

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

MARCIA JAQUELINE DE LIMA

**HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DAS POSSÍVEIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO
ENFRENTADO PELO PORTADOR DO BACILO DE HANSEN EM MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ

2013

MARCIA JAQUELINE DE LIMA

**HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DAS POSSÍVEIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO
ENFRENTADO PELO PORTADOR DO BACILO DE HANSEN EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ

2013

MARCIA JAQUELINE DE LIMA

**HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DAS POSSÍVEIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO
ENFRENTADO PELO PORTADOR DO BACILO DE HANSEN EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada pela Aluna Marcia Jaqueline de Lima do Curso de Enfermagem tendo obtido conceito de _____ conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovado em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
Orientador

Prof.^a M.Sc. Jussara Vilar Formiga (FACENE/RN)
Membro

Prof.^a Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
Membro

Dedico este trabalho a uma pessoa muito especial, meu esposo José Edvan Sabino Assis, por todo amor, carinho, compreensão e incentivo, pelos momentos de angústias e preocupações causados por mim, pelas minhas ausências durante a realização deste trabalho, dedico-lhe essa conquista com gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que em nome de seu filho amado Jesus Cristo permitiu que esse trabalho se concretizasse.

Ao meu esposo, José Edvan Sabino Assis, por me apoiar durante todos os momentos. Ao meu filho Wilgner Elãnio Sabino de Lima, que me deu forças para continuar apesar das dificuldades. A minha tia Francisca André da Silva de quem me orgulho e na qual me espelho como pessoa.

À Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte, Orientadora desse trabalho, pela paciência, incentivo e amizade que me fizeram admirá-la cada vez mais.

À Prof.^a M. Sc. Jussara Vilar Formiga e à Prof.^a Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa membros da banca pela excelente contribuição neste trabalho.

À Talini Paiva de Lima; minha amiga e companheira durante toda a vida acadêmica.

A toda turma que como eu alcançaram seus objetivos. A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

A todos os funcionários pelo ótimo convívio e amizade, durante essa jornada que vivenciamos juntos, em especial as minhas amigas do laboratório de Semiologia e Semiotécnica I, Natália da Silva, Leida Pereira e Eguimara Fernandes.

A todos, mais uma vez; muito obrigada!

“A maior doença hoje não é a Hanseníase ou a Tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A Hanseníase é uma doença contagiosa, causada por uma bactéria conhecida como bacilo de Hansen, de evolução lenta, que atinge todas as faixas etárias, principalmente adultos economicamente ativos. Devido à complexidade das alterações e sequelas causadas por esse bacilo, é considerada como importante problema de saúde pública. Assim, este trabalho tem como objetivo geral: Analisar as possíveis dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase para confirmação do diagnóstico, e como objetivos específicos: Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos socioeconômicos; e Investigar se houve dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase frente ao diagnóstico. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quali-quantitativa. O local de investigação da pesquisa constitui-se a partir de três Unidades Básicas de Saúde (UBS); UBS - Dr. Chico Porto, UBS - Dr. Chico Costa e UBS - Dr. Sinharinha Borges, localizadas na cidade de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte (RN). A amostra para estudo foi feita a partir do estudo de caso de apenas 17 pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Como instrumento para coleta dos dados foi utilizado um formulário cujo mesmo foi aplicado através de visitas domiciliares. A análise quantitativa foi feita por meio de frequência e porcentagem, expressa através de gráficos e discutida à luz da literatura pertinente. Através dessa análise foi possível ver que em relação à idade; 46% dos entrevistados têm acima de 60 anos; 18% têm entre 46 – 60 anos; 18% têm entre 26 – 35 anos; 12% têm entre 35 – 45 anos e apenas 6% têm entre 18 – 25 anos. Observa-se que a prevalência de é 59% do sexo feminino e de 41% do sexo masculino, em relação ao nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, 34% tem o Ensino Fundamental Incompleto, 24% Ensino Fundamental Completo, 24% não são alfabetizados, 12% Ensino Médio, e 6% têm Ensino Médio Incompleto. Quanto à renda dos participantes constatou-se que cerca de 76% dos participantes da pesquisa recebem até um salário mínimo por mês, 24% com até 2 salários mínimos, e constatou-se também que 53% dos participantes da pesquisa são casados, 29% solteiros, 12% divorciado, 6% tem relacionamento estável. Enquanto que a análise qualitativa foi discutida por meio do método de análise temática de conteúdo de Bardin. Ao fazer a análise verificou-se o despreparo dos profissionais quanto à atenção primária, os mesmos assumem comportamento autoritário e ineficaz característicos do modelo hegemônico, que não contribui, no entanto, afasta o paciente do cuidado.

Palavra Chave: Hanseníase, diagnóstico, dificuldade.

ABSTRACT

Leprosy is a contagious disease caused by a bacterium known as Hansen's bacillus, slow evolution that reaches all age groups, especially economically active adults. Due to the complexity of the changes and sequelae caused by this bacillus it is considered as an important public health problem. This study aims to describe: Analyze the possible difficulties found by people with leprosy to confirm the diagnosis, and specific objectives: to characterize the research participants about the socioeconomic aspects, and investigate whether there were difficulties found by people with leprosy when diagnosis. This is a descriptive and exploratory research, with qualitative and quantitative approach. The site investigation of research consists from three Basic Health Units (BHU); BHU - Dr. Chico Port, BHU - Dr. Chico Costa and BHU - Dr. Sinharinha Borges, located in the city of Mossoró, in Rio Grande do Norte (RN). The sample used in the study was made from the case study of only 17 patients according to the criteria of inclusion and exclusion. As an instrument for data collection was used a form which has been applied through home visits. The quantitative analysis was performed using frequency and percentage, expressed through graphics and discussed in the light of relevant literature. Through this analysis it was possible to see that in terms of age, 46% of respondents have more than 60 years, 18% between 46-60 years, 18% between 26-35 years, 12% are between 35-45 years old and only 6% are between 18-25 years. It is observed that the prevalence is 59% female and 41% male, compared to the level of education of respondents, 34% have primary education Incomplete, 24% Full Primary School, 24% are illiterate 12% High School, and 6% have secondary education Incomplete. Regarding income of the participants it was observed that approximately 76% of survey participants receive up to one minimum wage per month, 24% up to 2 minimum wages, and it was also found that 53% of respondents are married, 29% single, 12% divorced, 6% have a stable relationship. While the qualitative analysis was discussed by the method of thematic content analysis of Bardin. By performing the analysis was verified unprepared of professionals as primary care, they assume authoritarian and ineffective behavior characteristic of the hegemonic model, which does not contribute, however, departs from the patient care.

Key Words: Leprosy, difficulties, diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Frequência de Hanseníase por faixa etária, segundo classificação. Mossoró – 2009 a 2011 | 17 |
| Quadro 2 - Esquemas terapêuticos padronizados | 19 |
| Gráfico 1- Caracterização da amostra sequencialmente quanto à idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil | 31 |
| Gráfico 2 - Respostas dos usuários, sequencialmente quanto à: se houve identificação quanto a suspeita de diagnóstico para outra doença; se levou muito tempo da suspeita para o diagnóstico e se o Senhor (a) enfrentou alguma dificuldade para o diagnóstico da doença ... | 38 |

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BCG - Bacillus Calmette-Guérin

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

GES - Gerencia Executiva da Saúde

HI - Hanseníase Indeterminada

HT - Hanseníase Tuberculóide

HD - Hanseníase Dimorfa

HV - Hanseníase Virchowiana

IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IM - intramuscular

MB - Multibacilar

MORHAN - Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase

OMS - Organização Mundial da Saúde

PB - Paucibacilar

PQT - Poliquimioterapia

SESI - Serviço Social da Indústria

SINAN - Sistema de Informação e Notificação de Agravos Nacional

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

VISA - Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO | 12 |
| 1.2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 1.3 HIPÓTESE | 13 |
| | |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 14 |
| | |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 15 |
| 3.1 BREVE RELATO HISTÓRICO DA HANSENÍASE | 15 |
| 3.2 A HANSENÍASE E SUAS CARACTERIZAÇÕES | 16 |
| 3.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO COMBATE A HANSENÍASE NO MUNDO, BRASIL E MOSSORÓ-RN | 20 |
| 3.4 A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SEUS DESAFIOS NA REDE DE SERVIÇOS | 23 |
| 3.5 A DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HANSENÍASE | 25 |
| 3. 6 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AOS PORTADORES DE HANSENÍASE..... | 26 |
| | |
| 4 METODOLOGIA..... | 28 |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA | 28 |
| 4.2 LOCAL DA PESQUISA | 28 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 28 |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 29 |
| 4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS | 29 |
| 4.6 ANÁLISE DOS DADOS | 30 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS | 30 |
| 4.8 FINANCIAMENTO | 30 |
| | |
| 5 APRESENTAÇÃO DANÁLISE..... | 31 |
| 5.1 ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 5. 2 ANÁLISE DOS RESULTADOS REFERENTES À TEMÁTICA..... | 33 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 41 |
| REFERÊNCIAS | 43 |
| APÊNDICES | 48 |
| ANEXO..... | 53 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA

A Hanseníase é uma doença contagiosa, causada por uma bactéria conhecida como bacilo de *Hansen*, de evolução lenta, que atinge todas as faixas etárias, principalmente adultos economicamente ativos. Devido à complexidade das alterações e sequelas causadas por este bacilo, é considerada como importante problema de saúde pública. (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Conforme dados epidemiológicos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em agosto de 2010, 16 países no mundo registraram mil ou mais casos em 2009. Dentre os países prioritários, a Índia conta com 133, 717 casos (maior número), o Brasil segue com 37.610, sendo o segundo país em quantidade de casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas; 93% são casos notificados no Brasil, embora a Ásia tenha apresentado a mais alta taxa de detecção com 9,39 casos por 100.000 habitantes, acompanhada das Américas com 4,58 casos por 100.000 habitantes. (LOBO, et al, 2011)

De acordo com dados epidemiológicos disponibilizados pela Vigilância à Saúde (VISA) em outubro de 2012, informados ao Sistema de Informação e Notificação de Agravos Nacional (SINAN), que entre os anos de 2009 a 2011 no município de Mossoró do Estado Rio Grande do Norte (RN) foram notificados um total de 274 casos novos de Hanseníase, sendo que 146 desses casos foram classificados como paucibacilar e 128 como multibacilar. (ANEXO A)

Embora o diagnóstico da hanseníase seja basicamente clínico, os profissionais de saúde no Brasil ainda se deparam com grande problema para diagnosticar e tratar esta doença. Os menores níveis de diagnóstico dos portadores do bacilo de *Hansen* são ainda perceptíveis em vários Estados brasileiros, dando a predominância deste embate. (NEIVA, 2010)

Arantes, et al, (2010) ressalta que a confirmação do diagnóstico dos portadores de Hanseníase ainda é muito lento na maioria dos estados brasileiros, entre, aproximadamente, um ano e meio e dois anos após o surgimento de sinais e sintomas característicos da enfermidade. Haja vista a demora em se buscar atendimento nos serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre a doença e a carência de serviços são problemas enfrentados pelo paciente. A falta de profissionais capacitados para busca e confirmação de novos casos também se constitui para a demora nos diagnósticos.

