MB,

especialmente a hanseníase virchowiana e a hanseníase dimorfa-virchowiana (DV). O Eritema Nodoso hansenico leve se manifesta por meio de aparição na pele de alguns nódulos vermelhos, acompanhados por febre baixa e o mal estar geral. Já o Eritema Nodoso hansenico grave pode incluir um ou mais dos seguintes sintomas: Neurites com nervos dolorosos e sensíveis, com ou sem perda da função nervosa, febre moderada ou alta prolongada, juntamente com o mal estar geral agudo, lesões eritematosas dolorosas de tamanho variado, incluído papulas e nódulos localizados em qualquer região da pele, que podem tornar-se ulcerativas, mas extensas, nódulos linfáticos e dolorosos e edemaciados, albumina e globos vermelhos na urina. Ainda na pele, descreveu-se o eritema nodoso necrosante e o eritema polimorfo. Em alguns casos, o quadro racional evolui com neurites, orquites, epididimite, erite e inidociclite, artrite, mãos e pés reacionais, linfodenite, proteinuria, dano hepático, edema de membros inferiores e febre. (ARAUJO, 2003). O tratamento da Reação Tipo I, prednisona 1 a 2mg/kg dia. Observar preocupações com uso e corticóides. Na Reação II, Talidomida 100 a 400mg/dia. Proibido o uso em idade fértil, critérios para a forma Paucilibacilar: 06 doses em até 9 meses e Multibacilar: 12 doses em até 9 meses. (GHIDELLA, 2004)

Na Assistência de Enfermagem ao hanseniano, além do tratamento, outro cuidado assume fundamental importância, tanto na consideração da saúde do cliente como no aspecto de saúde pública, é a prevenção do surgimento de incapacidades. Cabe então ao Serviço de Assistência prevenir o surgimento de tais seqüelas com avaliações neurológicas periódicas, e intervindo quando necessário com o uso de corticóides, imunossuppressores (a talidomida), e de fisioterapia. O Sistema de Saúde é baseado na participação de todos (profissionais de saúde, doentes e seus familiares, população em geral...). A prática educativa é a parte integrante da própria ação de saúde. Essa pratica rejeita a concepção estática de educação entendida apenas como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas, dentro de uma metodologia de percussão. A equipe de saúde deve ser capacitada não somente para a realização das atividades básicas de controle da hanseníase, como também para o desenvolvimento de atividades educativas. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2003).

2 JUSTIFICATIVA

Devido à vivência no Programa Saúde da Família – PSF, observou-se grande numero de portadores de hanseníase cadastrados pelas equipes. Dessa forma surgiu a necessidade de realizar um estudo para conhecer os hábitos de vida dos hansenianos de modo que, venha facilitar a conduta profissional e auxiliar na promoção do auto-cuidado desses clientes, orientando-os a aderir novos hábitos de vida saudáveis no tratamento correto e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores da hanseníase atendidos no Programa de Controle da Hanseníase, em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sóter – MA.

3.2 Específicos

- Caracterizar a população quanto as variáveis demográficas e socioeconômicas.
- Identificar os conhecimentos dos pacientes em relação à doença, conforme os casos encontrados.
- Identificar a situação de encerramento dos casos notificados no período.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo. Foram colhidos dados em pacientes portadores da hanseníase, com diagnósticos confirmados, fazendo uma análise do perfil dos pacientes atendidos no referido programa.

4.2 Local da Pesquisa

A referida pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sóter – MA, onde possui uma população de 12.755 habitantes, tem sete equipes de PSF e sete Unidades de Saúde.

4.3 População e Amostra

A pesquisa foi realizada com uma população de 50 pacientes cadastrados no Programa de Controle de Hanseníase, atendidos em uma Unidade de Saúde no Município de São João do Sóter – MA, onde se obteve uma amostra de 25 pacientes. A escolha da amostra foi aleatoriamente.

4.4 Instrumento

O instrumento utilizado foi um questionário contendo perguntas fechadas, conforme (APÊNDICE A).

4.5 Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi efetuada de Novembro de 2007 a Março de 2008, pelas autoras de acordo com a disponibilidade e rotina de atendimento da Instituição.

Os dados foram analisados estatisticamente conforme o programa Excel e apresentado sob a forma de gráficos e tabelas.

4.6 Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da UFMA, em obediência a Resolução Nº 196/96- que trata de pesquisa envolvendo seres humanos para análise e aprovação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Será discutido a seguir os resultados da pesquisa e apresentados através de tabela e gráficos, onde os dados foram analisados estatisticamente conforme o programa Excel.

TABELA 1 – Distribuição numérica e percentual dos 25 pacientes de acordo com os aspectos sócio-demográficos, no Município de São João do Sóter – MA, 2008.

Variáveis	F	%
Sexo		
Masculino	15	60%
Feminino	10	40%
Faixa Etária		
> 15 anos	23	92%
< 15 anos	00	0%
= 15 anos	02	8%
Ocupação		
Pedreiro	00	0%
Estudante	02	8%
Do lar	04	16%
Lavrador	15	60%
Outro	04	16%
Estado Civil		
Casado	10	40%
Solteiro	05	20%
Separado	04	16%
Moram junto	06	24%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	25	100%
Ensino Fundamental Completo	00	0%
Ensino Fundamental Completo	00	0%
Renda (Salário Mínimo)		
< 1 Salário Mínimo	25	100%
+ de 1 Salário	00	0%
Acima de 3 Salários.	00	0%
Total	25	100%

Avaliando-se o variável sexo no presente estudo pôde-se constatar que houve uma pequena diferença entre os sexos onde 60% dos pacientes era do sexo masculino e 40% era do sexo feminino. Conforme Aquino (2003), analisando o perfil dos pacientes em área hiperendêmica no estado do Maranhão, estudos realizados na cidade de Recife – PE também demonstraram que a maioria dos pacientes da hanseníase era do sexo masculino (57%). Segundo IBGE (2004, a cidade de São Luis tem relativa predominância do sexo feminino, isso pode ter contribuído para o aumento do numero de casos de pacientes femininos com reações, atribuído a um maior contado dessas mulheres a foco da infecção.

