

# FATORES QUE INTERFEREM NAS AÇÕES E CONTROLE DA HANSENÍASE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS NO RIO GRANDE DO NORTE

ANA ALICE DANTAS ARBOÉS;  
CLÉA MARIA DA COSTA MORENO;  
LENÍCIA MARIA DE ALENCAR;  
FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA;  
CLÉLIA ALBINO SIMPSON.  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-Natal/RN-Brasil  
[cleliasimpson@pop.com.br](mailto:cleliasimpson@pop.com.br)

## INTRODUÇÃO:

A Hanseníase é uma doença milenar, que ainda figura como um problema de saúde pública no mundo, principalmente nos países considerados em desenvolvimento. Dentre estes, o Brasil é um dos que ainda apresenta áreas de grande endemicidade, como as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do país.

A principal característica da doença é o comprometimento dos nervos periféricos, o que resulta em um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades, as quais podem acarretar sérios problemas, tais como: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença. A predileção do bacilo pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a essa doença, tornando seu diagnóstico simples, na maioria dos casos, podendo ser feito com base apenas no exame clínico (BRASIL, 2002).

O Brasil através do Ministério da Saúde assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, o qual não foi efetivado, sendo reconsiderado como meta para 2010. Para alcançar essa meta, uma das principais estratégias utilizadas pelo Governo Brasileiro foi a ampla descentralização do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) para os municípios, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005).

No Rio Grande do Norte, o PCH passou por uma reestruturação a partir de 1996, quando o banco de dados foi informatizado e teve suas informações confrontadas com os dados das unidades de saúde municipais e das regionais de saúde. Em 1997, o Estado passou a receber apoio da ONG Inglesa “The Leprosy Relief Association – LRA” o que possibilitou a realização de cursos anuais de capacitação para os municípios, iniciando-se efetivamente o processo de descentralização do PCH (NOBRE, 2004).

É importante ressaltar que para as ações do PCH terem sucesso, o caminho é integrar as ações em toda a rede do SUS. Estudos realizados (MUNHOZ Jr.; et al, 1997) nos Estados do Maranhão e Mato Grosso fizeram avaliação da descentralização do programa e concluíram que houve uma melhoria quantitativa e qualitativa nos serviços de saúde com o avançar desse processo.

## OBJETIVO:

Este estudo tem como objetivo identificar os fatores que estão interferindo nas ações do Programa de Controle da Hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte sob a perspectiva dos usuários.

## METODOLOGIA:

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa operacional, ou Investigação em Sistemas de Saúde (ISS), de caráter descritivo quantitativo. A Investigação em Sistemas de Saúde (ISS)

tem provado ser uma ferramenta extremamente útil para gestores de saúde em todos os níveis do sistema ao longo dos últimos 15 a 20 anos ao disponibilizar os dados necessários para a tomada de decisões.

O critério de inclusão dos municípios selecionados foi os municípios com maior taxa de detecção nos últimos três anos. Enfatizamos que para esse estudo dentre os municípios que apresentaram o mesmo índice de detecção nos últimos três anos, foram selecionados os de menor número de habitantes, o que significa maior detecção. Fizeram parte da amostra os seguintes municípios: Região Metropolitana: Natal; 1ª Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP): Nova Cruz; 2ª URSAP: Mossoró; 3ª URSAP: Macau; 4ª URSAP: Caicó; 5ª URSAP: Lajes Pintadas; 6ª URSAP: Pau dos Ferros.

A população de estudo compõe-se de sessenta e um (61) usuários dos municípios selecionados que estavam em registro ativo no ano de 2006. Esses foram identificados com base no banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado do Rio Grande do Norte.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2006 nos seguintes locais: ambulatório do Hospital de Referência Giselda Trigueiro, em Natal; ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal; ambulatório do Hospital Municipal Monsenhor Pedro Moura, em Nova Cruz; Centro de Saúde de Macau; ambulatório do Hospital Rafael Fernandes; PAM Bom Jardim, Unidade de Saúde de Santo Antônio; em Mossoró, Centro Clínico Dr. Gerson Feitosa; PSF Itans; PSF Paulo VI; UBS Paraíba; PSF Boa Passagem, em Caicó.

O estudo seguiu os parâmetros da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual direciona os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. Foi apreciado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sendo aprovado através do Protocolo nº023/06. A análise de dados do estudo foi realizada a partir do software MICROSOFT OFFICE Excel, onde os dados foram consolidados e analisados.