1.2 JUSTIFICATIVA

A princípio, fui convidada por uma professora para ministrar uma palestra na ação global no SESI (Serviço Social da Indústria) em 2010, onde o tema era relacionado a doenças infecto contagiosas, escolhi hanseníase por ser um problema de ordem pública e, no nível do Brasil, o nosso município apresentar índices considerados muito altos pelos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Logo em seguida surgiu a oportunidade de participar de um projeto de extensão: “Caminhando para a Eliminação e Desmistificação da Hanseníase em Mossoró - RN”, disponibilizado pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE, onde fazíamos busca ativa de novos casos, como também dávamos orientações à comunidade sobre a doença, e através desse contato com casos suspeitos e portadores do bacilo de *Hansen* passei a questionar o porquê deste longo período de tempo para chegar ao diagnóstico da doença.

Entretanto, há uma carência de estudos e publicações com relação à problemática no estado do Rio Grande do Norte – RN e, particularmente, em Mossoró, portanto, faço a seguinte indagação: Quais as possíveis dificuldades que o portador de *Hansen* enfrenta para o diagnóstico da enfermidade?

1.3 HIPÓTESE

Após leituras em artigos brasileiros, os quais abordam sobre a dificuldade dos diagnósticos enfrentados pelos portadores de Hanseníase, o que é evidenciado pelo fato de Brasil ser o segundo em número de casos e não ter atingido a meta de eliminação, o que nos leva a crer que as dificuldades existem e que estão contribuindo com a existência de casos ocultos, ou seja, portadores do bacilo de Hansen sem tratamento fortalecendo a cadeia de transmissão.

Acreditamos que os usuários do Sistema Único de Saúde, portadores de *Hansen*, têm sua patologia negligenciada devido à falha de capacitação técnica por parte dos profissionais da atenção primária à saúde, ocasionando as possíveis falhas no diagnóstico de novos casos de Hanseníase, gerando prejuízos sociais e sequelas neurológicas ao portador.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as possíveis dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase para confirmação do diagnóstico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos socioeconômicos;
- Investigar se houve dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase frente ao diagnóstico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. BREVE RELATO HISTÓRICO DA HANSENÍASE

“As primeiras referências confirmadas, no entanto, apenas descrições da doença, foram encontradas na Índia e no Egito, datadas do século 7 a. C.”(CUNHA, 2002, p.236)

O Livro Sagrado a Bíblia, em Levítico 13.1-3, disse: o Senhor a Moisés e a Arão: Quando um homem tiver na pele inchação ou pústula, ou mancha lustrosa, com aparência de praga de lepra, será levado ao sacerdote Arão, ou a um de seus filhos, os sacerdotes. O sacerdote o examinará a praga na pele, e se o pelo na praga se tornou branco e a praga parecer mais profunda do que a pele do seu corpo, é praga de lepra. O sacerdote vendo-o, o declarará imundo.

É fato que até o século XIV, a palavra lepra era dada a outras doenças como queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lúpus, escarlatina, eczemas, sífilis, como também a lepra. (CUNHA, 2002)

Acredita-se que as tropas de Alexandre o grande, quando voltaram à Europa, logo após o desconhecido mundo ser então conquistado, trouxeram com elas pessoas infectadas com a bactéria nas campanhas das Índias (300 a.c.). (EIDT, 2004)

E ao longo dos séculos XVIII e XIX, quase toda a Europa utilizava o isolamento como forma de tratar os portadores do bacilo de *Hansen*, o que se notava que aos poucos a quantidade de doentes foi reduzindo. Essa redução com relação à quantidade de doentes pode ter acontecido devido ao desenvolvimento natural da doença e especialmente pelo afastamento dos doentes da sociedade, o que impedia a transmissão. (CUNHA, 2002)

Cunha (2002) ainda afirma que para adentrar nos leprosários, os portadores do bacilo de Hansen teriam que ter um documento da igreja e uma declaração médica que confirmasse a doença, como também abrir mão de todos os seus pertences e propriedades para o hospital.

“No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro.” Isso porque a cidade era porto onde navios negreiros atracavam, vindos estes da Europa. (EIDT, 2004, p.80)

No entanto, Eidt (2004) ressalta ainda que foi o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, importante cientista observador sobre o assunto que identificou, em 1873, a bactéria como originária da lepra, a qual teve o nome substituído por Hanseníase em tributo ao seu descobridor.

Segundo Santos; Faria e Menezes (2008), foi no ano de 1923 - ou em junho de 1924 -, no estado do Pará, que de acordo com o especialista em sifilografia Oscar da Silva Araújo, através de estudo recente, foi implantada a primeira colônia agrícola para hansenianos no Brasil, chamada Lazarópolis do Prata a 150 km da capital.

Miranda (1999) e apud Moreno (2008) lembram que na década de 1940, o fundamental marco da história foi o descobrimento das sulfas, que concebeu uma ampla expectativa para os portadores do bacilo de *Hansen*.

A partir de então, com a utilização das sulfas para terapia clínica dos portadores do bacilo de *Hansen*, o controle da doença deixa de ser realizado através de afastamento destes indivíduos da sociedade. (EIDT, 2004)

Nunes; Oliveira e Vieira (2011) colocam que os profissionais da saúde que proporcionam assistência a pacientes portadores do bacilo de *Hansen* acreditam que o estigma é o principal causador do preconceito e exclusão dos doentes na sociedade.

De acordo com Cavaliere e Raimundo ([2005] p. 2),

Numa tentativa de minimizar o estigma, em 1976, com a aprovação do decreto nº 165, de 14 de maio de 1976, que muda o nome de “lepra” para hanseníase, o novo termo foi adotado no Brasil, sendo amplamente empregado em documentos técnico-científicos. Porém, com a Lei Federal 1.010, de 1995, proibindo, terminantemente, a utilização do termo “lepra” e seus derivados foi que o termo Hanseníase se tornou oficial.

Miranda, et al (2010) afirma que para o controle da doença são utilizados dois indicadores no Brasil; primeiro a dimensão de jovens menores de 15 anos entre os novos casos confirmados e segundo os dados de pacientes com elevado grau de incapacidades causadas pela doença, como, por exemplo, alterações no corpo. Com a recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde), esses indicadores passam a ser fundamentais para o controle da enfermidade em outros países, como já é realizado no Brasil.

3.2 A HANSENÍASE E SUAS CARACTERIZAÇÕES

É uma doença infectocontagiosa de evolução lenta e de grande relevância para saúde pública, por causa de seu alto poder incapacitante, acomete em especial indivíduos economicamente ativos, o bacilo tem predileção por pele e nervos periféricos. (BRASIL, 2007)

Se observarmos a Hanseníase ao longo de sua história no mundo, notaremos que ela tem aversão à riqueza. De forma evidente fruir de uma vida digna é fato. Porém, a grande maioria dos portadores do bacilo de Hansen não adere à terapêutica, até por que não tiveram a confirmação diagnóstica. (BRASIL 2010)

O *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de *Hansen*, que causa a Hanseníase, é uma bactéria que se instala no interior da célula de uma pessoa contaminando-a e tem predileção por células cutâneas e nervos periféricos, onde pode se multiplicar. É lenta a multiplicação do bacilo, um período que leva pelo menos de 11 a 16 dias. (BRASIL, 2002)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, [2008]) Devido ao extenso tempo em que o bacilo permanece incubado, a frequência da Hanseníase é baixa em jovens menores de 15 anos, no entanto, em áreas mais endêmicas, o contato íntimo e frequente com pacientes domiciliares sem tratamento aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Apesar de atingir ambos os sexos, observa-se uma predominância do sexo masculino.

Quadro 1 - Frequência de Hanseníase por faixa etária segundo classificação. Mossoró – 2009 a 2011

| CLASSIFICAÇÃO | 5 - 9 | 10 - 14 | 15 - 19 | 20 - 34 | 35 - 49 | 50 - 64 | 65 - 79 | 80 e + | TOTAL |
|---------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| PAUCIBACILAR | 2 | 8 | 6 | 45 | 53 | 33 | 5 | 0 | 152 |
| MULTIBACILAR | 3 | 0 | 6 | 22 | 44 | 50 | 30 | 3 | 158 |
| TOTAL | 5 | 8 | 12 | 67 | 97 | 83 | 35 | 3 | 310 |

Fonte: SINAN/VISA/GES/ (ANEXO)

Batista, et al. (2011), coloca que o contágio se dá através das vias aéreas superiores com contato íntimo e direto com os portadores do bacilo sem tratamento e que há também a probabilidade do contágio através de métodos indiretos, por meio de objetos infectados e vetores.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL [2008], p. 2),

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (...) Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Nesse caso, recomenda-se utilizar o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos” (Portaria SVS/SAS/MS nº 125, de 26 de março de 2009).

O Ministério da Saúde Brasil (2002) ressalta que mesmo a baciloscopia constituindo um método de confirmação, admite-se que o diagnóstico de Hanseníase é clínico independentemente da realização da baciloscopia, não sendo necessário aguardar o resultado para começar a terapia medicamentosa do paciente. O tratamento deve começar prontamente seguido da classificação da forma clínica do paciente em pauci ou multibacilar de acordo com a quantidade de manchas na pele.

As formas clínicas são descritas por Araújo (2003) como:

- Hanseníase Indeterminada (HI): os danos na pele aparecem após um tempo de incubação que pode variar de meses a anos. Aparecem manchas hipocrômicas bem características com perda total ou parcial da sensibilidade, ou simplesmente dormência, que são em menor quantidade e podem se localizar em qualquer parte do corpo.
- Hanseníase Tuberculóide (HT): nesta, as lesões são bem demarcadas, em pequena quantidade, hipostésicas e distribuídas de forma assimétrica. Podem surgir placas ou anulares com bordas papulosas e áreas do corpo com eritema ou mancha hipocrômicas, sua evolução crônica leva à atrofia, no interior da lesão, com descamação nas margens da lesão.
- Hanseníase Virchowiana (HV): é a forma multibacilar, ou seja, com múltiplas lesões na pele, o paciente demonstra baixa resistência imunológica ao bacilo. Deste modo, aparece em indivíduos com imunidade celular deprimida. Podendo evoluir a partir da forma indeterminada ou surgir desde o início como HV. Sua lenta evolução caracteriza-se pela penetração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo atingir também os linfonodos, o fígado e o baço. No corpo surgem pápulas, nódulos e máculas, e é mais acentuada no rosto e nos membros, ocorre também queda dos pelos.