Observou-se que os casos relatos neste estudo mostram que a faixa em maior índice, está acima de 15 anos (92%). Isso evidencia que mais da metade da população é composta por pessoas economicamente ativas, o que de certa forma, pode influenciar na força de trabalho. Esses achado são importantes em que se tratando do risco e evolução para incapacidades físicas, pois, pode ocasionar diminuição ou até mesmo perda da capacidade produtiva, contribuindo para o prejuízo sócio-econômico do individuo na sociedade (AQUINO et al., 2003).

No item escolaridade, observou-se um predomínio de pacientes com Ensino Fundamental incompleto (100%), fato similar aos relatos de Pedroso (1989) e Parra (1996), também concordando esses índices foram os resultados Guerras et al. (2004).

De acordo com a renda familiar pôde se observar que todos os pacientes recebiam menos de um salário mínimo (100%). Segundo o UNICEF (1993), famílias que possuem renda entre um e dois salários mínimos sobrevivem abaixo das condições mínimas exigidas que possam garantir qualidade de vida, caracterizado estas famílias como pobres.

A partir da análise do gráfico 1, pôde-se perceber que a maioria das famílias (74%), residem em casas de taipa não revestida, outra parcela das famílias (24%), vivem em casas de taipa apenas (2%), das famílias moram em casas de tijolos.

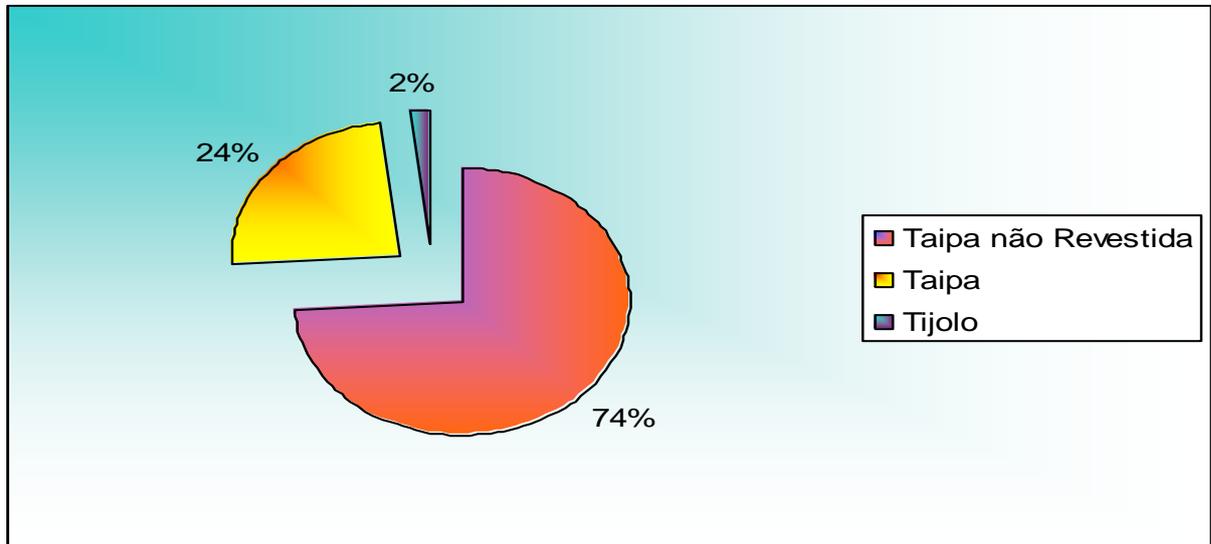


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação às condições de moradia. São João do Sóter – MA, 2008.

No Brasil fatores como as precárias condições dos serviços de saúde públicas, os muitos casos onde se registra péssimas condições de moradia, além da distribuição e a falta de higiene que contribuem para que a doença se agrave cada vez mais, tornam distante a meta. A má nutrição e condições precárias contribuem para o alastramento da doença. O Brasil é o campeão latino americano e o segundo colocado, no mundo, 78 mil casos registrados da hanseníase .(BRASIL, 2004).

De acordo com o gráfico 2 (80%) das famílias entrevistadas pôde-se constatar uma prevalência pela fossa negra, como alternativa para o destino dos dejetos. No entanto, um número significativo de famílias (20%), ainda utiliza fossa séptica, as quais são consideradas adequadas.