## **RESULTADOS:**

Dos 61 usuários entrevistados 6,55% são do Centro de Saúde de Macau; 11,47% do Hospital Pedro Moura - Nova Cruz; 32,78% do Hospital Giselda Trigueiro; 4,9% do HUOL, em Natal; 8,19% de Caicó; 40,98% do centro de saúde Chico Costa; 11,4% do Hospital Rafael Fernandes; e 16,39% do Centro Clínico Professor Vingt-Un Rosado em Mossoró.

Vale ressaltar que nos municípios de Lajes Pintada e Pau dos Ferros no momento em que foi realizada a pesquisa não havia casos em registro ativo. A média de idade é de 45-48 anos, apresentando-se com a mínima de 19 e a máxima de 99 anos. Quanto ao sexo, 37,71% são do sexo masculino e 62,29% do sexo feminino.

Com relação à ocupação 81,98% estão trabalhando e 18,03% estão desempregados. Dentre esses 24,59% são do lar; 13,33% aposentados; 6,55% agricultores; 3,27% pensionistas; 3,27% professores; 3,27% gari; 3,27% servente de pedreiro; 3,27% cabeleireiros; 3,27% operadores de máquina; 16,3% outros.

Em relação à renda familiar 11,8% recebem menos que um salário mínimo; 70,6% recebem de 1 a menos de 4 salários mínimos; 5,9% recebem 4 a menos de 8 salários mínimos e 11,8% recebem entre oito a menos de 12 salários mínimos.

Com relação aos dados da doença foi contemplado o tempo de diagnóstico, tratamento com poliquimioterapia (PQT), prevenção de incapacidades, reações hansênicas e a presença da doença em familiares. Sobre o tempo de diagnóstico da doença 82,4% descobriram há mais de um mês e 17,6% foram diagnosticados há menos de um mês.

Com relação ao tratamento com a poliquimioterapia 88,2% fazem uso regularmente e 11,8% concluiu regularmente. Quanto à incapacidade instalada 88,2% não apresentam e 11,8% apresentam. No item sobre reações apresentadas 58,8% apresentaram reações hansênicas e 41,2% não apresentaram reações hansênicas. Ao indagarmos sobre a doença

em outro membro da família 88,2% informaram não haver casos e 11,8% confirmaram a patologia na família.

Além da caracterização da clientela e dados sobre a doença, foram contempladas áreas que evidenciaram a opinião dos usuários sobre a assistência recebida. Na área de comportamento de busca em saúde foram abordadas as procuras do serviço, relação entre o tempo de identificação do problema e o atendimento recebido. Ao questionarmos sobre a procura de outro serviço de saúde antes do atual para cuidar da hanseníase 88,2% informaram não ter procurado outro serviço e somente 11,8% procuraram outra assistência a saúde.

A procura pelo serviço de saúde por demanda espontânea foi de 52,9% e por encaminhamento 47,1%. Vale ressaltar que o encaminhamento de referência ocorre principalmente no Hospital Giselda Trigueiro e no HUOL.

Quando questionamos sobre os motivos de terem procurado espontaneamente os serviços de saúde as motivações relatadas tiveram a mesma percentagem (14,3%) e foram: aparecimento de nódulos e dor nos membros, comunicante e sintomas após a BCG, presença de manchas no rosto, orientação pelo filho, recebimento de panfletos sobre a doença, surgimento de manchas nas costas e aparecimento de uma mancha dormente.

No item unidade mais próxima da sua residência, 52,9% confirmam a existência de unidade de saúde e 47,1% desconhecem a existência de unidade. Quanto ao fator tempo de percepção da doença ou confirmação do diagnóstico em anos por profissionais de saúde encontramos o seguinte resultado: 28,6% não confirmaram o tempo; para os outros (1, 2, 3, 7 e 15 anos), a percentagem foi a mesma: 14,3%. No fator tempo de percepção da doença em meses e o atendimento na unidade de saúde para confirmação do diagnóstico: 25,0% referiram o tempo de 4 meses; o restante dividiu-se igualmente, com 12,5% para os outros (2, 4, 6, 7, 8 e 15 meses).

No que diz respeito a perceber o problema e ser atendido pela primeira vez em alguma unidade em dias: 33,3% referem que receberam atendimento em 7 dias; 16,7% para cada uma das outras opções em dias: 1, 3 e 15. E 16,7% não marcou o número de dias. Em meses: 16,7% em 1 mês, 33,3% em 2 meses, 33,3% em 6 meses e 16,7% em 7 meses.

Quanto ao tempo que demorou entre perceber a doença e ser atendido nessa unidade. Em dias: 37,5% não fizeram registro numérico desse tempo; 1 (12,5%); 4 (12,5%); 7 (12,5%); 14 (12,5%) e 15 (12,5%). Em meses: 1 (40,0%); 6 (20,0%); 7 (20,0%) e 14 (20,0%). Em anos: 3 (33,3%); 2 (33,3%) e 33,3% não fizeram o registro em números.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) “o Programa de Controle da Hanseníase é operacionalizado através da implantação das atividades de controle da doença em todas as unidades de saúde da rede básica do SUS, para que toda a população tenha acesso a essas atividades. A atenção integral ao paciente de hanseníase é garantida através de uma hierarquização de serviços: atenção básica (unidades básicas de saúde), atenção secundária e atenção terciária (unidades especializadas e hospitais gerais)”.

Em relação à educação em saúde dos usuários participantes dessa pesquisa: 62,5% ouviram falar sobre a doença antes de seu diagnóstico e 37,5% não ouviram falar antes.

Dos usuários que ouviram falar sobre a doença antes do seu diagnóstico: 27,3% ouviram falar pela TV; e a mesma percentagem para as outras opções (9,1%): por cartazes, rádio e TV; com a população; na mídia e cartazes no posto; no diagnóstico do filho; no posto de saúde; no posto de saúde, cartaz e panfletos; TV e cartazes.

Com esses dados nos remetemos às orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) que nos afirma: “a educação em saúde, entendida como uma prática transformadora deve ser inerente a todas as ações de controle da hanseníase, desenvolvidas pelas equipes de saúde e usuários, incluindo familiares nas relações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população”.

A acessibilidade do ponto de vista organizacional e geográfica foi parcialmente contemplada através do conhecimento dos usuários sobre a existência de unidades de saúde próxima à residência com 52,9%, assim como daqueles que desconheciam, com 47,1%.

Tecnicamente, este dado por si revela que a população desconhece a existência dos serviços de saúde em sua comunidade de pertencimento.

Em relação à informação aos pacientes foram contemplados os aspectos de origem da informação recebida, conhecimentos sobre reações hansênicas e sugestões.

A respeito das informações recebidas dos profissionais de saúde depois do diagnóstico da doença, 76,5% informaram que receberam informações sobre a transmissão e 23,5% que não receberam essa informação. Sobre reações hansênicas, 82,4% receberam orientações e 17,6% informam não ter recebido.

Sobre o tratamento, 88,2% tiveram informações e 11,8% não obtiveram. Sobre o autocuidado, 70,6% receberam orientações e 29,4% não receberam. Todos (100,0%) receberam informações sobre os exames dos comunicantes.

Sobre as relações familiares, profissionais e comunidade, 76,5% receberam orientações e 23,5% não receberam. Sobre a existência do potencial de incapacidades físicas, 70,6% receberam informações e 29,4% não. Dos entrevistados 94,1% foram informados da possibilidade de reações dos medicamentos e 5,9% não. Quanto ao tempo de tratamento, 94,1% foram informados e 5,9% não receberam informações. Sobre o significado da cura da doença, 82,4% receberam informações e 17,6% não.

No item informações fornecidas aos pacientes e seus familiares, os entrevistados acharam: boas (13,3%); suficientes (3,3%); satisfatórias (13,3%); ótimas (13,3%); excelentes (6,7%); fracas (6,7%); não tiveram informações sobre formas da doença, sinais e sintomas (6,7%); não obtiveram informações a respeito da transmissão da doença (6,17%).

Em relação às reações hansênicas: 23,1% não receberam informações e 76,9% receberam orientações sobre as mesmas. Estes obtiveram essas informações: 55,6% pelo médico; 22,2% pela enfermeira; 11,1% através de informativo pela internet; 11,1% pela equipe multidisciplinar.

Em relação a exame de contatos, foi abordado orientação de familiares e estratégias utilizadas na busca dos contatos. Na questão dos exames dos familiares, 58,8% foram examinadas e 41,7% informaram que não foram examinados. Quanto à orientação dos familiares a procurar a unidade de saúde com encaminhamento, 82,4% confirmam que foram orientados e 17,6% que não.

A respeito da visita domiciliar da equipe para examinar familiares, 88,2% informaram que não existe e 11,8% afirmaram que existe. Sobre a opinião do usuário em relação ao tratamento dos portadores de hanseníase comparando aos outros pacientes, 58,8% afirmaram que não há diferença, enquanto que 29,4% afirmaram que sim, e 11,8% não souberam informar.

Foram abordadas diferenças no atendimento, atendimento realizado pelo mesmo profissional, confiança no atendimento e opinião sobre a capacitação dos profissionais.

Ao ser interrogado se foi atendido sempre pelo mesmo profissional, 52,9% afirmaram que sim, 41,2% responderam que não e 5,9% não sabe. Quanto à segurança sentida pelos usuários entrevistados para com a equipe de saúde que os atendem, 81,3% confiam no conhecimento do profissional sobre hanseníase e 18,8% não acreditam.