- Hanseníase Dimorfa (HD): é bem característica por sua instabilidade imunológica, fazendo com que ocorra uma enorme variação em suas manifestações clínicas. As lesões pelo corpo mostram-se numerosas e a sua morfologia se misturam com características HV e HT, podendo haver predominância tanto de uma como de outra, surgem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas com contorno interior fulgente e limites externos assimétricos.

A Organização Mundial da Saúde, no ano de 1980, passou a indicar a Poliquimioterapia (PQT) como plano de tratamento adequado a todas as formas clínicas da Hanseníase para cura e controle da doença. Além do tratamento medicamentoso, ações como diagnóstico precoce, acompanhamento dos comunicantes, profilaxia e terapêutica das incapacidades corporais e ensino do autocuidado são elementos que compõem as políticas de saúde nos dias de hoje. (EIDT, 2004)

Quadro 2 - Esquemas terapêuticos padronizados.

| | Cartela PB | Cartela MB |
|----------------|---|---|
| Adulto | Rifampicina (RFM): duas cápsulas de 300 mg | Rifampicina (RFM): duas cápsulas de 300 mg |
| | Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 100 mg | Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 100 mg |
| | | Clofazimina (CFZ): três cápsulas de 100 mg e 27 cápsulas de 50 mg |
| Criança | Rifampicina (RFM): uma cápsula de 150 mg e uma cápsula de 300mg | Rifampicina (RFM): uma cápsula de 150 mg e um cápsula de 300 mg |
| | Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 50 mg | Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 50 mg |
| | | Clofazimina (CFZ): 16 cápsulas de 50 mg |

Fonte: BRASIL, 2007.

De acordo com o Ministério da Saúde, os fármacos que compõem a Poliquimioterapia são: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina embalados em quatro tipos de cartelas, distribuídos de acordo com a classificação e tratamento, ou seja, Paucibacilar Adulto, Paucibacilar Infantil, Multibacilar Adulto, e Multibacilar Infantil. A equipe da unidade básica precisa obter

terapêutica para a Hanseníase como componente da estratégia de rotina, adotando o plano de tratamento preconizado seguindo a classificação. (BRASIL, 2007)

O tempo da terapia medicamentosa PQT – corresponde aos prazos instituídos: de 6 doses mensais supervisionadas pelo profissional da saúde de rifampicina tomadas em até 9 meses para os pacientes Paucibacilares e de 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina, dapsona e clofazimina tomadas em até 18 meses para os pacientes Multibacilares. (BRASIL, 2002)

A vacina BCG (Bacillus Calmette-Guérin) IM (intramuscular) precisará ser aplicada nos contatos intradomiciliares, sem apresentação de sinais e sintomas de Hanseníase, no momento da avaliação, independente de serem contatos de casos PB ou MB. (BRASIL, [2008])

A prevenção da Hanseníase é feita principalmente na atenção primária, onde são realizadas ações com objetivo de estimular e promover educação em saúde, detecção precoce e prevenção da doença, colaboração da sociedade, como também a capacitação dos profissionais de enfermagem, levando o conhecimento à população, promovendo e incentivando o autocuidado do paciente e comunicante. (PEDRAZZANI, 1995 apud ALBERICI; JÓIA; MOREIRA, 2011)

Ferreira (2005, p. 16) ressalta ainda que:

A inclusão das atividades de eliminação da Hanseníase nas demais ações da Atenção Básica contribuiu para o acesso da população aos procedimentos de diagnóstico, tratamento e envolvimento de profissionais generalistas na assistência aos portadores de hanseníase.

3. 3 POLÍTICA DE SAÚDE NO COMBATE A HANSENÍASE NO MUNDO, NO BRASIL E MOSSORÓ-RN

A partir do ano de 1897 até 1930, os temas que envolvem a saúde pública, como atividade coletiva, eram limitados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em particular, na diretoria Geral de Saúde Pública. Haja vista os serviços de saúde oferecidos pelo Estado até a década de 1930 eram restritos às obras de saneamento básico e ações contra as endemias. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006)

De acordo com Bertolozz e Greco (1996), a chegada de um número incalculável de pessoas, oriundas de outros países na busca de melhor qualidade de vida, ocasionou uma situação sanitária complicada para o Brasil. Essa conjuntura, juntamente com a ausência de

Políticas Sociais relacionadas à saúde resultou em surtos de epidemias de febre amarela e peste bubônica, entre outras.

No entanto, Oliveira; Beltrão e Ferreira (1997) afirma que um médico pesquisador chamado Eloy Chave surgiu com uma proposta para transformar a realidade vivida pela população brasileira, onde a Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923) foi outorgada e veio a ser entendida, principalmente, como início do sistema previdenciário brasileiro. Essa lei definia a criação de caixas de aposentadorias e pensões nas corporações ferroviárias existentes naquele tempo. Cada companhia tinha uma caixa destinada a cada um de seus funcionários que não pudessem exercer suas funções.

O Governo Vargas veio indicar dois embasamentos bem característicos: a saúde pública e a medicina previdenciária, desta forma marcada pela concepção das Caixas de Aposentadorias e Pensões que em seguida se tornaram nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que agrupava os operários por hierarquia profissional. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008)

No ano de 1996, com composição dos IAP's deu-se início ao INPS – Instituto Nacional de Previdência Social que padronizou e centrou a Previdência Social. Nesse período, a Previdência Social se consolidou como órgão de financiamento com fundamental importância nos serviços de saúde. (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006)

No entanto, vale ressaltar que o Estado se adiantou sobre a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, dando origem através de decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que compreendia a diminuição da máquina previdenciária do nível estadual, a mudança dos serviços de saúde para os estados e municípios e a colocação de um gestor único da saúde em cada esfera do governo. Do mesmo modo, a consolidação do SUDS necessitava do nível de interesse por parte dos governantes. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Segundo os autores supracitados, as políticas sociais que os governos propunham à população ainda sofriam discriminações por falta de assistência à saúde, onde a VIII Conferência concebeu um progresso técnico e um acordo político, ao apoiar a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), contendo princípios como: a universalidade, a integralidade das atuações e a participação da sociedade, além de expandir a opinião sobre saúde dispondo como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Portanto, a conquista da democracia consentiu um cuidado máximo para a opinião pública e a coordenação e mobilização das pessoas na conservação de seus direitos. A consciência do direito à saúde estava se desenvolvendo de forma progressiva, assim, os cidadãos passaram a reivindicar a sua segurança e a melhora dos serviços. Dessa maneira

estava difundido o plano de reforma sanitária brasileira legitimada e sistematizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) formalizando, conseqüentemente, na assembleia constituinte. (PAIM, 2007)

“A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos”. (SOUZA e COSTA, 2010, p. 510)

O mesmo ainda ressalta que devido à complexidade do Sistema Único de Saúde, os problemas *loco* regionais, a divisão das políticas e planejamento na área da saúde, a capacitação da gestão e do controle igualitário, o preparo de uma abrangência regional e hierarquizada e atuação no serviços de saúde vêm se transformando em lutas permanentes na concretização do SUS.

Entretanto, as Normas Operacionais determinaram métodos para que os estados e municípios se responsabilizassem por aceitar repasse de verbas do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A capacitação das condições de gestão determinadas pelas Normas Operacionais foi condicionada à realização de uma série de condições e acordo para adquirir uma série de compromissos relacionados à gestão do sistema de saúde. (BEZERRA, 2009)

De acordo com o Ministério da saúde, (BRASIL, 1990, p. 1),

A Lei 8.080/90 O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Santos (2003) e apud Moreno (2008) evidenciam que a década de 1920 foi caracterizada por um grande desempenho do Governo Federal na causa da lepra, através da idealização do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e da inserção da doença, pelas normas sanitárias, em meio às moléstias de notificação compulsória.

Com a reafirmação da notificação compulsória da Hanseníase no ano de 1923, através do decreto n. 16.300 de 31 de dezembro, artigo 445, inciso, X, da norma do Departamento Nacional de Saúde Pública, se faz indispensável a notificação de outras enfermidades além da Hanseníase, como a febre amarela, peste, cólera, tifo, varíola, tuberculose, tracoma, leishmaniose e malária. (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008)

Em 1976, surgiram políticas que determinaram ações de controle da Hanseníase que buscavam instituir educação em saúde, atenção aos comunicantes e vacinação com a BCG, busca de casos novos, terapêutica dos pacientes e profilaxia e tratamento das incapacidades físicas causadas pela Hanseníase. (VELLOSO; ANDRADE 2002 apud EIDT, 2004)

Nesse contexto, as políticas de saúde adotadas na época e o isolamento compulsório ocasionaram em discriminação e desigualdades para com os portadores do bacilo de *Hansen*, com isso as ações dos governos nos dias de hoje estão direcionadas a proporcionar melhores condições para encarar a realidade e as dificuldades vivenciadas pelos doentes e seus familiares, além de promover uma melhor qualidade de vida. (TRIERVEILER, et al. 2010).

Ainda de acordo com Trierveiler, et al (2010, p. 73),

Com o objetivo de auxiliar no processo de qualificação dos profissionais e repassar informações, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, vem publicando manuais revisados e atualizados, sendo os últimos em 2008, para trabalhar os principais problemas consequentes desta doença, como: Manual de Prevenção de Incapacidades; Condutas para Úlceras em Hanseníase e Diabetes; Condutas para Alterações Oculares em Hanseníase; Reabilitação e Cirurgia em Hanseníase; e Adaptação de Palmilhas e Calçados. Estes manuais trazem entrevistas e relatos de doentes e profissionais da área da saúde, que convivem diariamente com estes problemas.

Segundo Dias e Nobre (2005) apud Miranda et al (2010), O Estado do Rio Grande do Norte expõe diminuição na quantidade de casos novos confirmados quando relacionado a outros estados. O coeficiente de detecção por 10.000 habitantes foi, em 2004, 3,3 vezes menor que o registrado no Ceará e 2,8 vezes menor do que o registrado na Paraíba. Porém, foram confirmados, nos últimos 10 anos novos, casos habitantes em 131 municípios do estado, sendo que as cidades de Natal e Mossoró, juntas, somaram 52% desses casos.