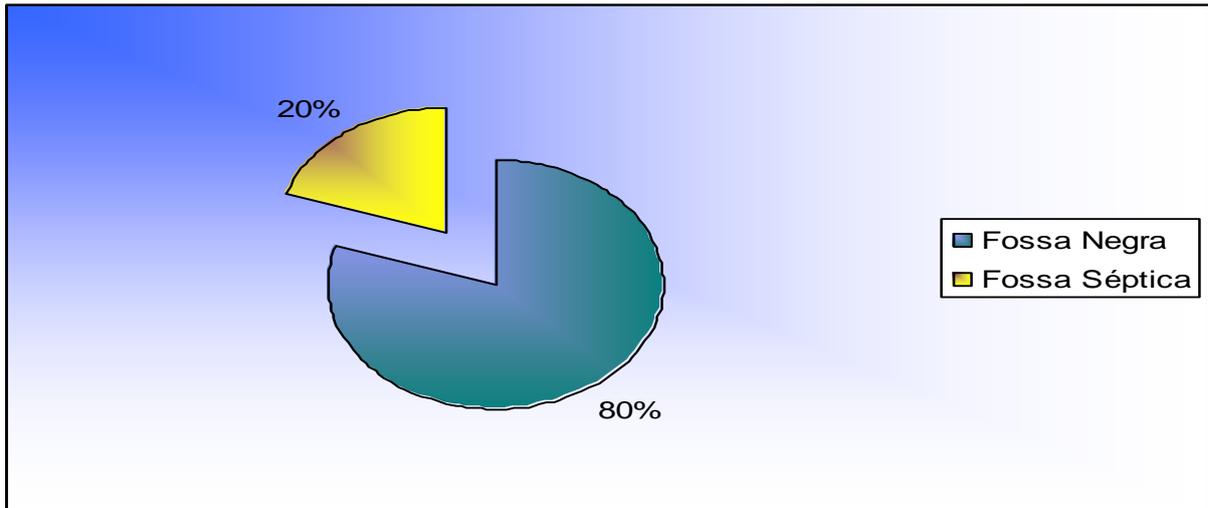


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 25pacientes em relação ao destino dos dejetos. São João do Sóter – MA, 2008.

No Brasil o aumento da população coberta pela rede geral de instalação sanitária foi de quase 100% entre 1980 e 2000. Quando consideramos a forssa séptica, neste conjunto, observou-se acréscimo de 35% na cobertura. Esse aumento foi mais expressivo durante a década de 1990 para as regiões norte, nordeste e sul. Apesar dessa ampliação, é a mais baixa cobertura populacional quando comparada com o abastecimento de água e com a coleta de resíduos sólidos (BRASIL, 2004)

De acordo com o gráfico 3,(8%) das famílias entrevistadas têm a coleta de lixo como o destino final. No entanto, um número significativo de famílias trata-o de forma inadequada, (80%) despejando-o terrenos baldios e queimados (12%).

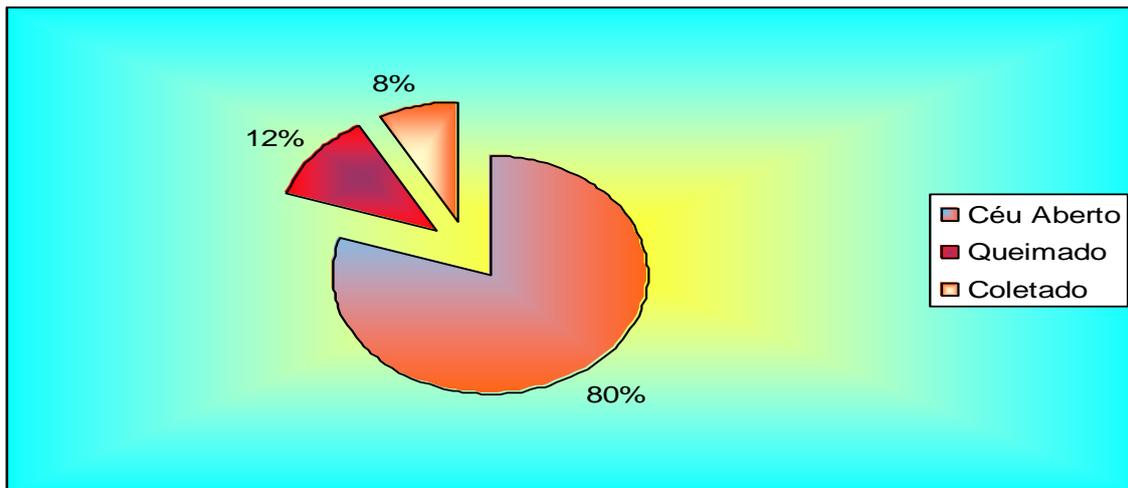


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao destino do lixo. São João do Sóter – MA, 2008.

O aumento da população coberta pela rede de coleta de resíduos sólidos foi de 27% entre 1991 e 2000. As regiões sul, sudeste e centro-oeste exibem uma média de cobertura populacional de 84% no censo de 2000 e as regiões nordeste, de 57% (BRASIL, 2004).

Em relação ao gráfico 4, das famílias entrevistadas pôde-se perceber que (76%) a maioria dos pacientes não possui nenhum tipo de vício, (11%) mesmo fazendo o tratamento continua fumando, (4%) faz uso de bebidas alcoólicas e somente (9%) pratica atividades física.

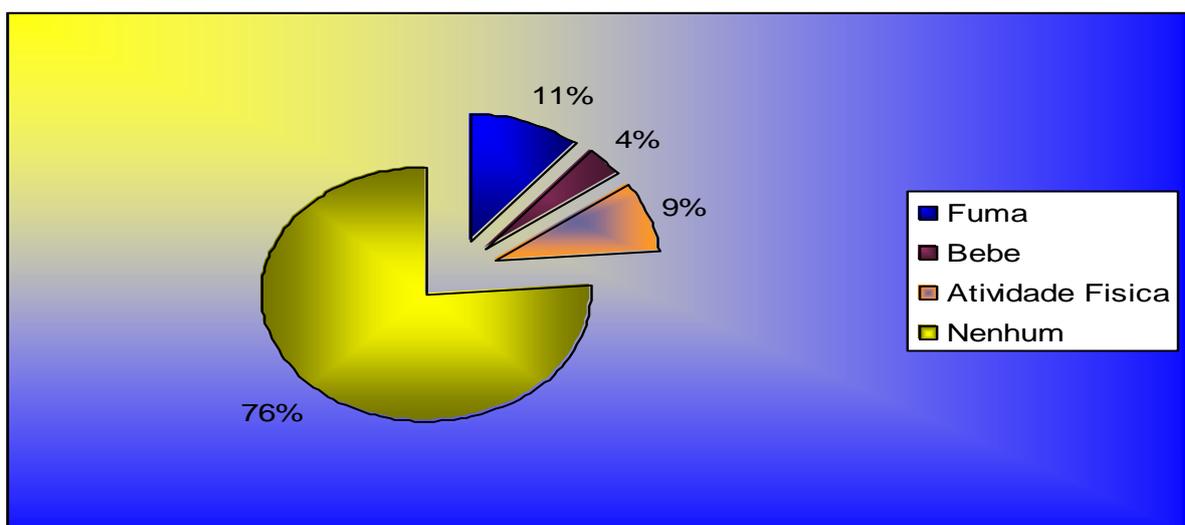


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação aos hábitos da vida pregressa. São João do Sóter – MA, 2008.

