

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CAMPUS VII – CODÓ/MA
CURSO DE LICENCIATURA INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
NATURAIS/BIOLOGIA**

RAYSA SOUSA TORRES

HANSENÍASE: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE CODÓ-MA

CODÓ

2022

RAYSA SOUSA TORRES

HANSENÍASE: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE CODÓ-MA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciada em Ciências Naturais/Biologia, da Universidade Federal do Maranhão, Campus de Codó - MA.

Orientador: Prof. Dr. Dilmar Kistemacher

CODÓ

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sousa Torres, Raysa.

Hanseníase: Um estudo no município de Codó-MA / Raysa
Sousa Torres. - 2021.

34 f.

Orientador(a): Dilmar Kistemacher.

Curso de Ciências Naturais - Biologia, Universidade
Federal do Maranhão, Codó, 2021.

1. Epidemiologia. 2. Prevenção. 3. Saúde pública.
I. Kistemacher, Dilmar. II. Título.

RAYSA SOUSA TORRES

HANSENÍASE: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE CODÓ-MA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciada em Ciências Naturais/Biologia, da Universidade Federal do Maranhão, Campus de Codó - MA.

Orientador: Prof. Dr. Dilmar Kistemacher

Aprovada em:31/01/2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Dilmar Kistemacher - orientador
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/Codó

Profa. Dra. Camila Campêlo de Sousa - examinadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/Codó

Profa. Dra. Joelma Soares da Silva- examinadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/Codó

AGREDECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pela coragem em frente aos obstáculos e objetivos;

Aos meus pais pela educação e pelo incentivo à busca do conhecimento;

Ao meu filho, luz dos meus dias. Ao vê-lo nascer, não nasceu somente um filho, renasceu uma mulher;

Aos meus irmãos pelo apoio e incentivo incondicional. Família é um bem intocável e certeza de quem nunca soltará minhas mãos;

À minha irmã Rayane Torres, pela revisão do TCC e pelo apoio incondicional.

Ao professor José Augusto Medeiros Silva, pelo incentivo e pela contribuição científica de um Mestre em Educação.

Ao meu professor orientador Dr. Dilmar Kistemacher, pelo empenho, apoio e contribuição científica assertiva.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, cujo o agente *Mycobacterium leprae* ou bacilo de hans, é o agente etiológico, um parasito intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, tendo sua principal forma de transmissão via respiratória. Assim, a pesquisa teve como objetivo analisar os índices da hanseníase no município de Codó no período de 2017 a 2019. A importância deste estudo está ligada ao crescimento de casos de hanseníase no município de Codó. Para a redução dos casos, ressalta-se a necessidade de intensificação das ações de educação em saúde, com a finalidade de realizar a identificação, o encaminhamento e diagnóstico precoce. Os resultados do estudo enfatizam o quanto é importante fazer um diagnóstico precoce para evitar sequelas que prejudicam o cotidiano dos pacientes.

Palavras-chave: Tratamento. Epidemiologia. Saúde pública. Prevenção.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease, whose agent *Mycobacterium leprae* or Hans bacillus is the etiologic agent, an obligate intracellular parasite, with affinity for skin cells and peripheral nerve cells, having its main form of transmission via the respiratory route. Thus, the research aimed to analyze the leprosy rates in the municipality of Codó from 2017 to 2019. The importance of this study is linked to the growth of leprosy cases in the municipality of Codó. In order to reduce cases, the need to intensify health education actions is highlighted, with the purpose of carrying out the identification, referral and early diagnosis. The study results emphasize how important it is to make an early diagnosis to avoid sequelae that affect the daily lives of patients.

Keywords: Treatment.Epidemiology.Public health.Prevention.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Frequência por Faixa Etária HANS Segundo ano Diagnóstico-Hanseníase SINAN NET	27
TABELA 2 - Frequência por Sexo Segundo ano Diagnóstico-Hanseníase SINAN NET	27
TABELA 3 - Frequência por Sexo Segundo ano Diagnóstico-Hanseníase SINAN NET	28
TABELA 4 - Frequência por Sexo Segundo ano Diagnóstico-Hanseníase SINAN NET	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. HANSENÍASE: UM OLHAR HISTÓRICO E PEDAGÓGICO	11
2.1. A hanseníase na América.....	13
2.2. A hanseníase no Brasil	13
2.3. A hanseníase no Maranhão	14
2.4. A doença vista pela medicina	16
2.5. Os sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase	17
2.6. A importância de um diagnóstico correto.....	17
2.7. A transmissão da doença	19
2.8. O tratamento gratuito.....	19
2.9. Como prevenir a hanseníase	20
3. A HANSENÍASE EM CODÓ/MA: SAÚDE E EDUCAÇÃO PÚBLICAS	21
3.1. O Sistema Único de Saúde – SUS.....	21
3.1.1. Estratégia Saúde da Família – ESF.....	22
3.1.2. Programa Saúde na Escola -PSE.....	22
3.1.3. Agente Comunitário de Saúde -ACS	23
3.1.4. Janeiro Roxo.....	24
3.2. Educação em saúde	24
3.3. O município de Codó/MA	25
3.3.1. A hanseníase em Codó/MA.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença antiga, com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade. Desde a antiguidade tem sido considerada uma doença infectocontagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição e discriminação do doente e sua exclusão na sociedade. Durante muito tempo os doentes foram segregados, confinados e tratados em leprosários. Esses aspectos deram origem ao estigma da doença e ao preconceito contra o doente (BRASIL, 2003,P.15).

Importante lembrar que o avanço das pesquisas conduzidas por Gerhard Henrick Armauer Hansen - médico bacteriologista e dermatologista norueguês, conhecido por identificar o *Mycobacterium leprae* como o agente causador da lepra em 1873 (ARAUJO,2003). O *M. leprae* ou bacilo de Hansen, é o agente etiológico da hanseníase, um parasito intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa, podendo se multiplicar (BRASIL, 2003).Embora o país tenha passado por uma intensa modificação nos seus programas e estratégias de combate à hanseníase nos últimos anos, a doença permanece como um problema de saúde pública, sendo o tratamento precoce a forma mais efetiva para o combate da doença, interrompendo a cadeia do bacilo de transmissão (BORBA, 2020). Neste quesito, o Programa Nacional no Controle da Hanseníase (PNCH) desenvolve um conjunto de ações que visam orientar os profissionais da saúde, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da Hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores da doença.

O Programa Nacional no Controle da Hanseníase PNCH foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde estendida a toda rede de Atenção Básica oferecida nos municípios em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar. O tratamento é gratuito, que inclui a entrega de medicamentos, observação da administração da dose supervisionada mensal, avaliação da evolução das lesões e do comprometimento neural, orientação sobre técnicas de autocuidado e prevenção de deformidades e incapacidades (RIBEIRO et al., 2017).

As ações de controle da hanseníase, inclusas no Programa Nacional de Controle da hanseníase (PNCH), são realizadas por uma equipe multiprofissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e fisioterapeuta para que o hanseniano tenha um cuidado holístico visando todas as necessidades que a doença produz durante o

tratamento. No entanto essas ações não têm sido suficientes para a precocidade diagnóstica e terapêutica, sendo esta uma das principais barreiras para o controle da doença (RODRIGUES et al., 2015).

A importância deste estudo está ligada ao crescimento de casos de hanseníase no município de Codó. Para a redução dos casos, ressalta-se a necessidade de intensificação das ações de educação em saúde, com a finalidade de realizar a identificação, o encaminhamento e diagnóstico precoce, por meio de atividades desenvolvidas no ambiente escolar com ajuda de professores e profissionais de saúde, sensibilizando o aluno para que ele possa levar esse conhecimento aos pais e à comunidade em que ele está inserido.

Assim, a pesquisa teve como objetivo analisar os índices da hanseníase no município de Codó, tendo em vista o diagnóstico, a evolução, o tratamento e a importância do setor de Educação em Saúde no controle da hanseníase, compreendendo o período de 2017 a 2019.

Nesta direção, foi realizada uma pesquisa de campo junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Codó, estado do Maranhão, para realizar um levantamento e dados estatísticos sobre a doença, em especial o quantitativo de casos diagnosticados e tratados nos últimos anos; e, ainda, dados sobre o trabalho educativo desenvolvido no âmbito do programa, visando principalmente o diagnóstico precoce e a redução das incapacidades.

O trabalho educativo baseia-se em ações de prevenção tendo como público-alvo as crianças e os adolescentes, que são desenvolvidas por multiplicadores em saúde. Cabe registrar que o Programa se constitui como uma das estratégias para ampliar o acesso às informações e conhecimentos sobre a Hanseníase entre os estudantes e, por conseguinte, entre seus pais, no cenário familiar e nos espaços comunitários.

Como forma de atingir os objetivos propostos para este estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, tendo como base pesquisas ao site do Ministério da Saúde e nas bases de dados da Secretaria de Saúde de Codó.

2. HANSENÍASE: UM OLHAR HISTÓRICO

Existem diversas doenças que podem acometer o ser humano. Algumas são hereditárias, ou seja, transmitidas de pai para filho e outras são contraídas no ventre materno, as congênitas. Existem ainda aquelas que são adquiridas ao longo da vida. Muitas enfermidades são recentes e outras possuem registro na nossa história há séculos, como a hanseníase. O bacilo causador da doença, *M. leprae*, tem andado pelo mundo há muito tempo. Há relatos desta temida doença no século 6 a.C., sendo também conhecida como lepra ou mal de Lázaro (TALHARI et al.,2019)

Antigamente a enfermidade era associada ao pecado, à impureza, à desonra. Por falta de conhecimento específico e científico, a hanseníase era confundida com outras doenças, principalmente as de pele e as venéreas. “Daí o preconceito em relação ao seu portador: a transmissão da doença pressupunha um contato corporal, muitas vezes de natureza sexual e, portanto, pecaminoso” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ,2018)

No período medieval os sacerdotes tinham a missão de diagnosticar e tratar a doença, visto que se relacionava com uma fraqueza oriunda de pecados e devia ser combatida através de sacrifícios, purificações e rituais que incluíam desde a queima de objetos pessoais até o contato direto do doente com o que se julgava puro como um pássaro, a manjerona, a água ou a madeira de cedro. No Velho Testamento, parte dos escritos bíblicos, o rei Uzziah foi punido por Deus com a doença, por ter realizado uma cerimônia exclusiva aos sacerdotes. Mesmo sendo rei, teve que ir morar numa casa isolada e não foi enterrado no cemitério dos soberanos. Já no Novo Testamento, é marcante o episódio em que Cristo cura um leproso (Chouraqui, 1978).

A origem da hanseníase não é fácil de ser definida. Sabe-se que, na época em que Cristo viveu, conforme citação bíblica havia casos de hanseníase. No Antigo Testamento, em Levítico, capítulo 13, encontra-se toda uma orientação sobre a doença, seus sinais para identificação e cuidados em relação aos doentes, mas dificilmente pode-se comprovar que se tratava de hanseníase. É possível que se tratasse de manchas dermatológicas de outra etiologia, ou, como observa Garmus:

Os casos aqui elencados (na Bíblia), sob o termo genérico “lepra”, incluem também simples infecções da pele, ou até manchas na roupa ou em edifícios. A lepra, como outras doenças, é algo de anormal, e por isso ameaçador, que se opõe à saúde normal (Garmus,1983, p.136).

Quanto à Idade Média, o que se pensava e o que se sabia da Hanseníase pode ser encontrado apenas nas informações dos manuscritos deixados pelos médicos da época. Além destes manuscritos, a arte e a literatura também contribuíram para a identificação da doença. Estes médicos afirmavam que o maior problema, com relação ao número de casos, localizava-se no Egito (Frohn, 1933). Contudo, Koelbing contesta esta informação e diz que:

A lepra do antigo Egito, sobre a qual temos conhecimentos, não pode ser a mesma que a da atualidade; e nem a Lepra do Antigo Testamento pode ser identificada com a nossa” (Koelbing, 1972, p.30).

Durante a Idade Média, a hanseníase manteve um elevado número de casos, com prevalência na Europa e no Oriente Médio. O Concílio de Lyon ocorrido no ano 585 estabeleceu o isolamento da pessoa doente da população sadia, ou seja, eram segregadas. Nestes locais, entre outras medidas rigorosas, incluía-se a realização de um ofício religioso marcando a separação do doente de sua comunidade de origem. O doente era obrigado a usar uma vestimenta característica que o identificava como tal e, ainda, fazia-se soar uma sineta ou matraca para avisar aos sadios e, assim, evitar a aproximação entre o doente e o sadio (BRASIL, 2003).

A partir do século XII, surgiram as primeiras ordens religiosas dedicadas a prestar assistência aos doentes de hanseníase, com a criação de asilos que chegaram a cerca de dezoito mil pessoas no continente europeu. O declínio da doença na Europa foi gradual, tendo início no século XVII. As principais causas da disseminação da doença eram o contágio, a hereditariedade, o clima e a alimentação inadequada. A hanseníase teria se tornada endêmica devido à associação de diversos fatores, tais como: as más condições de higiene, alimentação e moradia. Esses fatores tinham origem no rápido crescimento da população e sua concentração no confinado espaço das cidades, favorecendo o aparecimento e desenvolvimento de várias doenças, inclusive da hanseníase. Em meados de 1870 a doença tinha praticamente desaparecido de alguns países da Europa, tendo como principal causa a melhoria das condições socioeconômicas e de higiene (BRASIL, 2003).

Ao mesmo tempo com o desaparecimento na Europa, a endemia continuava na Ásia e África, tendo, também, começado no Novo Mundo, a partir das conquistas espanholas e portuguesas nas Américas, que se deram a partir da exploração escravagista e tráfico de populações africanas. Durante a colonização da América Latina a incidência da doença passou gradativamente a uma nova área endêmica.

2.1. A hanseníase na América

A hanseníase deve ter chegado à América entre os séculos XVI e XVII com os colonizadores, pois não há evidências da existência da moléstia entre as tribos indígenas do Novo Mundo (Opromolla, 1981 e 2000). Conforme dados do Serviço Nacional de Lepra (1960) e Opromolla (2000), nos Estados Unidos foram os franceses, fundadores do Estado de Louisiana, que trouxeram a doença. Na América do Sul ela veio, provavelmente, com os colonizadores espanhóis e portugueses, pois os primeiros doentes de hanseníase observados nas Colônias eram de origem espanhola. Segundo dados do Serviço Nacional de Lepra (1960), alguns autores atribuíram ao Mal de Hansen as figuras de mutilações encontradas em vasos da época pré-colombiana.

Parece que o maior fator de expansão da hanseníase nas Américas foi o tráfico de escravos. Foram os negros que introduziram a doença na América do Norte pela Flórida, mas os chineses a difundiram na costa do Pacífico (Serviço Nacional de Lepra, 1960). De acordo com Johnston (1995), os primeiros casos de hanseníase teriam sido detectados em 1815 no Canadá, entre imigrantes e trabalhadores chineses. Na atualidade, todos os países sul-americanos têm hanseníase, sendo o Brasil o que apresenta as mais altas incidências e prevalência desta doença neste continente (OMS,2010).

2.2. A hanseníase no Brasil

No final do século XX o Brasil passou a adotar o isolamento defendido na 1ª Conferência Internacional de Lepra em Berlim, no ano de 1857, onde o Estado tinha o dever de isolar os pacientes em instituições estatais, pois não havia uma perspectiva de médio prazo para uma solução ou de cura da hanseníase (OPROMOLLA,2000). Lembramos que o primeiro lazareto criado para abrigar os pacientes atingidos pela hanseníase no Brasil foi o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, atual Hospital Frei Antônio, localizado em São Cristóvão (OPROMOLLA,2000).

Posteriormente, na década de 1960 o Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, estabeleceu normas técnicas que ajudariam a combater a doença. Tais normas incluíam pesquisas, pessoal técnico em educação, levantamentos estatísticos sobre a doença e identificação de novos casos, tratamento, assistência e mudanças na forma do isolamento (BRASIL, 1962)

Na década de 1970, um médico e professor dermatológico da Escola Paulista de Medicina Abraão Rotberg, propôs a mudança de terminologia de Lepra para Hanseníase. Então

no âmbito da Secretaria Estadual de São Paulo a doença passou a ser denominada de Hanseníase. Mas esse termo foi adotado inicialmente apenas em São Paulo, os outros estados do Brasil continuavam a usar o termo lepra (GARCIA,2001).

Mas isso não era suficiente para as pessoas atingidas por hanseníase e tão pouco pelos acometidos pela doença. Profissionais de saúde seguiam pelo Brasil usando a terminologia Lepra lançando mão da cultura do medo para que houvesse maior adesão ao tratamento. Podemos dizer que, em alguma medida, era cômodo impor o medo em detrimento de práticas mais humanizadas, como sentar e explicar as medidas de prevenção e de tratamento, ou seja, conversar e explicar para as pessoas sobre a patologia. Não era levado em conta a capacidade de entendimento das pessoas.

Neste sentido foi criado o MORHAN Movimento de Reintegração das Pessoas Acometidas pela Hanseníase que se deu no contexto de uma nova era e que demandava uma ruptura com a invisibilidade programada do sistema de isolamento. O uso de tais práticas pode ser entendido, a partir daquilo que Joel Candau chamou de “*sensibilizações ao dever de memória*” (CANDAU,2011p.125). Em 1995 foi criada a lei nº. 9.010, que proibiria o uso do termo Lepra. No mesmo ano o tratamento passou a ser oferecido gratuitamente para os pacientes do mundo todo e, nesse mesmo ano, no Brasil, o termo lepra e seus derivados foram proibidos de serem empregados nos documentos oficiais da Administração, numa tentativa de reduzir o estigma da doença. Este estigma, porém, vai muito além da denominação, mas foi fundamental tal mudança da nomenclatura.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019, foram 202 mil casos no mundo. Já o Ministério da Saúde, no Brasil, aponta que foram diagnosticados mais de 93% dos casos de Hanseníase na América e registrou 27 mil casos naquele ano no país. No Maranhão foram 3.245 casos. Desses, 18% acometem crianças até 15 anos. Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde (SES), em relação ao Brasil, o Maranhão ocupa, em números absolutos, o segundo lugar. O primeiro lugar em notificação da doença fica com o Mato Grosso (BRASIL,2020).

2.3. A hanseníase no Maranhão

A hanseníase teve ocorrência no Estado do Maranhão desde a segunda década do século XX, e assim, o estabelecimento de aldeias de leprosos em São Bento, Viana e Anajatuba. Há indicativos que somente a partir do final do século XIX, a doença despertou maior interesse da comunidade médica maranhense, que passou a registrá-la sistematicamente em diversas

partes do estado. Nina Rodrigues, por exemplo, em 1886 publicou o folheto intitulado "A lepra em Anajatuba" (sua cidade natal), no qual apontava a existência de 42 'morféticos' na localidade (SOUZA, 1956, p.223).

Em 1918, a frequência da doença no Maranhão foi estimada pelo doutor Marcellino Rodrigues Machado como maior frequência nas zonas da baixada maranhense, compreendida pelos rios Itapecuru e Turiaçu. Registrou o esculápio que se destacavam com "intensidade dessa terrível moléstia" as cidades de Monção com 15 morféticos, Penalva com 13, Viana com dez, Anajatuba com quarenta, São Vicente e São Bento com cinquenta e Pinheiro com 14. Além dessas, o doutor Marcellino apontou 49 casos na capital, São Luís, 24 em São Luís Gonzaga (centro do estado) e cem em Caxias, a segunda cidade mais populosa do Maranhão e, de acordo com ele, "foco intenso" da doença. O médico estimava o total de quinhentos hansenianos no estado (SOUZA, 1956, p.223).

Posteriormente, Marcellino Rodrigues Machado e Amaral Mattos, abordaram o assunto de maneira bastante pessimista. Seu artigo "O problema da lepra no Maranhão (contribuição para seu estudo)", publicado em 1926, estimou 1.300 doentes em todo o estado, o que equivaleria, segundo seus registros, a um doente para menos de mil habitantes (SOUZA, 1956, p.556).

Durante esse período o Maranhão, bem como outras partes do país, não havia políticas de saúde pública sistemáticas para combater a hanseníase, e eram poucas as instituições apropriadas para acomodar os doentes no início da república brasileira, como aconteceu no período colonial e no Império, aliás, faziam com que os portadores do mal de lázaro pertencentes às camadas mais pobres da população se tornassem, sujeitas ao preconceito, rejeições e se tornassem andarilho (MIRANDA, 2004, p.74). Em poucas regiões do país existia hospitais específicos para os portadores da moléstia, como o Hospital dos Lázaros no Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da Irmandade da Candelária (ORNELLAS,1997, p.74). Os hospitais de lázaros atendiam aos doentes na ausência de políticas de saúde específicas para tratar a doença.

Penetrando pelo litoral estabelecendo os primeiros focos, a lepra foi se alastrando pelo interior. Os doentes de lepra apresentavam, comumente um estado geral satisfatório e boas condições físicas que lhes permitem exercer várias atividades, mesmo as mais árduas. Como o homem é o único repositório conhecido do "*M. Leprae*", causador da leprahumana, a doença é transmitida aos que convivem como o doente (BRASIL,2003).

O primeiro asilo na capital São Luís fundada 1833, dando origem ao segundo em 1869, atrás do cemitério do Gavião, extinto quando inaugura a Colônia de Bonfim em outubro de 1937.

A Colônia do Bonfim no início não recebeu um grande número de hanseniano, mas nem por isso deixou de ser um local em que a segregação hanseniana maranhense encontrou sua face de exclusão de políticas públicas. O Maranhão acompanhou as práticas de exclusão para os pacientes, impulsionadas sobretudo, pelas medidas centralizadas de saúde do governo de Getúlio Vargas.

No Brasil, a política de isolamento compulsório para abrigar os hansenianos fazia parte de quase todos os estados, mas com o passar do tempo foi perdendo terreno com as medidas de profilática de saúde pública para o controle da hanseníase. Para que essas medidas fossem tomadas foi fundamental não apenas o avanço nos medicamentos quimioterápicos como também a percepção de que a política de isolamento “não diminuía o número de casos” (MACIEL,2004, p.111). Podemos destacar congressos internacionais sobre a doença realizados a partir 1946,a mesma não recomendava a exclusão dos doentes. No entanto, no Brasil seguiu com essa política de saúde pública excludentes para os hansenianos ainda por mais uma década.

Apesar dos avanços da hanseníase no Maranhão com as estratégias de controle ao longo do tempo, principalmente com a descentralização das ações do PNCH e por passar por grandes mudanças, o que indica uma melhoria na saúde pública, a Hanseníase prossegue como uma doença negligenciada com diagnósticos tardio, sem perspectiva de controle efetivo nos próximos anos, levando a crer que esse processo de mudança política e social seja o grande passo para o alcance de meta de controle.

2.4. A doença vista pela medicina

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, de evolução lenta que se manifesta, principalmente, através e sinais e sintomas dermatológicos: lesões na pele e lesões nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas de saúde para o doente: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença.

A Hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar de 11 a 16 dias (BRASIL,2003).

Como em outras doenças infecciosas, a conversão de infecção em doença depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae*. Devido ao longo período de incubação, a hanseníase é menos frequente em menores de 15 anos, contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Embora acometa ambos os sexos (BRASIL, Ministério da Saúde,2010)

2.5. Os sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos que podem levar a suspeição e aos diagnósticos clínicos da doença. Existem diferentes formas de manifestações da doença que podem evoluir de acordo com o sistema imunológico do doente.

Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração de sensibilidade térmica (ao calor e frio), tátil (ao tato) e à dor, que podem estar principalmente nas extremidades das mãos e dos pés, na face, nas orelhas, no tronco, nas nádegas e nas pernas. Áreas com diminuição dos pelos e do suor.

Dor e sensação de choque, formigamento, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas. Inchaço de mãos e pés. Diminuição da sensibilidade e/ou da força muscular da face, mãos e pés, devido à inflamação de nervos, que nesses casos podem estar engrossados e doloridos. Úlceras de pernas e pés. Caroços (nódulos) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos. Febre, edemas e dor nas juntas. Entupimento, sangramento, ferida e ressecamento do nariz. Ressecamento nos olhos. (BRASIL, ministério da saúde,2010). A alteração de sensibilidade é uma característica que diferencia as lesões de pele da Hanseníase, das lesões provocadas por outras doenças dermatológicas.

2.6. A importância de um diagnóstico correto

O diagnóstico precoce da hanseníase previne a evolução da doença, resultando na diminuição das incapacidades físicas e sociais provocadas pela doença. Ela baseia-se nos sinais

clínicos e nos sintomas característicos da doença: As lesões ou áreas da pele, com alterações de sensibilidade, e o comportamento ou lesões dos nervos periféricos. Considera também a baciloscopia positiva para *M. leprae*.

O diagnóstico da hanseníase é realizado através de exames clínicos. O exame clínico é o exame físico do paciente, quando buscados os sinais dermatoneurológicos da doença. O exame baciloscópico, ou baciloscopia, é um exame laboratorial que fornece informações sobre a presença do bacilo *M. leprae* nas lesões suspeitas (BRASIL,2003).

Os doentes são classificados, operacionalmente, para fins de tratamento poliquimioterápico, em paucibacilares (PB) ou multibacilares (MB). Essa classificação baseia-se no número de lesões apresentadas pelo doente, podendo também ser baseada na baciloscopia, quando está disponível (BRASIL,2003). .

Essa classificação baseia-se no número de lesões apresentado pelo doente, e é especialmente recomendado para as Unidades Básicas de Saúde. Pacientes é PB quando apresentam até cinco lesões de pele. Os casos PB apresentam baciloscopia negativa e correspondem às formas clínicas: indeterminada e tuberculóide. Os casos MB apresentam baciloscopia positiva e correspondem às formas clínicas: dimorfa e virchowiana. A forma virchowiana sempre apresenta baciloscopia positiva e a forma dimorfa pode apresentar baciloscopia positiva ou negativa (B).

Quando houver dúvida na classificação do doente, recomenda-se que ele seja classificado como MB. Em crianças o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (BRASIL, ministério da saúde,2020). O diagnóstico de hanseníase deve ser recebido de modo semelhante ao de outras doenças curáveis. Se vier a causar impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, essa situação requererá uma abordagem apropriada pela equipe de saúde, que permita a aceitação do problema, superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos. Essa atenção deve ser oferecida no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e, se necessária, após a alta (BRASIL,2020).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos. No entanto o acometimento de menores de 15 anos constitui um indicador de alta endemicidade da doença. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e as condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o alto índice de ocupação das moradias, influem no risco de contágio da doença.

2.7. A transmissão da doença

A doença pode ser transmitida por meio do convívio com doentes do tipo virshowiano ou dimorfo que ainda não foram diagnosticados ou que ainda não iniciaram o tratamento, pois esses indivíduos apresentam carga bacilar suficiente para a transmissão (BRASIL,2003). Essa transmissão ocorre pelas vias respiratórias - a porta de entrada principal para o bacilo, que é englobado por macrófagos alveolares e disseminado através do sangue. Contudo, além da inoculação pela mucosa nasal, admite-se que esse contágio possa ocorrer por meio da pele por soluções de continuidade (BRASIL, ministério da saúde,2020)

No período de incubação, os sintomas incluem lesões pálidas ou avermelhadas na pele, sensibilidade reduzida e dormência. A evolução é insidiosa, devido à demorada multiplicação do bacilo. Com o avanço da doença, os contagiados podem apresentar feridas na pele, necrose tecidual, perda de membros e comprometimento do sistema nervoso. Esses sintomas fragilizam o doente levando à ocorrência de determinados acidentes em razão da falta de sensibilidade, principalmente nos membros. Nesse estágio, a doença torna-se extremamente evidente, provocando repulsa e, até mesmo, agressividade nos cidadãos em geral, que tendem a se afastar dos doentes (BRASIL, Ministério da Saúde,2018).

A hanseníase possui tratamento definido e cura, e o diagnóstico precoce é muito importante, pois, uma vez infectado, o paciente torna-se transmissor. No entanto, esse conhecimento é bem recente e o desconhecimento tornou a doença muito temida e o portador estigmatizado. Para Araújo, muitos desses valores acabaram por determinar como os hansenianos, ou leprosos, deveriam ser tratados e, a partir daí, foram segregados, isolados e carregaram consigo o estigma e o medo. Ao longo de sua história, tanto a doença quanto o portador tornaram-se uma polêmica “permeada por valores socioculturais controversos”.

2.8. O tratamento gratuito

O tratamento de hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico a poliquimioterapia (PQT), seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas. O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a PQT padronizada pela OMS devendo ser realizado nas unidades de saúde. A PQT mata o

bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura.

O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada (BRASIL,2003).

O tratamento PQT previne a evolução da doença, em como as incapacidades físicas e as deformidades provocadas pela hanseníase. Logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida, pois os medicamentos destroem o bacilo, que se torna inviável para infectar outras pessoas. O tratamento completo, com administração correta dos medicamentos, garante a cura da doença. O tratamento é ambulatorial e deve ser realizado nas UBS, da rede de serviços do SUS (BRASIL,2003).

2.9. Como prevenir a hanseníase

O diagnóstico precoce da hanseníase são as principais formas de prevenir as deficiências e incapacidades físicas causadas pela hanseníase. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. As ações de prevenção de incapacidades físicas fazem parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes.

As medidas de prevenção de incapacidades e deformidades físicas fazem parte do tratamento integral da hanseníase e são fundamentais, tanto para o bem estar físico e psicológico do paciente, como parte de prevenção de ajustes sociais. São realizadas através de técnicas simples, na própria UBS, ou através de ações de maior complexidade, em unidades de referência ou hospital gerais. Incluem, também a prática regular de autocuidados, pelo paciente (BRASIL,2020).

3. A HANSENÍASE EM CODÓ/MA: SAÚDE E EDUCAÇÃO PÚBLICAS

Neste capítulo apresentamos a política de saúde pública em relação à Hanseníase e a relação com a educação, com foco no município de Codó/MA.

3.1. O Sistema Único de Saúde – SUS

Conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – CF/88, a “*Saúde é direito de todos e dever do Estado*”. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para a avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

No período anterior a CF/88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social. Aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (BRASIL,1988).

Após a criação do SUS proporcionou o acesso universal de toda a população brasileira ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção básica integral à saúde, não é somente os cuidados assistenciais, mas sim um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida (BRASIL, ministério da saúde,2020).

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas de saúde pública, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. “*A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios*” (BRASIL, ministério da saúde,2020).

A rede que compõem o SUS é ampla e abrange tantas ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, ministério da saúde,2018).

O SUS intensifica a prevenção da hanseníase, através da descoberta precoce de casos, e o tratamento, visando a cura para todos os doentes. Portanto, essas atividades de controle, principalmente as de diagnósticos e tratamento, devem ser implantadas, em toda rede de saúde, utilizando-se a capacidade instalada das UBS no SUS, em todos os municípios do Brasil. Os

casos de hanseníase devem ser identificados precocemente e o tratamento, com a administração da PQT, deve alcançar todos os doentes (BRASIL,2020).

As UBS, portanto, devem ser um serviço organizados, todos os profissionais capacitados a diagnosticar e a tratar os doentes de hanseníase. Dar cura, sem sequelas, a todos os casos diagnosticados precocemente, deve ser a meta de todos os serviços oferecidos pelo SUS.

3.1.1. Estratégia Saúde da Família – ESF

A Estratégia Saúde da Família (ESF- antigo Programa de Saúde da Família) foi criada em 1994 como iniciativa do Ministério da Saúde que visa reorganizar a atenção básica do Brasil objetivando a prevenção e o combate de doenças, tais como hanseníase, de acordo com os preceitos do SUS. Contribuindo para promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco (BRASIL, ministério da saúde,2018).

O processo de trabalho das equipes ESF é o elemento chave para busca permanente de comunicação, troca de experiência e conhecimento entre os integrantes da equipe com a comunidade. As equipes ESF são compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

As ESF são responsáveis pelo acompanhamento de no máximo de 4 mil pessoas de uma determinada área geográfica delimitada e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas UBS, nas residências, e nos espaços comunitários. A ESF caracteriza-se por ser porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, como uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de uma forma a oferecer às pessoas atenção aos fatores de risco.

3.1.2. Programa Saúde na Escola -PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007, pelo decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tendo como política intersetorial dos Ministérios da Saúde e Ministério

da Educação, voltada a crianças, adolescentes, jovens e adultos da rede pública de ensino (BRASIL, Ministério da Educação,2020).

Tendo como objetivo contribuir para formação integral dos estudantes por meio da articulação entre as equipes de saúde e as escolas públicas, mediante práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições clínicas dos educandos.

Conforme a V Campanha Nacional de hanseníase, verminoses, tracoma e esquistossomose, realizada pelo Ministério da Saúde (2018), todas as escolas públicas dos municípios brasileiros, com vulnerabilidade social e elevado risco de adoecimento para essas doenças. Essa ação teve início 2016 tendo como público-alvo crianças e adolescentes de 05 a 14 anos de idade matriculadas no ensino fundamental. O objetivo é esclarecer sobre os sinais, sintomas e ensinar a se proteger dessas doenças, favorecendo os diagnósticos precoce e o tratamento imediato (BRASIL,ministério da saúde,2020).

A Campanha é realizada pelos profissionais do PSE com o uso de “ficha de autoimagem”. Os estudantes levam a ficha para casa junto com seus pais ou responsáveis sinalizam a presença de manchas ou áreas dormentes no corpo. Após a devolução das fichas à escola, a equipe de saúde local recolhe e seleciona as que possuem suspeição da doença, com encaminhamento desses escolares (acompanhados dos responsáveis) às UBS, para avaliação e, se confirmado o diagnóstico, iniciado o tratamento.

3.1.3. Agente Comunitário de Saúde -ACS

Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 1980 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo). A iniciativa visava a buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades (BRASIL, ministério da saúde,2018).

O Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele é necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade. Nas áreas

onde o ESF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde (BRASIL, ministério da saúde,2018).

O Brasil já tem mais de 263.756 mil ACS, que estão em ação em 98 % dos municípios de todas as regiões do país. Isso significa dizer que quase toda a população brasileira já recebe o acompanhamento destes profissionais.

O ACS tem um papel muito importante no controle da hanseníase, pois orienta os pacientes para o comparecimento à consulta médica, assim como todas as pessoas com os sintomas da doença. Além disso, faz parte do papel do ACS realizar a busca ativa de todos os contatos domiciliares de pacientes com diagnóstico confirmado.

3.1.4. Janeiro Roxo

No ano de 2016, o Ministério da Saúde oficializou o mês de janeiro e consolidou a cor roxa para campanhas educativas sobre a doença. Por isso, o mês de janeiro ganhou o título de ‘janeiro Roxo’. Sempre celebrado no último domingo de janeiro, a iniciativa de relacionar o mês a uma cor tem o objetivo de reforçar o compromisso de controlar a hanseníase, promover o diagnóstico e o tratamento corretos, além de difundir informações e desfazer preconceitos que tanto prejudicam o diagnóstico preventivo da doença.

Durante o mês de janeiro de 2020 diversas atividades foram realizadas em Codó. A semana de 27 a 31 de janeiro foi escolhida como a semana “H”, na qual todas as regiões da cidade realizarão eventos em locais públicos, visando a divulgação de sinais e sintomas da doença para o maior número de pessoas possível. As pessoas que apresentarem quaisquer sinais e sintomas suspeitos devem procurar a UBS mais próxima de sua residência para a avaliação médica. Os casos suspeitos seriam, então, encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento em uma das 22 UBS que estão distribuídas estrategicamente no território para facilitar o acesso aos pacientes de toda a cidade.

3.2. Educação em saúde

Os problemas de saúde pública também se constituem em desafios para a educação. Importa pensar, refletir e colocar em pauta o tema da educação em saúde. Neste sentido,a

educação em saúde é tomada como uma prática social, ou ainda, como “*um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca por soluções e a organização para ação coletiva*” (DIRETRIZES, 1989).

Num sistema de saúde baseado na participação de todos os profissionais de saúde, paciente e seus familiares, a prática educativa é parte integrante da própria ação da saúde. Essa prática rejeita a concepção estática de educação entendida apenas como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas, dentro de uma metodologia de persuasão.

A equipe de saúde deve ser capacitada, não somente para a realização das atividades básicas de controle da hanseníase, como também para o desenvolvimento de atividades educativas. Essa atividade deve estar preparada para manter uma linha de atuação coerente com suas ações educativas, procurando desenvolver o compromisso e a responsabilidade de cada membro da equipe nessas ações (BRASIL,2020).

As atividades educativas, portanto, devem integrar todas as atividades de controle da hanseníase. Os profissionais de saúde devem fazer uma reflexão conjunta sobre o trabalho que desenvolvem e sobre o efeito dele na melhoria das condições de vida do doente, de seus familiares e da população em geral, visando sua participação nessas atividades de controle. A interação dos profissionais de saúde com o doente deve ser estabelecida através de um diálogo respeitoso e da troca de experiências entre pessoas que tem saberes diferentes. Deve informá-lo sobre a doença, o tratamento, sobre a necessidade de sua participação ativa durante todo o processo. É importante que o paciente compreenda a sua doença e tenha consciência da importância do tratamento para ele (BRASIL,2018).

Portanto, a interação respeitosa do profissional de saúde com o doente, seus familiares e da população em geral, buscando a sua participação ativa nas atividades de controle da hanseníase permite uma aprendizagem mútua que favorece a efetividade das ações de saúde em geral, visando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL,2020).

3.3. O município de Codó/MA

Codó é um município brasileiro do estado do Maranhão. Possui uma área de 4.364,499km², dos quais 4,452 km² fazem parte da zona urbana, com uma população de 122.859 habitantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), é o quinto município mais populoso do Estado. O início do povoamento de Codó deu-se no século

XVIII, sendo um dos seus primeiros exploradores o agricultor Luís José Rodrigues que morava próximo a um antigo armazém de mercadorias, situado às margens do rio Itapecuru. Foram fatores importantes para o seu desenvolvimento as atividades agrícolas mantidas pelos ricos senhores da aristocracia rural maranhense e por agricultores portugueses instalados na Colônia Petrópolis, numa iniciativa de Francisco Marques Rodrigues (MACHADO, 1999).

O povoado foi elevado à categoria de vila pela Lei Estadual nº 68/38, de 21.07.1838, sancionada pelo Presidente da província do Maranhão, Vicente Tomas Pires de Figueiredo Camargo. A vila do Codó foi elevada para categoria de cidade através da lei estadual nº 133/96, de 16.04.1896, sendo sancionada pelo governador Alfredo da Cunha Martins. Não se sabe com exatidão a origem do nome Codó. Segundo o professor Fernando de Barbosa Carvalho, o nome está relacionado com charco, pântano, alagadiço, brejo. Mas o historiador e pesquisador César Augusto Marques (1970), “o nome Codó tem sua origem do Rio Codozinho, que banha suas terras” (SILVA,2014).

Um dos fatores importantes para o seu crescimento foi a imigração de sírios e libaneses, a partir de 1887. Em meados de 1892, construía-se a primeira indústria de Codó - Companhia Manufatureira e Agrícola, de propriedade de Emílio Lisboa. Um dos diretores da fábrica, genro do seu proprietário era João Ribeiro, que em 1908 levava para Codó Sebastião Archer da Silva que fora para trabalhar como escriturário e anos mais tarde se tornaria o proprietário da fábrica e um dos principais políticos do estado do Maranhão (MACHADO,1999).

Codó foi um grande produtor de algodão durante o período colonial, participando da industrialização do Estado no setor têxtil com o funcionamento da Fábrica COMAM que produziam diferentes tecidos. Destacou-se também na agricultura produzindo arroz, mandioca, milho e feijão. Neste período a indústria continuava com cimento, cal, óleo de babaçu, tijolo, telha, cerâmica e madeira. O extrativismo vegetal produzia amêndoas e babaçu, madeira, carnaúba e carvão. E o extrativismo mineral calcário, gesso e gipsita. (SILVA,2014).

A educação tem como marco o ano de 1852, quando Codó ainda Vila, a partir da criação da primeira Escola o “Ateneu Codoense” tendo os cursos primário e secundário, dirigida pelo juiz de direito Dr. Deoclides Guedelha de Mourão. Codó tem como primeira professora Normalista que se tem conhecimento Filomena Catarina Moreira, que chegou a Codó em 18 de julho de 1908, a convite do Sr. Bayma. Foi professora de toda uma geração de codoenses, e ela, a partir de seu curso primário na Escola Mista Cesar Brandão, seguiu carreira sem nunca se esquecer de mencionar a origem de seus primeiros passos (SILVA,2014).

No campo da saúde pública, Codó no ano 1972, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde- SEMUS, estava, como na maioria dos municípios brasileiros, muito aquém das necessidades da população. A rede hospitalar contava apenas com 1 centro de Saúde Pública Municipal; 2 hospitais particulares; 1 Unidade Mista da Fundação Serviços Especiais de Saúde-FSESP, com 20 leitos; 12 postos da rede municipal, sendo 5 na zona urbana e 3 na área rural, e da FSESP, 4 na área rural (SILVA,2014).

As informações da SEMUS (1972) não se limitavam apenas à insuficiência física das unidades de saúde, mas a qualidade dos serviços prestados na rede pública, pois atendimentos básicos (curativos, primeiros socorros e vacinas), procedimentos eram realizados sem a presença de um médico e sem material adequado (medicamentos e suprimentos) necessário para um atendimento de qualidade (SILVA,2014).

Os serviços de saúde oferecidos à população eram extremamente insuficientes para atender um elevado índice de doenças infectocontagiosas e parasitárias, além da Tuberculose e Hanseníase, que afetavam principalmente a população mais pobre dos bairros periféricos e zona rural de Codó. Essas doenças estavam relacionadas ao baixo padrão alimentar e às condições precárias de saneamento básico (SILVA,2014).

O controle das pessoas com Hanseníase iniciou na FSESP no ano de 1969, com políticas para o controle da Hanseníase que determinavam as ações que visavam a educação em saúde, tendo acompanhamento de comunicantes e aplicação de BCG, detecção de casos novos, tratamento de doentes, prevenção e tratamentos dos incapacitantes físicos que a doença pode causar (VELLOSO e ANDRADE, 2002).

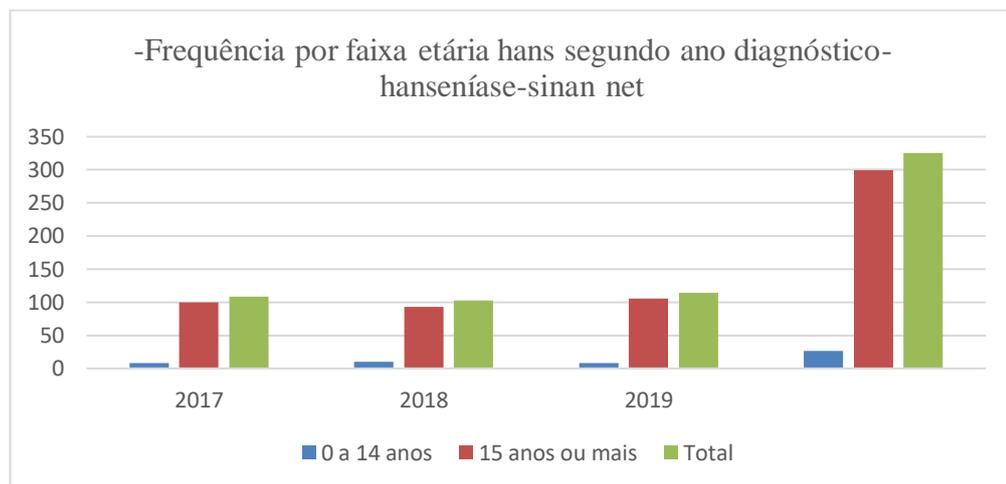
A OMS,1982, recomendou um novo tratamento quimioterápico para a Hanseníase, que passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil, a poliquimioterapia (PQT), constituída pela combinação de medicamentos, com administração associada, que previne a resistência medicamentosa e leva à cura mais rapidamente. A poliquimioterapia é um tratamento simples, eficaz, barato e bem aceito pelos pacientes. Previne a ocorrência de recidivas, por resistência medicamentosa e cura o paciente mais rapidamente (BRASIL,2020).

Atualmente a PCNH funciona na cidade de Codó em todas as UBS, sendo 22 no total, funcionando com 36 equipes de saúde. Destas, 4 participam do Programa Saúde na Hora, oferecendo atendimento de 12h diárias, 3 unidades na zona urbana e 1 na zona rural. Os pacientes que apresentam casos mais graves da doença e precisam de um atendimento especializado são acompanhados pela equipe de referência para o tratamento da Hanseníase que trabalha no Centro de Atendimento Médico –CAM e recebem atendimento de médico

dermatologista, enfermeiro especialista e muitas vezes são encaminhados para sessões de fisioterapia. (SEMUS,2020).

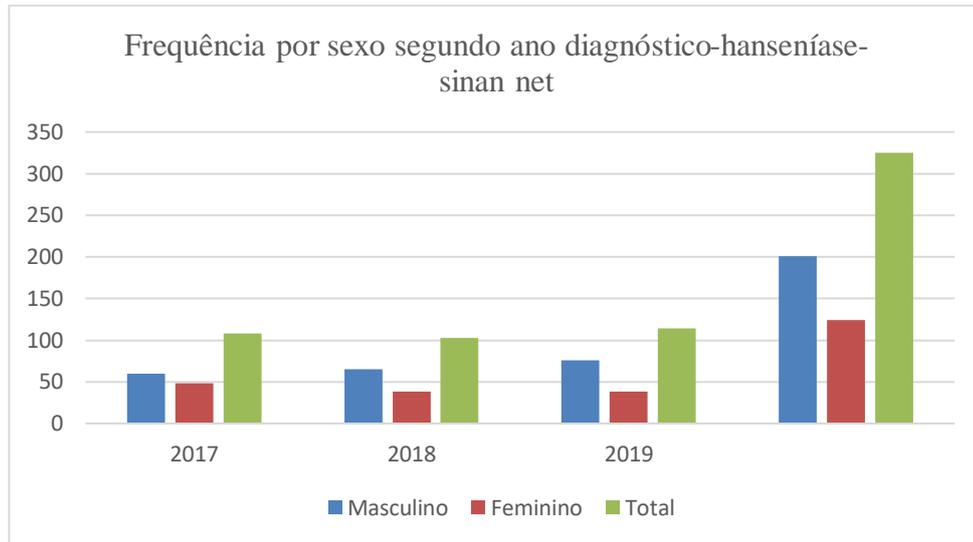
3.3.1. A hanseníase em Codó/MA

Considerando o objetivo da pesquisa, a hanseníase em Codó, nos apropriamos dos dados sistematizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação –SINAN. Estes dados apontam para a importância das ações políticas de saúde pública. Assim, ao observar o gráfico 1, nota-se que 325 casos novos foram registrados no período de 2017 a 2019 na cidade de Codó. Desse total, 26 casos (8%) foram diagnosticados em menores de idade e 299 casos (92%) na faixa etária igual a 15 anos ou mais. Ainda no gráfico 1 pode-se verificar a frequência por faixa etária hans segundo ano diagnóstico- Hanseníase.



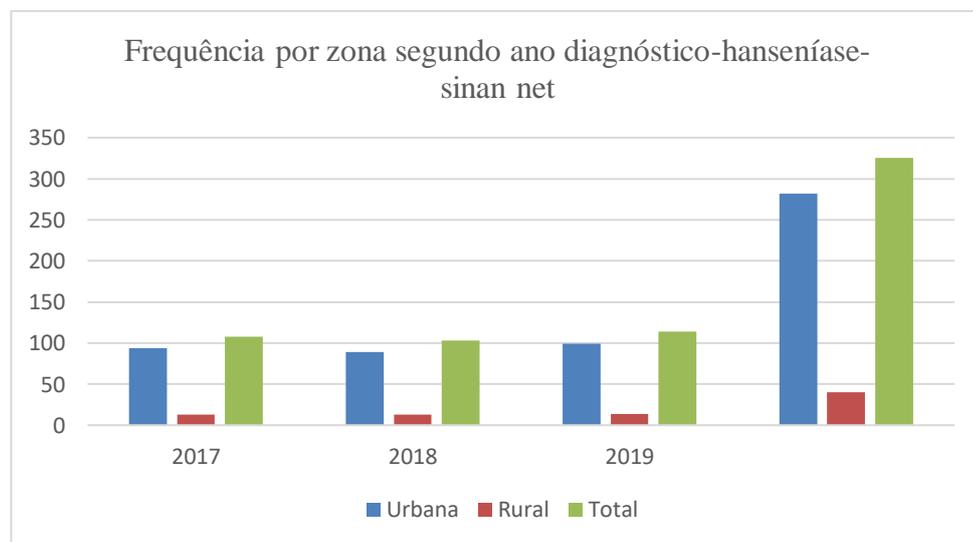
Fonte: Elaborado pela autora.

O gráfico 2 mostra que a incidência da hanseníase no sexo masculino sempre foi maior que no sexo feminino em todos os anos estudados. Segundo Sobrinho e Matias (2008) o coeficiente de detecção representa uma ferramenta necessária para identificar a realidade endêmica da hanseníase. Os coeficientes de detecção da doença são predominantemente maiores no sexo feminino. Pode estar ocorrendo em Codó um baixo diagnóstico no sexo feminino relacionados a uma baixa procura pelos serviços públicos de saúde ou a ineficiência desses serviços em alcançar a população feminina local para o diagnóstico da doença. A hanseníase pode ainda apresentar comportamento atípico no município de Codó.



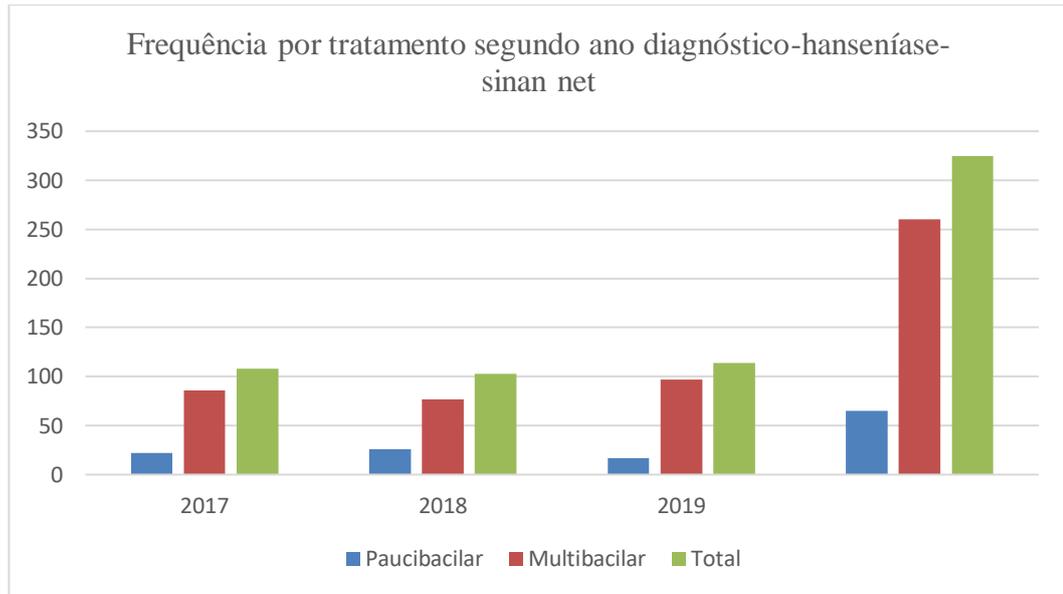
Fonte: Elaborado pela autora.

O gráfico 3 mostra o número de casos notificados por zona de habitação e na área urbana estes casos correspondem a (60%). A maior incidência de casos de hanseníase na zona urbana também é corroborada em outras pesquisas (EVANGELISTA, 2004; DIAS et al., 2005). No município de Codó, cerca de 81% da população reside na zona urbana (IBGE, 2010), influenciando diretamente no número de casos notificados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se no gráfico 4 que dos novos casos de hanseníase no município de Codó a forma multibacilar predominou dos anos 2017 a 2019. Os portadores multibacilares são considerados a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. (BRASIL, 2002). Esses pacientes são considerados a principal fonte de infecção (ARAÚJO, 2003). Os resultados encontrados neste trabalho apontam para uma elevada transmissão do bacilo no município de Codó, já que há relevante predominância da forma multibacilar na maioria dos casos estudados.



Fonte: Elaborado pela autora.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados pesquisados mostram a predominância da forma multibacilar conforme os dados estudados e sugere uma alta transmissão da doença por portadores das formas virchowiana e dimorfa em razão do seu grande potencial de infecção do bacilo. Os dados são maiores para a forma MB na maioria dos anos analisados, sendo nesses casos a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica.

Também foram encontrados predominância nos casos da doença em menores de 15 anos nos períodos estudados. Autores afirmam que a presença da doença em menores de idade é usada como indicador no nível de transmissão da doença hansênica e que há uma relação entre a proporção de casos em menores de quinze anos e a gravidade da doença (LOMARDI,1990). Isso sugere que a doença é contagiosa com bastante intensidade em menores de 15 anos. Talhari (1997) afirma que quando a transmissão da hanseníase se mostra mais intensa, ocorrendo um aumento da probabilidade da incidência da doença na população mais jovem, com a precoce exposição ao bacilo nos primeiros anos de vida.

Os índices da doença mostram maior incidência no sexo masculino podendo indicar um baixo diagnóstico no sexo feminino, o que pode estar relacionado à baixa procura das mulheres aos serviços de saúde no início dos primeiros sintomas. Assim, o monitoramento da doença deve ser importante fundamentado em informações sobre os pacientes que enfatizam os aspectos operacionais para melhorar o tratamento dos pacientes.

A organização dos serviços de saúde é importante no enfrentamento da doença para proporcionar a detecção da doença e tratamento (MAGALHAES; ROJAS,2007). Portanto, é necessário o investimento na estrutura e melhor qualificação dos serviços locais para oferecer uma abordagem adequada aos portadores da hanseníase e assim poder interromper a cadeia de transmissão da doença. As estratégias são primordiais no processo político e social da promoção da doença, sendo trabalhada com mais ênfase nas responsabilidades institucionais (MAUCH, et, al.,2005).

O enfrentamento da doença necessita de mais políticas públicas no combate da doença pelo Ministério da Saúde e dos órgãos competentes de Codó com o fortalecimento das Equipes de Saúde na Hora e Saúde da Família e nas ações de vigilância epidemiológica, ampliando o acesso ao diagnóstico e informando a sociedade sobre a transmissão e o tratamento, que é simples e gratuito.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/junho, 2003.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. Ver. Soc. Bras. Med. - **Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 1962.

BORBA, S. M. L. S. **Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica**: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Institui Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 06/01/2022

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle de hanseníase**. Brasília, 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica.- 1º. Edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica/ Diretrizes da hanseníase**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica.- 1º. Edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, 2003.

_____. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Lei 9.010 (Março 29, 2020). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19010.htm>. Acesso em: 06/01/2022.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 6.286,05.12.2007**- Institui o Programa Saúde da Escola (PSE). Brasília:1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20.06.2021.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.080/90**,19.09.1990-Cria o Sistema Único de Saúde- SUS. Brasília:1990. Disponível:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 17.04.2021
CANDAU, Joel. **Hanseníase no Brasil**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v26, n.3, p.125, 2011.

CAVALIERE, Irene. **Hanseníase na história**. Invivo, 2018. Disponível em:<<https://www.invivofiocruz.br/hanseníase-na-historia/>>. Acesso em: 24 de maio de 2019.

CHUORAQUI, André. **Os homens da Bíblia**. São Paulo: Cia das Letras, 1978.

EVANGELISTA, C. M. N. **Fatores socioeconômicos e ambientais relacionados à**

hanseníase no estado do Ceará. 89 f. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

Frohn W 1933. **Der aussatzim Rheinland;** seinvorkommen und seine bekämpfung. Gustav Fischer, Jena.

GARMUS L.1983.**Bíblia Sagrada** .4º ed. Vozes, Petrópolis.

GIRÃO NETA, O. A. et al. Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p. 239-248, jun.-set. 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2010. Disponível em<[http:https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/codo/panorama](http://https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/codo/panorama) acessado em 18/04/2021.

Koelbing HM u. a, 1972.**Beiträgezur geschichte der lepra.** Zurique [s.n.].

LOMARDI História natural da hanseníase. In:_____. **Hanseníase:** epidemiológico e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, Arquivo do estado, 1990.p.13-20.

MACHADO, João Batista. **Codó, histórias do fundo do baú.** São Luís: FACT/UEMA,1999.

MACIEL, Laurinda Rosa. **A solução de um mal que é um flagelo: notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX.**IN memória: Nascimento, Dilene Raimundo do; Carvalho, Diana Maul, de (Org.). Uma história brasileira das doenças: Paralelo 15.p.109-125,2004.

MAGALHAES, M, C, C.; ROJAS, L, Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil.**Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v.16, n.2, p.75-84.mai.2021. Disponível:<[hppt://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49740020000=pt&nrm=isso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49740020000=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 28 mai.2021.

MAUCH, H. J. et al. Epidemiologia da Hanseníase em Coorte de Contatos no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.15, p.533-542, jul./set,1999.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura.** Recife: Fundação de Cultura, Cidade do Recife,2004.

OPROMOLLA D.U.A. As capacidades na Hanseníase. In: **Noções de Hansenologia.** Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima,1981.

OPROMOLLA, D.V. A. **Noções de Hansenologia.** Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, **A saúde no Brasil.** Brasília: OMS,2020.

ORNELLAS, Cleusa. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento.** Rio de Janeiro: Revan.1997

RODRIGUES, F. F. et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 297- 304, 2015.

SILVA SOBRINHO, R, A; MATHIAS, T, A. Perspectiva de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1013-1019, dez 2020.

SILVA, José Augusto Medeiros. **A extensão universitária da UFMA no município de Codó**/José Augusto Medeiros Silva, v.01, n.01.p.112-140, São Luís: EDUFMA,2014.

SOUZA, Araújo Heraclides Cesar de. **Histórias de Lepra no Brasil: período republicano,1889-1956**. V.2, p. 223-556.Album das Organizações Antileprosas. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional,1948.

TALHARI, S; NEVES, R, G. Dermatologia tropical. **Hanseníase**. Manaus: Gráfica Tropical,2019.

VELLOSO, A.P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das autoras,2002.