“No período de 1990 a 2008, as taxas de detecção de Hanseníase no Rio Grande do Norte apresentam tendência crescente, porém mantendo-se inferiores àquelas do Brasil e da Região Nordeste.” (BRASIL, 2009, p. 47)

3.4 A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E SEUS DESAFIOS NA REDE DE SERVIÇOS.

Introduzir neste cenário o aspecto político da Hanseníase é imprescindível, pois seu desenvolvimento histórico está ligado a determinações políticas e as táticas de controle, incluindo as opiniões sobre o marco conceitual, tendo em vista a história da saúde pública no

Brasil e em Santa Catarina, garantindo uma melhor proteção à saúde e conseqüentemente uma melhor condição de vida. (TRIERVEILER, et al. 2010)

Além dos problemas existentes no campo científico, a Hanseníase também demonstra ser um grave problema político no século XIX, o fato que o historiador Britânico Eric Hobsbawn chamou de “A era dos impérios”, apresenta informações para que se explique esse período científico do estudo leproológico como período imperial, ou colonial de lepra. Os principais povos europeus atentavam sobre tudo com o desenvolvimento do comércio e da economia de suas divisas ao longo do século XIX, e em quase todas as regiões coincidentemente foram objeto desse imperialismo. (BECHLER, 2011)

Santos; Faria e Menezes (2008) lembram que a partir de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública, no campo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, mantinha uma Inspeção de Profilaxia da Hanseníase, das doenças venéreas e do câncer, esse departamento foi o órgão Federal que deu início à campanha contra a Hanseníase no País.

Assim o regulamento sanitário teve início na Legislação Federal que instituiu o Departamento Nacional de Saúde Pública em setembro de 1920. Foi o especialista em sifilografia Eduardo Rabelo, nomeado chefe geral da nova Inspeção de Fiscalização da Lepra e das doenças sexualmente transmissíveis, quem organizou a primeira legislação brasileira que abordava principalmente essas doenças. (CARRARA, 1996 apud SANTOS; FARIA; MENEZES 2008)

De acordo com Cunha et al (2012, p. 1153),

A meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, de menos de um caso por 10 mil habitantes, foi definida pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e seguida pelo Ministério da Saúde. Foi, ainda, pactuada entre as diretrizes do Pacto pela Vida, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006. Ressalta-se, desse modo, a importância do combate a essa doença causadora de grandes sofrimentos físicos e sociais.

No entanto, Neiva (2010) ressalta que no Brasil não é difícil nos depararmos com classes médicas e de enfermeiros que ignoram os sinais e sintomas característicos da doença e que não conseguem distinguir dos diagnósticos diferenciais, o que acaba levando esse portador do bacilo de *Hansen* para outros serviços, de modo a desviar-se de uma ação que é de sua competência.

Cavaliere e Raimundo, (2005) colocam que com intuito de reduzir o preconceito e trazer de volta a dignidade para essas pessoas, em junho de 1981, foi documentado

oficialmente o Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN) com movimentos em prol dos direitos dos portadores de Hanseníase. Para o movimento, a substituição do nome foi essencial no sentido de modificar o preconceito com portador do bacilo de *Hansen*.

Contudo, devido ao elevado valor gasto com a detecção e cura dos portadores do bacilo de *Hansen*, a Hanseníase tornou-se de caráter político “Federal”, um tema de Saúde Pública onde, conseqüentemente, o poder central precisaria estabelecer uma estratégia de prevenção e cura. (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008)

Arantes et al (2010) ressalta que a utilização do tratamento medicamentoso por um longo período de tempo pode ser um fator que contribui para a evasão e falhas no tratamento dos portadores do bacilo de *Hansen*. É imprescindível muita compreensão e estímulo por parte da família. Os serviços de saúde devem incentivar os familiares no controle e tratamento dos pacientes que sofrem com a doença, orientando sobre a importância do autocuidado, exigindo ininterruptão no retorno ao médico, controle dos contatos e cuidado das lesões prevenindo assim as incapacidades.

3.5 A DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HANSENÍASE

Podemos compreender que a discriminação, o preconceito, a exclusão e o medo, estão juntos ao portador da Hanseníase na estrutura social, são elementos que nos dias de hoje impedem o portador no combate da doença e na convivência com os demais. É fundamental restaurar a autoestima, e introduzi-los no convívio com a sociedade. (BAIALARDI, 2007)

Indriunas (2008) apud Vargas (2008) lembra que a atenção à saúde basicamente não existiu no Brasil no período colonial. Nem se falava sobre o assunto no modelo exploratório. O curandeiro, com suas plantas medicinais e magias, e os farmacêuticos, que percorriam o Brasil colônia, eram os únicos a darem um auxílio à saúde. Para se ter uma ideia, em 1789, o Rio de Janeiro só dispunha de quatro médicos.

De acordo com Coelho (2008), são vários fatores que interferem no controle e erradicação da Hanseníase como longo período de incubação, distribuição da quantidade de casos, busca ativa e localização limitada aos comunicantes.

Para Neiva (2010), a grande porcentagem de pacientes com grau de incapacidades instaladas no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que exista uma grande prevalência oculta, que além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão.

Augusto e Souza (2006) lembram que embora se trate de uma moléstia milenar com inúmeras campanhas informativas concretizadas pelo Ministério da Saúde, o processo de conhecimento da população ainda é muito lento. Para que aconteça uma modificação no cenário epidemiológico da Hanseníase, as pessoas e os profissionais de saúde devem não tão somente ter conhecimento sobre a doença, mas ficarem comprometidos com a causa para que possamos reduzir sua prevalência.

Coelho (2008) coloca que entender as implicações decorrentes da Hanseníase pode induzir a propagação de estratégias nos serviços de saúde sobre educação continuada, tendo em vista que o ser humano tem costumes, religiões e comportamentos preconceituosos com relação à patologia, que são influenciados em sua grande maioria por seu grau de escolaridade ou por precedente sociocultural.

Deste modo, com a finalidade de atingir a meta de eliminação da Hanseníase, é necessário o envolvimento de todos os municípios brasileiros, que devem proporcionar a população em todas as unidades básicas de saúde, pelo menos, as seguintes atuações: diagnóstico, tratamento, disponibilização da medicação e atenção às complicações da doença. Para isso é imprescindível ter profissionais capacitados para detectar os sinais e sintomas da doença e médicos para confirmar o diagnóstico e tratar de forma eficaz os portadores do bacilo de *Hansen*. (FERREIRA, 2005)

3. 6 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AOS PORTADORES DE HANSENÍASE

De acordo com Ferreira (2005) a partir de 1929, foi aceito oficialmente o tratamento domiciliar por meio da Inspeção de Lepra, para os doentes em condições de cumprir o isolamento em sua própria casa, sob o olhar de um médico e uma enfermeira de saúde pública que conduziam o tratamento.

Podemos destacar o enfermeiro como figura essencial de toda a ação de produzir e colaborar com a assistência à saúde e de processos que a isso se incluem, eles vivenciaram, trataram e influenciaram pessoas em processo de concepção em um momento conturbado pelo qual o país passou e que refletiu totalmente na área da saúde. (MENDONÇA, 2009)

Conforme Alberici; Joia e Moreira (2011) o enfermeiro, na Estratégia Saúde da Família, tem comprometimento com finalidade de ensinar aos pacientes o autocuidado, contribuindo para a prevenção das incapacidades, constituindo uma atuação de extrema importância, além de que o mesmo contribui de forma satisfatória no tratamento da doença.

Nas unidades básicas de saúde, a enfermagem faz parte de ações em conjunto com a equipe atuando diretamente no combate da Hanseníase, seja de modo individual ou coletivo, os profissionais atuam na profilaxia, busca de diagnósticos e casos novos, tratamento e acompanhamento dos doentes, buscando a prevenção das incapacidades, promovendo atividades de controle, análise de registro, vigilância epidemiológica e estudos. (PEDRAZZANI, 1995 apud CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010).

“Estudos referendam a importância da consulta de enfermagem na busca do atendimento integral, com vistas a maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços.” (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008, p. 769)

Silva Júnior, et al, (2008, p. 714) afirma que:

Desse modo, é função da (o) Enfermeira (o) da Estratégia Saúde da Família - ESF proporcionar uma educação continuada dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, e principalmente, realizar consultas de enfermagem que proporcionem, dentre outras funções, a identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento da hanseníase.

Augusto e Souza (2006) acredita que os profissionais de saúde devem ficar atentos aos comunicantes, já que estes tem uma enorme ligação com os doentes e fazem parte da cadeia epidemiológica, na qual podem estar originando novos casos, colaborando dessa forma com a proliferação da doença. Com a cura do doente e o controle dos comunicantes, a meta de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública aqui no Brasil pode ser atingida futuramente.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Figueiredo (2004), o trabalho descritivo tem como finalidade básica a definição das particularidades de determinada população ou acontecimento, ou então afirmação de semelhança entre variantes conseguidas por meio do uso de práticas do tipo padrão de coleta de dados com o questionário e de análise ordenada.

De acordo com Marconi, Lakatos, (2007) a pesquisa exploratória constitui-se de verificações de análise empírica cuja finalidade é a formulação de teses ou de um problema com tripla finalidade: acrescentar suposições, reforçar a confiança do pesquisador com um ambiente, acontecimento ou feito, para a efetivação de uma pesquisa futura mais concisa ou transformar e esclarecer opiniões. Utiliza na maioria das vezes métodos sistêmicos para o alcance de observações empíricas ou para as análises de dados ou as duas ao mesmo tempo.

Sobre a abordagem quanti-qualitativa, Figueiredo (2004) relata que é uma técnica que integra análise estatística com verificação dos significados, das semelhanças humanas, privilegiando a mais perfeita concepção sobre assunto a ser observado, promovendo desta forma, a explicação das informações colhidas.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em três unidades básicas de saúde: UBS - Dr. Chico Porto, UBS - Dr. Chico Costa e UBS - Dr. Sinharinha Borges, localizadas na cidade de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Uma vez que nessas unidades se concentram um número significativo de casos confirmados de portadores do bacilo de *Hansen* de acordo com boletim epidemiológico Hanseníase. (MOSSORÓ, 2011)

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra seria composta por 20 pacientes portadores do bacilo de *Hansen* com diagnóstico confirmado e em tratamento, que se encontrassem nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Mas apenas 17 pacientes fizeram parte da amostra de acordo com os seguintes critérios de inclusão: os doentes com diagnóstico confirmado e em

tratamento, maiores de 18 anos e que após a apresentação dos objetivos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A), assim concordaram em fazer parte da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: os portadores menores de 18 anos e portadores de transtorno mental.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento um formulário que conforme Marconi e Lakatos (2007) é uma ferramenta eficaz para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em conseguir dados diretamente do entrevistado. Entretanto, o que caracteriza o formulário é a relação olho no olho entre o entrevistador e o informante, e o preenchimento do roteiro de perguntas deve ser feito pelo pesquisador na hora da entrevista.

“A simplicidade por parte do pesquisador é fundamental para o êxito de sua observação, pois ele é menos olhado pela base lógica dos seus estudos e mais pela sua personalidade e comportamento.” (MINAYO, 2010, p. 73)

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada através de visita domiciliar, que contou com ajuda de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), logo foram apresentados os objetivos, a justificativa e os possíveis riscos da pesquisa; em seguida foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a observância na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que envolve pesquisa com seres humanos e da Resolução 311/07 que Dispõe sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem, esse documento contém as informações referentes à pesquisa e garantem os direitos do participante, a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

É um trabalho cansativo e assume, na maioria das vezes, mais tempo do que se espera. Determina que o pesquisador tenha calma, perseverança e empenho pessoal, além de ficar atento ao registro das informações e de uma boa preparação anterior. (MARCONI; LAKATOS, 2007)

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita a análise quantitativa por meio de frequência e porcentagem, sendo os dados expressos através de gráficos e discutidos à luz da literatura pertinente. A análise qualitativa foi discutida por meio do método de análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009), é um conjugado de métodos de análise das comunicações. Não se trata de uma ferramenta, mas de um leque de implementos; para ser mais exato, será um único instrumento, mas caracterizado por uma grande diversidade de formas e adaptável a um campo de aproveitamento muito amplo: as comunicações.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996. Ele agrupa, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais principais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e tende garantir os direitos e deveres que articulam em respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, 1996)

Os aspectos éticos provenientes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foram garantidos, mediante cumprimento dos princípios éticos e legais da profissão, em cujo, Art. 98 da Resolução 311/07, que dispõe sobre o código de ética para o profissional de Enfermagem, ressalta a importância de acatar as leis vigentes para a pesquisa abrangendo seres humanos, conforme a especificidade da investigação. (COFEN, 2007)

4.8 FINANCIAMENTO

A despesa decorrente da viabilização dessa pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

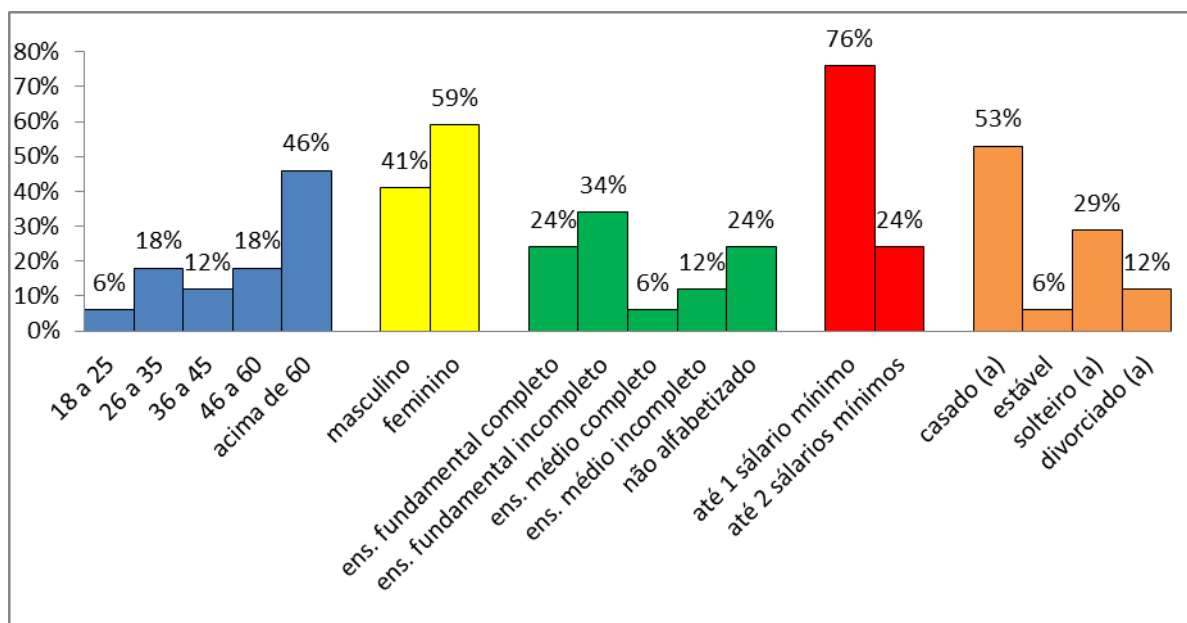
De início, a amostra seria composta por 20 pacientes portadores do bacilo de *Hansen* com diagnóstico confirmado e em tratamento, mas obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão expressos na metodologia, apenas 17 puderam fazer parte da pesquisa. Na primeira parte, apresentaremos a análise dos dados quantitativos e posteriormente os dados qualitativos.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta dos dados quantificáveis foi realizada através de um formulário (APÊNDICE B) e foram representados por gráficos, onde é possível verificar os aspectos pessoais como: idade, sexo, escolaridade, renda, e estado civil. Que de acordo com Bardin (2009), quantificar informações em categorias atribui à investigação o que ambos têm em comum.

Os dados coletados foram apurados e interpretados da seguinte forma:

Gráfico 1 – Caracterização da amostra sequencialmente quanto à idade, sexo, escolaridade, renda e estado civil.



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE – RN 2013

De acordo com a idade 46% dos entrevistados tem acima de 60 anos; 18% 46 – 60 anos; 18% 26 – 35 anos; 12% 35 – 45 anos e 6% 18 – 25 anos, somando em seu total 100% da amostra.

Constata-se que a população idosa está aumentando, ou seja, a perspectiva de vida dos brasileiros vem crescendo ao longo dos anos, assim como dos mossoroenses. Ressalta Lyra (2008) que nas últimas décadas vem ocorrendo um envelhecimento da população mundial. O Brasil também passa por essa mudança demográfica e envelhecimento populacional, em consequência da redução na taxa de fecundidade e aumento da perspectiva de vida.

É nesse contexto, regulado pelos novos papéis adotados pelos municípios brasileiros que se coloca o Programa Idoso Cidadão da Prefeitura Municipal de Mossoró/RN. O censo demográfico realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE verificou que, em Mossoró, dos 218. 413 habitantes, 15. 510 têm mais de 60 anos, somando um total de 7,7% da população. O mesmo censo mostrou que parte expressiva dos idosos mossoroenses compõe-se de pessoas de baixa renda. (MELO, 2004)

A população idosa do RN aumentou. Os números são do Censo 2010, analisados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que informou que no ano 2000 o percentual de idosos era de 9%, aumentando para 10,8% em 2010. Mas, apesar do aumento, o Rio Grande do norte ainda ficou atrás do Estado da Paraíba, que registrou um percentual de 12%. (FEDERAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE, [2011]).¹

De acordo com o sexo observa-se que há a prevalência de 59% do sexo feminino e de 41% do sexo masculino no total de 100% dos participantes. Com essa porcentagem, podemos constatar que de maneira quantitativa as mulheres ao longo dos anos vêm conquistando seu espaço no mercado de trabalho, autonomia, independência financeira, e, conseqüentemente, ocasionando mudanças demográficas.

A Hanseníase acomete mais homens do que mulheres na proporção 2:1. Porém, com as mudanças de hábitos e costumes observados nos últimos anos, com a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, essa diferença tende a desaparecer. (VIANA, 1998 apud SOUZA; SILVA; HENRIQUES, 2005)

De acordo com o nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, 34% têm o Ensino Fundamental Incompleto, 24% Ensino Fundamental Completo, 24% não são Alfabetizados, 12% Ensino Médio, 6% Ensino Médio Incompleto. É fato que o baixo nível de

¹ Documento não paginado.

escolaridade é um fator de risco, que prejudica no entendimento da patologia, interferindo na busca do diagnóstico como também na adesão ao tratamento.

A grande parte dos pacientes portadores do bacilo de *Hansen* tem baixa escolaridade e não tem profissão definida, e como consequência; baixa renda familiar e precária condição de vida que pode interferir no conhecimento dos pacientes sobre a doença. A educação proporciona ao indivíduo maior compreensão do processo saúde-doença, levando à busca do serviço de saúde. (SILVA et al, 2009)

A respeito da renda, predomina, com cerca de 76% dos participantes da pesquisa, renda de até um salário mínimo, e 24% dos participantes ganha até 2 salários mínimos. A Hanseníase atinge todas as classes sócias, mas é evidente que ela prevalece em indivíduos de baixa renda devido às condições de moradia, entre outros fatores, propiciando ambiente favorável ao bacilo de *Hansen*.

São vários fatores de risco que contribuem no acometimento da doença; como as características individuais de cada pessoa, situação socioeconômica desfavorável, condições precárias de vida e saúde, e elevado número de pessoas residindo em um mesmo ambiente. (BRASIL, 2002)

Sobre o estado civil dos participantes; 53% deles são casados, 29% solteiros, 12% divorciados, e 6% deles têm relacionamento estável. O convívio familiar e o apoio dos familiares são muito importantes para o paciente portador do bacilo de *Hansen* desde o diagnóstico ao tratamento, haja vista que alguns sofrem com o preconceito e discriminação.

Observando o contexto familiar Oliveira e Romanelli, apud Eidt (2004) em virtude da instabilidade emocional gerada por meio do diagnóstico da Hanseníase, o apoio do cônjuge, dos filhos, de pais e irmãos é importante na adesão ao tratamento e cura da doença.

5. 2 ANÁLISE DOS RESULTADOS REFERENTES À TEMÁTICA

Com objetivo de obter informações pertinentes ao diagnóstico da doença em acordo com a categorização de Bardin foi necessário o emprego das seguintes categorias: A - como o senhor (a) descobriu que tinha a doença? B - Quem foi que deu o diagnóstico? C - Houve suspeita de diagnóstico para outra doença? Sim/Não, Quais? D - Levou muito tempo da suspeita para o diagnóstico? Sim/Não, Quanto tempo levou? E – O Senhor (a) enfrentou alguma dificuldade para o diagnóstico da doença? Sim/Não, Quais?

Dessa maneira, pretendeu-se indagar os participantes da pesquisa desde a suspeita ao diagnóstico da doença com intuito de analisar se houve alguma dificuldade.

Através das categorias supracitadas, foi desenvolvida a análise dos dados, que está exposta da seguinte forma: fala dos entrevistados na íntegra, impressões da pesquisadora e citações de autores.

No intuito de garantir o sigilo dos pacientes portadores do bacilo de *Hansen*, foram utilizados codinomes indígenas: Iracema, Anauá, Kaloré, Marié, Unaí, Potira, Moema, Jurema, Itaú, Caiuá, Anajé, Guaraci, Irajá, Cajuru, Ipanema, Yara e Mariú.

Ao indagar os entrevistados sobre “Como o senhor (a) descobriu que tinha a doença?” podemos analisar se a suspeita para o mesmo surgiu a partir de um profissional de saúde ou pelo conhecimento próprio sobre a doença ou outros.

É fundamental que sejam realizadas ações que permitam a divulgação dos sinais e sintomas da doença, de maneira que estimule a população a procurar o serviço de saúde em caso de suspeita mínima. Para que isso ocorra, na comunidade, devem ser feitas atividades educativas efetivas sobre o tema, de modo a beneficiar o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos. (NEIVA, 2010)

As respostas dos participantes foram em sua grande maioria semelhantes, com algumas variantes entre elas.

Iracema quando questionada como descobriu a doença responde:

“Não sentia a mancha na testa, fui pro Rafael Fernandes”.

Anauá afirma que:

“A médica do posto disse que era pano branco eu tomava remédio, as manchas aumentavam, fui encaminhada para o médico especialista da referência do município”.

Kaloré diz:

“O médico passou um creme para mancha, depois encaminhada pra outro médico, que me encaminhou para o especialista na referência”.

Marié relata que:

“A enfermeira na urgência viu a mancha me orientou a mostrar o médico”.

Unai se manifesta da seguinte maneira:

“Tomava remédio para alergia e nada, com muito tempo a enfermeira encaminhou para o especialista na referência.”

Potira cita o seguinte:

“Fiz exames e nada, tomava remédios que me faziam mal, a médica me encaminhou para o especialista na referência”.

Moema exprime:

“Fui para posto e encaminhada para o especialista na referência”.

Jurema diz:

“A vizinha percebeu as manchas”.

Itaú expõe dessa forma:

“Meu irmão já tinha a doença e me levou com ele para consulta com o especialista na referência”.

Anajé cita o seguinte:

“Eu sentia dormência na perna esquerda e foi aparecendo lesão na outra”.

Guaraci responde:

“manchas que não dei importância foi aumentando, procurei um médico particular e comecei o tratamento pelo SUS”.

Irajá diz:

“Há muito tempo que eu sofria com as manchas, no posto falei com o enfermeiro, ele perguntou se era dormente eu disse não, a médica passava cremes e não resolvia, fiz exames e fui encaminhada para o especialista na referência”.

Cajuru relata:

“Eu tinha a pele muito ressecada, aí saiu uns caroços nas pernas o médico disse que era alergia passou uma pomada que não resolveu, fui pra outro médico que descobriu que era Hanseníase”.

Ipanema exprime:

“Apresentou as manchas no corpo e fui perdendo peso”.

Iara atesta:

“Achei que fosse impingem mostrei a um amigo que já tinha visto uma pessoa com essa mancha e que era Hanseníase”.

Como podemos perceber, as respostas dos sujeitos da pesquisa são bastante semelhantes, a resolutividade é observada na atenção secundária e terciária, ressaltando que a suspeita quando vindo de um profissional na atenção primária era encaminhado para atenção secundária, apenas um dos participantes teve o diagnóstico dado por um médico sem que o mesmo o tenha encaminhado para a confirmação, isso evidencia o despreparo dos profissionais na porta de entrada da assistência, que deveriam estar sensibilizados para esse diagnóstico, uma vez que os pacientes devem ser encaminhados para assistência de maior complexidade em casos extremos como neurite e ou sequela neurológica para avaliação mais rigorosa ou em casos graves da doença onde é necessária uma atenção particular.

A prevenção da Hanseníase é realizada principalmente na atenção primária, onde são realizadas ações com objetivo de estimular e promover educação em saúde, detecção precoce e prevenção da doença, colaboração da sociedade, como também a capacitação dos

profissionais da saúde, levando o conhecimento à população, promovendo e incentivando o autocuidado do paciente e comunicante. (PEDRAZZANI, 1995 apud ALBERICI; JÓIA; MOREIRA, 2011)

A maioria das ações é desenvolvida na unidade de saúde de atenção primária, porém, poderão ocorrer situações em que será necessário encaminhar o paciente para as Unidades de Referência Especializadas, dos demais níveis de complexidade do SUS - Sistema Único de Saúde, garantindo assim a integralidade da assistência. (RIO DE JANEIRO, 2010)

No entanto, Neiva (2010) ressalta que no Brasil não é muito difícil nos depararmos com profissionais da saúde que ignoram os sinais e sintomas característicos da doença e que não conseguem distinguir dos diagnósticos diferenciais, o que acaba levando esse portador do bacilo de Hansen para outros serviços, de modo a desviar-se de uma ação que é de sua competência.

Os participantes da pesquisa foram indagados sobre “Quem deu o diagnóstico?” qual profissional confirmou o diagnóstico.

O diagnóstico precoce e o tratamento apropriado contribuem com a cura da doença, sem deixar incapacidades físicas e sociais, por isso é necessário que o profissional de saúde seja capacitado, o que possibilita identificar, diagnosticar e tratar os pacientes portadores do bacilo de *Hansen*. (MINAS GERAIS, 2006 apud CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010)

Cajuru quando questionado sobre o diagnóstico afirma:

“A médica numa clínica particular da cidade”.

Anauá, Kaloré e Potira respondem:

“Dermatologista que diagnosticou e encaminhou para o Hansenólogo”.

Unai diz:

“A enfermeira me encaminhou para especialista da referência”.

Todos outros participantes da pesquisa foram unânimes na resposta:

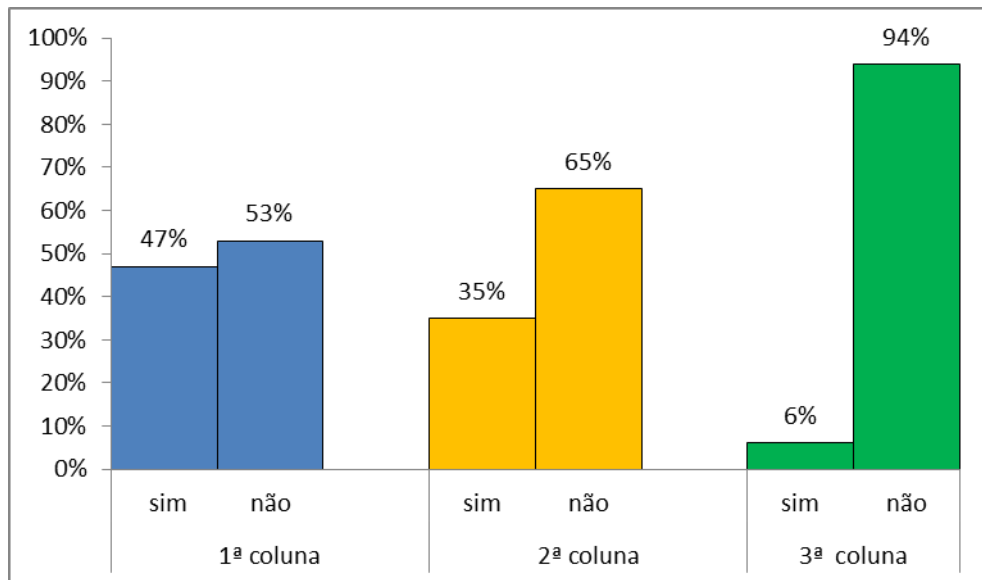
“O Hansenólogo da referência do Centro Clínico Vingt Un Rosado”.

Para melhor compreensão da análise sobre o diagnóstico se fez necessário indagar os participantes sobre a confirmação. Quando questionados sobre quem deu o diagnóstico quase todos os participantes foram unânimes na resposta, os diagnósticos foram dados na atenção secundária e terciária pelo médico Dermatologista Especialista no Tratamento da Hanseníase em Mossoró/RN, o médico da referência.

Em estudo Resende et al (2009) apud Neiva (2010, p. 19)

Foram questionados 12 profissionais de saúde do município de Anápolis Goiás a respeito das maiores dificuldades enfrentadas para se conduzir de maneira satisfatória um caso de Hanseníase. A maioria dos entrevistados (83%) apontou como dificuldade para o diagnóstico dos casos de Hanseníase a falta de preparo do próprio profissional.

Gráfico 2 – Respostas dos usuários, sequencialmente quanto a: se houve identificação quanto a suspeita de diagnóstico para outra doença; se levou muito tempo da suspeita para o diagnóstico e se enfrentou alguma dificuldade para o diagnóstico da doença.



Fonte: PESQUISA DE CAMPO, FACENE – RN 2013

De acordo com a 1ª coluna 47% responderam sim e 53% responderam não quando questionados sobre suspeita para outro diagnóstico, os 47% dos entrevistados que responderam sim foram perguntados a respeito de quais foram os diagnósticos e eles responderam: pano branco, não lembro, alergia, veia entupida e diabetes. Esses pacientes

tiveram diagnósticos e tratamentos para outras doenças aumentando os riscos de sequelas e dando sequência a cadeia de transmissão.

Potira quando questionada sobre qual foi a suspeita ela diz:

“Veia entupida, mais eu disse a ele que não era por que minha vizinha tinha as veia entupida e os pés não eram dormentes, ele disse a senhora quer saber mais do que eu”.

Ainda nos deparamos com profissionais da saúde com atuação pouco cuidadora, que ignoram a subjetividade, agindo de forma desintegrada e desarticulada, característica do modelo hegemônico, onde o atendimento é resolutivo e ineficaz, desestimulando a integração e colaboração do paciente no processo de tratamento e cura.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2004) apud Besena et al (2007), quando há ações de Educação em Saúde no modelo culpabilizante de educação, em geral o profissional crê estar socialmente empossado de autoridade curativa. Ele acredita possuir, sob direito, o conhecimento verdadeiro e absoluto das situações que envolvem saúde e doença.

Quando indagados a respeito do tempo decorrido para a descoberta da doença, de acordo com a 2ª coluna do gráfico, 35% responderam que sim – levou bastante tempo para que se identificasse a doença de forma precisa – e 65% responderam que não, os 35% que disseram sim foram indagados também sobre quanto tempo foi necessário, e as respostas foram diversas: “quase 3 anos”, “1 mês mais ou menos”, “quase 1 ano”, “de 3 a 4 anos”, “3 anos”, e “5 meses”, tempo gasto desde a suspeita até o diagnóstico exato da doença, que confirmado com relato de um percentual significativo de pacientes ainda é lento, implicando em risco ao paciente e aos comunicantes.

Para Neiva (2010) A grande porcentagem de pacientes com grau de incapacidades instalada no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que exista uma grande prevalência oculta, que além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão.

Arantes et al (2010) ressalta que a confirmação do diagnóstico dos portadores de Hanseníase, na maioria dos estados brasileiros, ainda é muito lenta, aproximadamente um ano e meio a dois anos após o surgimento de sinais e sintomas característicos da enfermidade. Haja vista a demora em se buscar atendimento nos serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre a doença e a carência de serviços são um problema enfrentado pelo paciente. A falta de

profissionais capacitados para busca e confirmação de novos casos, também se constitui para a demora nos diagnósticos.

Quando perguntados sobre a possibilidade de ter enfrentado dificuldade para o diagnóstico – dados na 3ª coluna do gráfico - 6% responderam sim e 94% responderam não. Para se fazer a análise do tema em questão, foi necessário um formulário para poder extrair dos sujeitos da pesquisa informações pertinentes e complementares. Pois apesar dos 94% que responderam não; analisando as respostas anteriores como tempo para diagnóstico de até 4 anos, outras suspeitas de diagnóstico, outros tratamentos, podemos concluir que existiram situações nas quais de alguma foi causado algum tipo de transtorno. No entanto, agindo de acordo com a ética, no momento da entrevista, as respostas não foram questionadas para não influenciar ou induzir as respostas.

No momento da pesquisa o entrevistador e entrevistado se deparam com uma situação onde em certo momento o entrevistado responde as perguntas e relata em mais detalhes a situação vivenciada por ele. O pesquisador compreende e visualiza a situação como expectador, criando uma percepção que em alguns momentos vão contra a percepção do entrevistado, mas que em momento algum o interfere ou o questiona.

É isto a análise de conteúdo, muitas vezes trabalho gratuito ou desconcertante. Mas a alegria do investigador é enorme quando o estudo bate certo (confirmação ou infirmação de uma hipótese, não importa, desde que se obtenham resultados), ou quando um achado permite que siga por outra pista ou em direção a outras interpretações. (BARDIN, 2009, p. 77)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, o objetivo da pesquisa foi atingido, pois ao fazer a análise quantitativa, revelaram-se mudanças nos aspectos socioeconômicos, que com relação à idade; 46% têm acima de 60 anos, o maior percentual entre os participantes da pesquisa, revelando que a expectativa de vida da população vem crescendo, fazendo-se necessário a promoção de ações voltadas para essa faixa etária na Estratégia Saúde da Família durante a rotina dos serviços.

Outro ponto importante é com relação ao sexo, os estudos mostram que há prevalência da Hanseníase no sexo masculino, porém no presente trabalho houve uma prevalência de 59% do sexo feminino, isso indica que a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho e que de certa forma essa nova conjuntura implica em mudanças na rotina, haja vista que a mulher é quem mais cuida da saúde da família.

Com relação à escolaridade, 34% dos participantes têm ensino fundamental incompleto, fator que não contribui com o conhecimento e tratamento da doença, e que indica que são indivíduos os quais poderiam estar sensibilizados para sinais de sintomas característicos da doença. Essas mudanças devem ser acompanhadas de ações que englobem e atendam as novas e suas necessidades.

Na segunda fase do estudo, de acordo com as falas dos entrevistados, foi possível identificar fatores que influenciaram negativamente para confirmação do diagnóstico, além dos fatores supracitados, quando questionados: Como o senhor (a) descobriu que tinha a doença? – por exemplo – “Fiz exames e nada, tomava remédios que me faziam mal, a médica me encaminhou para o especialista na referência” outra pergunta foi: Quem deu o diagnóstico? A suspeita não surgia de um profissional e quando surgia era encaminhado para a atenção secundária e terciária onde os diagnósticos eram dados pelo médico da referência. Isso evidencia ainda mais o despreparo dos profissionais na porta de entrada da assistência, local onde os pacientes deveriam ser diagnosticados e tratados, e encaminhados para referência em situações específicas de agravos à saúde, sendo assim uma deficiência observada na rede básica de nosso município.

Outro ponto a ser destacado foi: Se houve suspeita do diagnóstico para outra doença; “Veia entupida, mais eu disse a ele que não era por que minha vizinha tinha as veia entupida e os pés não eram dormentes, ele disse a senhora quer saber mais do que eu”. Comportamento autoritário e ineficaz características do modelo hegemônico, que não contribui, mas afasta o paciente do cuidado. É necessário sensibilizar estes profissionais para que haja resolutividade

e atendimento humanizado, já que esses pacientes chegam fragilizados na consulta, além da gestão municipal dar suporte na estrutura física do atendimento para que o trabalho frente a essa patologia seja prazeroso.

Quando os sujeitos foram indagados se; O Senhor (a) enfrentou alguma dificuldade para o diagnóstico da doença, 94% respondeu não, o fato é que ao analisarmos todas as respostas como tempo para diagnóstico, outras suspeitas de diagnóstico, e até outros tratamentos. Então, concluímos que houve dificuldades que contribuíram de alguma forma para o não fechamento no diagnóstico da doença. O que evidencia o despreparo dos profissionais da atenção primária que são – ou deveriam estar – capacitados para atender essa demanda, mas será que além de capacitados eles estão sensibilizados? A educação continuada deve ser inserida dentro dos programas na rotina dos serviços da atenção primária, com avaliação da atuação dos profissionais inseridos na assistência para que tenhamos resolutividade na porta de entrada dos serviços.

Espero que este trabalho venha de alguma forma contribuir para a resolutividade da problemática vivenciada pelo nosso município, colaborando assim com os profissionais de saúde no que se refere a possíveis falhas a partir da suspeita ao diagnóstico, mas, sobretudo, porque espero proporcionar uma expressiva colaboração através deste trabalho com as inúmeras pessoas que continuam sem um diagnóstico preciso e precoce, como também um tratamento apropriado.

REFERÊNCIAS

- ALBERICI, P. S; JÓIA, T; MOREIRA, A. A. A ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de hanseníase. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v.4 n. 7, mar./ago. 2011.
- ARANTES, C. K, et al. Avaliação dos Serviços de Saúde em Relação ao Diagnóstico Precoce da Hanseníase. **Serviços de saúde e diagnóstico em hanseníase**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, p. 373-382, mai./jun. 2003.
- AUGUSTO, C. S; SOUZA, M. L. A. Adesão do Comunicante de Hanseníase à Profilaxia. **Red de Revistas Científicas de América Latina**, v. 11, n. 3, p. 85-90, 2006.
- BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.
- BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BATISTA, E. S, et al. Perfil sócio demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, p. 101-6, mar./abr. 2011.
- BECHLER, R. G. RE-Conhecendo Armauer Hansen: O Cientista da lepra e o personagem histórico. **Fronteiras**, Dourados, v. 13, n. 23, p. 59-96, jan./jun. 2011.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais. **Rev.Esc.Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BESENA, C. B, et al. Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000100006&script=sci_arttext > Acesso em: 20 de maio de 13.
- BEZERRA, C. I. L. **Sistema Único de Saúde (SUS):** Revisão para concursos. João Pessoa, 2009.
- BÍBLIA. Levítico, 1998. **Bíblia Sagrada:** Antigo e Novo testamento. São Paulo: ed. Vida, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Brasília: MS, [2008]. (Guia de Vigilância Epidemiológica, caderno 7)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. **Dispõe sobre diretrizes com seres humanos**. Brasília: MS, 1996. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196 > Acesso em: 30 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: MS, 2007. (Caderno de atenção básica, nº 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase**: caderno do monitor, Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: Relatório de Situação - Rio Grande do Norte. Brasília - DF, 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_rn_relatorio_de_situacao.pdf > Acesso em: 26 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: MS, 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> > Acesso em: 26 dez. 2012.

CARVALHO FILHO, R; SANTOS, S, S; PINTO, N. M. M. HANSENÍASE: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 2 - nov./dez. 2010.

CAVALIERE, I; RAIMUNDO, D. **Da lepra a hanseníase**: Histórias dos que sentiram essa transformação. Rio de Janeiro: Fiocruz, [2005].

COELHO, A. R. O Sujeito diante da Hanseníase. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, fev. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Dispõe sobre o código de ética para o profissional de Enfermagem**. 2007. Disponível em: < http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf > Acesso em: 30 nov. 2012.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: Aspectos da Evolução do Diagnóstico, Tratamento e Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.

CUNHA, M. D. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.6, p. 1143-1155, jun. 2012.

DUARTE, M. T. C; AYRES, J. A; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, p. 767-73, 2008. (esp).

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.2, p.76-88, maio/ago. 2004.

EIDT, L. M. et al. Ser Hanseniano: Sentimentos e Vivências. **Hansenologia Internationalis**, v. 29, n.1, p. 21-27 2004. Disponível em: < <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/286-821-1-PB.pdf> > Acesso em: 16 de maio de 2013.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L.A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384

FEDERAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Pesquisa aponta crescimento da população idosa no Rio Grande do Norte**. [2011]. Disponível em: <http://www.femurn.org.br/noticia/2622/> Acesso em: 23 maio 2013

FERREIRA, F. X. **Análise da Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus**. 133f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Auroca – ENSP, Manaus, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3. ed. São Paulo: Editora Difusão, 2004.

LOBO, J. R, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase Através de Exame de Contato no Município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 283-287, jul./ago. 2011.

LYRA. S. N. M. N. **O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos** – A Atenção Farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos. Belo Horizonte, MG. UFMG/FAFICH, 2008. Disponível em: < http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1217275031_96.pdf > Acessado em: 10 de maio de 13.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDONÇA, E. T. **Enfermagem-saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde**. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MELO. M. M. R. **Políticas públicas para a terceira idade: uma Avaliação do programa idoso cidadão da Prefeitura municipal de Mossoró/Rn**. 98f. Dissertação (Mestrado e Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande – UFRN, Natal/RN 2004.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F; ROMEU, G; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e Criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MIRANDA, C. S, et al. Informações acerca da Hanseníase aos escolares do ensino fundamental nas escolas do bairro de passagem de areia, em Parnamirim/RN. **Extensão e Sociedade**, v. 1, n. 2, 2010.

MORENO, C. M. C. **Avaliação do Impacto do treinamento de clinica em Hanseníase e sua contribuição para o aumento da detecção da doença no Estado do Rio Grande do**

Norte. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MOSSORÓ (MUNICÍPIO). Sistema de Informação e Notificação de Agravos Nacional (SINAN). Departamento de Vigilância à Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico Hanseníase.** Mossoró, 2011.

NEIVA, R. J, **Hanseníase:** Desafios ao Diagnóstico nas unidades básicas de saúde. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção básica em saúde da família) – Minas Gerais, 2010.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: Conhecimentos e Mudanças na Vida das Pessoas Acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1311-1318, 2011. (Supl.1)

OLIVEIRA, F. E. B; BELTRÃO, K. I; FERREIRA, M. G. **Reforma da Previdência.** Rio de Janeiro, ago. 1997. (Texto para discussão, nº 508)

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira:** Contribuição para compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAULUS JÚNIOR, A; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. **Linha de Cuidado da Hanseníase.** Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, L. A. C; FARIA, L; MENEZES, R, F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.

SILVA, E. S. et, al. **Comparação do Perfil dos Pacientes com Hanseníase por meio dos Contatos Intradomiciliares em um Centro de Referência no Município de Governador Valadares-Mg,** (Monografia), Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, Governador Valadares – MG, 2009. Disponível em: <
<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Comparacaodoperfildospacientescomhanseniasepormeiodoscontatosintradomiciliaresemumcentrodereferencianomunicipiodegovernadorvaladaresmg.pdf>> Acessado em: 14 de maio de 13.