Quanto a procedência da água todos os entrevistados utilizam água de poço onde a mesma não é tratada, contribuindo assim para a disseminação da doença.

O aumento da população coberta pela rede de abastecimento de água foi (46%) entre 1980 e 2000. As regiões sul, sudeste e centro-oeste apresentaram em 2000 maiores percentuais de cobertura da população pela rede de abastecimento de água, com uma média de (76%) para o ano de 2000, enquanto as regiões norte e nordeste têm os menores percentuais de cobertura populacional, sendo esta em média (56%). (BRASIL, 2006)

Quando ao conhecimento sobre a doença os resultados do gráfico 5, mostram que (20%) dos pacientes tem conhecimento sobre a doença e (80%) não tem nenhum conhecimentos da hanseníase.

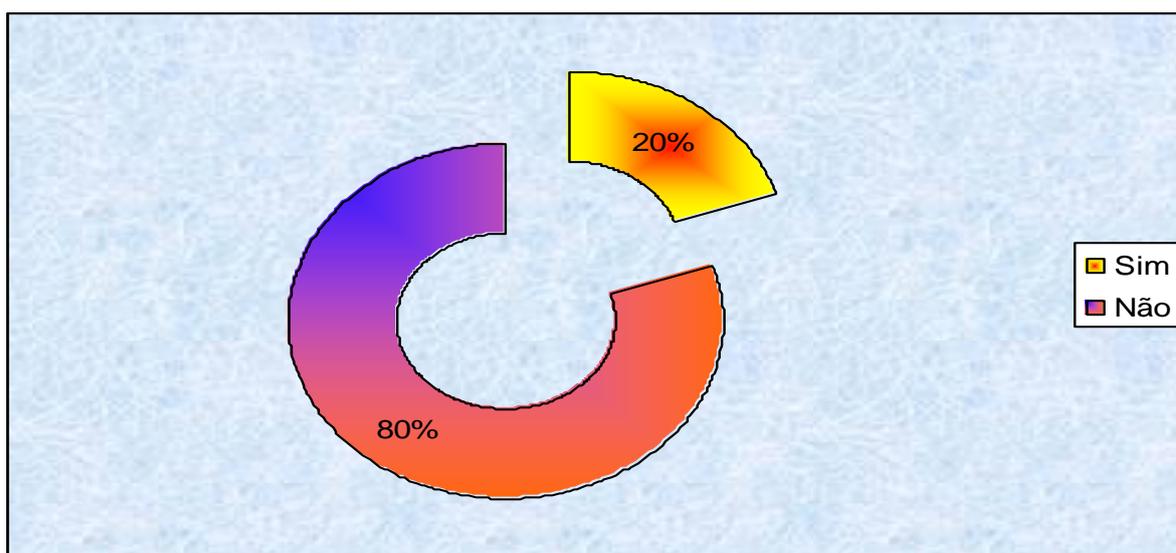


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 25 pacientes quanto ao conhecimento da doença. São João do Sóter - MA, 2008.

O conhecimento da doença é um fato que poderia estar relacionado com o grau de escolaridade e essa assimilação do paciente. E em alguns pacientes, quando é feito o diagnóstico, recebem orientações em relação á doença. (JACIRA, 2005; DELELLO,2005)

Em relação ao primeiro sintoma da doença pelo paciente (gráfico 6) pôde-se perceber que mais da metade (54%) dos pacientes identificaram manchas avermelhadas

no corpo, onde somente (33%) observaram manchas esbranquiçadas e (13%) outro tipo de sintoma na fase inicial da doença.

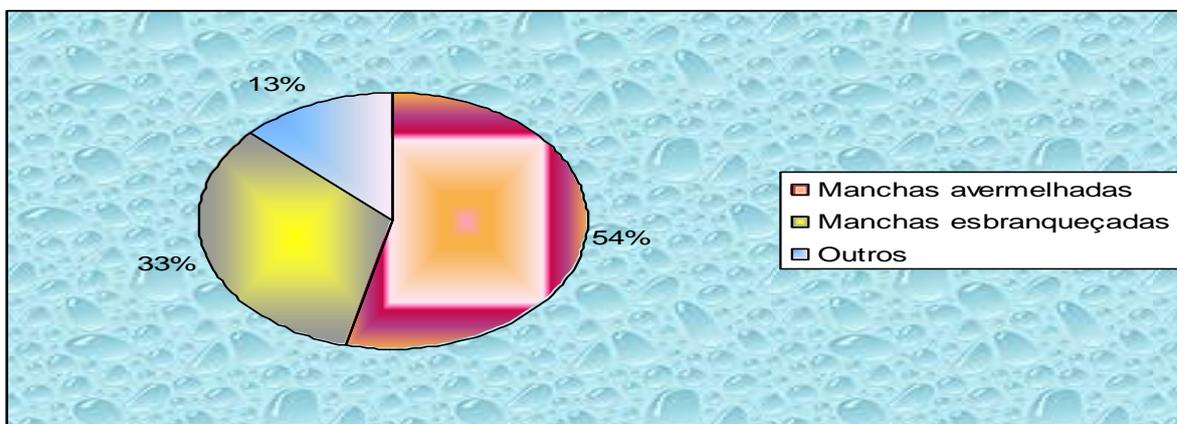


Gráfico 6- Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao primeiro sintoma observado. São João do Sóter – MA, 2008.