Quando questionados sobre a necessidade de treinamento adicional aos profissionais de saúde, 64,7% acham que não há necessidade, 29,4% afirmam que sim e 5,9% não souberam informar se necessitam. Dos que afirmaram sim, 100% afirmaram para haver treinamento com a finalidade de se capacitar para orientar os pacientes sobre a doença.

Quando questionados quanto ao porquê desses treinamentos, os entrevistados responderam: 25% para divulgar mais a doença; 25% para melhorar conhecimentos e desempenho nas ações de saúde; 25% porque não passam por tratamento adequado; e 25% porque procuram outros profissionais na busca de obter informações.

Com relação à postura das equipes, os sujeitos relataram que há diferença entre o atendimento de hanseníase se comparado com outras doenças, uma vez que os profissionais de saúde além de terem uma maior frequência nos atendimentos, informam sobre o tratamento

e os medicamentos. A maioria dos usuários afirma ser atendido pela equipe multiprofissional. Essa organização demonstra a importância da participação e integração dos membros da equipe em relação à efetivação das ações dos programas.

A seguir foi contemplada a área de tratamento através dos aspectos da existência de medicamentos, crença na cura da Hanseníase e adesão ao tratamento.

Quanto à disponibilidade do remédio para o tratamento na sua unidade, em relação a PQT: 81,3% afirmam que sim e 18,8% negaram essa disponibilidade. Sobre a prednisona: 66,7% confirmam disponibilidade e 33,3% afirmam não ter disponibilidade.

Sobre a talidomida: 56,3% tem disponível na unidade de tratamento e 43,8% não dispõe dessa medicação na sua unidade de treinamento.

Quanto a não disponibilidade: 66,7% informam ter ficado sem a medicação por 7 dias e 33,3% por 14 dias. Todos (100%) não procuraram lugar nenhum, ficaram aguardando resolução.

No item credibilidade sobre a cura da doença tomando os medicamentos : 82,4% acreditam que sim e 17,6% não acreditam na cura, justificando a negativa devido à manifestação das reações (33,3%) ou que não acham que reações e incapacidades possam ser curadas (33,3%) ou ainda, por que a doença é lenta para aparecer e para sumir (33,3%).

Aos que acreditam na cura, estes foram interrogados se fazem uso de algum medicamento: 60,6% afirmam que fazem uso; 26,7% informaram que não usam e 13,3% não sabem.

Quando questionamos os usuários se algum deles pensou em parar de tomar os medicamentos: 76,5% responderam que não e 23,5% confirmaram que sim; os que afirmaram que sim, justificaram: 50% por que sentiu mal estar e 50% sentiu dor no estômago.

A razão que justifica para ter parado o remédio foi: 33,3% não agüentava ver os remédios; 33,3% sentia dor no estômago; e 33,3% sentiu tremores e dor de cabeça.

Quanto ao retorno do tratamento: 50% voltaram e 50% não retornaram. Dos que retornaram: por que sentiram medo de complicações e tiveram visita de agente comunitário de saúde 3 vezes (50,0%) ou porque queriam melhorar (50%). Todos (100%) retornaram para o mesmo centro de saúde.

No que se refere à PQT, o estudo demonstra que há número suficiente, enquanto que, quanto às drogas anti-reacionais há mudança, pois a ausência do medicamento em unidades de saúde é freqüente. Essa realidade vai de encontro ao que nos informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.30) que afirma: “o tratamento integral de caso de hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico, seu acompanhamento com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas”.

Na área de prevenção de incapacidades foi contemplado apenas o aspecto de orientação de como prevenir incapacidades. Sobre o recebimento de orientações como prevenir incapacidades: 76,9% afirmam que receberam e 23,1% responderam que não.

A última área contemplada no instrumento refere-se ao estigma, o qual foi identificado através de atitudes dos usuários referentes a contar às pessoas sobre sua doença, a influência desta na vida diária e percepção de discriminação das pessoas. Quando questionados se contaram a alguém sobre a doença: 88,2% afirmam que sim e 11,8% afirmam que não contaram.

Quanto à influência da doença na vida diária: 58,8% disseram que existe e 41,2% informaram que não há. Ao responder a respeito da forma como a vida diária foi influenciada: 22,2% afirmaram que deixaram de realizar atividades do lar; 11,1% que se afastaram do trabalho e não conseguiram se aposentar; 11,1% deixaram de trabalhar; 11,1% ficaram desanimados, mas com esperança; 11,1% não agüentaram trabalhar; 11,1% afirmaram que interferiu no lazer (sol e bebida alcoólica); 1,1% que interferiu no trabalho; e 11,1% afirmam que interferiu pelo preconceito com manchas e medo de pegar a doença.

No item: notou diferença sobre o tratamento por seus amigos quando passaram a saber do seu diagnóstico: 11,8% observaram diferença e 88,2% não sentiram diferença de tratamento. Quanto aos familiares: 82,4% não perceberam diferença. Porém, 17,6% sentiram mudança no tratamento de seus familiares. Quanto aos colegas de trabalho: 94,1% não notaram diferença e 5,9% sentiram diferença. Aos que confirmaram essa mudança de tratamento: 33,3% evitar ficar junto, separar utensílios, cômodo da casa separado; 33,3% medo de contaminação; 33,3% questionamentos sobre cor da pele e por que está feia.

Quando questionamos a respeito da discriminação sentida: 93,8% afirmam que não sentem e 6,3% responderam que sentem. Desses, no transporte coletivo e olhares das pessoas (100%).

Goffman (1998) afirma que o estigma é caracterizado pela sociedade, por atributos considerados incomuns e a-naturais, observados e evidenciados nas múltiplas interações psicossociais. Estas características podem ser “distintas e evidentes” e/ou “não percebíveis”, permitindo aos indivíduos a construção da sua “identidade social”. Noutras palavras, o estigma poder ser entendido como um desvio do padrão de comportamento social.

Queiroz e Puntel (1997) afirmam que a mudança do termo “lepra” para “hanseníase”, por ocasião da reconstrução do Ministério da Saúde, em meados de 1974, tem contribuído para diminuir o preconceito e o estigma que envolve a doença, embora que parcial, que, por si só, tem um alcance limitado e que deve ser acompanhada por campanhas educativas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Após o desenvolvimento dessa pesquisa concluímos que o objetivo proposto foi alcançado ao identificarmos os fatores que interferem no Programa de Controle da Hanseníase sob a perspectiva dos usuários do Estado do Rio Grande do Norte e que constituem pontos críticos dificultando a efetivação da descentralização do PCH, como a dificuldade de acessibilidade às unidades de saúde com resolutividade, o diagnóstico da doença tardio, a dificuldade de referência e contra-referência com esclarecimento sobre a situação da doença do usuário, falta de hansenostáticos nos municípios e medicações anti-reacionais, deficiência nas orientações dos profissionais de saúde aos usuários e familiares sobre as ações do PCH, dificuldade para informações quanto ao atendimento na recepção geral das unidades de saúde, atendimento no serviço por um único profissional durante o tratamento, profissionais sem domínio de conhecimento sobre as ações do PCH, mudanças na vida diária do usuário, falta de orientações/informações sobre as reações hansênicas.

A partir dessa identificação o Estado do Rio Grande do Norte poderá fomentar estratégias e políticas de atuação no sentido de garantir o alcance de ações integrais com qualidade na rede do SUS e a eliminação da Hanseníase.

**PALAVRAS-CHAVES:** hanseníase; programa de controle; eliminação; enfermagem.

## REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 178p. 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – 1ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **IV Carta de eliminação da hanseníase** – Rio Grande do Norte, 2005.
- GOFFMANN, E. **Estigma**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- MUNHOZ, JR. S.; FONTES, C.J.F.; MEIRELLES, S.M.P. Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase em Municípios Mato-Grossenses. **Revista Saúde Pública**, 1997; 31: 282-287.
- NOBRE, M.I. Projeto de pesquisa dos indicadores operacionais e epidemiológicos das ações de controle da hanseníase no estado do Rio Grande do Norte. **UNESCO**. Natal, 2004.

QUEIROZ, M.S.; PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

CLÉLIA ALBINO SIMPSON:

Endereço: Rua Girassol, nº 200, casa 41,  
Residencial Viver, Jardim Planalto, Parnamirim-RN.

CEP: 59.150.000.

Telefone: (84) 9925-5734.

E-mail: [cleliasimpson@pop.com.br](mailto:cleliasimpson@pop.com.br)

ANA ALICE DANTAS ARBOÉS:

E-mail: [alicea00@hotmail.com](mailto:alicea00@hotmail.com)

CLÉA MARIA DA COSTA MORENO:

E-mail: [cleamoreno@hotmail.com](mailto:cleamoreno@hotmail.com)

LENÍGIA MARIA DE ALENCAR:

E-mail: [lenigia@uol.com.br](mailto:lenigia@uol.com.br)

FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA:

[farnoldo@gmail.com](mailto:farnoldo@gmail.com)