

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
DE MOSSORÓ – FACENE/RN

LIVIA MARIA CARRASCOSA DOS SANTOS CALDONHO

**Assistência de enfermagem na Hanseníase: rompendo estigmas e
colaborando com a reinserção social.**



MOSSORÓ/RN
2010

LIVIA MARIA CARRASCOSA DOS SANTOS CALDONHO

Assistência de enfermagem na Hanseníase: rompendo estigmas e colaborando com a reinserção social.

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

MOSSORÓ/RN
2010

C149h Caldonho, Livia Maria C. dos Santos.

Hanseníase: como a assistência de enfermagem pode colaborar com a quebra de estigma e preconceito – inserção social / Livia Maria Carrascosa dos Santos Caldonho. – Mossoró, 2010.

70f. il.

Orientador: Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

LÍVIA MARIA CARRASCOSA DOS SANTOS CALDONHO

Assistência de enfermagem na Hanseníase: rompendo estigmas e colaborando com a reinserção social.

Monografia apresentada pela aluna Lívia Maria Carrascosa dos Santos Caldonho, da Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
Orientadora

Prof. Ms. Francisca Patrícia Barreto de Carvalho (FACENE/RN)
Membro

Prof. Ms. Patrícia Josefa Fernandes Beserra (FACENE/RN)
Membro

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo responsável por neurites, já que tem afinidade pelos nervos periféricos e pele. A doença é transmitida pelas vias aéreas superiores e pele, se não tratada em tempo hábil o paciente pode apresentar incapacidades e até mutilações de membros. Trata-se de uma patologia de cunho socioeconômico e cultural, marcada pelo estigma, preconceito, discriminação e exclusão social. Sua repercussão alcança não somente o corpo físico, mas também o psíquico, já que as deformidades e incapacidades físicas geradas em decorrência do processo de adoecimento condenam o paciente ao isolamento. Isolamento este motivado pela falta de esclarecimento de uma sociedade individualista que vê na deformidade dos pacientes o medo de contrair a hanseníase. Este estudo se trata de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde Chico Costa, Ildone Cavalcante, Siarinha Borges, Joaquim Saldanha, José Fernandes e Chico Porto, localizadas no município de Mossoró - RN, tendo como objetivos: analisar a assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase para romper estigmas e colaborar com a reinserção social; caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados; analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre hanseníase; identificar, na opinião dos enfermeiros entrevistados, as ações educativas na reabilitação e na reinserção social dos portadores; identificar, na opinião dos enfermeiros entrevistados, as dificuldades para implantação do Plano de Assistência da Enfermagem na hanseníase. A amostra foi composta por seis enfermeiros(as) e para coleta de dados utilizou-se um formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, realizado no mês de outubro e organizado em quadros, tabelas e gráficos. Dos resultados obtidos com relação à caracterização da amostra, verificamos que dos seis entrevistados, três são do sexo feminino (50%) e três (50%) do sexo masculino, 100% possuem mais de 02 anos de formados. Com relação aos objetivos do estudo, ficou comprovado que 83% dos profissionais possuem conhecimento sobre o processo fisiopatológico da doença, mostrando-se suficiente e satisfatório, para se desenvolver estratégias que possibilitem a reinserção social dos pacientes hanseníacos. Ressaltamos que a palavra-chave para a reinserção dos pacientes na sociedade é a educação em saúde, proposta que deve ser acompanhada de uma reflexão quanto às necessidades sociais dos grupos, configurando-se como peça fundamental para a conscientização e aconselhamento.

Palavras-chave: Hanseníase, Estigma, Preconceito, Educação em Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

Leprosy is a contagious infection disease, caused by *Mycobacterium leprae*, this bacillus gets connections with nerves in the skin to make the person sick. The disease is transmitted by the air you breathe which comes with the bacillus and by skin contact. If it is not treated in time the patient can have some weaknesses and also mutilations. It is a socio-economic and cultural pathology since it is a disease full of pre-concepts, discrimination and it causes social exclusion to the patients. It affects not only the body of the patient but also his or her emotions, since the deformities caused by this disease sentence him or her to isolation, it happens because of the lack of information society has about it and then it makes people think they will get leprosy from the patient just because of the deformities. This is an exploratory and descriptive research, quantitative and it was made at the Unidade Básica de Saúde: Chico Costa, Ildone Cavalcante, Siarinha Borges, Joaquim Saldanha, Jose Fernandes e Chico Porto. They are located in the city of Mossoró-RN, and this research aims to analyze the help from the nurses to the patients with leprosy so that the pre-concepts about the disease can be minimized and help about reintegrating the patients to a social life, analyze the knowledge the nurses have about leprosy, identify the educational actions which can be done according to their interviews to reintegrate them, identify, according to the nurses' opinions, the difficulties about having a program to help the patient with leprosy. To collect data, six nurses were interviewed the interview was done through a semi-structured form with semi open and close questions. The process was made during October and it was organized in tables and graphics. From the six nurses we interviewed 3 are female and 3 are male, all the six ones had finished college over two years. 83% of them know about the disease which is enough and satisfying to the study so that some strategies to help the patients to be reintegrated to the social life. It is necessary to highlight the fact of reintegrating these patients to the society with education and health and all these actions should be followed by a self-reflection about the social necessities of the groups and set as a primordial practice to make those who are involved aware about the problem and to advice.

Key words: Leprosy, Stigma, Pre-concept, Education in health, Nursing.

Dedico

Aos meus pais, José Vivaldo e Eugênice Carrascosa, pelo amor e carinho de uma vida.

Ao meu amado marido, Sergio Ricardo, pelo apoio, compreensão, sabedoria e muito amor.

Ao pequenino Davi, meu filho querido e razão maior de viver, a certeza de que os breves momentos dedicados a esta monografia contribuirão para os muitos momentos que ainda teremos juntos.

E a todos que de alguma forma, fizeram e/ou fazem parte da minha vida.

AGRADEÇO

Quando as cortinas se abrem e o espetáculo começa, poucas pessoas imaginam o trabalho que deu para tudo ficar pronto a tempo da apresentação. Do projeto à execução, muitas pessoas estiveram envolvidas de maneira direta ou indireta, mas todas tiveram a sua importância. E que importância! Sem elas, com certeza, o espetáculo não seria o mesmo e eu, também, não seria a mesma. Por isso, hoje agradeço.

Ao criador por ter permitido que essa graça fosse alcançada. Obrigada, Senhor! Sem sua permissão eu não teria conseguido.

Aos guias espirituais, que me ajudaram em todos os momentos, orientando e afirmando que a caminhada seria árdua, porém não impossível.

Digo, também, obrigada aos meus pais, que apostaram que eu seria vencedora na larga estrada da vida, agradeço em especial a minha irmã Joselice Carrascosa.

Lice, obrigada pelas palavras acolhedoras e por me dar esperanças, forças e amor quando eu mais precisei, sem você, nada disso seria possível.

Não poderia deixar de agradecer ao meu amado esposo Sergio, amigo, companheiro e escudeiro fiel que o senhor reservou para mim, com quem dividi minhas angústias e momentos de desânimos, obrigado por compreender minha ausência e inseguranças e por fazer parte de minha vida, você me completa e me faz mais feliz.

Esta conquista não é somente minha, mas nossa.

As minhas eternas amigas Lorena Chianca e Amanda Moraes, que levo em meu coração aonde quer que eu vá. Lorena, nesses quatro anos você foi minha companheira, incentivadora e amiga, quando mais precisei de alguém, você foi mais que amiga, foi uma irmã. Amanda, você é muito especial, sem sua ternura, meiguice e apoio tudo seria mais difícil, com você “tá tudo certo”.

Às duas, dedico esta frase “amigo é coisa pra se guarda em baixo de sete chaves, dentro do coração, assim falava a canção”.

A Construtora Elos, em especial a Gilberto da Costa, pela credibilidade, confiança, respeito, consideração e disponibilidade em entender o problema, resolver e participar na execução desse grande projeto, obrigada por me ajudar a realizar meu sonho. Espero retribuir de alguma forma.

A minha orientadora Karla Simões Cartaxo Pedrosa, pela paciência, sabedoria e dedicação, meu muito obrigado de coração.

A todos os docentes, pelo ensinamento.

À FACENE, pelo acolhimento que me deu.

“Acredite, é hora de vencer
Essa força vem
De dentro de você
Você pode
Até tocar o céu se crer...
Acredite que nenhum de nós
Já nasceu com jeito
Pra super-herói
Nossos sonhos
A gente é quem constrói..
É vencendo os limites
Escalando as fortalezas
Conquistando o impossível
Pela fé...
Campeão, vencedor
Deus dá asas, faz teu voo
Campeão, vencedor
Essa fé que te faz imbatível
Te mostra o teu valor...
Acredite que nenhum de nós
Já nasceu com jeito
Pra super-herói
Nossos sonhos
A gente é quem constrói..
É vencendo os limites
Escalando as fortalezas
Conquistando o impossível
Pela fé...
Essa fé que te faz imbatível
Te mostra o teu valor...
Tantos recordes
Você pode quebrar
As barreiras
Você pode ultrapassar
E vencer...
Campeão, vencedor
Deus dá asas, faz teu voo
Campeão, vencedor
Essa fé que te faz imbatível
Te mostra o teu valor” (JAMILY)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 - Distribuição dos enfermeiros(as) conforme Unidade Básica de Saúde.	44
Gráfico 5.2 - Resposta dos enfermeiros(as) conforme conhecimento do processo fisiopatológico da Hanseníase.	45
Gráfico 5.3 - Distribuição dos pacientes em tratamento por equipes nas UBS.	46
Gráfico 5.4 - Resposta dos enfermeiros com relação à existência de dificuldades para implantação do Plano de Assistência de Enfermagem.	48
Gráfico 5.5 - Resposta dos enfermeiros a respeito do preconceito da sociedade com relação aos pacientes hansênicos.	50
Gráfico 5.6 - Resposta dos enfermeiros a respeito da realização de ações educativas.	52
Gráfico 5.7 - Resposta dos enfermeiros a respeito da aceitabilidade da população para com os pacientes hansênicos	54
Gráfico 5.8 - Resposta dos enfermeiros com relação a existir pacientes afastados pelo INSS	55

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Distribuição dos profissionais de acordo com o sexo, escolaridade e tempo de formação, Mossoró-RN 43
- Quadro 2** - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS), Mossoró-RN 45
- Quadro 3** - Distribuição das respostas quanto ao seguinte questionamento: se existe ou existiu paciente que abandonou o trabalho e/ou estudo em decorrência da discriminação 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição de como é feito o Plano de Assistência de Enfermagem.	47
Tabela 2 Descrição dificuldades para implantação do plano de assistência de enfermagem	50
Tabela 3 Descrição de como é realizada as ações educativas em saúde	53
Tabela 4 Descrição das ações propostas pela enfermagem para reabilitação do convívio em sociedade (reinserção social) dos pacientes com hanseníase.	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- a.C.- Antes de Cristo
- AC - Ausculta Cardíaca
- BAAR - Bacilo Álcool Resistente
- BCG - Bacilo de Calmette-Guérin
- CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
- CFZ - Clofazimina
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CNS/MS - Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
- DDS - Dapsona
- ENH - Eritema Nodoso da Hanseníase
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- FR - Frequência Respiratória
- HD - Hanseníase Virchowiana
- HI - Hanseníase Indeterminada
- HT - Hanseníase Tuberculóide
- IB - Índice Baciloscópio
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- M. LEPRAE - Mycobacterium leprae
- MB - Multibacilar
- MH - Mal de Hansen
- MORHAN - Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PB - Paucibacilar
- PQT/OMS - Poliquimioterapia
- RFM - Rifampicina
- RR - Reação reversa
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 HISTÓRICO DA HANSENÍASE	20
3.1.1 As primeiras referências sobre a doença	20
3.1.2 Hanseníase no Brasil	23
3.1.3 Hanseníase e o estigma	25
3.2 HANSENÍASE	28
3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	28
3.4 CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DO CASO DE HANSENÍASE.....	29
3.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	29
3.6 PESQUISA DE SENSIBILIDADE.....	30
3.7 BACILOSCOPIA	31
3.8 BIÓPSIA.....	31
3.9 FORMAS CLÍNICAS	31
3.9.1 Hanseníase Indeterminada (HI)	31
3.9.2 Hanseníase Tuberculóide (HT)	32
3.9.3 Hanseníase Virchowiana (HV)	32
3.9.4 Hanseníase Dimorfa (HD)	33
3.10 TRATAMENTO.....	33
3.10.1 Apresentação das Medicções	34
3.10.2 Paucibacilar: Seis Cartelas	34
3.10.3 Multibacilar: Doze Cartelas	34
3.11 CRITÉRIOS DE ALTA POR CURA.....	35
3.12 ESTADOS REACIONAIS	35
3.13 PROFILAXIA	36
3.14 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	36
3.14.1 Assistência de Enfermagem aos Pacientes Hansênicos	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 TIPO DA PESQUISA	40
4.2 LOCAL DA PESQUISA	40
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	41
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	42
4.8 FINANCIAMENTO	42

5 APRESENTAÇÃO E DISCURSSÃO DOS RESULTADOS	43
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	43
5.2 DADOS REFERENES AO OBJETO DO ESTUDO.....	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFÊRENCIAS	62
APÊNDICES	67
ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A hanseníase, também conhecida como lepra e Mal de Hansen (MH), é uma doença infecto-contagiosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Tem alto potencial incapacitante e acomete principalmente a pele e os nervos periféricos pelo seu tropismo especial pelas fibras nervosas. Um sinal característico da lepra é a perda da sensibilidade térmica, tátil e motora, se instalando em um ou vários nervos, além do aparecimento de pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos na pele. Seu agente etiológico, a *M. leprae*, é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) de multiplicação lenta e cujo hospedeiro natural é o homem.

Embora não totalmente estabelecido, o principal modo de transmissão é a eliminação do bacilo através das vias aéreas superiores, pele e por meio de soluções de continuidade de uma pessoa doente e sem tratamento. Sua transmissão não é hereditária nem sexual. Pesquisas afirmam que a susceptibilidade ao *M. leprae* vem da influência genética, estimando-se que 90% da população possuam defesa natural a essa bactéria (BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005).

A hanseníase é doença infecciosa crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado à capacidade do bacilo penetrar na célula nervosa e também ao seu poder imunogênico (BRASIL, 2008, p.66).

Descoberta por Amauer Hansen em 1873, a *M. leprae* foi a primeira bactéria descrita como patógena ao homem, apresentando-se na forma de bastonetes, álcool-ácido resistentes, tendo como preferencial as regiões mais frias do corpo humano como: nariz, testículos, e locais onde os nervos se encontram próximos à pele, devido à necessidade de temperaturas inferiores a 37°C (FOSS, 1999). Sua origem remonta aos tempos da antiguidade, havendo relatos imprecisos de 300 anos antes de Cristo, na Alexandria, porém tais dados são tendenciosos e obscuros, pois retratam quaisquer tipos de doenças de pele, não deixando claro o surgimento dos primeiros casos de lepra na humanidade (CUNHA, 2002; EIDT, 2004).

Desde os tempos bíblicos (Antigo e Novo Testamento) encontram-se informações sobre como identificar e tratar as pústulas dos doentes. Embora esses dados estejam envoltos em crenças e religiosidade, evidenciam a existência da hanseníase desde os tempos primordiais.

No Brasil identificaremos os primeiros casos a partir da colonização pelos portugueses e seu agravo devido ao tráfico de negros trazidos do continente africano. As regiões mais afetadas eram as regiões portuárias, onde se concentravam o crescimento econômico e desenvolvimento das cidades devido à permanência das transações comerciais. Podemos citar os estados do Rio de Janeiro e Bahia como os primeiros a criarem os Lazarentos (leprosários), locais onde se remanejavam as pessoas acometidas pela lepra, para serem isoladas da população sadia (CUNHA, 2004; EIDT, 2004; MONTEIRO, 1987).

Alguns pesquisadores não concordam com a premissa de que os escravos trazidos da África possuíssem parte da responsabilidade pela entrada da lepra no Brasil, visto que havia critérios por parte dos senhores escravocratas para compra dos seus escravos, sendo a preferência por escravos saudáveis, sem quaisquer doenças que pudessem contaminar seus lares e suas senzalas, assim, evitando prejuízos. Todavia os africanos foram responsáveis não pela entrada e sim pela disseminação da lepra, pois as condições em que eles viviam eram sub-humanas. A época migratória da população em busca de melhorias de vida terminou por colaborar com a expansão da lepra por outras cidades do Brasil, tornando a doença um problema endêmico no país (EIDT, 2004).

Através deste breve relato da lepra no Brasil, percebe-se que a segregação das pessoas acometidas pela lepra remonta à antiguidade e se perpetua até os dias atuais, evidenciando a discriminação com os pacientes hanseníacos. Trata-se de uma patologia de cunho socioeconômico e cultural, marcada pelo estigma, preconceito, discriminação e exclusão social. Sua repercussão alcança não somente o corpo físico, mas também o psíquico, já que as deformidades e incapacidades físicas geradas em decorrência do processo de adoecimento condenam o paciente ao isolamento. Isolamento este, motivado pela falta de esclarecimento de uma sociedade individualista, que vê na deformidade dos pacientes o medo de contrair a lepra.

Tais discriminação e segregação por parte da sociedade têm cunho histórico e vêm enraizadas desde a antiguidade, quando os leprosos eram condenados a se isolar de seus familiares e da sociedade para que não houvesse a contaminação dos saudáveis. Mas já que é aceitável este medo na antiguidade, quando não havia informação, saneamento básico e esclarecimento, onde os males eram atribuídos à religiosidade “impurezas do espírito”, como

compreender o temor da sociedade nos dias atuais com a mídia e as informações correndo a níveis globais e em tempo real, com os adventos tecnológicos. Como vencer um estigma que perdura por séculos?

A palavra estigma foi um termo criado pelos gregos para se referir às pessoas que possuísem sinais corporais e ou morais com que se procuravam evidenciar algo de bom ou ruim, características que definiram seu comportamento e os diferenciariam dos demais membros, desqualificando-os moralmente, impondo-lhe uma marca, um diferencial. Essa marca tornou-se o legado dos pacientes hansênicos, contribuindo para seu isolamento, algo a ser evitado pela sociedade (GOFFMAN, 1980 apud BAIALARDI, 2007).

Sendo esta a realidade dos pacientes, como a enfermagem pode intervir e prestar uma assistência eficiente e integral aos pacientes, quando a sociedade, devido à força cultural de milênios e à força mutiladora da patologia, remete os hansênicos ao isolamento social e ao desprezo? Tais fatores só contribuem para a rejeição do diagnóstico, isolamento social, abandono do tratamento e medo em decorrência da discriminação.

Para que haja um diferencial no tratamento da hanseníase é necessário quebrar essa estigmatização e promover a reinserção social dos pacientes, esclarecendo a população quanto à forma de contágio e a possibilidade da cura da hanseníase. Para tanto, é necessário o resgate da autoestima dos pacientes e o reconhecimento dos anos de abandono por parte da saúde pública, e a enfermagem faz parte da equipe multidisciplinar que precisa reinventar e reciclar o conhecimento dos portadores da hanseníase, como também da sociedade, fazendo parte de uma mudança de conceitos que em longo prazo, levaram o Brasil a diminuir, senão erradicar, a hanseníase do quadro de patologias endêmicas, contribuindo para aumento da qualidade de vida dos pacientes.

O Brasil, conforme Radis, (2008, p.10) “é responsável por 90% dos casos no continente americano e continua em segundo lugar no ranking mundial de novos casos, atrás apenas da Índia, que detecta 600 mil novos casos por ano”. Registra-se uma média de 47.000 novos casos a cada ano, sendo a incidência de 2,3 novos casos a cada 10.000 habitantes, o Norte é a região de maior prevalência, enquanto a região Sudeste a de maior número de casos, no Nordeste se verifica uma tendência crescente da endemia (BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005; RADIS, 2008).

O interesse por esta pesquisa surgiu no estágio teórico-prático da disciplina de Clínica II no Hospital Rafael Fernandes, quando fez parte da amostra um paciente menor de 15 anos que convivia com a hanseníase havia anos na sua família (o tio e o irmão eram portadores da hanseníase) e que acabou contraindo a doença, perdendo assim, a perspectiva de

vida devido ao aparecimento de manchas hipocrômicas e eritemas na pele (face, membros superiores e inferiores) o que comprometeu sua vida estudantil e social, pois abandonou a escola e deixou de conviver socialmente com os amigos. O paciente realizou o tratamento por 02 anos, porém, entrou em estado reacional tipo II e em entrevistas informou que perdeu a alegria da vida relatando que sua vida social não existia pelo preconceito e vergonha que tinha de si mesmo.

Como se tratava de um adolescente, cuja vida sexual estava aflorando, seus instintos pela procura de um parceiro foram lentamente apagados pelo desespero de ver seu corpo marcado por lesões. A alegria do encontro com os amigos se transformou em isolamento social, seu crescimento profissional e o sonho de cursar uma faculdade foram atrasados pelo medo. Medo de viver a discriminação.

A hanseníase é uma doença incapacitante que pode causar deformidades, além de proporcionar o medo, a estigmatização, o preconceito e condenar à marginalidade seus portadores, causando danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e à sociedade. Este é um fato comum de acontecer aos pacientes hansênicos e ações de qualificação da equipe de saúde podem minimizar e até prevenir tais complicações, proporcionando a aceitação da sociedade, garantido assim, qualidade de vida e reabilitação dos pacientes.

Diante do exposto, o tema é de significativa importância para a enfermagem, pois somos nós os responsáveis pela educação/cuidados em saúde e é nossa a responsabilidade de proporcionar uma assistência integral e igualitária. Não somente tratando o corpo físico do paciente, mas sim, todo o contexto envolvido, buscando construir ideias para reinserção social e o retorno ao convívio em sociedade, preparando o paciente e a população. Dessa forma evitar-se-á que sonhos sejam destruídos e haja uma segregação, contribuindo para a reabilitação dos pacientes. Alguns estudos revelam que o abandono do tratamento pelos pacientes se dá pela vergonha de admitir à sociedade sua doença, acarretando exclusão de vida social e propagação da doença.

A enfermagem é mais que cuidados e amor, é também educação, dedicação, conforto, ou seja, assistência na integralidade, portanto, esta pesquisa busca aprimorar os conhecimentos e contribuir para a construção de novas ideias que ajudem na percepção do ser, chamando a atenção dos profissionais de saúde para a importância de trabalhar melhor o tema em questão - a reinserção social dos pacientes com hanseníase. Desafio este que depende do cuidado que a enfermagem e a equipe multidisciplinar deverão ter com o paciente, nas

questões quanto à inclusão social, esclarecimento da população, quebra dos preconceitos e estigmas.

É importante que durante e após o tratamento os profissionais estimulem e encorajem a inclusão social dos pacientes. A abertura para o desenvolvimento de movimentos sociais específicos, aí incluídos os movimentos especializados em direitos humanos, deve ser uma preocupação dos profissionais que lidam com esses pacientes, pois eles se constituem em suportes que potencializam sua inclusão em todos os campos da sociedade (BRASIL, 2008, p.10).

A despeito dos achados percebidos, espera-se que esta pesquisa possa mostrar a necessidade de a enfermagem ampliar os horizontes e compreender a importância do acolhimento de uma população marginalizada pelo preconceito e pela falta de conhecimento da comunidade, mostrando que a hanseníase é apenas uma doença e deve ser tratada como tal, e não como uma sentença de exclusão ou morte social. Evidenciando que pode haver sim, um convívio social e respeito pelos pacientes hanseníacos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase para romper estigmas e colaborar com a reinserção social.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre hanseníase;
- Identificar, na opinião dos enfermeiros entrevistados, as ações educativas na reabilitação e na reinserção social dos portadores;
- Identificar, na opinião dos enfermeiros entrevistados, as dificuldades para implantação do Plano de Assistência da Enfermagem na hanseníase.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRICO DA HANSENÍASE

3.1.1 As primeiras referências sobre a doença

A hanseníase antes conhecida como lepra tem mais três sinônimos no mundo: morfêia, elefantíase-dos-gregos e mal de São Lázaro. É uma doença milenar e encontra-se como uma das mais antigas da humanidade, havendo relatos imprecisos a partir do século IV a.C. (ANDRADE, 1996; CUNHA 2004).

Andrade (1996, p. 24) afirma que “é na grande enciclopédia médica de Oribase, do século IV a.C., que pela primeira vez surge uma descrição clara dos sintomas da lepra, propondo, inclusive, seu tratamento com águas sulfurosas”. Apesar do avanço das investigações, a origem da hanseníase é, ainda, um ponto obscuro para os pesquisadores, existindo poucos registros, referências e discussões sobre o aparecimento da doença, o que torna difícil uma abordagem mais precisa sobre o tema. Conforme tradução grega do texto hebraico, a palavra lepra significou, ao longo da história, descamação e foi inicialmente usada para descrever a casca interna das árvores (ANDRADE, 1996; CUNHA 2004).

As primeiras referências confirmadas foram encontradas no Egito, Ásia, África e Índia, porém é na Bíblia, mais precisamente em Levítico, capítulo 13, onde encontraremos orientações sobre a doença, seus sinais e sintomas e cuidados em relação aos doentes. Tais dados, porém não possuem nenhuma comprovação científica, podendo ser quaisquer outras doenças dermatológicas como lúpus, sífilis, vitiligo, escabiose e quaisquer outras doenças que houvesse descamação. Foram encontrados também, relatos em um dos mais antigos tratados médicos chineses, o Nei Ching Su Wen, atribuído ao imperador Huang Ti, que viveu entre 2698 e 2598 a.C. (CUNHA, 2002; MORENO, 2008).

Por muitos anos foi vista como uma doença espiritual oriunda dos pecados cometidos, sendo tratada por sacerdotes, ministros espirituais e curandeiros e das mais diversas formas possíveis: banhos purificadores, sacrifícios, rezas e rituais. Na Idade Média também não serão encontrados dados relativos que evidenciem a hanseníase, será vista ainda como um castigo de Deus, uma forma dos pecadores cumprirem suas expiações na Terra, ou seja, a cura dependia dos desígnios de Deus e sua infinita sabedoria. Se houvesse arrependimento dos pecados haveria cura, se não, a morte era dada como certa. Os médicos medievais não sabiam como tratar seus pacientes, só identificavam a doença para depois encaminhar o doente para longe da cidade, para o isolamento impedindo assim a

contaminação. Tais dados corroboram que desde os primórdios dos tempos existia a discriminação e o preconceito com os pacientes hansênicos, discriminação que advém da falta de informação sobre a patologia e os cuidados necessários para a não contaminação dos sadios (CUNHA, 2002; EIDT, 2004; MORENO, 2008).

Cunha (2004) ainda afirma que vários fatores contribuíram para que a hanseníase se tornasse uma doença temida nas populações medievais como: as deformidades físicas próprias da doença, a falta de informações sobre o seu modo de transmissão, controle ou cura, e o medo da exclusão social.

O misticismo era a palavra-chave na época medieval, tudo que não havia explicação era atribuído a seres misteriosos que habitavam os céus e a cura provinha dos mesmos, sendo assim muitos “santos” eram designados para proteger e tratar algumas doenças. Cunha (2004) corrobora esta informação e diz que diante do exposto, algumas doenças recebiam nomes dos santos que protegiam as pessoas como, por exemplo, a Gangrena, que era chamada de “fogo de Santo Antonio”; Peste Bulbônica, que era chamada de “mal de São Roque ou de São Sebastião” e a Hanseníase, conhecida também como “mal de São Lázaro”.

Lázaro, no Novo Testamento, em Lucas 16,19-31, tem suas lesões hansênicas sendo lambidas pelos cães, se contentando com as migalhas que caíam da mesa do rico. Quando morre, vai para o seio de Abraão, enquanto que o rico vai para o inferno. Daí provavelmente tenha surgido o nome de Lazarento para as pequenas construções feitas para estes doentes nesta época (CUNHA, 2004 p. 18).

Na idade média já se encontram relatos do abandono dos pacientes como também sua reclusão da sociedade, sendo tratados como pessoas marginalizadas, muito em consequência da falta de esclarecimento por parte da medicina da época, que não sabia como distinguir a forma de contágio, a transmissibilidade e a cura. Com o cristianismo, a hanseníase deixa de ser uma doença expurgatória e passa a ser uma doença que requer cuidados especiais com os portadores, passando a ser uma forma de encontrar com Deus e receber suas benevolências, ter seu pedaço de céu, andar como Cristo andou alcançando a salvação (CUNHA, 2004; EIDT, 2004).

De acordo com Opromolla, 2000 apud Eidt 2004, acreditava-se que o próprio Cristo havia morrido de hanseníase, fazendo com que os nobres católicos em uma espécie de fervor religioso lavassem os pés dos doentes, como também abraçassem os mesmos, garantindo assim serem bons cristãos. Nesse período houve um grande surto de piedade e clemência para

com os doentes, encorajados pela Santa Madre Igreja Católica, que pregava a caridade e a misericórdia, assim surgem as primeiras ordens religiosas que abrigavam em asilos os pacientes, cuidando e isolando-os da sociedade, desde que os mesmos deixassem seus bens para a igreja.

A relação do cristianismo com os hansenianos está ligada à vida de Jesus. No Novo Testamento (Mateus 8,1-14; Marcos 1,40-45; Lucas 5,12-16; Lucas 17,11-19) encontram-se relatos sobre a dedicação de Jesus aos hansenianos através dos milagres da cura desses doentes. Com as palavras: “Os cegos vêm e os coxos andam, os leprosos ficam limpos e os surdos ouvem, os mortos ressuscitam e os pobres são evangelizados” (Mateus 11,5-6), Cristo quer expressar, além do objetivo da sua missão, a sua piedade e compaixão principalmente para com os doentes e marginalizados e ambos são características dos hansenianos.

Começa assim a fase onde se cuidavam dos hansenianos, transferindo-os para locais afastados da sociedade, chamados os leprosários que se localizavam a uma distância suficientemente boa para que os cristãos pudessem controlar os doentes e realizar a caridade. Mesmo afastados da sociedade, era um povo desprezado, fragilizado e considerado culpado por quaisquer desgraças que ocorressem na população.

A sociedade medieval, ao mesmo tempo em que chamava os pacientes hansenianos de perigosos, lhes dedicava caridade, por uma questão de consciência cristã, esta mesma sociedade excluía também pessoas acometidas por outras doenças. O processo de isolamento e morte social dos pacientes hansenianos seguia regras minuciosas e precisas, iniciava-se por vestir-lhes uma mortalha, ler-se a missa para mortos e jogar-lhes a terra sobre os mesmos, logo em seguida eram acompanhados aos lazaretos, caracterizando assim sua exclusão social (CUNHA, 2004).

Conforme Eidt (2004) o isolamento tornou-se protocolo através do concílio realizado em Lyon no ano de 583, seguindo-se assim as regras da igreja católica. Em alguns lugares da França o isolamento era realizado através de ofício religioso em intenção do doente, semelhante ao ofício dos mortos, logo após o paciente era excluído oficialmente da sociedade, passando a residir em locais reservados para esse fim. Era ainda obrigado a usar vestimentas características que o identificavam como doente e fazer soar uma sineta ou matraca para avisar aos sadios de sua chegada.

Com o passar dos anos, os leprosários aumentaram em quantidade por toda a Europa, passando a ser um local de reclusão dos pacientes, que doavam seus bens à igreja e recebiam tratamento médico, mesmo que precário. O isolamento se tornou uma realidade para a época, juntamente com o isolamento veio a prática do estigma através de uma identificação que seria

uma vestimenta padrão para todos os doentes que constituía uma túnica branca com um bordado de São Lázaro, conforme Cunha (2004, p. 25) “Esta vestimenta compunha-se normalmente de um manto, um chapéu de abas largas e bermudões de cor escura, e na túnica, traziam bordada a figura de São Lázaro”.

3.1.2 Hanseníase no Brasil

De acordo com Opromolla, 2000 apud Eidt 2004, a hanseníase nas Américas chegou entre os séculos XVI e XVII juntamente com os colonizadores, pois não havia menção desta doença entre os ameríndios. Segundo Monteiro (2007) e Andrade (1996) os colonizadores portugueses foram responsáveis pela entrada da doença, mas a baixa condição socioeconômica do Brasil colônia, sua falta de infraestrutura, saneamento básico e ambiente hostil juntamente com o tráfico negreiro foram os fatores determinantes para disseminação.

É no Rio de Janeiro, em 1600, que são apresentados os casos de hanseníase, mostrando a preocupação do então governador Artur de Sé e Menezes, com a disseminação da doença, criando assim os primeiros leprosários do país e as Santas Casas de Misericórdia. Os demais casos foram aparecendo nos estados da Bahia e do Pará (ANDRADE, 1996).

Andrade (1996) corrobora a informação acima quando diz que o então governador do Rio de Janeiro, Artur de Sé e Menezes, em 1698, solicita ao Rei a autorização para criação de hospitais para os lázaros, com o intuito de suavizar a situação dos leprosos no Rio de Janeiro, cidade onde já existia um número considerável de doentes.

Somente após dois séculos, mais precisamente em 1741, é que ocorre a regulamentação para combate à lepra no Brasil, a partir desse período inicia-se a construção de leprosários, lazaretos e asilos, locais responsáveis por abrigar e tratar dos doentes. Nesses leprosários, os pacientes eram isolados e separados por sexo e condição social. É a partir deste ano que a doença se alastra por todo o Brasil, na Bahia são construídos mais leprosários com o intuito de controlar a disseminação e fornecer algum tipo de assistência aos doentes. O primeiro hospital asilo é construído no Maranhão (1833) na cidade de São Luiz, durante o Império, começa a haver solicitações dos presidentes das províncias para construção de mais leprosários, evidenciado assim a disseminação da doença.

Por cerca de 170 anos o tratamento fica baseado na regulamentação de 1741, em 1912 é proposto em São Paulo que sejam criados os asilos colônias, onde os pacientes deveriam ter uma vida semelhante aos sãos. Em 1915, no Rio de Janeiro, a sociedade médica reúne uma comissão de profilaxia da Lepra, composta por vários delegados, entre eles Adolfo

Lutz, para discutir a transmissibilidade e a profilaxia. Em 1916, Carlos Chagas como presidente do I Congresso Americano de Lepra aprova as seguintes conclusões: recensear os leprosos de todos os 15 estados; recolher diferentes legislações anti-lepróticas em vigor; abrir colônias para combater o contágio; instituir plano uniforme da luta, aplicado simultaneamente em todo território nacional; permitir, em certas condições, o isolamento domiciliar; fazer com que os doentes sejam tratados pelos médicos mais recomendáveis.

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública por Carlos Chagas é que, pela primeira vez, se organizou a atividade sanitária para a lepra, em 1929 o isolamento passa a ser parcial, ou seja, em vez do isolamento nos leprosários, os pacientes cumprem seu isolamento domiciliarmente, através da inspeção de uma equipe composta por um médico e uma enfermeira de saúde pública, que administrava o tratamento nas residências dos pacientes (ANDRADE, 1996).

Os hansênicos brasileiros viviam de esmolas recolhidas nas ruas ou de doações religiosas, colocando-os na mesma situação social dos desempregados, prostitutas e criminosos, viviam uma vida miserável, sendo tratados pelos governantes como caso de polícia. Seu contato era com a população mais carente, sendo este um dos motivos que contribuíram para o alastramento da doença entre os mais carentes (CUNHA, 2004).

Em 1943 ocorre a descoberta da medicação sulfona, facilitando assim o tratamento da hanseníase, tornando possível curar 100% dos casos diagnosticados e tratados no seu primeiro estágio. Através de estudos fica evidenciado que a lepra tem cura quando tratada no início e que o estigma e as mutilações podem ser evitados. Informa ainda que as lesões mutilantes são responsáveis pelo preconceito e que a segregação dos pacientes não se faz mais necessária, porém pode ser ainda adotada (ANDRADE, 1996).

A comissão de técnicos em lepra salienta que o conceito da incurabilidade e o arraigado horror que inspirava o "leproso" contribuíram na adoção do, indubitavelmente desumano e - do ponto de vista sanitário - inútil, sistema de segregação compulsória e permanente destes pacientes (ANDRADE, 1996, p.35).

Em 1976, o Ministério da Saúde baixa uma nova portaria que estabelece a Política de Controle da Hanseníase, ações que seriam realizadas no mesmo nível de prioridade, incentivando os cuidados com os pacientes, promovendo a reabilitação social e a inclusão social: educação em saúde; aplicação de BCG; busca ativa de doentes; tratamento dos doentes prevenção e tratamento das incapacidades (ANDRADE, 1996).

Em 1978, o Programa assume o nome de Programa Integrado de Controle da Hanseníase e divulga um manual de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, mediante técnicas simples e um guia de controle da hanseníase (ANDRADE, 1996, p.38).

Em 1991, o Brasil adota a multidrogaterapia como o único tratamento para todos os doentes de hanseníase do país, com uma combinação de três drogas: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina. Este é o esquema terapêutico da Poliquimioterapia (PQT) que dura entre seis a dezoito meses e foi concebido no início dos anos 1980 e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de curar o indivíduo da infecção e interromper a transmissão do bacilo *M. Leprae* (CAVALIERE, 2007).

3.1.3 Hanseníase e o estigma

É senso comum a todos os pesquisadores e autores que retratam, estudam e escrevem sobre a hanseníase que o estigma, preconceitos e problemas psicossociais relacionados à doença advêm principalmente da associação da patologia com o termo “lepra”, termo este, ligado às deformidades físicas e reforçado por conceitos culturais e religiosos de impureza e provação divina assumida desde a época de Cristo (SIMÕES, 2005).

Segundo Goffman (1975 apud Cavaliere, 2007 p.1) “quando um indivíduo possui alguma diferença que constitui uma dificuldade para sua aceitação pela sociedade, dizemos que ele é portador de estigma”. Ainda segundo o autor, “o indivíduo estigmatizado sente-se inseguro em relação à maneira como os “normais” o receberão. Surge, então, a sensação de desconfiança sobre o que os outros estão realmente pensando dele”, ou seja, sente-se exposto e procura manter sigilo da doença, sentindo ameaçado e com medo de ser visto como “leproso”.

Na hanseníase, o estigma está diretamente vinculado com as questões relativas ao corpo, à imagem, em geral, o indivíduo pode apresentar desde manchas e/ou lesões de variados tipos, e até mesmo, deformidades físicas por comprometer o sistema nervoso periférico (BORENSTEIN, 2008 p.711).

Ainda conforme Cavaliere (2007) em uma tentativa de minimizar o preconceito e estigma vividos pelos pacientes hanseníase é aprovado o decreto nº 165, de 14 de maio de 1976, que muda o nome de “lepra” para hanseníase, o novo termo é adotado no Brasil, sendo amplamente empregado em documentos técnico-científicos. Porém, foi com a Lei Federal 1.010, de 1995, proibindo, terminantemente, a utilização do termo “lepra” e seus derivados que o termo hanseníase torna-se oficial. Mesmo com todo o empenho do Ministério da Saúde

em renomear a lepra, os autores pesquisadores da área afirmam que somente a mudança de um nome não reflete os cuidados necessários para desmistificação da hanseníase. Para tanto, é necessário educação em saúde.

Para Simões (2005) a mudança do termo lepra para hanseníase proposta pelo Ministério da Saúde em 1974, teve como meta diminuir o preconceito e estigma que envolve a doença, porém, foi uma medida parcial e paliativa, que terá alcance mínimo se não for acompanhada de ações educativas.

Cavaliere (2007) dá ênfase à questão da educação quando diz que embora tenha havido a mudança do termo lepra para hanseníase, esta não foi bem sucedida, pois não foi acompanhada de um trabalho de educação coletiva em saúde, no sentido de mudar as atitudes e comportamentos da população com relação à doença e às pessoas por ela atingidas.

Bainson (1998, apud Simões p. 11) diz que “o estigma contra os pacientes de lepra afeta todos os aspectos de controle da doença. É preciso, portanto, conscientizar a população a tomar atitude com relação à hanseníase sem exagerar e nem minimizar os perigos da doença”.

Em junho de 1981 é criado o Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN) com o mesmo objetivo da renomeação da lepra, minimizar o preconceito e resgatar a cidadania desses indivíduos. Este tinha como lema a busca pelos direitos dos portadores de hanseníase (SIMÕES, 2005).

O estigma dos pacientes hansenícos é marcado pela história preconceituosa editada ao longo dos anos. Embora o poder público tenha mudado a sua denominação, sua herança preconceituosa persiste em existir, deixando marcas profundas, como uma doença degenerativa, incurável e incapacitante.

Para entender essa exclusão, a princípio, é necessário saber compreender a própria noção de estigma, conforme Monteiro (2007) “denominava-se estigmas sinais corporais que indicavam o status negativo de uma pessoa”.

Goffman (1988) apud Monteiro (2007) informa que na contemporaneidade existem três tipos de estigma, 1) as deformidades físicas; 2) as culpas de caráter individual; e 3) os estigmas coletivos. Para se estudar as maneiras como estes interferem nas relações sociais basta saber que se tratam de atributos culturalmente definidos como depreciativos e que conduzem a estereótipos, ou seja, a lepra não é o estigma, este se constrói na relação entre a doença e os significados impostos em torno dela.

Significado este refletido desde os tempos bíblicos: Livro das Crônicas (cap.26, versículo 21), em que a lepra foi enviada ao rei por atos impuros que ele havia praticado no Templo do Senhor: "O rei Ozias ficou leproso até a morte. Como tal viveu numa casa isolada.

Estava excluído da casa do Senhor..." Em Mateus (cap.10, versículo 8), encontramos sobre a escolha dos doze apóstolos e sobre a missão que deveriam cumprir: "Curai os doentes, ressuscitai os mortos, purificai os leprosos ..." (EIDT, 2000).

No Velho Testamento, os livros do Êxodo, Números, Reis, Crônicas e de Jó trazem passagens que explicitam o poder de Deus para fazer a doença surgir e desaparecer, seja para castigar aqueles que vão contra seus preceitos ou para testar almas fiéis, ou seja, a lepra não é uma doença como as outras, demandando mais que a cura, a purificação. Ainda conforme Monteiro (2007) o estigma acerca da hanseníase foi construído através de mitos, discursos, práticas terapêuticas e sociais acerca da enfermidade as quais se superpuseram à própria doença, criando significação baseadas em representações arcaicas.

Na contemporaneidade, a hanseníase é tida ainda como impura não apenas porque fere a imagem e semelhança de Deus ou porque demonstra a fragilidade do ser humano, mas porque toca em duas questões muito caras à sociedade moderna: a aparência estética e a produtividade. Fatores determinantes no mundo atual, onde a aparência estética determina a convivência entre a sociedade, círculo social e relacionamentos sexuais e a produtividade interfere na capacidade física para desempenho das funções para o trabalho.

Whrite (2001) apud Monteiro (2007, p. 136) diz que "a progressiva desfiguração de alguns doentes é uma das principais explicações do estigma, ainda que o medo do contágio e a idéia do isolamento não possam ser negligenciados". Rafferty (2005) apud Monteiro (2007, p.136) diz que "as deformidades e a preocupação com o rosto são elementos fundamentais do estigma atual". Gandra (1970) apud Monteiro (2007, p. 136) corrobora com esta questão e afirma que "a aversão produzida em relação aos hansenianos mostra que eles representam o oposto a algo socialmente muito valorizado, esse algo é o corpo".

No mundo atual, onde cada vez mais as pessoas são materialistas, individualistas e buscam através da estetização do *self*, viver em sociedade, tudo aquilo que fere a noção de beleza é repudiado, não atendendo ao preconizado pela sociedade consumista, que informa que ser belo é ser feliz. Sendo assim, pacientes que possuem enfermidade que impõe deformidades ao corpo, acabam por chocar com a cultura do ser belo é igual a ser feliz, ou seja, os pacientes hanseníacos contrariam essa cultura ao belo, tornando-se uma patologia estigmatizante e desumanizadora, causando repulsa e medo à sociedade (MONTEIRO, 2007).

3.2 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, intracelular obrigatória, causada pela micobactéria *Mycobacterium leprae* (M. leprae), também conhecido como bacilo de Hansen (BH) que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, tornando-se altamente incapacitante. A transmissão se dá pelas vias aéreas superiores através de espirros, tosse e secreções nasais, pela pele e por meios de soluções de continuidade (HINRICHSEN, 2005).

O homem é o único reservatório natural do bacilo e a principal fonte de infecção da hanseníase, a transmissão se dá por meio de uma pessoa doente pela forma multibacilar sem tratamento para outras pessoas suscetíveis (BRASIL, 2008). O bacilo tem a capacidade de infectar um grande número de pessoas, mas somente 10% das que vivem em situações de alta prevalência adoecem. A doença e suas diferentes manifestações clínicas dependem da relação parasita/hospedeiro, sendo seu período de incubação de 2 a 7 anos (VIEIRA et al, 2008).

A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e raças, outros fatores correlacionados são: as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e saúde, quantidade de familiares e pessoas que convivam no mesmo ambiente. Os familiares dos doentes bacilíferos são os maiores comunicantes e apresentam o maior risco de contágio, não sendo transmitida de forma hereditária nem por relação sexual. Sua principal fonte de infecção é o doente multibacilar sem tratamento (BRASIL, 2008).

Foss (1999) corrobora com Brasil (2008) e informa que a principal fonte de infecção é o doente multibacilar sem tratamento, devido à sua elevada carga bacilar na derme e em mucosas, aumentando a possibilidade de infecção de acordo com a susceptibilidade dos contactantes. Sua transmissão é pelas vias respiratórias, havendo a possibilidade de transmissão via cutânea, quando houver lesões ulceradas ou traumáticas.

3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os principais sintomas são lesões cutâneas anestésicas, manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações da sensibilidade, distúrbios neuríticos, comprometimento das mucosas nasal, oral, orolaringiana, olhos e vísceras, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, queda de pêlos, ausência de sudorese, pele seca, dormência, diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou tato, em qualquer parte do corpo, dor e/ou espessamento de nervos periféricos, perda da força dos músculos, edema

de mãos e pés, febre e artralgia, ressecamento dos olhos. Nervos espessados e doloridos, diminuição da sensibilidade nas áreas inervadas, resultando em comprometimento sensitivo, motor e autonômico, responsáveis pelas incapacidades e deformidades, características da hanseníase (HINRICHSEN, 2005; BRASIL, 2008).

3.4 CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DO CASO DE HANSENÍASE

Conforme Brasil (2008, p. 82) “a classificação dos casos de hanseníase é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios: Paucibacilar (PB) - casos com até cinco lesões de pele; Multibacilar (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele”.

Os pacientes paucibacilares abrigam um pequeno número de bacilos e apresentam menos de cinco lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido, têm baciloscopia negativa e são classificados como indeterminadas e tuberculóides não sendo considerados importantes fontes de infecção devido à sua baixa carga bacilar. Já os pacientes multibacilares têm baciloscopia positiva, abrigam grande número de bacilos, apresentam mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido, é a forma contagiosa da doença, fonte de transmissão e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (VIEIRA et al, 2008).

3.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Para melhor entendimento do quadro clínico dessa patologia, se faz necessário conhecer o bacilo *M. leprae*. Esse bacilo tem alto poder infectante e baixo poder patogênico. Depois de sua entrada no organismo, não ocorre a sua destruição, este irá se localizar nas células endoteliais dos vasos linfáticos e sanguíneos, para ser transportado aos linfonodos e outros órgãos. O agente infectante não encontra resistência contra sua multiplicação, abrigando grande quantidade de bacilos nos linfonodos, olhos, testículos e fígado (ARAÚJO, 2003; HINRICHSEN, 2005). Embora haja a produção de anticorpos específicos contra *M. leprae*, ela é ineficaz para eliminação dos bacilos.

O diagnóstico é por meio da anamnese e o exame físico cuidadoso dando ênfase ao exame dermatoneurológico para identificação das lesões, ou áreas de pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico). A manifestação mais comum é o surgimento de manchas (únicas ou múltiplas), hipocrômicas, acrômicas ou discretamente eritematosas, planas, com bordas imprecisas, localização variável tendo afinidade pelos MMSSII e as nádegas, poupando as regiões palmares, plantares e couro

cabeludo. As lesões podem ser: manchas pigmentares ou discrômicas que são resultados da ausência, diminuição ou aumento de melanina; placa lesão que se estende em superfície por vários centímetros, podendo ser individual ou constituir aglomerado de placas; infiltração, que é o aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, tendo limites imprecisos e acompanhando-se às vezes de eritema discreto; tubérculo, designação em desuso, significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz e nódulo que é lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de um a três cm de tamanho (BRASIL, 2008 p.14).

As lesões podem ser encontradas em todas as partes do corpo, mas ocorrem com maior frequência na face, nádegas, lóbulos auriculares, braço, pernas e costas, apresentando sempre alteração de sensibilidade. Esta é uma característica que as diferencia das lesões de pele provocadas por outras doenças dermatológicas.

As lesões aparecem em decorrência do processo inflamatório dos nervos periféricos (neurites), pela ação do bacilo nos nervos periféricos, como também em resposta imunológica do organismo ao bacilo, ou em alguns casos, pela ação de ambos os casos.

Entre os principais exames que auxiliam o diagnóstico estão: Pesquisa de Sensibilidade e a Baciloscopia (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005).

3.6 PESQUISA DE SENSIBILIDADE

A sensibilidade normal depende da integridade dos troncos nervosos e das finas terminações nervosas que se encontram sob a pele e a hanseníase atinge principalmente as fibras nervosas, causando neurites, portanto a pesquisa de sensibilidade é de extrema importância para a prevenção de agravos como: perda das sensações de calor, pressão, tato, dor e frio. Geralmente a primeira sensibilidade alterada é a térmica, a segunda, a dolorosa e a terceira, a tátil (BRASIL, 2002).

Para realização da pesquisa da sensibilidade são necessárias algumas considerações e orientações aos pacientes; concentração do examinador e do paciente; explicar ao paciente o exame a ser realizado; demonstrar a técnica; ocluir o campo de visão; selecionar aleatoriamente, a sequência de pontos a serem testados (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005).

O exame deverá ser feito com calma em ambiente tranquilo e confortável, com o mínimo de interferência externa. Para a pesquisa da sensibilidade térmica nas lesões e áreas suspeitas deve-se utilizar tubo de ensaio com água quente e tubo de ensaio com água fria, tendo o cuidado com a temperatura da água, para que não haja a troca de sensações e ao em

vez de sentir calor o paciente sentir dor, alternando o contato dos tubos de ensaio, solicitando ao paciente que relate onde está sentindo o contato e qual é a sensação para cada toque. Para o teste de sensibilidade dolorosa devemos utilizar alfinetes, seguindo o mesmo padrão de alternância de locais e para a sensibilidade tátil usaremos o algodão, sempre comparando as áreas afetadas com a pele normal.

Outra pesquisa muito utilizada é a da sensibilidade protetora, onde se utiliza a ponta de uma caneta esferográfica, nas lesões detectando precocemente a diminuição ou ausência de sensibilidade do paciente (BRASIL, 2002; HINRICHSEN, 2005).

3.7 BACILOSCOPIA

A baciloscopia é um exame complementar laboratorial de fácil execução e baixo custo, onde se colhe o material a ser examinado dos lóbulos auriculares, no muco nasal, nos cotovelos, nos joelhos e duas áreas infiltradas de qualquer parte do corpo. Este exame é microscópico e observa a micobactéria diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas. Para o exame é feita a coloração pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico (IB), numa escala que vai de 0 a 6+ (HINRICHSEN, 2005). Conforme Brasil (2008, p.27) a baciloscopia “é um apoio para o diagnóstico e também serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico e da cura”, sendo que uma baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase, já que o exame é somente um apoio ao diagnóstico.

3.8 BIÓPSIA

Em casos de dúvidas no diagnóstico ou na classificação, outros exames podem ser necessários: realiza-se o exame histopatológico da pele e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais (ARAUJO, 2003; HINRICHSEN, 2005).

3.9 FORMAS CLÍNICAS

3.9.1 Hanseníase Indeterminada (HI)

É considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, surge após um período de incubação de dois a cinco anos, podendo se localizar em qualquer parte do corpo. As

lesões são em pequeno número, caracterizadas pelo aparecimento de manchas hipocrômicas e/ou máculas, discretamente eritematosas, e mais secas do que a pele circunjacente, medindo em geral poucos centímetros de diâmetro, não possui lesões cutâneas, preservação dolorosa e tátil, sem expressão clínica de comprometimento de troncos nervosos. A hanseníase indeterminada pode evoluir com cura espontânea, desenvolver-se lentamente, ou ainda, involuir, ressurgindo tardiamente, com características clínicas definidas, dentro do espectro da doença, de acordo com sua capacidade de resposta imune ao *M. leprae*. Pode ainda evoluir para as formas: tuberculóide, virchowiana ou dimorfa. A baciloscopia é negativa, paucibacilar e os exames utilizados para comprovação diagnóstica são: histamina e pilocarpina (HINRICHSEN, 2005; SOUZA 1997).

3.9.2 Hanseníase Tuberculóide (HT)

Nessa forma encontramos lesões bem definidas, assimetricamente distribuídas pelo tegumento, em placas ou anulares, com bordas papulosas, hipocrômicas e erimatosas. Seu crescimento é lento e seu número de lesões é diminuído ou único, com nenhum bacilo, ou seja, a baciloscopia é negativa. Em geral, suas lesões não ultrapassam 10 cm de diâmetro, as neurites se acentuam rapidamente, resultando em alterações tanto sensitivas quanto autonômicas, que evoluem para hipoestesia e anestesia, a baciloscopia é negativa. Observam-se ainda as variedades: infantil e a forma neural pura. A primeira manifesta-se em crianças conviventes com portadores de formas bacilíferas e localiza-se principalmente na face. Pode se manifestar como nódulos, placas, lesões tricofitóides ou sarcoídicas. Na forma neural pura, não se encontram lesões cutâneas (HINRICHSEN, 2005; SOUZA 1997).

3.9.3 Hanseníase Virchowiana (HV)

A hanseníase virchowiana expressa a forma clínica de susceptibilidade ao bacilo, resultando em multiplicação e disseminação da doença. Manifesta-se em pacientes imunodeprimidos para a *M.lepra*, tem forma multibacilar, evolução crônica caracterizada pela infiltração progressiva e difusa da pele. Tem início insidioso e de progressão lenta, envolvendo grandes áreas e até outros órgãos, inicia-se com máculas mal definidas, discretamente hipocrômicas ou eritematosas, pouco visíveis, ampla e simetricamente distribuídas sobre a superfície corpórea. A progressão da doença resulta em acentuação do eritema e infiltração, pele luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade

semelhante ao cobre, há queda dos pêlos, cílios e supercílios, com poros dilatados, tipo “casca de laranja”, e sobre estas áreas se sobrepõem pápulas, nódulos e tubérculos.

Com a evolução da doença, múltiplos troncos nervosos são comprometidos simetricamente e tornam-se de firmes a espessados, fibrosos e endurecidos e, progressivamente, sobrevêm a perda sensitiva e a motora, conseqüentemente, levando à perda da função, atrofia muscular, paralisias, deformidades e contraturas. Na forma avançada o trato respiratório é acometido, ocasionando mucosa congesta e edemaciada, obstrução, coriza mucopurulenta, epistaxe, anosmia, e finalmente perfuração do septo com desabamento nasal. A baciloscopia é positiva (HINRICHSEN, 2005; SOUZA 1997).

3.9.4 Hanseníase Dimorfa (HD)

As lesões da pele são numerosas, sua morfologia mescla entre os pólos virchoviano ou tuberculóide, há grandes variações em suas manifestações e é caracterizada por instabilidade imunológica. Dentro da multiplicidade de aspectos das lesões cutâneas, podemos observar desde máculas eritematosas, em pele clara, a hipocrômicas, em pele escura, que assume por vezes tonalidade acobreada, sendo comum também a presença de pápulas, tubérculos, nódulos e placas. No pólo tuberculóide observa-se lesões delimitadas, menos numerosas, assimétricas, anestésicas e de superfície seca com ausência de bacilos, já no pólo virchoviano observa-se lesões numerosas, brilhantes, com menor definição dos limites, maior presença de bacilos. As lesões quando numerosas são chamadas lesões em renda ou queijo suíço, chamadas assim por possuir pele sã no interior da lesão. Baciloscopia positiva ou negativa, multibacilar (HINRICHSEN, 2005; SOUZA 1997).

3.10 TRATAMENTO

A hanseníase tem cura, para tanto, o paciente deve seguir o tratamento e fechar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. O tratamento é ambulatorial padronizado, onde o paciente deve comparecer à rede pública de saúde para consulta médica e de enfermagem, e receber a dose supervisionada do tratamento poliquimioterápico PQT/OMS específico para supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial.

A PQT mata o bacilo interrompendo a cadeia de transmissão da doença, garantindo a cura do paciente. O tratamento é composto pelas seguintes medicações: rifampicina, dapsona

e clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartelas, esta associação de medicamentos é realizada com intuito de evitar a resistência medicamentosa do bacilo impossibilitando a cura do paciente (BRASIL, 2008).

Atualmente o esquema recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o tratamento da hanseníase representa um importante avanço técnico para o controle da doença. Para fins operacionais os pacientes são classificados em paucibacilares e multibacilares, dependendo do resultado de baciloscopia de pele. Os regimes terapêuticos consistem da associação de três drogas: dapsona, clofazimina e rifampicina por 6 meses para os doentes paucibacilares e dapsona, clofazimina e rifampicina por 24 meses, para os multibacilares. Este é o esquema poliquimioterápico (PQT), eficazes e bem tolerados pela maioria dos pacientes (FOSS, 1999, p. 11).

3.10.1 Apresentação das Medicações

	Cartela PB	Cartela MB
Adultos	Rifampicina(RFM):duas cápsulas de 300mg.	Rifampicina(RFM):duas cápsulas de 300mg.
	Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 100mg	Dapsona (DDS): 28 comprimidos de 100mg Clofazimina (CFZ): três cápsulas de 100mg e 27 cápsulas de 50 mg
Crianças	Rifampicina (RFM): uma cápsula de 150 mg e uma cápsula de 300 mg.	Rifampicina (RFM): uma cápsula de 150 mg e uma 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, 2008

3.10.2 Paucibacilar: Seis Cartelas

Adultos	Rifampicina(RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada. E uma dose diária de 100mg auto-administrada.
Crianças	Rifampicina(RFM): uma dose mensal de 450mg (uma cápsulas de 150mg e uma cápsula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 50mg supervisionada. E uma dose diária de 50mg auto-administrada.

Fonte: Brasil, 2008

3.10.3 Multibacilar: Doze Cartelas

Adultos	Rifampicina(RFM): uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 100mg supervisionada. E uma dose diária de 100mg auto-administrada.
Crianças	Rifampicina(RFM): uma dose mensal de 450mg (uma cápsulas de 150mg e uma cápsula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): uma dose mensal de 50mg supervisionada. E uma dose diária de 50mg auto-administrada.
	Clofazimina(CZF): uma dose mensal de 150mg (três cápsulas de 50mg) com administração supervisionada e uma dose de 50mg auto-administrada em dias alternados.

Fonte: Brasil, 2008

3.11 CRITÉRIOS DE ALTA POR CURA

A alta da poliquimioterapia de estabelecido conforme tratamento: número de doses e tempo de tratamento. Nos pacientes paucibacilares a alta ocorrerá com 06 doses supervisionadas (06 cartelas PQT/OMS-MB), em até 09 meses. Com 06 meses de tratamento os pacientes deverão passar por nova avaliação dermatoneurológica (BRASIL, 2008).

Nos pacientes multibacilares a alta ocorrerá com 12 doses de tratamento supervisionado (12 cartelas PQT/OMS-MB), em até 18 meses. Ao final da 12ª cartela deverá realizar um novo exame dermatoneurológica. Caso não apresente melhoras o paciente deverá realizar novos exames e continuar o tratamento por mais 12 doses (BRASIL, 2008).

3.12 ESTADOS REACIONAIS

São reações hansênicas ocasionadas pelo sistema imunológico do paciente, que se apresentam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que ocorrem antes durante ou depois do tratamento com PQT/OMS, tanto nos casos PB e MB. Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase, é necessário que seu diagnóstico seja feito precocemente prevenindo assim essas incapacidades. Seu diagnóstico é realizado através de exames clínicos e dermatoneurológico.