Segundo a Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (2006), os primeiros sintomas observados são as manchas esbranquiçadas ou avermelhadas dormente, dor nos nervos, dos braços, das mãos, das pernas ou dos pés, parte do corpo com formigamento ou dormência, caroços no corpo, ausência de dor em casos de queimaduras ou cortes.

O gráfico 7, mostra que dos entrevistados somente (20%) conhece os exames para diagnóstico da hanseníase, e (80%) não conhece nenhum tipo de exame.

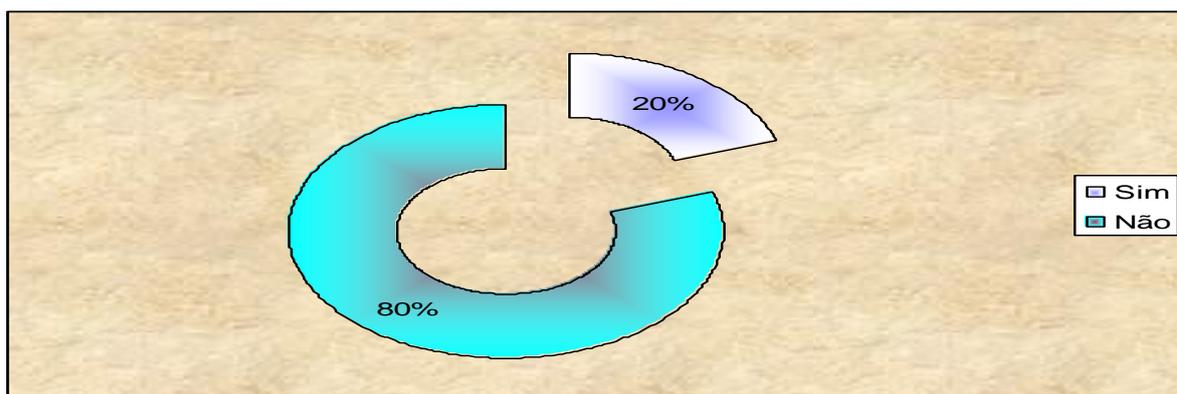


Gráfico 7 – Distribuição percentual dos 25 pacientes quanto ao conhecimento dos exames para diagnóstico da hanseníase. São João do Sóter – MA, 2008.

O paciente demora a descobrir que tem a doença porque não procura uma unidade por falta de informação ou não encontra atendimento com facilidade, afirma Virmond (2005).

Na análise do gráfico 8, pôde-se constatar que (91%) dos pacientes tem apoio da família e (9%) não tem apoio da família.

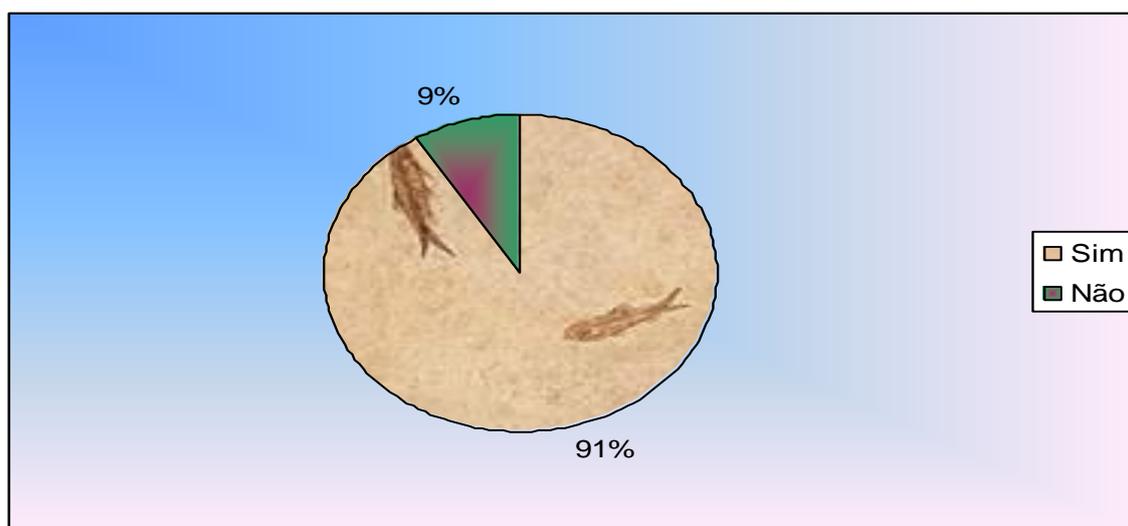


Gráfico 8 – Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o apoio familiar. São João do Sóter – MA, 2008.

De acordo com Helena (2004), a rede social de apoio formada pelo conjunto de relações entre pessoas (familiares, amigos, vizinhos, etc.) que fornecem ajuda para que o indivíduo enfrente situações do cotidiano, representada uma referencia importante para o paciente da hanseníase por guardar intimas relação com os seus valores e normas.

No que tange o gráfico 9 constatou-se que (65%) dos pacientes acham bom o tratamento e que (18%) acham regular o tratamento sendo que (13%) acham ruim o tratamento e somente (4%) acham ótimo o mesmo.