SILVA JÚNIOR, et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. bras. enferm.**, v.61, Brasília, nov. 2008.

SOUZA, G. C. A; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, M. M; SILVA, G. B; HENRIQUES, M. E. R. M. Significado De Ser Idoso / Doente de Hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 327 - 332, 2005.

Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_10.htm > Acessado em: 14 maio de 13.

TRIERVEILER, et al. **Trajetória Histórica do Controle e do Cuidado da Hanseníase no Brasil**. Florianópolis, 2010.

Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol2artigo4.pdf> > Acesso em: 08 out. 2012.

VARGAS, J. D. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: revisão da literatura. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Esta pesquisa é intitulada **HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DAS POSSÍVEIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO ENFRENTADO PELO PORTADOR DO BACILO DE HANSEN EM MOSSORÓ-RN** e está sendo desenvolvida por Marcia Jaqueline de Lima, pesquisadora associada, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação do pesquisador responsável professora Verusa Fernandes Duarte. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar as possíveis dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase para confirmação do diagnóstico. Objetivos específicos: Caracterizar os participantes da pesquisa quanto aos aspectos socioeconômicos; Investigar se houve dificuldades encontradas pelos portadores de Hanseníase frente ao diagnóstico.

A justificativa desse trabalho é identificar possíveis dificuldades enfrentadas pelo portador de *Hansen* para à confirmação do diagnóstico, contribuindo com a qualidade da assistência, reduzindo as sequelas causadas pela Hanseníase. Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. O senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas ao seu diagnóstico. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos(s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____/____/ 2013

Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa



Impressão Digital

Pesquisadora Responsável: Verusa Fernandes Duarte

Endereço profissional do Pesquisador: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000

Email do pesquisador: verusafd@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Formulário

**HANSENÍASE: UMA ANÁLISE DAS POSSÍVEIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO
ENFRENTADO PELO PORTADOR DO BACILO DE HANSEN EM MOSSORÓ-RN**

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

a) Idade

 18 - 25 anos 26 - 35 anos 36 - 45 anos 46 - 60 anos acima de 60 anos

b) Sexo

 Feminino Masculino

c) Escolaridade

- Ensino fundamental completo
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino médio incompleto
 Superior completo
 Superior incompleto
 Não Alfabetizado

d) Renda

- até 1 salário mínimo
 até 2 salários mínimos
 acima de 2 salários

e) Estado Civil

 Casado (a) Estável Solteiro (a) Viúvo (a)

2. QUESTÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA

a) Como o senhor (a) descobriu que tinha a doença?

b) Quem foi que deu o diagnóstico?

c) Houve suspeita do diagnóstico para outra doença?

() SIM () NÃO

Quais

d) Levou muito tempo da suspeita para o diagnóstico?

() SIM () NÃO

Quanto tempo levou?

e) O senhor (a) enfrentou alguma dificuldade para o diagnóstico da doença?

() SIM () NÃO

Quais?

ANEXO

ANEXO A – DADOS DE HANSENÍASE

Mensagem de Impressão do Hotmail

<http://bl172w.blul72.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=...>**Fwd: Dados de Hanseníase/VISA**

De: **Verusa Fernandes** (verusafd@facenemossoro.com.br)
Enviada: sexta-feira, 28 de dezembro de 2012 16:14:47
Para: marcia.jes@hotmail.com
1 anexo
dados hanseniasi.ppt (583,0 KB)

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Verusa Fernandes** <verusafd@facenemossoro.com.br>
Data: 14 de novembro de 2012 21:48
Assunto: Fwd: Dados de Hanseníase
Para: marcia.jes@hotmail.com

----- Mensagem encaminhada -----

De: **nupea facenern** <nupea@facenemossoro.com.br>
Data: 13 de novembro de 2012 20:32
Assunto: Fwd: Dados de Hanseníase
Para: Verusa <verusafd@facenemossoro.com.br>

----- Mensagem encaminhada -----

De: **allanymedeiros** <allanymedeiros@bol.com.br>
Data: 13 de novembro de 2012 14:56
Assunto: Fwd: Dados de Hanseníase
Para: nupea@facenemossoro.com.br

Segue os dados de hanseníase desde o ano de 2009 com as variáveis solicitadas, o ano de 2008 e 2012 não teremos como informar agora pois o nosso computador com o sinan está em manutenção, possivelmente teremos como enviar os dados na próxima semana ok?

Att
Allany Medeiros
Diretora da Vigilância à Saúde-PMM

Mensagem original

De: nupea facenern <nupea@facenemossoro.com.br>
Para: allanymedeiros <allanymedeiros@bol.com.br>
Assunto: Dados de Hanseníase
Enviada: 09/11/2012 20:33

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Verusa Fernandes** <verusafd@facenemossoro.com.br>

Data: 9 de novembro de 2012 17:31

Assunto: Re: Dados de Hanseníase

Para: nupea facenern <nupea@facenemossoro.com.br>

Oi Allany boa tarde,

O período que precisamos são dos últimos 05 anos.
Enquanto a escolaridade e renda tudo certo.
Agradeço a disponibilidade.

Abraço,

Verusa

Em 9 de novembro de 2012 14:36, nupea facenern <nupea@facenemossoro.com.br> escreveu:

----- Mensagem encaminhada -----

De: **allanymedeiros** <allanymedeiros@bol.com.br>

Data: 8 de novembro de 2012 22:39

Assunto: Fwd: Dados de Hanseníase

Para: nupea@facenemossoro.com.br

Ola Verusa, recebi a solicitação, porem faltou saber qual o periodo(ano) que vcs irao avaliar? E com relação a renda e escolaridade, nao sao requisitos obrigatorios no preenchimento das fichas de notificação, dessa forma nem sempre temos essa informação no sistema, entao nao temos como repassar esses indicadores, apenas os demais, ok?
Allany

Mensagem original

De: nupea facenern <nupea@facenemossoro.com.br>

Para: allanymedeiros <allanymedeiros@bol.com.br>

Assunto: Dados de Hanseníase

Enviada:08/11/2012 18:12

Oi Allany, segue os dados que a professora quer sobre hanseníase:

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Verusa Fernandes** <verusafd@facenemossoro.com.br>

Data: 7 de novembro de 2012 20:48

Assunto: Dados de Hanseníase

Para: nupea facenern <nupea@facenemossoro.com.br>

Caríssima coordenadora

Solicitamos do município enquanto dados epidemiológicos sobre a Hanseníase:

Sexo;Idade;Escolaridade;Renda;Classificação Operacional; Forma Clínica e modo de detecção e o grau de incapacidade.

Coordiamente

--

Verusa Fernandes Duarte
Enfermeira da Saúde da Família de Mossoró-RN
Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN
<http://lattes.cnpq.br/3417480447045159>

--

Att,

Dr.(a). Michelline do vale Maciel
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA)
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - RN

--

Att,

Dr.(a). Michelline do vale Maciel
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA)
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - RN

--

Verusa Fernandes Duarte
Enfermeira da Saúde da Família de Mossoró-RN
Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN
<http://lattes.cnpq.br/3417480447045159>

--
Att,

Dr.(a). Michelline do vale Maciel
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA)
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - RN

--
Att,

Dr.(a). Michelline do vale Maciel
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA)
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - RN

--
Verusa Fernandes Duarte
Enfermeira da Saúde da Família de Mossoró-RN
Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN
<http://lattes.cnpq.br/3417480447045159>

--
Verusa Fernandes Duarte
Enfermeira da Saúde da Família de Mossoró-RN
Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN
<http://lattes.cnpq.br/3417480447045159>

Frequência de hanseníase por ano de diagnóstico, segundo modo de entrada, Mossoró – 2009 a 2011

| Modo de entrada | 2009 | 2010 | 2011 | TOTAL |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Caso novo | 94 | 91 | 89 | 274 |
| Transferência do mesmo município | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Transferência de outro município (mesma UF) | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Transferência de outro estado | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Recidiva | 7 | 6 | 9 | 22 |
| Outros registros | 2 | 4 | 2 | 8 |
| TOTAL | 106 | 103 | 101 | 310 |

Fonte: VISA Mossoró/GES



Frequência de hanseníase por faixa etária, segundo classificação, Mossoró – 2009 a 2011

| Classificação | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | 90-99 | TOTAL |
|---------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|-------|------------|
| PAUCIBACILAR | 2 | 8 | 6 | 45 | 53 | 33 | 5 | 0 | 152 | | 152 |
| MULTIBACILAR | 3 | 0 | 6 | 22 | 44 | 50 | 30 | 3 | 158 | | 158 |
| TOTAL | 5 | 8 | 12 | 67 | 97 | 83 | 35 | 3 | 310 | | 310 |

Fonte: VISA Mossoró/GES



Frequência de hanseníase por forma clínica, segundo ano de notificação, Mossoró – 2009 a 2011

| Forma clínica | 2009 | 2010 | 2011 | TOTAL |
|---------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Paucibacilar | 7 | 24 | 25 | 31 |
| Multibacilar | 3 | 17 | 33 | 32 |
| TOTAL | 10 | 41 | 58 | 109 |

Fonte: VISA Mossoró/GES



Frequência de hanseníase por classificação, segundo modo de entrada, Mossoró – 2009 a 2011

| Classificação | Paucibacilar | Multibacilar | TOTAL |
|---|--------------|--------------|------------|
| Caso novo | 146 | 128 | 274 |
| Transferência do mesmo município | 0 | 3 | 3 |
| Transferência de outro município (mesma UF) | 1 | 1 | 2 |
| Transferência de outro estado | 0 | 1 | 1 |
| Recidiva | 1 | 21 | 22 |
| Outros registros | 4 | 4 | 8 |
| TOTAL | 152 | 158 | 310 |

Fonte: VISA Mossoró/GES



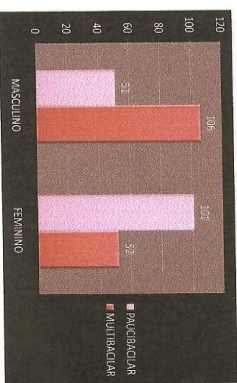
Frequência de hanseníase por ano, segundo avaliação de incapacidade, Mossoró – 2009 a 2011

| Ano | Paucibacilar | Multibacilar | TOTAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|
| 2009 | 2 | 56 | 36 |
| 2010 | 0 | 67 | 24 |
| 2011 | 10 | 64 | 17 |
| TOTAL | 12 | 187 | 77 |

Fonte: VISA Mossoró/GES



Frequência de hanseníase por sexo, segundo classificação, Mossoró – 2009 a 2011



Fonte: VISA Mossoró/GES