Os tipos de reações mais importantes são a reação reversa ou reação do tipo 1(RR) e a reação do tipo 2 ou eritema nodoso da hanseníase (ENH). A reação tipo 1 (RR) se caracteriza por: infiltrações, alteração de cor e edema; surgimento de novas lesões que evoluem com descamação e, por vezes, sobrevém ulceração; comprometimento de nervos periféricos com ou sem lesões cutâneas, estas lesões tendem a surgir, em áreas adjacentes,

assemelhando-se às lesões preexistentes, podendo ser numerosas, pequenas e esparsas. Exacerbação da dor, nervos intumescidos exacerbação da sensibilidade, local e/ou territorial, destacando-se o comprometimento dos sítios de predileção, como nervos ulnar, mediano, radial, peroneiro comum, tibial posterior e supra-orbitário.

A reação tipo 2 (ENH), se caracteriza por: apresentar nódulos-subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares, indociclite, glomerulonefrite, neurites, anorexia, febre, insônia, depressão, queda do estado geral do paciente. A face, mãos e pés tornam-se edemaciados, assim como o fígado, baço e gânglios. Ocorre em pacientes multibacilares, e reflete um processo inflamatório agudo, envolvendo qualquer órgão ou tecido em que o bacilo ou seu antígeno estejam presentes (BRASIL, 2008; SOUZA 1997).

3.13 PROFILAXIA

Investigação de todos os casos intra-domiliciários (considera-se os conviventes do domicílio nos últimos cinco anos), realização de exames dermatoneurológicos. Orientações sobre a forma de contágio e o tratamento e avaliação da cicatriz vacinal de BCG, os contatos que não possuem cicatriz vacinal da BCG, receberão duas doses da vacina, com intervalo de seis meses entre elas (BRASIL, 2008).

3.14 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é constituído de ações sistematizadas, dinâmicas e inter-relacionadas, de baixo custo, com o objetivo de promover o cuidado humanizado, dirigido a resultados, prestando assim uma assistência eficaz. Este processo é composto de cinco etapas inter-relacionadas: investigação, planejamento, implementação e avaliação, todos voltados para o indivíduo. A investigação é a coleta de dados, a obtenção de informações sobre a situação de saúde, buscando evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que possam contribuir para os problemas de saúde; o diagnóstico é a análise dos dados onde se identifica problemas reais e potenciais, pontos fortes e fracos que são a base do plano de cuidados; o planejamento é a determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de metas, determinação de intervenções; a implementação é a colocação do plano de ação e a última etapa que é a avaliação dos resultados, onde a enfermagem avalia se os resultados foram alcançados. Enfatizando que o processo é dinâmico e pode ser revisto a todo o momento e em qualquer das cinco etapas (ALFARO-LEFREVE, 2005).

Para Vieira (2004) o processo de enfermagem é um instrumento metodológico dinâmico, privativo do enfermeiro, regulamentado pela Lei do Exercício Profissional nº 7489 de 1986, que possibilita identificar, compreender, descrever e explicar como nossos clientes podem responder aos problemas de saúde, visando acima de tudo assistir ao ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção e recuperação da sua saúde.

Cada etapa do processo de enfermagem se inter-relacionam, com o objetivo de tornar o processo dinâmico e ordenado. Havendo a ocorrência de erro no diagnóstico de enfermagem, todo o processo estará comprometido, não resultando na eficiência do resultado final. De acordo com Alfaro-Lefreve (2005, p.33) “se sua investigação for incompleta ou imprecisa, é provável que você cometa erros em diagnosticar os problemas”.

3.14.1 Assistência de Enfermagem aos Pacientes Hansênicos

A assistência de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e tem como principal objetivo assistir ao ser humano com totalidade, promovendo sua recuperação e reabilitação. Também chamada consulta de enfermagem contempla dos seguintes passos do processo de enfermagem: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação da assistência e evolução de enfermagem, processos estes inter-relacionados, sistemáticos, dinâmicos, humanizados e dirigidos a resultados, cujo princípio é o conhecimento das necessidades de saúde (DUARTE, 2009; VIEIRA, 2004).

A regulamentação da consulta de enfermagem no âmbito nacional se dá pela Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, que, em seu artigo 11º, a legitima e a determina como uma modalidade de prestação de assistência direta ao cliente que é atividade privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN-159/93, artigo 1º torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada (DUARTE, 2009 p.1).

A assistência de enfermagem aos pacientes hansênicos inicia-se durante a consulta de enfermagem, sendo atribuição do enfermeiro investigar o início dos sintomas; questionando quando iniciou a sintomatologia e se há perda de sensibilidade; é realizado o exame dermatoneurológico que é feito através da investigação de manchas, placas, nódulos ulcerações e calosidades.

É realizado também educação em saúde ao paciente, familiares e comunidade, sobre forma de transmissão e a necessidade da quebra de antigos conceitos do estigma e preconceito, ressalta-se a importância da continuidade do tratamento para que não haja resistência a poliquimioterapia, são solicitados exames para confirmação do diagnóstico clínico, vacinação dos contatos, administração da dose supervisionada, capacitação com os agentes de saúde, busca ativa de casos, visitas domiciliares e ações de vigilância epidemiológica (SIQUEIRA, 2008).

Como se trata de pacientes cuja patologia causa deformidades, mutilações, marginalidade e problemas psicossociais, a assistência de enfermagem é de essencial importância no acolhimento dos pacientes, na prevenção de incapacidades, educação em saúde, diminuição do estigma social e reintegração na sociedade. Acolhimento este que deve priorizar o bem-estar do paciente, humanizando seu atendimento, facilitando o acesso às unidades de tratamento e garantindo assistência adequada. (VIEIRA, 2004). De acordo com Brasil (2008, p.11) acolhimento é “facilitação do acesso à rede de serviços e responsabilização pela assistência integral, adequada à demanda em quantidade e qualidade”.

Quando se fala em atendimento humanizado, refere-se à compreensão do olhar, escutar o que está sendo dito, ou seja, atenção ao cliente, fortalecimento de vínculos, fazendo com que o cliente perceba seu interesse para com o mesmo.

É preciso resgatar os valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, esquecendo à prática clínica que apenas decodifica questões biopsíquicas, sinais e sintomas biológicos dos seres humanos. Ou seja, olhar diferencial, menos clínico e formal e mais social e humanizado (DUARTE, 2009).

Desta forma, é dentro da assistência de enfermagem que a consulta de enfermagem obterá resultados, pois através dela a enfermagem firma o vínculo cliente/enfermeiro gerando uma necessidade social. Serão criados laços que contribuem para a quebra da estigmatização e adesão ao tratamento.

Pedrazzani (1995) diz que nas ações de controle da hanseníase a enfermagem tem papel importantíssimo na prevenção da hanseníase, busca ativa de clientes, diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de incapacidades, além de contribuir na educação da sociedade, na aceitabilidade do paciente no ambiente em sociedade.

Dentro da consulta de enfermagem os enfermeiros trabalham a educação em saúde proporcionando ao paciente conhecer sua patologia e buscar o conhecimento, fazendo dos mesmos agentes multiplicadores em saúde, ensinado aos familiares e comunidade que a hanseníase não é uma patologia a ser temida e/ou discriminada. O cliente passa a ser um

agente multiplicador que assume responsabilidade por seu tratamento e ajuda na identificação de novos casos, fazendo parte do processo educativo, trabalhando assim a sociedade na aceitabilidade de sua patologia, evitando a assim a marginalidade, discriminação e exclusão social.

Para o Ministério da Saúde (2002) a educação é o pilar da saúde sendo uma prática transformadora inerente a todas as patologias e norteadora das ações de controle à hanseníase. Dentro do processo educativo em saúde, a enfermagem deve orientar a comunidade sobre a patologia, construindo e reconstruindo os conceitos sobre a hanseníase, desmistificando assim seu antigo conceito, onde a hanseníase era a lepra.

Para tanto, a enfermagem conta com o apoio do Ministério da Saúde, que coordena um programa de apoio aos pacientes hansênicos, um programa nacional, sistematizado e contínuo de divulgação em massa, que garante informações e esclarecimentos à população. Para isso é disponibilizado material didático, cartazes, capacitações, propagandas em rádios, televisão e todos os meios de comunicação em massa para maximizar os conceitos sobre a doença e desmistificar conceitos errôneos que levam à exclusão social dos pacientes (BRASIL, 2002; VIEIRA, 2004).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DA PESQUISA

Para melhor compreender, analisar e interpretar os dados, a pesquisa enquadra-se no tipo exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. Figueiredo (2004) afirma que as pesquisas exploratórias propiciam intimidade com o problema, tornando-o explícito e claro, proporcionando uma visão geral e ampla acerca de determinado fato. E as descritivas descrevem as características de determinada população ou fenômeno. Gil (2007, p. 43) ressalta que “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” Gil (2007, p. 44) ainda diz que a pesquisa descritiva “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Mendonça (2006, p.78) informa que “a pesquisa descritiva busca enunciar e aclarar as características dos fenômenos estudados através da apresentação dos seus elementos constituintes”.

As pesquisas descritivas são juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2007).

Para Minayo (1999), a abordagem quantitativa é definida pela população e busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Ela transforma em números opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificar e analisá-las, tudo isso associado ao estudo descritivo.

Richardson (1999) corrobora Minayo (1999) e diz que o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento através de estatísticas, desde as mais simples (percentual, média, desvio-padrão) às mais complexas (coeficiente de correlação, análise de regressão).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas seguintes UBS da zona norte do Município de Mossoró-RN:

- a) UBS Chico Costa, localizada no bairro Santo Antonio;
- b) UBS Ildone Cavalcante, localizada no bairro Barrocas;
- c) UBS Siarinha Borges, localizada no bairro Bom Jardim;
- d) UBS Joaquim Saldanha, localizada no bairro Estrada da Raiz;

- e) UBS Jose Fernandes, localizada no bairro Lagoa do Mato;
- f) UBS Chico Porto, localizada no bairro Aeroporto.

Tais unidades foram escolhidas por serem as UBS com maior quantidade de casos notificados, conforme dados da Vigilância Epidemiológica de Mossoró-RN.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída por enfermeiros(as) que dispensam atividades de enfermagem, dentro da UBS, aos pacientes com hanseníase. Quanto à amostra, a mesma foi formada por 06 enfermeiros(as) selecionados(as) de forma aleatória e que aceitaram voluntariamente contribuir com tal pesquisa, submetendo-se previamente a processo de formalização instituída através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado um instrumento de pesquisa do tipo formulário estruturado com questões objetivas e subjetivas (Apêndice B). Conforme Gil (2007), o formulário constitui uma técnica de coleta de dados que se situa entre o questionário e a entrevista, tendo como base questões apresentadas por escrito às pessoas, mas formuladas oralmente pelo pesquisador.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2010. A ordem para coleta de dados obedeceu às seguintes etapas:

- a) Escolha das UBS que possuem o maior número de pacientes com hanseníase na comunidade.
- b) Contactar os(as) enfermeiros(as) das UBS informando o propósito da pesquisa, e sua importância da participação, garantia do anonimato e apresentação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
- c) Agendar a coleta de dados para um dia de demanda livre nas UBS, para não correr o risco de haver a falta de interesse do participante por falta de tempo.
- d) Colher assinatura no TCLE e iniciar a coleta de dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Logo após a coleta de dados, fez-se necessário analisar e interpretar os dados coletados, buscando tendências, padrões, relações e respostas ao problema proposto, confrontando os dados com o objetivo da pesquisa.

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 2007, p.168).

Conforme Marconi e Lakatos (2007), analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos.

Os dados quantitativos serão interpretados por meio de planilhas do Microsoft Excel e representados por gráficos e/ou tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

Considerando que o homem é um ser em busca do conhecimento e que, muitas vezes em busca dessa sabedoria incansável, ultrapassa os limites do que é certo ou errado, se fazem necessárias a ética, bioética e legislações específicas, que sirvam de norteadores para a resolutividade que se busca, ou seja, limites para sua própria busca, harmonia entre os interesses individuais e coletivos (FONTENELE, 2003). Sendo assim, esta pesquisa segue a legislação e os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/1996 CNS/MS (FONTENELE, 2003) e a Resolução COFEN 311/2007 (COFEN, 2007) do Conselho Federal de Enfermagem.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, será apresentada a análise e discussão dos resultados do estudo realizado com enfermeiros(as) sobre a avaliação da assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase rompendo com o estigma e colaborando com a reinserção social. Foi aplicado um formulário referente à caracterização sócio-demográfica e a opinião dos colaboradores. Os dados foram analisados de forma quantitativa e serão apresentados através de estatística e visualizados por meio de gráficos.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Para caracterização da amostra dos 06 profissionais, utilizaram-se as variáveis: sexo, escolaridade (pós-graduação, Mestrado e Doutorado), tempo de formação, UBS no qual trabalha e tempo de atuação no programa de saúde da família UBS.

Caracterização Demográfica	Nº	F(%)
SEXO		
Masculino	3	50%
Feminino	3	50%
ESCOLARIDADE		
Pós-Graduação	4	67%
Mestrado	0	0%
Doutorado	0	0%
TEMPO DE FORMAÇÃO		
< De um ano	3	30%
Entre 1a 2 anos	2	20%
> De dois anos	4	40%

Quadro 1 Distribuição dos profissionais de acordo com o sexo, escolaridade e tempo de formação, Mossoró-RN.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Como mostra o quadro acima dos 06 entrevistados, 03 são do sexo feminino (50%) e 03 (50%) do sexo masculino. Ainda conforme pesquisa, foi verificado que dos entrevistados 67% dos enfermeiros(as) das UBS possuem especializações em diversos campos da área de saúde, sendo a preferência por Saúde Pública e Saúde da Família, especializações que refletem a preocupação dos profissionais em buscar atualizar sua prática profissional, visando a contribuir para melhorar a saúde do seu paciente, objetivando um saber científico que

subsidiar a prática assistencial. Qualificação esta que reflete diretamente no atendimento ao nosso cliente final, os pacientes.

Nesta pesquisa foi observado que dos enfermeiros(as) entrevistados, 100% possuem mais de 02 anos de formados, evidenciando a experiência dos mesmos no cuidados dos pacientes em UBS.

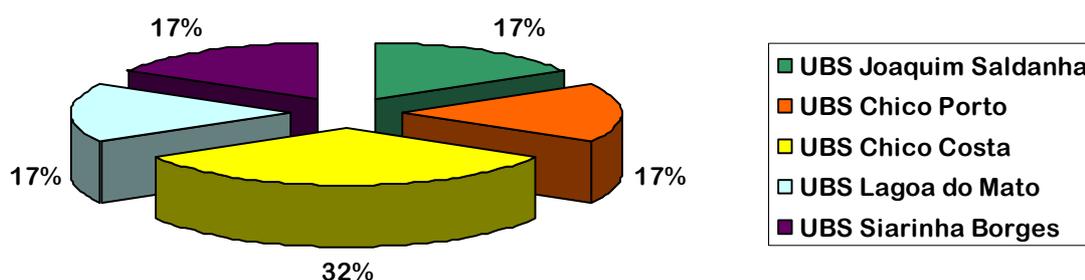


GRÁFICO 5.1. Distribuição dos enfermeiros(as) conforme Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Conforme foi dito, a pesquisa foi realizada nas seguintes UBS da zona norte do Município de Mossoró-RN, sendo representado da seguinte forma: UBS Chico Costa, localizada no bairro Santo Antonio, representou 32%; UBS Ildone Cavalcante, localizada no bairro Barrocas, representou 17%; UBS Siarinha Borges, localizada no bairro Bom Jardim, representou 17%; UBS Joaquim Saldanha, localizada no bairro Estrada da Raiz, 17% ; UBS Jose Fernandes, localizada no bairro Lagoa do Mato, 17%; UBS Chico Costa, localizada no bairro Aeroporto, 17%. Tais unidades foram escolhidas por serem as UBS com maior quantidade de casos notificados, conforme dados da Vigilância Epidemiológica de Mossoró-RN.

Segundo Souza (2009) a zona norte de Mossoró (RN) concentra a maior prevalência da doença, justificada por ser a mais antiga da cidade, apresentando alta densidade demográfica, predomínio de população carente e precário saneamento básico. Os fatores socioeconômicos e ambientais predominantes nessa região, como casas pequenas, geminadas, muitas de taipa, sem banheiro, com muitas vilas e presença de favelas, parecem contribuir para o surgimento e a disseminação da doença nessa área e sua alta incidência.

TEMPO DE ATUAÇÃO EM UBS		
MENOS DE 01 ANO	1 A 2 ANOS	MAIS DE 02 ANOS
0	0	06
0	0	100%

Quadro 2 Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS), Mossoró-RN.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesta pesquisa foi observado que dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as), 100% possuem mais de 02 anos de trabalho nas UBS. O tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde influencia diretamente nas ações desenvolvidas nessa área, pois o enfermeiro(a) tem um conhecimento maior da população e suas dificuldades, conseguindo assim desenvolver ações de vigilância à saúde e trabalhar na integralidade a promoção da saúde, prevenindo e tratando doenças, além de minimizar sofrimentos que possam comprometer o estilo de vida do paciente.

5.2 DADOS REFERENTES AO OBJETIVO DO ESTUDO



GRÁFICO 5.2. Resposta dos enfermeiros(as) conforme conhecimento do processo fisiopatológico da Hanseníase.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

De acordo com a pesquisa realizada, pode-se constatar através do gráfico 5.2, que dos 06 entrevistados, 83% responderam que conhecem o processo fisiopatológico da hanseníase e somente 17% afirmam que conhecem um pouco este mesmo processo.

Para melhor compreensão e implantação da assistência de enfermagem aos pacientes com hanseníase se faz necessário o conhecimento dos enfermeiros (as) quanto ao processo

fisiopatológico da hanseníase. Pois quanto maior for o conhecimento sobre a hanseníase, melhor será a assistência aos pacientes.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, intracelular obrigatória, causada pela micobacteria *Mycobacterium leprae* (M. leprae), também conhecida como bacilo de Hansen (BH) que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, tornando-se altamente incapacitante. A transmissão se dá pelas vias aéreas superiores através de espirros, tosse e secreções nasais, pela pele e por meios de soluções de continuidade (HINRICHSEN, 2005).

Trata-se de uma patologia endêmica no Brasil, onde se registram em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidade I e II. O diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes e a seus familiares como também à sociedade.

Para tanto, é necessário que a enfermagem esteja preparada e seja conhecedora do processo fisiopatológico da hanseníase.

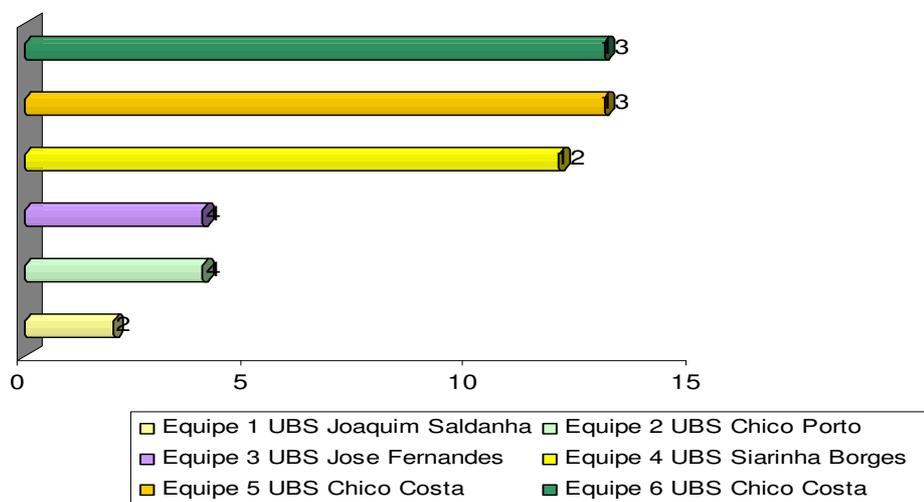


GRÁFICO 5.3. Distribuição dos pacientes em tratamento por equipes nas UBS.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

De acordo com o gráfico 5.3 podemos observar a quantidade de pacientes por equipes nas UBS. A equipe 1 da UBS Joaquim Saldanha possui no momento 02 pacientes em tratamento, na equipe 2 da UBS Chico Porto, 04; na equipe 3 UBS Jose Fernandes, 04; na Equipe 4 UBS Siarinha Borges, 12; nas equipes 5 e 6 lotadas na UBS Chico Costa existem 13 pacientes cada equipe em tratamento de Hanseníase.

Tais dados revelam a incidência de casos de hanseníase em Mossoró-RN, Dias (2005) informa que em 2004 o IBGE estimava uma população de 222.587 habitantes no Município de Mossoró, sendo que nela foi registrado o diagnóstico de 115 novos casos de hanseníase, o que corresponde ao coeficiente de detecção de 5,16 casos em cada 10.000 habitantes, considerado hiperendêmico pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

Ainda conforme Dias (2005), o Município de Mossoró destaca-se por ter um elevado coeficiente de detecção da doença, para se ter uma ideia dentre 1995 e 2004, Mossoró detectou 725 novos casos enquanto que Natal, com uma população quatro vezes maior, detectou apenas 520 casos, levando Mossoró a ser considerada uma das cidades prioritárias do Brasil para o combate à hanseníase, pelo Ministério da Saúde. Este elevado índice de detecção de casos se dá devido às grandes campanhas e buscas ativas para diagnóstico e tratamento realizadas em média a cada dois anos. Souza afirma ainda que se faz necessário expandir a busca de casos e aumentar a cobertura do programa de controle na cidade, a fim de diminuir a transmissão e a cadeia epidemiológica, num futuro próximo.

PROCEDIMENTO	RESPOSTAS
Protocolos de Assistência do Caderno Básico de Atenção à Saúde	06
Busca Ativa	06
Exame Físico e Dermatoneurológico	06
Encaminhamento à referência	06
Consulta mensal, dose supervisionada, distribuição da medicação	06
Prevenção das Incapacidades	06
Controle dos Comunicantes	06
Orientações	06

Tabela 1 Descrição de como é feito o Plano de Assistência de Enfermagem.

Fonte: Dados coletados da pesquisa, 2010.

Através da tabela 1 podemos verificar como é realizado o Plano de Assistência de Enfermagem aos pacientes com hanseníase, 100% dos enfermeiros (as) entrevistados (as) citaram o atendimento baseado nos Protocolos de Assistência do Caderno Básico de Atenção

à Saúde do Ministério da Saúde, manuais destinados à prevenção, tratamento e reabilitação da hanseníase.

Conforme Brasil (2008), os manuais são guias de orientações para os profissionais que atuam na atenção básica, que dão suporte e conhecimentos atualizados para o atendimento efetivo do paciente de hanseníase e o desenvolvimento das demais ações necessárias à eliminação da doença como problema de saúde pública do Brasil. Os manuais colaboram como apoio a consultas sobre condutas ou procedimentos durante o atendimento; estudo individual ou coletivo da equipe de saúde e dos gerentes; treinamento para os profissionais; organização da assistência; estruturação do serviço, suporte para educação em saúde para o paciente, familiares e comunidades.

Os manuais têm o propósito de qualificar todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos, conversar com os pacientes e encaminhá-los para realização de exames, tratamento adequado e reabilitação quando necessário, além de fornecerem informações técnicas e condutas adequadas para tratamentos dos pacientes.

Os(as) enfermeiros (as) entrevistados(as) citam também a busca ativa, o exame físico e dermatoneurológico, encaminhamento à referência, a consulta mensal, a dose supervisionada, a prevenção de incapacidades, ao controle dos comunicantes e orientações ao paciente e a sociedade, como parte da assistência prestada pela enfermagem.

Todas as condutas citadas acima fazem parte do tratamento e assistência preconizada pelo manual de assistência aos pacientes, que visam a qualificar os profissionais da área da saúde para dispensar cuidados adequados aos pacientes hanseníacos.

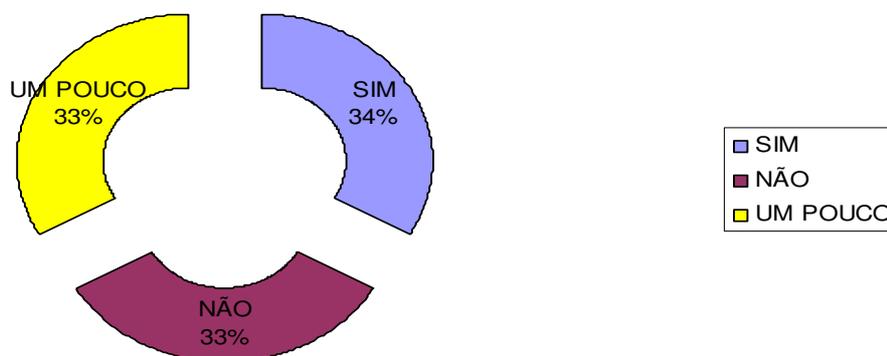


GRÁFICO 5.4. Resposta dos enfermeiros com relação à existência de dificuldades para implantação do Plano de Assistência de Enfermagem.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Ao analisar o gráfico 5.4 verificamos que quanto à existência de dificuldade para implantação do Plano de Assistência de Enfermagem aos pacientes com hanseníase 02 (33%) dos enfermeiros responderam que não existem dificuldades, 02 (33%) informaram que existe um pouco de dificuldade e 02 (34%) informaram que sim, existe dificuldade para implantação da assistência de enfermagem. As dificuldades encontradas são: falta de medicações, grande carga de trabalho dos enfermeiros(as) devido à necessidade de trabalhar com outros programas de saúde na atenção básica de saúde, dificuldades para conscientização dos pacientes quanto à importância da continuidade do tratamento e das doses supervisionadas e negligência de alguns profissionais de saúde em aderir ao programa.

Ressalta-se que a atenção básica de saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo assim, é dever da equipe de saúde promover a busca ativa das patologias e desenvolver práticas participativas e comuns a todos.

A atenção básica de saúde tem com Estratégia Saúde da Família (ESF), programa que visa a aproximar a comunidade e a equipe de saúde, humanizando o atendimento e contribuindo para a promoção da saúde, em uma postura pró-ativa, frente aos problemas de saúde e doença da comunidade. Sendo assim, são oferecidos os seguintes programas: Saúde da Família, da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Idoso, Controle da Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão Arterial, Obesidade, DST/AIDS e Educação em saúde (BRASIL, 2008).

Verificamos que existe uma área de ação abrangente para a ESF e a carga de trabalho dos enfermeiros é extensa devido à necessidade de desenvolver todos os programas, porém é necessário saber que não existe somente o enfermeiro(a) para manutenção da ESF, e sim, uma equipe multidisciplinar, onde todos devem estar comprometidos com os alicerces da saúde da família. Faz-se necessário dividir a carga de trabalho dos ESF, para que assim todos os programas, inclusive o de hanseníase, possam ser desenvolvidos de forma eficaz e eficiente. O programa de Hanseníase não pode ser responsabilidade somente do enfermeiro(a), mas da equipe enquanto unidade de trabalho.

É necessário que todos os profissionais da equipe de saúde se comprometam com a assistência e possuam uma postura pró-ativa, não podendo haver descaso nem tão pouco negligência por parte da equipe de saúde no atendimento aos usuários.

Outro fator negativo é a falta de medicações para tratamento dos pacientes hansenícos, assim como a dificuldade em conscientizar os pacientes quanto à importância da

continuidade do tratamento. Tais dificuldades contribuem para o abandono do tratamento e o descaso com os pacientes, como poderemos erradicar a hanseníase com a escassez das medicações? Para que haja aderência e resultado do tratamento, devemos contar com a cooperação dos setores administrativos e poderes públicos no tocante à provisão de suprimentos medicamentosos.

DIFICULDADES ENCONTRADAS	RESPOSTAS
Falta de medicações	02
Grande carga de trabalho dos enfermeiros	02
Dificuldade para conscientização dos pacientes quanto à importância da continuidade do tratamento	01
Negligência de alguns profissionais da equipe em aderir ao plano de assistência	01

Tabela 2 Descrição das dificuldades para implantação do Plano de Assistência de Enfermagem

Fonte: Dados coletados da pesquisa, 2010.

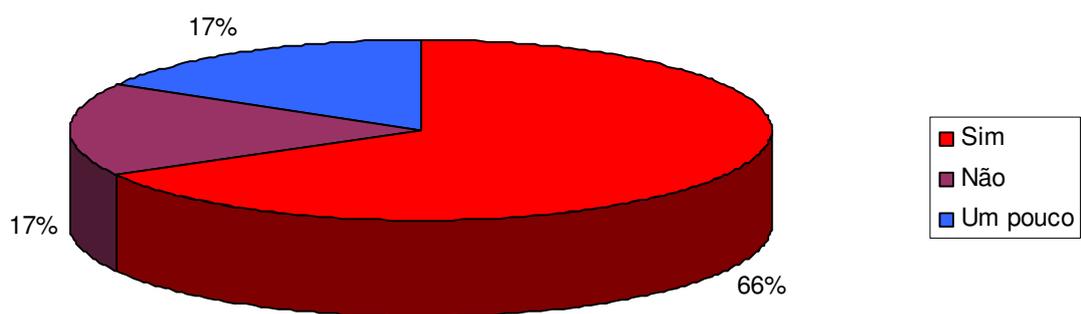


GRÁFICO 5.5. Resposta dos enfermeiros a respeito do preconceito da sociedade com relação aos pacientes hansênicos.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Com relação ao preconceito, podemos verificar, conforme gráfico 5.5, que 66% dos enfermeiros(as) afirmam que existe preconceito por parte da sociedade para com os pacientes hansênicos, 17% afirmam que somente um pouco e 17% afirmam que não existe preconceito.

Ressalta-se que o preconceito advém da imagem errônea da "lepra bíblica", castigo divino, vinculada ao sinônimo de vício, hediondez, sujeira, impureza e desonra.

Baialardi (2007) informa que a hanseníase é uma doença milenar que traz consigo um histórico de preconceito, discriminação e exclusão social. Por muitos anos, em decorrência de seu histórico, os pacientes hansênicos foram rejeitados pela sociedade, familiares e amigos, condenados assim a viver em situação de privação e rejeição, perdendo contato com a sociedade. O estigma se faz presente desde os primórdios da humanidade e continua no imaginário das pessoas, embora a hanseníase tenha cura, o estigma e o preconceito ainda caminham juntos, dificultando o tratamento e o enfrentamento da doença por parte dos pacientes, trazendo-lhes sérias repercussões em sua vida pessoal e profissional.

Nos dias atuais, a hanseníase é tida ainda como impura não apenas porque fere a imagem e semelhança de Deus ou porque demonstra a fragilidade do ser humano, mas porque toca em duas questões muito caras à sociedade moderna: a aparência estética e a produtividade. Fatores determinantes no mundo atual, onde a aparência estética determina a convivência entre a sociedade, círculo social e relacionamentos sexuais e a produtividade interfere na capacidade física para desempenho das funções para o trabalho.

Por causa disso, o doente é afetado também como ser social, uma vez que suas relações sociais também são prejudicadas. As pessoas com quem convive, tanto na família quanto no trabalho, tendem a isolá-lo, tornando-o marginalizado e inoperante na sociedade.

O gráfico acima corrobora a pesquisa quando dos 100% dos entrevistados, 66% afirmam que ainda existe o preconceito dentro da sociedade.

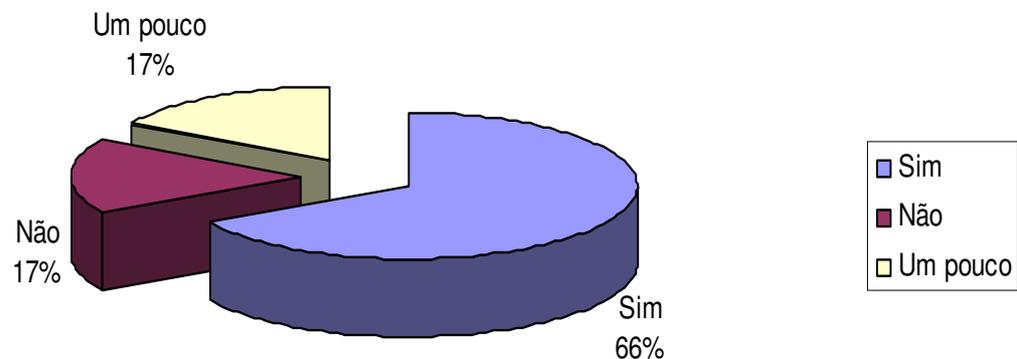


GRÁFICO 5.6. Resposta dos enfermeiros a respeito da realização de ações educativas.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Conforme Brasil (2008) a educação em saúde é entendida como suporte para a compreensão do processo de adoecimento, da doença em si, sua aceitação e suas consequências na vida de cada paciente e trabalha como atividade informativa e comunicativa voltada para o público em geral, pacientes e profissionais de saúde, colaborando com a aceitação e aderência ao tratamento, obtendo assim maior percentual de cura.

Dos 100% dos entrevistados, 66% realizam campanhas educativas na comunidade, 17% não realizam nenhum tipo de educação e 17% afirmam que realiza um pouco de educação na comunidade.

Enfocamos que é atribuição do enfermeiro trabalhar a educação em saúde, assim como identificar sinais e sintomas da hanseníase e avaliar os casos suspeitos e encaminhados para a unidade de saúde, pois somente através da pró-ação e da educação em saúde poderemos quebrar a cadeia de marginalização dos pacientes pela falta de informação e medo dos conhecimentos antigos relacionados à associação da lepra à hanseníase.

Conforme refere Eidt (2004), há evidência de um despreparo dos profissionais de saúde em manejar a hanseníase e acolher os doentes, sendo necessário elaborar programas de educação continuada e promover treinamentos para os profissionais de saúde, para que, desta forma, contribuam para um melhor atendimento, diagnóstico precoce e tratamento adequado aos indivíduos portadores.

Faz parte ainda das atribuições dos enfermeiros (as) realizar consultas de enfermagem, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o acompanhamento dos casos em tratamento, contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe, quanto à prevenção, manejo do tratamento e ações de vigilância epidemiológica, desenvolver ações educativas de mobilização envolvendo a comunidade e equipamentos (BRASIL, 2008).

Acredita-se que é de fundamental importância oferecer na rede pública um trabalho com uma equipe de saúde, com abordagem interdisciplinar, que promova a educação em saúde para a população em geral e contribua de modo significativo para que estes sujeitos descubram seus valores como seres integrantes da sociedade, ajudando-os no seu processo de reintegração e reinserção social (BAIALARDI, 2007 p.36).

Sendo assim, é imprescindível e inerente ao enfermeiro trabalhar a educação em saúde com o intuito de promover a saúde tanto do paciente quanto da comunidade, contribuindo de modo significativo para que estas pessoas possam redescobrir seus valores como seres integrantes da sociedade, ajudando-os no seu processo de reintegração e reinserção social.

A tabela abaixo descreve as ações educativas descritas pelos enfermeiros(as) entrevistados(as) como realizadas na comunidade para a divulgação da hanseníase referindo sua forma de transmissão, controle e cura.

PROCEDIMENTO	RESPOSTAS
Palestras nas Microáreas e UBS	05
Orientações aos pacientes e aos comunicantes	05
Orientações nas igrejas, escolas e na rua	05
Divulgação nos Conselhos	05

Tabela 3 Descrição de como é realizada as ações educativas em saúde.

Fonte: Dados coletados da pesquisa, 2010.

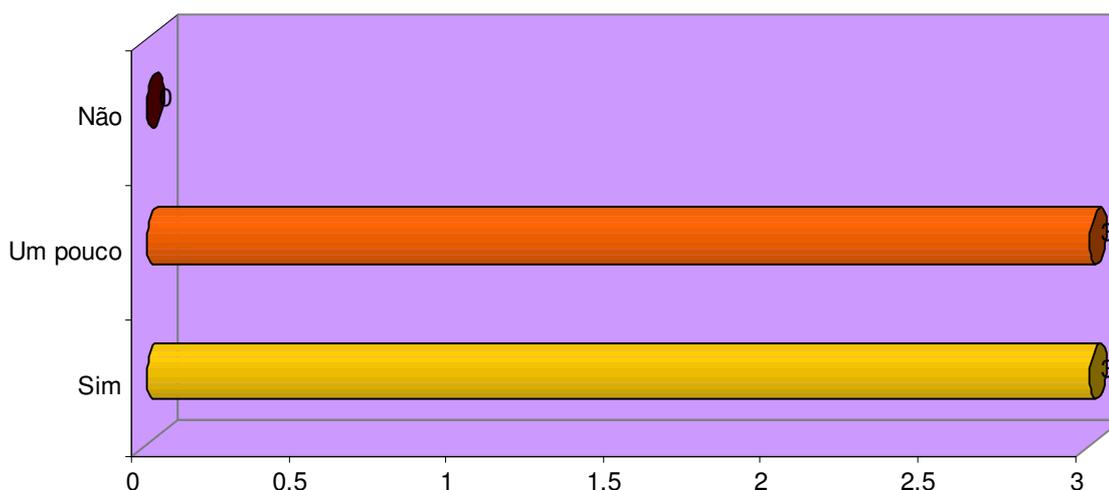


GRÁFICO 5.7. Resposta dos enfermeiros a respeito da aceitabilidade da população para com os pacientes hansênicos.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Após analisar o gráfico 5.7 podemos verificar que com relação à aceitabilidade da população para com os pacientes hansênicos, 50% dos entrevistados confirmam que existe sim aceitabilidade da população, outros 50% afirmam que existe um pouco. A aceitabilidade da comunidade com os pacientes com hanseníase é de extrema importância no tratamento dos pacientes, pois colabora com o rompimento do medo e da discriminação, dando suporte para o enfrentamento da doença, estimulando o acolhimento e o autocuidado.

Um paciente que sabe que haverá apoio da sociedade, comunidade, familiares e subsídio da equipe de saúde adere melhor ao tratamento, buscando sua cura. O adoecer se torna mais fácil, pois contará com ajuda da população, enfrentando o medo, a fragilidade e as representações negativas geradas pelo preconceito. Brasil (2008, p. 14) corrobora com tal informação quando diz que “informar a população, acolher e cuidar das pessoas com hanseníase, ajudá-las a lidar com o preconceito e estimulá-las na prática do autocuidado são caminhos que podem mudar o curso da doença no Brasil”.

Os grupos comunitários também são fundamentais na crítica à fragmentação e falhas da assistência e na ação política de combate ao estigma. No plano individual, eles reforçam a cidadania e a capacidade de interferir e modificar a realidade de cada sujeito (BRASIL, 2008 p. 16).

Sendo assim, faz-se necessária a educação em saúde, que representará a porta para compreensão de todos com relação à hanseníase, apoio aos doentes por parte dos familiares e da comunidade para o enfrentamento do medo e da discriminação.

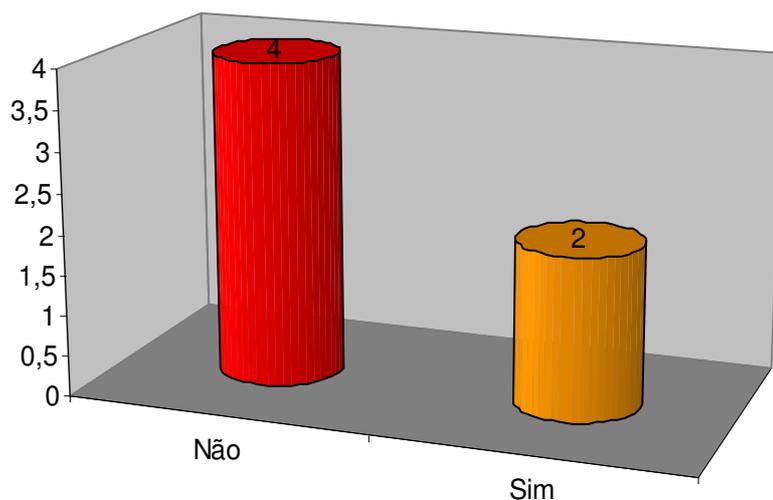


GRÁFICO 5.8. Resposta dos enfermeiros com relação a existir pacientes afastados pelo INSS.

Fonte: Pesquisa de campo, 2010.

Com relação à existência de pacientes afastados pelo INSS, 80% dos(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) informaram que não existem nas UBS pesquisadas pacientes afastados por incapacidades laborativas e 20% afirmaram que existem sim, pacientes afastados pelo INSS.

A hanseníase tem alto potencial incapacitante e acomete principalmente a pele e os nervos periféricos pelo seu tropismo especial pelas fibras nervosas. Um sinal característico da lepra é a perda da sensibilidade térmica, tátil e motora, se instalando em um ou vários nervos, além do aparecimento de pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos na pele (BRASIL, 2008; HINRICHSEN, 2005).

O termo mais usado para o comprometimento neural é a neurite, que significa inflamação do tecido nervoso, esse processo inflamatório é o mecanismo causador das deformidades e das incapacidades que atingem os pacientes hansênicos (BRASIL, 2008). Quando a hanseníase é descoberta no estágio inicial por meio de exames regulares e através do olhar diferencial dos profissionais de saúde, é possível identificar precocemente e tratá-la de forma adequada, prevenindo assim danos maiores aos pacientes. Danos estes como incapacidades e deformidades que o levarão à busca do INSS.

Prevenção e reabilitação são conceitos que estão ligados e cujo objetivo é proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora de sua condição física, socioeconômica, emocional e espiritual, presente no momento do diagnóstico da hanseníase.

Sendo assim, a reabilitação se caracteriza por medidas que visam a corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade (BRASIL, 2008).

É necessário lembrar que a prevenção das incapacidades é de responsabilidade da equipe de saúde e ocorre em decorrência de fatores operacionais que influenciam no atraso do diagnóstico, considerando-se o tempo decorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas até o momento em que a hanseníase é diagnosticada pelo médico. Borges (1987, p.01) corrobora com esta informação e diz que “as incapacidades físicas não são inevitáveis ou necessárias, na hanseníase, pelo contrário, sua presença indica deficiências no diagnóstico e tratamento”. Diz ainda que em um programa de estratégia de saúde bem aplicado no controle da hanseníase, praticamente nenhum paciente apresentará, no momento do diagnóstico, deformidades atribuíveis à falta de cuidados da atenção básica de saúde.

Ressalta ainda que o problema das deformidades e incapacidades causadas pela hanseníase agrava o preconceito e a discriminação, afetando o psicológico dos pacientes, que se veem com limitações no mercado de trabalho.

O problema da invalidez, causado pela Hanseníase, tem sido objeto de atenções particulares nos últimos anos porque além dos aspectos sociais e psicológicos enfrentados pelo paciente, as incapacidades podem causar limitações no trabalho, incidindo na fase produtiva do indivíduo (BORGES 1987, p. 1).

Avaliando o gráfico acima pudemos constatar que 80% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que não existem nas UBS pesquisadas pacientes afastados pelo INSS o que nos leva a crer que a atenção básica de saúde está cumprindo seu papel na promoção e proteção à saúde, realizando prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Porém salientamos que 20% ainda é um índice alto para pacientes afastados por benefício, o que ressalta a importância da prevenção das incapacidades através de diagnósticos precoces.

RESPOSTAS		
NÃO	SIM	NÃO SABE
02	02	02
33%	33%	34%

Quadro 3 Distribuição das respostas quanto ao questionamento se existe ou existiu paciente que abandonou o trabalho e/ou estudo em decorrência da discriminação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Com relação ao questionamento se existe ou existiram pacientes que abandonaram o trabalho e/ou estudo em decorrência da discriminação, houve uma equivalência no percentual de respostas.

A discriminação dos pacientes hansênicos remonta aos tempos bíblicos, quando a hanseníase era chamada de Lepra e resulta do desconhecimento das pessoas com relação ao contágio. Muito do medo das pessoas advém da falta de informações e a todo um contexto histórico perturbador, onde os pacientes eram submetidos ao isolamento social, vivendo à margem da sociedade em decorrência das deformidades físicas.

As pessoas da sociedade refletem a cultura pregada do eu físico, da beleza incondicional, como diz Eidt (2000, p.124) “comumente, o ideal corporal de uma pessoa se ajusta aos padrões culturais prevalentes do que seja ou não uma aparência agradável. As pessoas reagem não apenas ao que dizemos e fazemos, mas também a nossa aparência”. Ou seja, a sociedade discrimina aquilo que não entende e que afeta ao que ela vê de imediato, a aparência física. “A aparência física desempenha um papel importante sobre como nos sentimos e como os outros reagem a nós. A aparência pessoal é importante em todos os aspectos das nossas vidas” (EIDT, 2000, p. 136).

Nenhuma moléstia tem sobrepujado a lepra, pelo tempo afora, como causa de infelicidade e de desajustamento. Moléstia que se manifesta de maneira duradoura na pele, alterando profundamente a face, de modo a prejudicar o que mais toca a vaidade humana, tornando o seu portador um indivíduo asqueroso e repugnante (MAURANO, 1944 apud EIDT, 2000 p.139).

Como vimos, a hanseníase atinge o calcanhar de Aquiles da sociedade, a aparência física, causando o desajuste com a sociedade gerando a discriminação, a reclusão social e ao medo de se viver. Não é a doença que remete ao medo e sim aceitação ou não da sociedade, Eidt (2000) corrobora com tal idéia quando diz que nenhuma pessoa vive só, sem ser influenciada de forma positiva ou negativa pelos que a rodeiam, sendo assim o hanseniano entra nesse contexto, nessas regras sociais.

Diante do exposto é necessário que a enfermagem trabalhe da única forma possível: educação popular em saúde, para extinção da discriminação: informação, para inclusão social: persuasão. Devemos preparar a sociedade para a aceitabilidade dos pacientes e recuperação da sua dignidade.

AÇÕES PROPOSTAS	RESPOSTAS
Educação em Saúde	06
Roda de Conversas	01
Busca Ativa	02
Orientações aos familiares e à comunidade	06

Tabela 4 Descrição das ações propostas pela enfermagem para reabilitação do convívio em sociedade (reinserção social) dos pacientes com hanseníase.

Fonte: Dados coletados da pesquisa, 2010.

Conforme tabela acima as ações propostas pela enfermagem para reabilitação do convívio social do paciente tem como pilar a educação em saúde. Com ela podemos conscientizar a população com relação a seus medos e preconceitos, trabalharmos a aceitação do pacientes no seu âmbito domiciliar, sua autoestima, além de sensibilizarmos a sociedade, eliminando assim conceitos antigos e equivocados.

A educação para a saúde, em Hanseníase, deve ser dirigida também aos familiares e à sociedade em geral, esclarecendo-lhes sobre a doença, eliminando tabus e falsos conceitos a respeito da moléstia, pois o meio social tem influência na atitude pessoal do paciente para com sua enfermidade (EIDT 2000, p.204).

Conforme Yamanouchi et al. (1993), existe o preconceito latente, na sociedade, em relação à Hanseníase e ao hanseniano, sendo necessário maior estímulo às campanhas de conscientização popular, a fim de que o hanseniano não seja mais discriminado e possa, assim, viver normalmente. Para estes autores, a Hanseníase, antes de ser um problema restrito à medicina, é um problema de caráter sociocultural.

De modo geral, a comunidade, através dos grupos sociais que a compõem, necessita estar informada das ações que lhe dizem respeito e ter garantida a participação nos serviços existentes, visando à garantia da saúde de seus membros. Com relação à hanseníase, faz-se necessário o esclarecimento das reais consequências da doença e, especialmente, de suas formas de prevenção, de modo a desmistificar seus aspectos perversos na visão da sociedade – tais como incurabilidade, mutilação, rejeição e exclusão social – e dar oportunidade aos cidadãos de uma reflexão sobre os conceitos envolvidos e as informações adequadas com relação à sintomatologia, diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 2001).

Eidt (2000) afirma que a educação é uma atividade necessária à existência humana, através de ações educativas, o meio social exerce influência sobre as pessoas e elas, ao assimilarem e recriarem essas influências, transformam o meio social estabelecendo vínculos e rompendo conceitos errôneos e estigmatizantes.

A mudança do termo “lepra” para “hanseníase”, por ocasião da reconstrução do Ministério da Saúde, em meados de 1974, teve como propósito minimizar a importância do problema e “tem contribuído para diminuir o preconceito e o estigma que envolvem a doença. Trata-se, no entanto, de uma medida parcial, que, por si só, tem um alcance limitado se não for acompanhada por campanhas educativas (SIMÕES, 2005 p.11).

Sendo assim a educação é a fonte que transformará o saber coletivo, sendo um processo ativo, diário, crítico e transformador, que caberá a todos(as) os enfermeiros (as) e a equipe multidisciplinar executar, não somente transmitindo as informações, mas sim, conscientizando a sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos adquiridos nesta etapa do processo ensino-aprendizado foram muitos e cada um com seu significado especial. Cada questão aqui abordada envolveu vários momentos de reflexão e promoveu o amadurecimento e crescimento pessoal e profissional.

O presente estudo teve como enfoque a identificação dos fatores que contribuem para o estigma e o preconceito com os pacientes hansênicos e como a assistência de enfermagem pode contribuir para quebra destes conceitos, trabalhando a reinserção social.

Para identificação das questões norteadoras deste processo de aprendizado foi realizado um resgate histórico da doença desde os primeiros registros até a situação da doença no mundo, mostrando o aparecimento da hanseníase no Brasil, sua evolução, tratamento e assistência de enfermagem, dando ênfase ao início do processo discriminatório, marginalização da população hansênica e à exclusão social.

Percebemos que o processo discriminatório está associado à lembrança da hanseníase como lepra, doença bíblica considerada como impureza do espírito que devido à falta de conhecimento e informações corretas por parte da comunidade científica e população da época, tendo como consequência o medo, estigma e exclusão social.

Tal medo e rejeição conforme pesquisa realizada iniciou-se pela falta de conhecimento por parte da sociedade dos fatores que desencadeiam os sintomas, enraizando-se em nosso imaginário como uma doença transmissível, mutilante e incapacitante que deforma o corpo afetando a aparência física dos pacientes.

Após a pesquisa foi verificado que 100% dos enfermeiros(as) entrevistados(as) conhecem o processo fisiopatológico da hanseníase, 100% utilizam os manuais do Ministério da Saúde como padrão para a assistência de enfermagem, 33% dos enfermeiros relataram dificuldades para implantação do Plano de Assistência de Enfermagem, sendo os principais: a falta de medicações, grande carga de trabalho dos enfermeiros, dificuldades para conscientização dos pacientes quanto à importância da continuidade do tratamento e a negligência de alguns profissionais de saúde em aderir ao programa.

Em relação à questão do preconceito e discriminação dos pacientes pela sociedade, 66% dos entrevistados confirmaram o preconceito e associaram o mesmo à imagem errônea e antiga da lepra bíblica, contagiosa e que deforma o corpo dos pacientes. Os entrevistados confirmaram que a hanseníase nos dias atuais é temida por atingir o calcanhar de Aquiles da sociedade, a aparência física, causando assim o desajuste e a reclusão social.

Em relação às ações educativas, 83% dos entrevistados realizam algum tipo de ação para promover a educação em saúde, sendo os procedimentos mais usados a educação saúde popular, realizada nas UBS, igrejas, escolas e divulgadas nos Conselhos Municipais.

Nesse contexto percebemos que para a enfermagem alcançar a meta de desmistificar e proporcionar a reinserção social dos pacientes devemos atuar na educação popular em saúde como fonte de aprendizado e quebra de preconceitos trabalhando não somente os pacientes, mas também à sociedade, familiares e a equipe multidisciplinar.

A educação é a fonte transformadora do saber coletivo, sendo um processo ativo, diário, crítico e transformador, que cabe a todos os enfermeiros (as) e a equipe multidisciplinar executar, não somente transmitindo as informações, mas sim, conscientizando a sociedade.

A assistência de enfermagem só atuará de forma transformadora e eficaz na reinserção social dos pacientes quando pudermos romper com o conceito antigo da lepra, trabalhando a aceitabilidade da população, mostrando que a hanseníase é tratável e curável.

Como acadêmica de Enfermagem na fase de conclusão de curso, foi importante ter vivenciado essa experiência, tendo em vista a ampliação dos conhecimentos e a percepção do que seja a realidade dos pacientes diante de uma patologia tão complexa, gerando assim um enriquecimento de conhecimento sobre a hanseníase.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ANDRADE, V. L. G., **EVOLUÇÃO DA HANSENÍASE NO BRASIL E PERSPECTIVAS PARA SUA ELIMINAÇÃO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**. 1996. 198 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/teses/ANDRADE_VERA/PDF/ANDRADE_VERA.pdf
Acesso em 10 set. 2010.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Vol36, n. 3. Uberaba: 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>> Acesso em 28 Mar. 2010.

BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Revista em Saúde e Sociedade**. [online]. 2007, vol.32, n.1, pp. 27-36. ISSN 1982-5161. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198251612007000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 02 Mar. 2010.

BORENSTEIN, M.S., et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008; 61(esp): 708-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

BORGES, E. et al. Determinação do grau de incapacidade em hansenianos não tratados. **Cad. Saúde Pública**. vol.3 n.3 Rio de Janeiro Jul. /Set. 1987. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1987000300005&script=sci_arttext&tling=en>. Acesso em: 24 Mar. 2010.

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

_____. **Caderno de Atenção Básica- Vigilância em Saúde**, nº 21. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 2001. Departamento de Atenção Básica. Área de Técnica de Dermatologia Sanitária.

_____. **Manual de prevenção de incapacidade/Ministério da Saúde.** Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3. Ed., rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 140 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de prevenção e reabilitação em Hanseníase; n.1).

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2010.

CAVALIERE, I., RAIMUNDO, D. R. do. Da “lepra à hanseníase: História dos que sentiram essa transformação. In: VII Encontro Regional de História Oral, 2007, Rio de Janeiro. **VII Encontro Regional de História Oral - Memória e Política.** Rio de Janeiro: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ehosudeste/templates/htm/viiencontro/textosIntegra/IvoneteCavaliereeeDileneRaimundo.pdf>. Acesso em 01 Out. 2010.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Rev. Ciênc. saúde coletiva** vol.7 n.2 São Paulo: 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200004> Acesso em: 02 Ago.20 10.

CUNHA, A. Z. S., Hanseníase: a história de um problema de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, vol.13 no.2 São Paulo: 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200008&script=sci_arttext > Acesso em: 02 Ago. 2010.

DIAS G. H. et al. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica – SIG.**Revista da Sociedade Brasileira de Dermatologia**, 2005, 80 p.

DUARTE, M. T. C.et al. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto – enferm.** vol. 18 n°. 1 Florianópolis Jan./Mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 12 Set. 2010.

EIDT, M. L. 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. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.02, p. 76-88, maio-ago 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200008&script=sci_arttext > Acesso em 02 Ago. 2010.

EIDT, M. L. **O MUNDO DA VIDA DO SER HANSENIANO: SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, julho de 2000.

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

FONTENELE J. K. **Pesquisa em Saúde: ética, bioética e legislação**. Goiânia: AB, 2003.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos, **An Bras Dermatol**, 1999. Disponível em: < <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=299> > Acesso em 28 Mar. 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HINRICHSEN, S. L. **DIP- Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDONÇA, C. O. L. **Subsídios para a Realização da Pesquisa Científica e de Trabalhos Acadêmicos**. João Pessoa: Cmendo, 2006.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. Ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MONTEIRO, Y. N., 1987. Hanseníase: História e poder no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, 12:1-7. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/index.php/hi/article/view/738/735>> Acesso em: 02 Ago. 2010.

MONTEIRO,R.F. Hanseníase e mundo da vida: as diferentes facetas de um estigma milenar. **Revista ECO-PÓS-** v.10, n.1, janeiro-julho 2007, pp.120-147. Disponível em: <http://www.pos.eco.ufrj.br/ojs-2.2.2/index.php/revista/article/viewArticle/70>> Acesso em: 01 Out. 2010.

MORENO, C. M. C. et al. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 61 nº. spe. Brasília, Nov.2008, pp 671-675.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.3 nº.1 Ribeirão Preto Jan. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691995000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 12 Set. 2010.

RADIS comunicação em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, nº 68, abril 2008. 19 p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SIMÕES M. J. S. , DELELLO D. Estudo do Comportamento Social dos Pacientes de Hanseníase do Município de São Carlos – SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1, p.10-15, dez.2005. Disponível em : <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Hansen%EDase.pdf>> Acesso em 01 Out. 2010.

SIQUEIRA, N. **A importância da assistência de enfermagem ao portador de hanseníase** , 2008. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/articles/7672/1/a-importancia-da-assistencia-de-enfermagem-ao-portador-de-hanseniase/pagina1.html>>. Acesso em: 19 Mai. 2010.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, Ribeirão Preto, vol. 30, pp. 325-334, jul./set. 1997. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseniase_formas_clinicas_diagnostico_diferencial..pdf > acesso em: 17 Ago. 2010.

SOUZA, F. C. M. **POSSÍVEIS INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS E AMBIENTAIS E SUAS RELAÇÕES COM A MAIOR CONCENTRAÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE NA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**. 2009. 21p. Trabalho apresentado à disciplina de Metodologia da Pesquisa Científica- Faculdades Integradas de Patos-RN, Mossoró-RN.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev. bras. enferm**. 2008, vol.61, n.spe, pp. 682-688.

VIEIRA, V. B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arq Ciênc Saúde** 2004 abr-jun;11(2):X-X. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac05%20-%20id%2013.pdf> Acesso em 12 Set. 2010.

YAMANOUCHI, Ana Azussa et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. In: **Anais Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, (6), p.396-404, 1993. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=140984&indexSearch=ID>> Acesso em: 24 Out. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se de **Assistência de enfermagem na Hanseníase: rompendo estigmas e colaborando com a reinserção social**. Está sendo desenvolvida por Lívia Maria Carrascosa dos Santos Caldonho, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa.

A mesma apresenta os seguintes objetivos: analisar a assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase para romper estigmas e colaborar com a reinserção social; caracterizar a situação profissional dos enfermeiros entrevistados; analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre hanseníase; identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as ações educativas na reabilitação e na reinserção social dos portadores; identificar na opinião dos enfermeiros entrevistados as dificuldades para implantação do plano de assistência da enfermagem na hanseníase.

A justificativa desta pesquisa é aprimorar os conhecimentos e contribuir na construção de novas idéias que ajudem na percepção do ser, chamando atenção dos profissionais de saúde para importância de trabalhar melhor o tema em questão - a reinserção social dos portadores de hanseníase.

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, como também 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 nenhum risco aparente, aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário, onde o senhor (a) responderá a algumas perguntas, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente, aos participantes, por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

As pesquisadoras 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, _____, RG: _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia deste documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/2010.

Professora Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa
Pesquisadora Responsável

Lívia Maria Carrascosa dos Santos Caldonho
Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa

¹Endereço da pesquisadora responsável:

Av. Presidente Dutra, nº 701 Alto de São Manuel Mossoró-RN Fone: (84) 3312-0143

Email: carlapedrosa@facenemossoro.com.br

²Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP Rua Frei Galvão, 12, Gramame-João Pessoa-PB. Fone: (83) 2106-4792

Email: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - FORMULÁRIO**I DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: ()M ()F.

Escolaridade: () Pós-Graduação_____

() Mestrado_____

() Doutorado_____

Quanto tempo de formado: () menos de 1 ano () 1 a 2 anos () mais de 2 anos

UBS em que trabalha: _____

Trabalha a quanto tempo nesta UBS: () menos de 1 ano () 1 a 2 anos () mais de 2 anos.

II DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS DO TRABALHO

01- Você conhece o processo fisiopatológico da Hanseníase?

() Sim () Não () Um pouco

02- Quantos pacientes em tratamento de Hanseníase você possui na UBS?

03- Como é feito o plano de assistência de enfermagem?

04- Existem dificuldades para implantação do plano de assistência de enfermagem?

() Não () Sim () Um pouco

- Se sim, cite algumas:

05- Você enquanto profissional da área de saúde acha que existe preconceito da sociedade com relação aos pacientes hansênicos?

Não Sim Um pouco

06- São feitas ações educativas para compreensão da hanseníase dentro da comunidade?

Não Sim Um pouco

- Se sim, cite como é realizada a educação em saúde:

07- Existe aceitabilidade da população para com os pacientes Hansênicos?

Sim Não Um pouco

08- Por ser uma patologia incapacitante existe nesta UBS pacientes afastados pelo INSS?

Não Sim

09- Existe ou existiu algum paciente que abandonou o trabalho e/ou estudo em decorrência da discriminação?

Não Sim

10- Quais são as ações propostas pela enfermagem para reabilitação do convívio em sociedade (reinserção social) dos pacientes com hanseníase?

ANEXOS