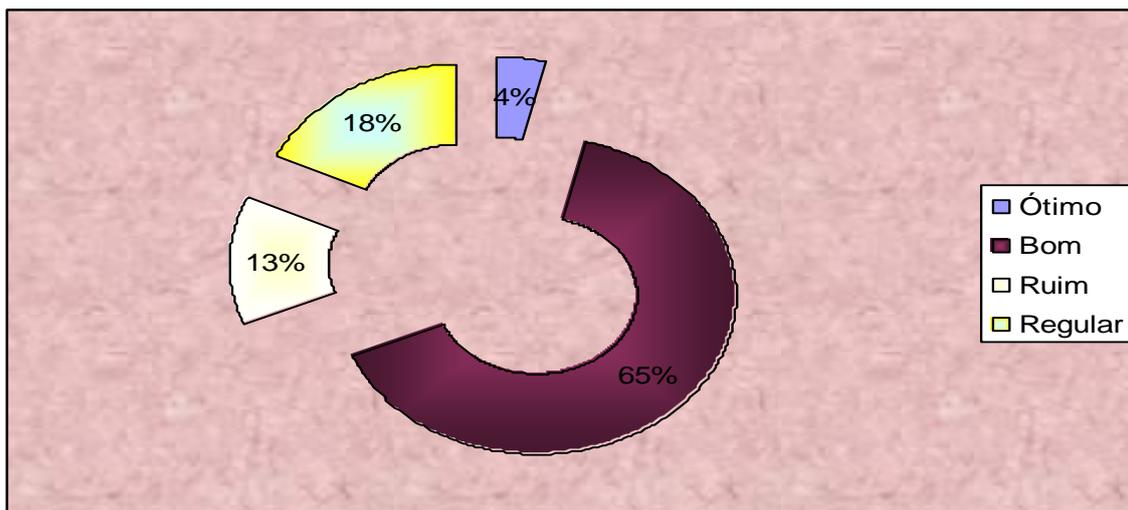


Gráfico 9 – Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o tratamento. São João do Sóter – MA, 2008.

Segundo Cristina (2006), o tratamento é ambulatorial, não necessitando de intervenção hospitalar, exceto em caso de complicações. Os medicamentos são fornecidos pelos diversos locais autorizados (unidades sanitárias, serviços universitários e clínicas dermatológica). A regularidade do tratamento é muito importante para a cura da doença.

Através do gráfico 10, pôde-se observar que a maioria dos pacientes (84%) nunca abandonou o tratamento e (16%) dos participantes da pesquisa já abandonou o tratamento.

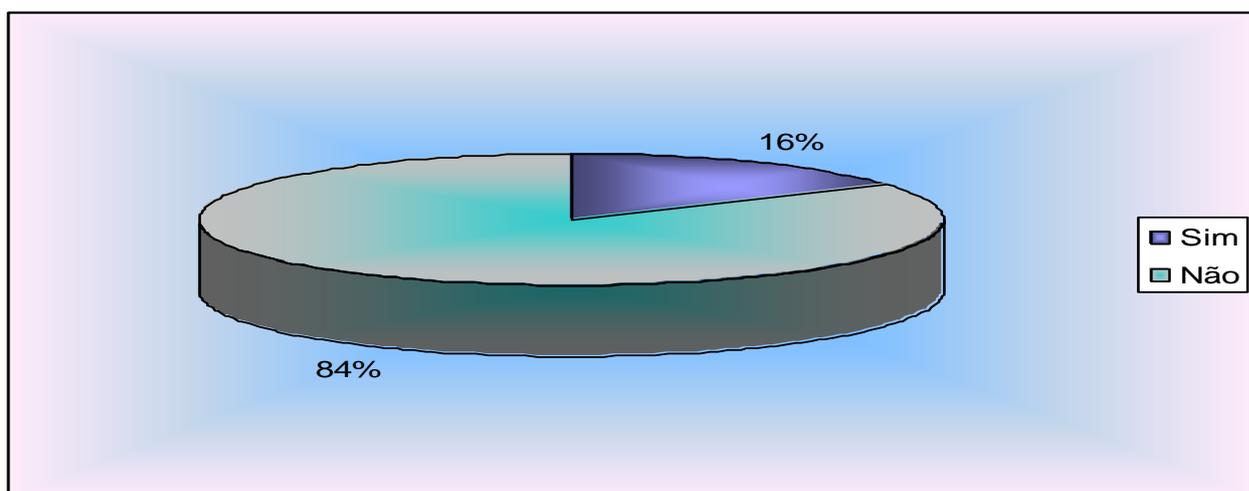


Gráfico 10 – Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao abandono de tratamento. São João do Sóter – MA, 2008.

A questão do abandono do tratamento na hanseníase é extremamente importante para interromper a cadeia de transmissão, levando-se em conta que o indivíduo contaminado contagioso que não adere ao tratamento representa a fonte de transmissão do bacilo contribuindo assim para a disseminação da doença e reduzido as possibilidades de controle da endemia (BAKIRTZIEF, 2002)

Tendo em vista o gráfico 11, foi possível observar que (20%) dos pacientes conhecem como é transmitida a doença e (80%) não sabe como ocorre a transmissão.

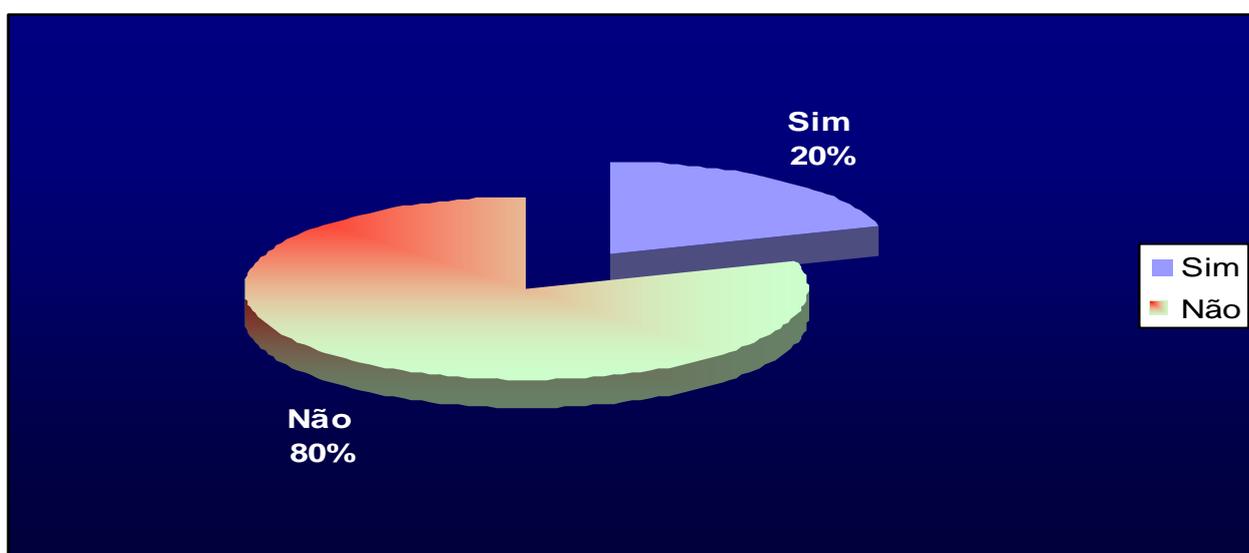


Gráfico 11 – Distribuição percentual dos 25 pacientes em relação ao conhecimento da transmissão da doença. São João do Sóter – Ma, 2008.

Segundo Roland (2003), a principal via de eliminação dos bacilos é a via aérea superior sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo. O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares (Vichorwianos e Dimorfos), é a principal fonte do *Mycobacterium leprae* encontrada no meio ambiente. Não se pode deixar de mencionar a possibilidade de penetração de bacilo pela pele, com solução de continuidade

Em relação ao seguimento do tratamento, no gráfico 12, pôde-se constatar que a maioria (67%) dos pacientes acha difícil seguir o tratamento e (33%) não sentem dificuldade em seguir o mesmo.

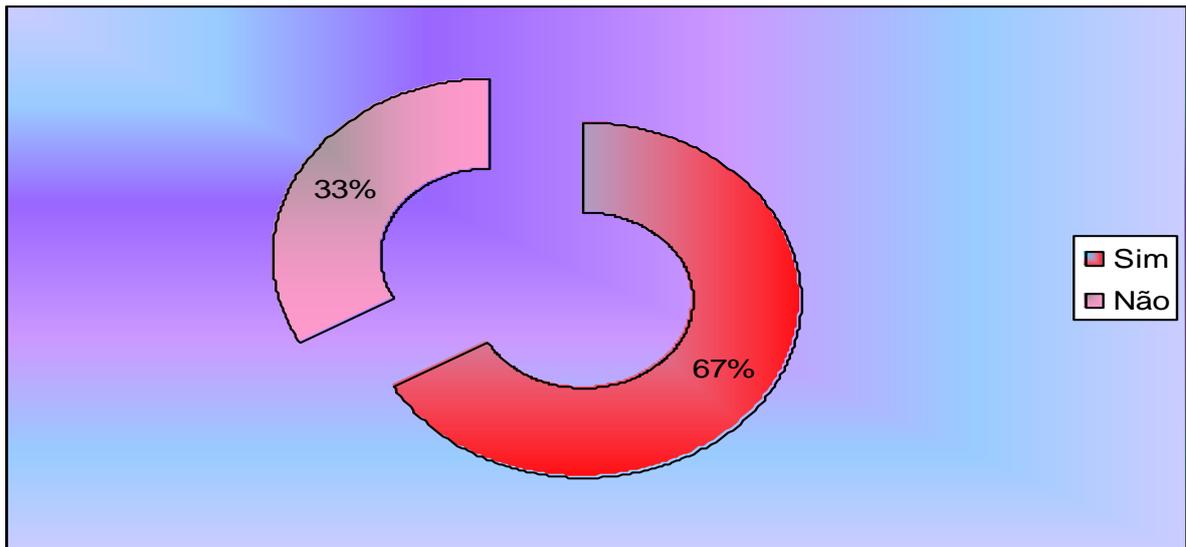


Gráfico 12 – Distribuição percentual dos 25 pacientes de acordo com o seguimento do tratamento. São do João do Sóter – Ma, 2008.

Segundo Almeida (2003) no passado não havia tratamento e os doentes eram no Maximo, isolados em leprosários, de precário atendimento. Só em 1941 foi criado o Serviço Nacional da Lepra. Moderadamente, há diversos medicamentos específicos, de grande eficácia, que são ajustados pelo médico a cada caso.

6. CONCLUSÃO

Ao término desta pesquisa onde estudou-se o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase, e após a obtenção dos resultados e análise dos dados chegou-se a seguinte conclusão:

- O sexo masculino foi mais suscetível em relação feminino;
- A doença no grupo estudado acomete com maior percentual a faixa etária dos 15 anos, o que nos leva a considerar uma população economicamente ativa;
- Conforme os resultados obtidos em relação à ocupação, mais da metade é lavrador seguido de trabalho no próprio lar, outros trabalham em outras áreas e pouco são estudantes.
- Em relação à situação conjugal é interessante observar que menos da metade dos participantes da pesquisa são casados, seguido de solteiros e separados.
- Quanto ao nível escolaridade todos os participantes da pesquisa têm o ensino fundamental incompleto;
- A renda familiar de todos os pesquisados é de menos de um salário mínimo;
- Em relação às condições de moradia a maioria reside em casa de taipa não revestida, seguido de casa de taipa e poucos em casa de tijolo;
- Quanto aos serviços de esgotamento sanitário a maioria usa fossa negra, e um menor percentual utiliza fossa séptica;
- O destino do lixo em maior percentual fica a céu aberto;
- A maioria dos pesquisados não mantém vícios, alguns continuam fumando mesmo com o tratamento um menor percentual pratica atividade física e consomem bebida alcoólica;
- Quanto à procedência da água todos os entrevistados utilizam água de poços;
- Quanto ao conhecimento da doença, os resultados mostram que a maioria não sabe o que é a doença, seguido de outros que tem conhecimento sobre a doença;

- Os dados revelam que mais da metade dos pacientes observaram como primeiro sintoma manchas avermelhadas seguindo de manchas esbranquiçadas e outro tipo de sintoma;
- Referindo-se aos exames para diagnosticar a doença observou-se que a maioria afirma não conhecer os exames;
- Durante a pesquisa foi possível observar que a maioria dos pacientes tem apoio familiar;
- De acordo com o tratamento pôde-se constatar que a maioria dos pacientes acha bom o tratamento seguido de regular em menor numero acha ótimo o tratamento;
- Quanto aos índices de abandono ao tratamento da hanseníase, levantados nesse trabalho a maioria afirma que nunca abandonou o tratamento e em menor numero já chegaram a abandonar;
- Quanto ao seguimento do tratamento à maioria dos pacientes acham difícil seguir o tratamento por não terem, uma alimentação adequada e em menor numero não sentem dificuldades ao seguir o tratamento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase ainda é uma preocupação em nosso país, principalmente, em locais em que as condições socioeconômicas financeiras são inadequadas, tornando-se indispensável à realização de um trabalho preventivo e eficaz, mediante a:

- Necessidade de maiores investimentos em saneamento básico;
- Outro fator relevante diz respeito à educação da população, com investimentos dos governantes em escolas de ensino fundamental e médio;
- Devem ainda desenvolver atividades, priorizando as medidas básicas de proteção à saúde, envolvendo-se com a comunidade buscando alternativas junto a ela, tornando-se necessário:
 - ✓ o conhecimento das práticas de saúde da população;
 - ✓ a valorização das práticas corretas e a modificação das práticas corretas e a modificação das práticas inadequadas;
 - ✓ importante e incentivo à atualização do esquema básico de vacinação;
 - ✓ acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como orientar práticas adequadas de higiene corporal e domiciliar;
 - ✓ investimentos em mais informações, sobre a doença;
 - ✓ ações como estas tendem a reduzir a prevenção de doenças, melhorando a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

AZULAI, Robem David. **Dermatologia**. 2 ed. Ver. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. DNDS/NUTES. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde**. Brasília, maio, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Hanseníase: Atividade de controle e manual de procedimentos**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. 2008. disponível em :<<http://portal.saude.gov.br>> acesso em 28 de janeiro de 2008.

CARRASCO, M.A.P.; PEDRAZZANI, E.S. **Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicadores em Campinas**. R. Escola Enfim, São Paulo. V.2 p, 214-218, ago. 1993.

COLOMBRI, Maria Rosa leccato. et al. **Enfermagem em Infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo: Atheneu, 2004, p.264.

FONSECA, P.H.M. et al. **Hanseníase no Estado do Maranhão: análise de 5.274 casos**. Arq. Brás. Méd., V.57, p.175-177 – 1983.

FUNASA. **Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.Tudoresidenciamedica.hpg.ig.com.br>> Acesso em: 20 jan.2008.

PENNA, G. O. **Hanseníase: epidemiologia e controle**. R. Socied. Brás. Méd. Tropical. V. 27, p. 37-44, out/dez, 1994 suplemento 3.

PETRI, Valéria. **Guia de Dermatologia**. Barueri: Manole 2003, p. 194.

ROLAND, Heinz. **Hanseníase**. 2003. Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/hanseníase>>. Acesso em 07 jan. 2008.

TALHARI, Sinésio; NEVES, Reni garrido. Introdução, agente etiológico, transmissão, cultura, inoculação, aspectos laboratoriais, patogenia e classificação. In: Talaari. Sinésio; Neves, René Garrido. **Hanseníase**. 3ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997b. p. 01-40.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário para aplicação da pesquisa.

Laboro – Excelência em Pós – Graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

Questionário aplicado a pacientes portadores de hanseníase atendidos em uma unidade de saúde no município de São João do Sóter – Maranhão.

1. Qual a sua idade? _____

2. Qual é o nível de Escolaridade?

- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Curso Superior Completo
- () Curso Superior Incompleto
- () Analfabeto

3. qual o sexo?

- () Feminino
- () Masculino

4. Qual a renda familiar?

- () menos de 1 salário
- () mais de 1 salário
- () acima de 2 salários
- () acima de 3 salários

5. Hábitos de vida pregressa?

- () Fuma
- () Bebe
- () Atividade Física

nenhum

6. Situação conjugal?

Solteiro

Casado

Separado

Morando junto

Outro _____

7. Ocupação?

Pedreiro

Lavrador

Do Lar

Estudante

Outro _____

8. Condições de Moradia?

Tijolo

Taipa

Madeira

Outro _____

9. Destinos dos dejetos?

Rede de esgoto

Maré

Fossa negra

Fossa séptica

10. Destino do Lixo?

Coletado

Queimado

enterrado

Outro _____

11. Procedência de Água?

Água encanada

Água de poço

Outro _____

12. Você sabe o q é hanseníase?

Sim

Não

13. Qual o primeiro sintoma observado?

Manchas avermelhadas

Manchas esbranquiçadas

Alteração da sensibilidade

Outro _____

14. Conhece os exames para diagnosticar a doença?

Sim

Não

15. Tem apoio familiar?

Sim

Não

16. O que você acha do tratamento?

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

17. Você já abandonou o tratamento?

Sim

Não

18. Você sabe como é transmitida a hanseníase?

() Sim

() Não

19. Você acha difícil o tratamento?

() Sim

() Não

Apêndice B – Termo de Consentimento

Laboro – Excelência em Pós – Graduação
Universidade Estácio de Sá
Curso de Especialização em Saúde da Família

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ recebi por parte da pesquisadora, estabelecimentos detalhados, bem como os objetivos e benefícios que poderão incidir da referida pesquisa, onde intenciona a acompanhar clientes portadores de hanseníase. Será assegurado o sigilo da indentificação dos participantes e das informações coletadas. Declaro está de acordo a colaborar com a responsável pela investigação e assino este consentimento por livre e espontânea vontade.

Fica claro que posso, a qualquer momento recusar-me a participar da pesquisa, sem, contudo sofrer nenhum sansão.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS