

IRIS LEDA CAMARGOS SILVA NERY FERREIRA

**SUBSÍDIOS PARA REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
RELAÇÃO AOS CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE
DE PARACATU (MG)**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Andrade Morraye

**FRANCA
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IRIS LEDA CAMARGOS SILVA NERY FERREIRA

**SUBSÍDIOS PARA REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
RELAÇÃO AOS CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE
DE PARACATU (MG)**

**COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE
SAÚDE**

Presidente: Profa. Dra. Mônica de Andrade Morraye
Universidade de Franca

Titular 1: Profa. Dra. Denise Aparecida Mencaroni
UNIFEV

Titular 2: Profa. Dra. Semíramis Melani de Melo Rocha
Universidade de Franca

Franca, 01/03/2010

DEDICO este trabalho ao meu amado esposo Isaias, que me apoiou e compartilhou comigo todas as minhas decisões. Aos meus filhos Iury e Iasmim, que souberam compreender minhas ausências e respeitaram o meu trabalho. Aos meus queridos pais, Olvinho e Nair, pelo exemplo de trabalho e força de coragem. Aos meus irmãos Charles, Jane e Valéria, sempre presentes, mesmo na distância. A minha sogra Luzia, ser humano tão especial, pelo apoio constante a minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr.^a Mônica De Andrade Morraye, por seus ensinamentos, pelo apoio, minha eterna gratidão e meu reconhecimento de profissional dedicada à promoção de saúde em nosso país. Muito obrigada por tudo!

A professora Semíramis Melani de Melo Rocha pelas valiosas considerações por ocasião do exame de qualificação.

Ao professor Zaia, pela sua contribuição a esta dissertação.

Aos professores do Mestrado em Promoção de Saúde da Unifran, que souberam com competência e dedicação compartilhar conosco seus ensinamentos.

Aos colegas da pós-graduação, que compartilharam a luta semanal, pela disponibilidade em sempre colaborar uns com os outros, em especial, Giselda, Cleide, Humberto, Glória, Milena, Cristiane, Stella, Raquel e Claudinha.

À Faculdade Atenas, que incentivou e apoiou este desafio.

À Rosalba Cassuci, coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Tecsuma, pelo auxílio, facilitando e oportunizando direcionar as atividades docentes no período de elaboração deste estudo.

À equipe de coordenação da hanseníase da SES-MG, em especial à Dr^a Maria Aparecida de Faria Grossi.

À equipe de hanseníase de Paracatu, exemplo de profissionais dedicados, por tratarem seus pacientes com amor e humanidade.

À Rosalba Moisés Piau da Secretária de Educação de Paracatu, por sua colaboração na localização dos contatos residentes na zona rural do município.

A todos os membros do Conselho Municipal de Saúde de Paracatu, que entenderam e apoiaram este estudo.

À Luana Freitas e Manoela, que compartilharam e contribuíram comigo os muitos passos deste estudo.

À amiga Márcia Gonçalves, do Supremo Tribunal Federal, pela revisão do texto.

À Glaura Guimarães, pela amizade e traduções sempre que necessário.

Aos contatos de hanseníase, que participaram das entrevistas, pela boa vontade e confiança em expressaram seus sentimentos, suas ideias e suas dificuldades.

O trabalho científico nunca é obra de um só ser. Obrigada a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, para que este trabalho fosse concretizado.

“O conhecimento amplia a vida. Conhecer é viver uma realidade que a ignorância impede desfrutar.”

Da Logosofia.

RESUMO

FERREIRA, Iris Leda Camargos Silva. **Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos contatos de portadores de Hanseníase de Paracatu (MG)**. 2010. 89f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

A hanseníase representa ainda um grave problema de saúde pública no Brasil e sobretudo em Paracatu (MG), município considerado como prioritário para o controle da doença, pelo Programa Nacional de controle da Hanseníase, devido ao seu alto índice de detecção da doença (detecção de 3,73/10.000 hab. em 2008). A prevenção da hanseníase consiste em evitar contato físico com portadores da doença, acompanhar o tratamento do portador e seus contatos, assegurando sua cura. No entanto, uma parte importante dos contatos de crianças previamente tratadas, não haviam comparecido ao serviço de saúde para realização do exame dermatoneurológico. Os objetivos estabelecidos neste estudo foram: conhecer o perfil socioeconômico dos contatos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), entre os anos de 2004 a 2006, identificar o conhecimento sobre a doença, a percepção sobre os serviços de saúde do município e, identificar os motivos do não comparecimento para a realização do exame dermatoneurológico preconizado. Foi desenvolvido um roteiro de entrevista semi-estruturada, aplicado em visitas domiciliares, no ano de 2009, a 46 sujeitos de 33 famílias. Os resultados apontaram que, do total de 46 contatos pesquisados, 61% eram do sexo masculino, 24% encontram-se entre a faixa etária de 21 a 28 anos, 33% eram os pais das crianças acometidas com hanseníase, 54% foram considerados analfabetos funcionais, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Entre os entrevistados, 78% residiam em bairros periféricos, de baixas condições socioeconômicas e infraestrutura sanitária precária. O principal motivo referido por 38% dos contatos para a não realização do exame dermatoneurológico foi falta de tempo devido ao horário trabalho. O risco de adquirir a doença era desconhecido por 50% dos entrevistados, que sugeriram ampliação dos horários de atendimento e visitas domiciliares por parte da equipe de saúde com maiores informações e divulgações da doença como melhorias ao acesso aos serviços de saúde. Conclusão: a reorientação dos serviços de saúde, do ponto de vista do usuário, pode ampliar as ações de promoção de saúde, de prevenção da doença e adesão ao tratamento da hanseníase.

Palavras-chaves: Prevenção e controle de hanseníase, Promoção de saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, Iris Leda Camargos Silva. **Subsidies for health services reorientation regarding to leprosy intra domiciliary contacts in Paracatu (MG)**. 2010. 89p. Dissertation (Masters Programme on Health Promotion) – University of Franca, Franca-SP.

Leprosy is a serious public health problem in Brazil and especially in the county of Paracatu (MG), a site of priority for the disease control according to the National Program of Leprosy Control due to a high detection rate (3.73%/ 10,000 inhabitants – detection rate in 2008). Prevention consists of avoiding close physical contact with untreated people and the follow up activities to the patients and their contacts, assuring that they conclude treatment and be cured. However, a significant part of intra domiciliary contacts of the school children treated for leprosy previously (2004 to 2006) were not submitted to the dermato neurological examination. The aims of the present study were to identify leprosy intra domiciliary contacts socio economic profile, their awareness about the disease, their perceptions about local health services, and the reasons of not being examine. **We** have developed a semi-structured **interview**, applied in home visits for 46 subjects from 33 families in Paracatu (MG), performed during 2009. The results shows that among the 46 intra domiciliary contacts, 61% were male, 24% aged from 21 to 28 years, 33% were fathers of a treated child, 54% were considered functionally illiterates, with a low familiar income. Among them, 78% were residents of periphery neighborhood, with low socio economic conditions and **insufficient** coverage of **sanitary infrastructure**. The main reason given for not being submitted to the dermato neurologic examination, by 38% of the contacts, was due to work period. About 50% of the interviewed referred not know about the risk of acquiring the disease. They suggested an enlargement of the timetables for health services and domiciliary visits, information material about the disease, as well as the improvement of health services access. Conclusion: health services reorientation, from the point of view of the clients, can enhance health promotion actions, disease prevention and adhesion to leprosy treatment.

Key words: Leprosy prevention and control, health promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Brasil: Coeficiente de Detecção de casos novos de hanseníase na população geral por Região no período de 1990 a 2008	27
Figura 2 –	Brasil: Os 10 primeiros clusters espaciais de casos de hanseníase no Brasil, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007	28
Figura 3 –	Minas Gerais: Municípios Prioritários para o controle da hanseníase 2009	32
Figura 4 –	Minas Gerais: Taxas de Prevalência e Detecção de Hanseníase no período de 1986 a 2008	32
Figura 5 –	Minas Gerais: Cluster 9 por detecção, onde se insere Minas Gerais no período de 2005 a 2007	33
Figura 6 –	Paracatu: Distribuição espacial dos casos de hanseníase entre escolares menores de vinte anos, distribuídos de acordo com as microrregiões e os coeficientes de detecção por microrregião, na área urbana de Paracatu (MG), em 2004	35
Figura 7 –	Brasil: PNCH – Componentes e Interfaces Políticas e Operacionais	42
Figura 8 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase por faixa etária em Paracatu (MG)	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Situação da hanseníase no mundo no início de 2008	26
Quadro 2 –	Caracterização dos domicílios, número de residentes, número de visitas e tempo gasto nas entrevistas com os contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase em Paracatu (MG)	49
Quadro 3 –	Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre o motivo de não ter procurado o serviço de saúde para realizar o exame de contato. Paracatu (MG)	57
Quadro 4 –	Falas mais significativas dos contatos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o motivo dos outros contatos não terem procurado o serviço de saúde para a realização do exame	58
Quadro 5 –	Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o risco de pegar a doença	60
Quadro 6 –	Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o sentimento em relação à doença	60
Quadro 7 –	Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre as sugestões de melhorias no serviço de saúde. Paracatu (MG)	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por sexo e estado civil em Paracatu (MG)	50
Tabela 2 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por grau de parentesco e local de procedência em Paracatu (MG)	51
Tabela 3 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por escolaridade e renda familiar em Paracatu	52
Tabela 4 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por profissão em Paracatu (MG)	53
Tabela 5 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por local de residência em Paracatu (MG)	54
Tabela 6 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, que residem em casa própria, tipo de abastecimento de água no domicílio, destino final do lixo e esgoto em Paracatu (MG)	55
Tabela 7 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase sobre o conhecimento e existência da doença na família em Paracatu (MG)	56
Tabela 8 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por avaliação do serviço de saúde, importância de ser examinado, orientações e exame e sobre os motivos de não realizar o exame em Paracatu (MG)	56
Tabela 9 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, segundo a existência de familiares não examinados e os motivos que levaram a não realização do exame dermatoneurológico pelos familiares em Paracatu (MG)	58
Tabela 10 –	Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, de acordo com o sentimento que estes têm perante a doença e o risco em adquiri-la em Paracatu (MG)	59
Tabela 11 –	Distribuição dos contatos de escolares faltosos tratados de hanseníase, de acordo com as sugestões de melhoria no serviço de hanseníase em Paracatu (MG)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	-	Ações de Controle de Hanseníase
AMPASA	-	Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
DADS	-	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América
GM	-	Gabinete do Ministro
HI	-	Hanseníase Indeterminada
HV	-	Hanseníase Virchowiana
<i>M. leprae</i>	-	<i>Mycobacterium leprae</i>
MB	-	Multibacilar
MH		Mal de Hansen
MP	-	Medida Provisória
Morhan	-	Movimento pela Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes de Comunitários de Saúde
PB	-	Paucibacilar
PNCH	-	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNEH	-	Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	-	Poliquimioterapia

PSF	- Programa de Saúde da Família
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	- Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCU	- Tribunal de contas da União
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNIFRAN	- Universidade de Franca
WHO	- World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1 A HANSENÍASE	19
1.1.1 Considerações Históricas	19
1.1.2 Definição, Aspectos Imunológicos Gerais e Transmissão	21
1.1.3 Formas Clínicas	23
1.1.4 Tratamento de Hanseníase	25
1.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE	26
1.2.1 Hanseníase no Mundo	26
1.2.2 Hanseníase no Brasil	27
1.2.3 Hanseníase em Minas Gerais	29
1.2.4 Hanseníase em Paracatu	33
1.3 CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE	36
1.4 A BUSCA ATIVA EM HANSENÍASE	37
1.5 HANSENÍASE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE	39
1.6 REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	40
2 OBJETIVOS	43
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 MATERIAIS E MÉTODOS	44
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	44
3.2.1 Caracterização do Município de Paracatu (MG)	44
3.2.2 Caracterização dos Serviços de Saúde de Paracatu (MG)	44
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	45
3.3.1 Critérios de Inclusão	46
3.3.2 Critérios de Exclusão	46
3.4 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A COLETA DE DADOS	47

3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	48
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4	RESULTADOS.....	50
5	DISCUSSÃO.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
7	REFERÊNCIAS.....	73
8	APÊNDICES.....	81
9	ANEXOS.....	87

APRESENTAÇÃO

Ao longo de mais de 20 anos de trabalho, como servidora pública e docente, comecei a conviver com diversos serviços e profissionais que atuavam no combate e no controle da hanseníase. Participar da luta na defesa do portador desta doença motivou-me como enfermeira assistencialista, lotada na Policlínica de Especialidades Médicas do município onde funcionava o serviço de referência em hanseníase de Paracatu a colaborar, de 2004 a 2006, com o trabalho de busca ativa em escolares, realizado pela equipe da hanseníase nas escolas públicas do município de Paracatu (MG). Viver a experiência de sair da Unidade de Saúde, na busca ativa de portadores da doença, na comunidade, despertou em mim não somente o sentimento de acolher o outro com uma assistência mais humanizada, mas o gosto e o interesse pela pesquisa.

Ao conhecer os indicadores epidemiológicos da hanseníase, no município, fui motivada a realizar o estudo, na tentativa de ampliar meus conhecimentos e de buscar respostas para compreender os motivos da ausência do contato do portador de hanseníase frente à sua situação no serviço de referência local.

O fato de perceber a doença como problema de saúde pública no Brasil e, em especial, em Paracatu (MG), leva-me a acreditar que este trabalho poderá contribuir para melhorar a atenção aos contatos de portadores de hanseníase, possibilitando o acesso precoce para o exame dermatoneurológico e o tratamento, quando necessário, nos serviços do município, o que tornará possível um maior controle sobre a doença, para que se possa alcançar a meta da eliminação da hanseníase, acordada com a Organização Mundial de Saúde pelo governo brasileiro, em todo o país, o mais breve possível.

INTRODUÇÃO

A ocorrência da hanseníase tem registros muito antigos. A literatura apresentou as primeiras citações conhecidas pelo homem desde três ou quatro mil anos na Índia, na China e no Japão. Existem relatos em papiros egípcios da época de Ramsés II. Também foram encontrados relatos escritos em livros antigos indianos, chineses e persas. Hipócrates já definia o termo lepra em diversas lesões de pele, incluindo psoríase e os eczemas crônicos, porém, sem relatar danos neurológicos dos pacientes. Antes de Cristo, a hanseníase já era conhecida na Babilônia, Caldeia e Assíria, depois entre os fenícios, egípcios e hebreus (OPROMOLLA, 2000a).

Os países que contribuem para a manutenção da endemia hanseníase estão localizados nas regiões tropicais e subtropicais do globo terrestre, onde o padrão de vida, a má higiene e a qualidade de educação coexistem com a desinformação. As alterações nestes fatores, aliado às medidas utilizadas no controle da hanseníase vêm favorecer as características da incidência da doença na população (BECHELLI, 1999; WHO, 1988 apud ARAUJO, 2005).

A hanseníase representa, ainda, um grave problema de saúde pública no Brasil. Além de ser uma doença marcada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas decorrentes do processo de adoecimento, as investigações revelam que, embora os pacientes tenham concluído o tratamento medicamentoso, muitos apresentam limitações funcionais (BRASIL, 2008a).

O município de Paracatu, situado em Minas Gerais, foi incluído pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH, como município prioritário para o controle da hanseníase devido aos indicadores epidemiológicos (Detecção de 3,73 /10.000 hab. em 2008), que apresenta.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase, dentre outras ações, reafirmou a importância da avaliação de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, na programação das ações de vigilância em saúde. Por

isso, surgiu a necessidade de identificar os contatos intradomiciliares dos escolares tratados de hanseníase no município, nos anos de 2004 a 2006, uma vez que 24,1% dos contatos do município de Paracatu não compareceram ao serviço para o referido exame.

Buscando contribuir com o município no cumprimento das metas previstas dentro do projeto nacional de combate à hanseníase, e tendo em vista a promoção da saúde e a qualidade de vida dos portadores e seus contatos, fizemos um estudo para conhecer o perfil dos contatos intradomiciliares de escolares tratados de hanseníase, sua percepção quanto à doença e os motivos do não comparecimento à unidade de referência para o exame dermatoneurológico preconizado pelo referido programa.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1. A HANSENÍASE

1.1.1 Considerações Históricas

A Hanseníase constitui um dos males mais antigos de que se recorda a humanidade, ainda trata-se de doença envolta de tabus e crenças de natureza simbólica, objeto de um intenso estigma desde épocas remotas, entre os mais diferentes povos (TALHARI et al., 2006).

Procedem da Índia e da África as referências escritas mais antigas sobre a doença, que datam de 600 a.C., sendo por isso, consideradas o berço da hanseníase (BRASIL, 1989).

A hanseníase não existia nas Américas até a chegada dos colonizadores europeus e a introdução da doença, no novo continente, coincide com o incremento da enfermidade, na Espanha, durante os séculos XV e XVI (ARAUJO, 1946; OPROMOLLA, 2000a; GLORIO, 2001).

O Brasil, juntamente com os Estados Unidos da América - EUA, recebeu seus casos de doentes imigrantes. Os doentes dos EUA foram principalmente da Noruega, dentre outros países e os do Brasil vieram da Holanda, França, Espanha e Portugal. Padre Anchieta, em carta à província de São Vicente, relatou os casos de escravos com a doença (ARAUJO, 1946).

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil datam de 1600, sendo descritos na cidade do Rio de Janeiro. Os registros do ano de 1737 referem à existência de um total de doentes superiores a trezentos hansenianos. Do litoral, a doença foi levada pelos bandeirantes ao interior do Brasil, onde originaram outros focos que necessitavam de atenção, surgindo os asilos para Hansenianos (BRASIL, 1989). Em 1756, foi decretada a lei que tornou obrigatório o isolamento dos doentes de hanseníase no Rio de Janeiro, exigindo-se o mesmo em 1838, no Estado do Pará

(BRASIL, 1960). Em 1873, o médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, demonstrou a existência do *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Esta descoberta constituiu-se na primeira evidência científica do caráter infecto-contagioso da Hanseníase. Foi a primeira bactéria relacionada a uma doença humana (BRASIL, 1989; OPROMOLLA, 2000a). As confirmações sobre a infecciosidade da hanseníase vieram a partir da diminuição da sua ocorrência em países que adotaram os isolamentos em leprosários, como medida de tratamento (ROTBERG; BECHELLI, 1944).

No Brasil, a segregação do doente do contato familiar com a criação de dezenas de leprosários por todo o país foi a conduta médica mais comum, seguindo as diretrizes da Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados; em 1956, seguindo as recomendações do 6º Congresso Internacional de Lepra, um novo enfoque de atenção à doença foi proposto, contudo o Brasil tinha instalado, em 1960 36 leprosários, não obstante a política oficial já estar orientando para o atendimento ambulatorial (OPROMOLLA, 2000a).

A descoberta de medicamentos como a Sulfona, na década de 40, a Clofazimina, na década de 60, e a Rifampicina, na década de 70, significou grande avanço da medicina na luta contra a “lepra”. Os resultados do uso desses medicamentos trouxeram a tão esperada cura, muito embora, na época, com duração do tratamento de até cinco anos (BRASIL, 2002a).

Quanto ao isolamento de doentes, o então Primeiro Ministro Tancredo Neves, em 1962, promulgou o Decreto Federal de número 968, de 07/05/1962, que acabou com o isolamento compulsório da doença (OPROMOLLA, 2000a).

O Brasil, em 1976, teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo “lepra” por hanseníase, visando minorar o estigma e propiciar a integração do doente com a sociedade, conforme recomendação da Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, em Brasília (BRASIL, 1976).

Os planos nacionais para a eliminação da hanseníase como Problema de Saúde Pública iniciaram na década de oitenta com a implantação da poliquimioterapia no Brasil e a modificação das normas técnicas (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

No Brasil, o esquema de tratamento com a poliquimioterapia foi implementado em 1986 e entrou em vigor oficialmente em 1991. A poliquimioterapia

então vem sendo utilizada como tratamento medicamentoso recomendado para os casos de hanseníase (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

No ano de 2002, o Governo Federal editou a Portaria nº 1.838, de 09/10/2002, com diretrizes e estratégias para eliminação da hanseníase, no País, estabelecendo um incentivo financeiro para ampliação da detecção da prevalência oculta da hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde (BRASIL, 2002a).

Dentre as medidas adotadas, foi prevista uma aliança dos municípios considerados prioritários para a erradicação da hanseníase com os segmentos da sociedade, tais como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, o Movimento pela Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - Morhan, a Pastoral de Saúde, dentre outros. Também foram previstas ações como fornecimento de medicamentos, capacitação de profissionais, combate ao preconceito e tratamento da enfermidade (BRASIL, 2002a).

Em 2007, o Presidente da República, Luiz Inácio da Silva, assinou medida provisória (MP 373/07) que instituiu pensão indenizatória para portadores de hanseníase que haviam ficado em isolamento e internação compulsórios até dezembro de 1986. Foi instituído um grupo de trabalho para análise dos candidatos à pensão que é vitalícia, pessoal e intransferível e vai beneficiar cerca de três mil ex-internos (BRASIL, 2007).

Em 2008, a Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro, normatizou o Pacto pela Vida, que apresenta como um dos objetivos e metas prioritárias o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids, como um conjunto de compromissos sanitários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados (BRASIL, 2008b).

1.1.2 Definição, Aspectos Imunológicos Gerais e Transmissão

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Apresenta evolução lenta e se manifesta, essencialmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como as lesões

de pele e de nervos periféricos, acometendo principalmente olhos, mãos e pés (BRASIL, 2001).

O bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade, apenas 5 a 10% dos infectados adoecem (AZULAY; AZULAY, 1997). É uma bactéria metabolicamente muito pobre, pouco antigênica e praticamente atóxica e, de acordo com estes fatores, somente a exposição prolongada e constante a cargas bacilares elevadas ou deficiências significativas das defesas naturais permite que o bacilo se aloje no sistema de sua predileção, o sistema nervoso periférico, onde se multiplicará nos ramos sensitivos cutâneos e segmentos superficiais dos troncos nervosos periféricos (FLEURY, 2000).

O surgimento da doença no indivíduo infectado e suas variadas manifestações clínicas dependerão das características individuais do bacilo e de sua relação com o hospedeiro, assim como da resposta imune, a bactéria possui elevada virulência, devido ao seu alto potencial em provocar deformidades. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias. Pode atingir pessoas de ambos os sexos e em qualquer idade. Os primeiros sintomas podem surgir após um período de incubação de 2 a 7 anos (TALHARI; NEVES, 1997; OPRMOLLA, 2000b; BRASIL, 2002b).

A transmissão do bacilo de Hansen ocorre de uma pessoa para outra, por meio da mucosa nasal e orofaringe. Acredita-se que, além de serem as principais vias de eliminação, são também as principais vias de penetração do bacilo (JOPLING; MCDOUGALL, 1991).

A pele, quando lesada, pode ser via de eliminação ou de penetração do bacilo. Outras vias de eliminação, como o leite humano e os nódulos ulcerados, devem ser consideradas. Com duas semanas de tratamento, o doente de hanseníase bacilífero deixa de ser fonte de infecção. No organismo, as bactérias irão para os gânglios linfáticos onde desencadearão uma importante luta entre o organismo humano e o germe invasor. Geralmente, o organismo vence e elimina o bacilo, mas, em alguns casos, o bacilo irá para o sangue onde disseminará para a pele, nervos e/ou vísceras (TALHARI; NEVES, 1997).

Embora possam existir animais reservatórios do *M. leprae*, o doente não tratado com baciloscopia positiva (forma Multibacilar) é reconhecido como o agente transmissor da infecção (TALHARI; NEVES, 1997; BRASIL, 2001). O risco de contrair a doença aumenta quando existe contato íntimo e prolongado entre um

paciente da forma contagiante da doença e uma pessoa susceptível, principalmente quando há aglomeração e promiscuidade de pessoas (JOPLING; MCDOUGALL, 1991).

1.1.3 Formas Clínicas

A seguir, apresentamos a classificação das formas clínicas da hanseníase, segundo a classificação de Madri (BRASIL, 2001).

Os aspectos clínicos na hanseníase são bastante variados e estão relacionados com a resposta imunológica do indivíduo aos antígenos bacterianos. De um modo geral, as manifestações clínicas caracterizam-se pelo comprometimento neural e/ou cutâneo. São quatro tipos diferentes de formas clínicas: Hanseníase Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana (BRASIL, 2001).

A Hanseníase Indeterminada - HI, também denominada forma inicial da doença, é caracterizada por manchas hipocrômicas, planas e de bordas imprecisas, únicas ou múltiplas apresentando alterações de sensibilidade cutânea inicialmente térmica, tem baciloscopia negativa, o paciente não oferece riscos de contágio, não há comprometimento de troncos nervosos e é classificada como paucibacilar. Os pacientes sem tratamento poderão ter uma doença estacionada e depois envolver, espontaneamente, ou evoluir para a forma Tuberculóide, Dimorfa ou Virchowiana. A evolução dependerá do grau de defesa do hospedeiro (BRASIL, 2001).

A Hanseníase Tuberculóide surge, na maioria das vezes, da hanseníase Indeterminada não tratada, nos pacientes com boa resistência. As lesões apresentam tendência a não se disseminarem, ficando limitadas às áreas das manchas iniciais, pólo não contagioso, habitualmente estável, pode evoluir para cura espontânea. As alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil são bem nítidas, as lesões podem apresentar queda (alopecia) de pêlos e diminuição ou ausência de sudorese (BRASIL, 2001; TALHARI et al., 2006).

O comprometimento de troncos nervosos é precoce e de forma assimétrica, podendo, às vezes ser a única manifestação clínica da doença (forma neural pura). Pode haver intumescimento e queixa de dor nos nervos periféricos,

mas estas manifestações, geralmente, são unilaterais, podendo haver incapacidades graves sendo também a baciloscopia negativa (BRASIL, 2001; YAWALKAR, 2002; TALHARI et al., 2006).

A Hanseníase Dimorfa surge em indivíduos portadores de HI com resistência imunológica superior àqueles que desenvolvem hanseníase Virchowiana - HV. Forma clinicamente instável, oscilando entre as manifestações da forma Tuberculóide e da forma Virchowiana e caracteriza-se por lesões infiltradas, muitas vezes de coloração ferruginosa, denominadas de “queijo suíço” (foveolares), apresentando-se de forma anular, com borda interna nítida e externa apagada, podendo ser simétricas ou assimétricas (BRASIL, 2001; YAWALKAR, 2002; TALHARI et al, 2006).

Representa o espectro intermediário da hanseníase caracterizada pela instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico. Os nervos são atacados do mesmo modo descrito na forma Tuberculóide, porém com concentrações maiores de bacilos são necessárias para estimular uma resposta celular, dependendo da posição do paciente no espectro “boderline” (JOPLING; McDOUGALL, 1991; ARAÚJO, 2003).

A Classificação operacional para fins de tratamento é Multibacilar - MB e apresenta baciloscopia positiva ou negativa (BRASIL, 2001).

A HV corresponde ao pólo alérgico da doença, advindo das formas indeterminadas, onde o doente tem baixa resistência e com imunidade celular específica deprimida ao *M. leprae* (OPROMOLLA, 2000b).

A disseminação das lesões da pele pode ser eritematosas, infiltrativas, limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Pode haver infiltração da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose). Existe alteração de sensibilidade das lesões de pele e acometimento dos troncos nervosos, porém não tão marcantes e precoces como na forma Tuberculóide. Os nervos mais acometidos são o ulnar, o mediano, o fibular e o tibial posterior (BRASIL, 2001; OPRMOLLA, 2000b; TALHARI et al, 2006).

No rosto, a presença de hansenomas nas orelhas, a madarose, a infiltração difusa com acentuação dos sulcos naturais e preservação dos cabelos, marcam profundamente a fisionomia, caracterizando a “facies leonina”, mucosas

nasais podem ser acometidas levando a epistaxe e desabamento do nariz (OPROMOLLA, 2000b; TALHARI et al., 2006).

A doença pode manifestar-se de forma sistêmica, especialmente nos episódios reacionais, comprometendo vísceras importantes, principalmente olhos, testículos, rins e menos freqüente nos ossos e outras estruturas. A classificação operacional para fins de tratamento é MB e apresenta baciloscopia positiva com grande número de bacilos (BRASIL, 2001).

1.1.4 Tratamento da Hanseníase

Com o tratamento interrompe-se a cadeia de transmissão da doença e realiza-se a cura do doente, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e na eliminação da hanseníase. O tratamento integral do paciente é efetuado através da poliquimioterapia preconizada pela Organização Mundial de Saúde (tratamento PQT/OMS) e do acompanhamento do caso, com intuito de diagnosticar e tratar as intercorrências que podem ocorrer durante ou após a PQT, bem como prevenir e/ou tratar as incapacidades e deformidades físicas advindas da doença. (BRASIL, 2002b).

A OMS (BRASIL, 2002b) recomenda para adultos o seguinte tratamento:

Paucibacilares (duração de 6 meses):

Dapsona: 100mg/dia auto-administrada,

Rifampicina: 600mg/mg dose supervisionada.

Multibacilares (duração de 12 meses):

Dapsona: 100mg/dia auto-administrada

Clofazimina: 50mg/dia auto-administrada

Rifampicina: 600mg/mês dose supervisionadas

Clofazimina: 300mg/mês dose supervisionadas

1.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE

1.2.1 Hanseníase no Mundo

Em 1984, a OMS estimou que houvesse cerca de doze milhões de pessoas doentes com hanseníase no mundo. No início de 1997, este número reduziu para cerca de 1.150.000 casos de hanseníase em todo o mundo, dos quais 888.340 estavam registrados para tratamento. Já no início de 2008, havia 212.802 casos de hanseníase, e o número de casos novos detectados, em 2007, foi de 254.525 de acordo com o relatório global da OMS (WHO, 1997; WHO, 2008).

Quadro 1 – Situação da hanseníase no mundo no início de 2008.

Região	Casos registrados no início de 2008	Casos novos detectados em 2007
África	30 055	31 037
Américas	49 388	41 978
Leste e Sul da Ásia	120 967	171 552
Oeste do mediterrâneo	4240	4 091
Leste do Pacífico	8152	5867
Total	212 802	254 525

Fonte: Relatório da Situação Global da Hanseníase: OMS, 2008.

Segundo a OMS, nas Américas, o maior contribuinte à carga da doença é o Brasil. Embora a prevalência tenha sido reduzida substancialmente, durante 2004, a tendência de detecção de casos não tem apresentado declínio no país nos últimos anos. A meta da Estratégia Global é alcançar uma maior redução da carga de hanseníase e prover acesso a serviços de controle da hanseníase de qualidade para todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social (WHO, 2005).

1.2.2 Hanseníase no Brasil

No Brasil, um estudo de 2007/2008 foi realizado para compreender o comportamento da doença ao longo das duas últimas décadas, concluindo que parece haver um esgotamento de novos casos. A tendência à estabilização da hanseníase em todos os estados no Brasil foi evidenciada pela análise de longas séries históricas de detecção geral de casos novos e em menores de quinze anos, porém, ainda em patamares de alta detecção nas regiões norte, centro-oeste e nordeste. Os seis estados com maiores coeficientes de detecção fazem parte da Amazônia legal. Outro estudo foi realizado para identificar a distribuição espacial dos focos ativos no país –clusters – aglomerados de casos (BRASIL, 2009).

A figura 1, a seguir, mostra a série histórica de detecção de casos novos de hanseníase de acordo com as regiões brasileiras.

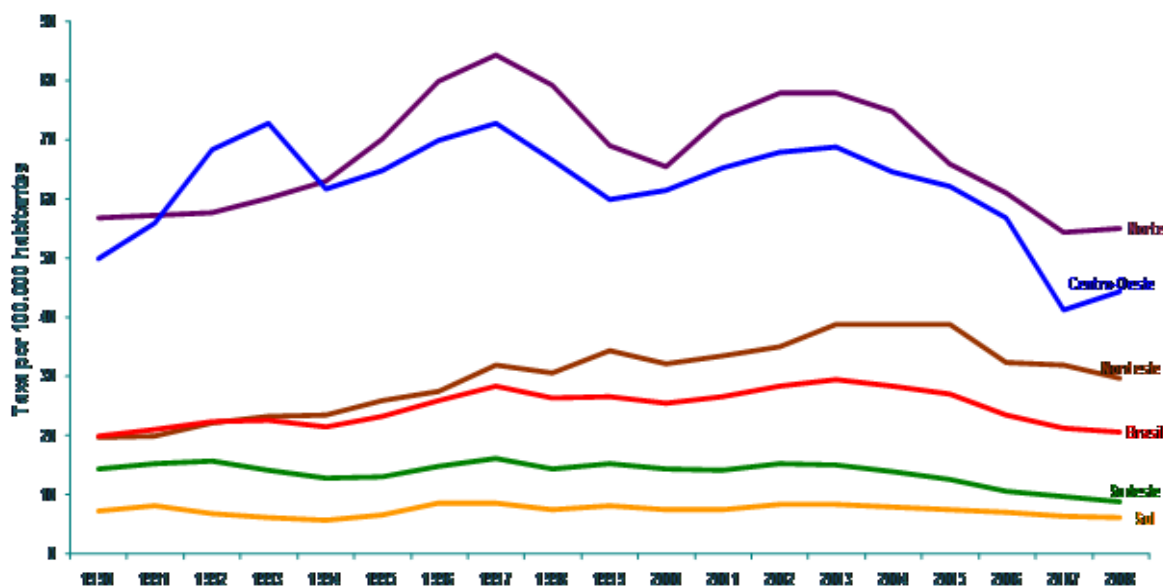


Figura 1: Brasil: Coeficiente de Detecção de casos novos de hanseníase na população geral por Região no período de 1990 a 2008

Fonte: Sinan/SVS-MS, p. 26.

A figura 2 mostra os dez clusters mais significativos que são responsáveis por mais de cinquenta por cento dos casos novos recentes e também estão localizados principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

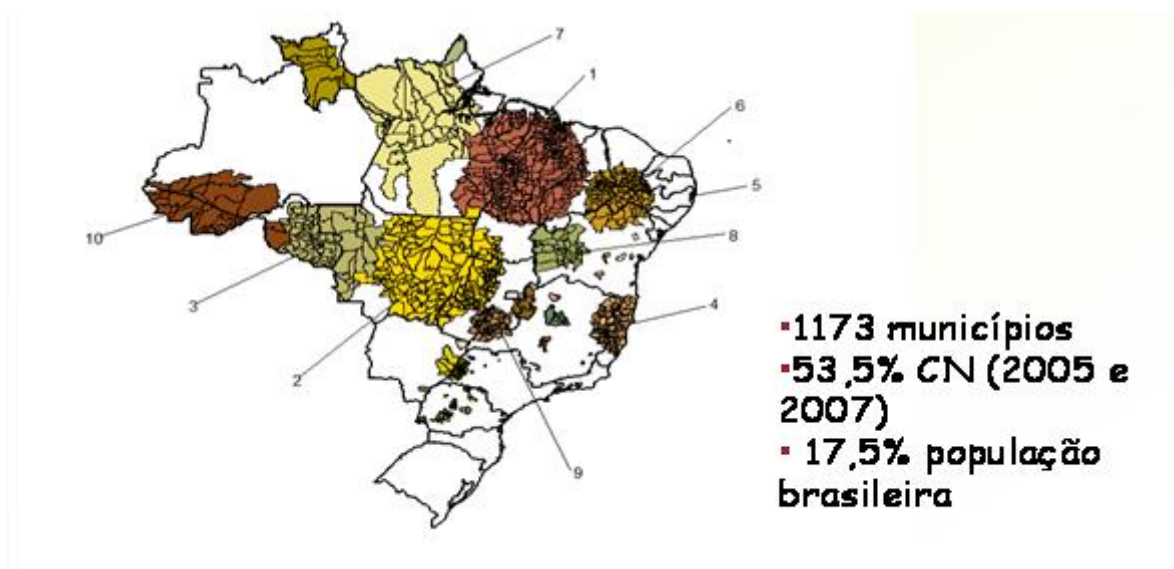


Figura 2: Brasil: Os 10 primeiros clusters espaciais de casos de hanseníase no Brasil, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007

Fonte: Brasil, 2009, p. 26.

O Brasil assumiu, em 1991, durante a 44^a Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000, ou seja, atingir a taxa de prevalência de menos de 01 doente/ 10.000 hab. Apesar da redução do coeficiente de prevalência em 80%, passando de 17,4/10.000 em 1991, para 3,6/10.000 habitantes em 1999, a meta não foi alcançada, devido à alta prevalência e detecção existentes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (BRASIL, 2000b).

Na 3^a Conferência Regional da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS sobre a eliminação da hanseníase das Américas, em 1999, na Venezuela, o Brasil assinou a Declaração de Caracas, comprometendo-se novamente a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, desta vez até o ano de 2005 (BRASIL, 2000b).

Como em 2005, a meta não foi atingida, em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde registrou 27.313 casos (taxa de prevalência considerando apenas os casos em tratamento e não de registro ativo como era em 2003) o que equivale a um coeficiente de prevalência de 1,48 casos/10.000 habitantes e um

coeficiente de detecção (número de casos novos registrados no decorrer do ano) de 2,09/10.000 habitantes, com 38.140 novos casos diagnosticados. A maior concentração de casos está nas regiões Norte e Centro-Oeste (hiperendêmicas $\geq 4/10.000$ habitantes), sendo o estado do Maranhão responsável pela notificação de 4.721 casos, sendo considerado o maior número de casos do país (BRASIL, 2006a).

Em 2004, em decorrência dos altos índices apresentados no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase - PNEH integrando instituições do governo e diversas organizações não governamentais para o combate da doença. (BRASIL, 2006a).

O Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase 2006-2010, lançado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, busca assegurar que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximo de suas residências, para que, com o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede básica de saúde, integrado às atividades de detecção precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e a vigilância de comunicantes, para que possamos eliminá-la de todos os municípios que possuam pelo menos 01 caso de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2006a).

O alcance das metas propostas para 2011 depende da melhoria dos resultados de indicadores pactuados nas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde - SUS, quais sejam a cura de todos os casos diagnosticados precocemente, a vigilância de contatos, especialmente nos casos menores de 15 anos, avaliação e monitoramento das incapacidades físicas apresentadas pelos casos já diagnosticados tardiamente, entre outros. Isso somente será possível com a expansão do acesso às oportunidades de diagnóstico, tratamento e vigilância (BRASIL, 2008a).

1.2.3 Hanseníase em Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios e, no ano de 2004, 316 (37%) apresentaram grave situação em relação ao número de casos novos de

hanseníase, sendo: 114 com coeficientes de detecção alto, 97 muito alto e 105 com coeficientes considerado hiperendêmico (MINAS GERAIS, 2005).

Em dezembro de 2005, o Estado de Minas Gerais contava com 2.807 casos de Mal de Hansen - MH - em curso de tratamento e 4.561 doentes em registro ativo, com um coeficiente de prevalência de 1,5 pacientes em cada 10.000 habitantes, considerado médio conforme os parâmetros nacionais. Naquele ano, foram diagnosticados 2.953 casos, mantendo a mesma média dos últimos cinco anos, de cerca de 3.000 casos novos anuais (MINAS GERAIS, 2006).

Ao final do ano de 2006, o Estado de Minas Gerais contou 2.278 casos de hanseníase em tratamento, o que correspondeu a um coeficiente de prevalência de 1,2 casos/10.000 habitantes e considerada média pelos parâmetros da OMS. Foram notificados, em 2006, 2.547 casos novos, com um coeficiente de detecção de 1,3/10.000 habitantes, sendo 62,8% dos casos classificados operacionalmente MB. Com relação à vigilância de contatos dos casos novos diagnosticados, em 2006, somente 3.154 (38,2%) tiveram o registro do exame dermatoneurológico informado no Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN. Do total de casos novos notificados em 2006, 9,5% tiveram como modo de detecção o exame de contatos. A cobertura dos serviços de saúde com Ações de Controle de Hanseníase - ACH - manteve-se semelhante ao ano anterior, com 2008 Serviços de Saúde, incluindo as Unidades Básica de Saúde - UBS, as equipes do Programa de Saúde da Família e os Serviços de Referência, portanto, abaixo do esperado, pois previa-se aumento do número de serviços desenvolvendo ACH. Esta situação reflete o desafio preconizado pelo Ministério da Saúde - MS da descentralização de ações para as Unidades Básicas de Saúde e a necessidade de novas estratégias para a consolidação da integridade da atenção ao cidadão portador de Hanseníase e/ou suas seqüelas (MINAS GERAIS, 2007).

A Coordenação Estadual do Programa de hanseníase identificou alguns fatores como mantenedores da alta prevalência da hanseníase, em Minas Gerais, como baixa cobertura de UBS desenvolvendo ações de controle da hanseníase; informação insuficiente para a população; falhas no sistema de informação; manutenção de fontes de contágio na população com a não descoberta de casos prevalência oculta pelos profissionais de saúde (MINAS GERAIS, 2004).

Em 2008, Minas Gerais registrou 1.969 casos novos de hanseníase, dos quais 83 (4,2%) eram crianças menores de 15 anos de idade. 1.283 (65,2%)

eram multibacilares e 10,8% foram diagnosticados tardiamente com grau 2 de incapacidade, isto é, com deformidades. Entre os casos em menores de 15 anos, 62,7% eram paucibacilar - PB. Constatou-se diminuição da deformidade entre os casos novos avaliados (10,8%) em relação a 2007 (13,8%). O número de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no estado diminuiu, nos últimos quatro anos, de 6,6/10.000, em 2005, para 5,4/10.000, em 2006; 5,1/10.000, em 2007 e 4,2%, em 2008, indicando provavelmente maior controle das fontes de infecção. Foram tratados e receberam alta por cura 2.064 pacientes. Constatou-se, ainda, aumento do percentual de contatos dos casos novos examinados nos últimos quatro anos, passando de 21%, em 2005; 38%, em 2006; 56,8%, em 2007 para 62,4% em 2008. Novas abordagens do problema hanseníase foram introduzidas pelo PNCH visando melhor controle da endemia. Destaca-se, em especial, a implantação do protocolo complementar de investigação de casos menores de 15 anos e a estratégia de clusters, ou aglomerados de municípios com maior risco de adoecimento da doença. O estado de Minas Gerais tem dois dos 10 primeiros clusters do Brasil. O cluster 4, que engloba parte de Minas Gerais, Bahia e Espírito Santo e o cluster 9, abrangendo parte do Triângulo Mineiro e Goiás. São 85 municípios nestes clusters com um risco relativo de adoecimento de 2,476 no cluster 4, e 1,850 no cluster 9, onde se inclui o município de Paracatu. É importante salientar que dentro dos clusters existem municípios com situações epidemiológicas diversas, desde os hiperendêmicos até os zerados em detecção de casos novos. Essa estratégia permite o planejamento e a execução de atividades que possam melhorar as ações de vigilância em hanseníase, visando diagnóstico precoce e tratamento dos casos diagnosticados, inclusive, a vigilância de contatos (MINAS GERAIS, 2009).

A figura 3 mostra o nível de prevalência dos municípios prioritários do Estado de Minas Gerais para desenvolverem ações e controle de hanseníase no ano de 2009, dentre eles o município de Paracatu (MG).

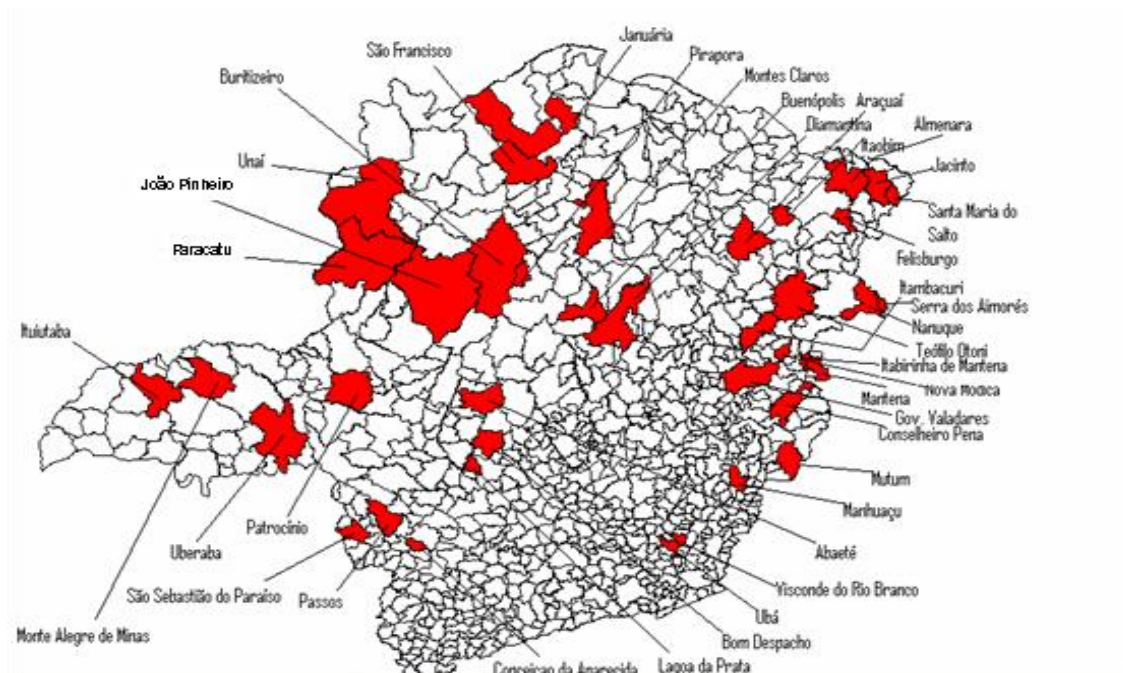


Figura 3: Minas Gerais: Municípios Prioritários para o controle da hanseníase 2009

Fonte: Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária/SES-MG.

A figura 4 mostra as taxas de prevalência e detecção de casos de hanseníase em Minas Gerais no período de 1986 a 2008.

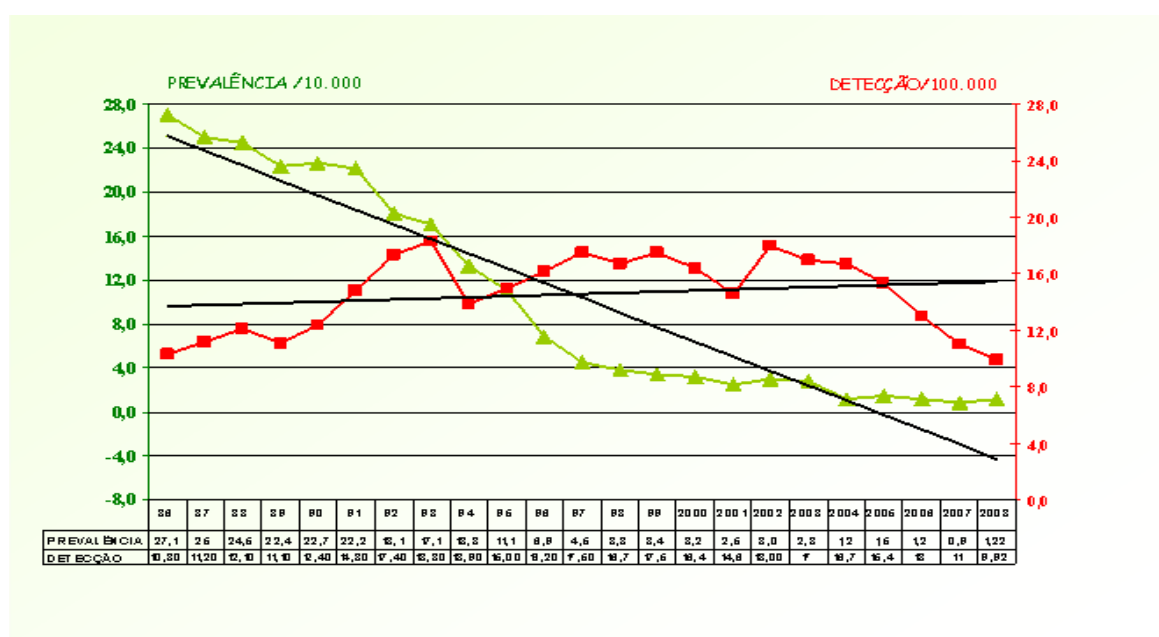


Figura 4: Minas Gerais: Taxas de Prevalência e Detecção de Hanseníase no período 1986 a 2008.

Fonte: Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária/SES-MG.

A figura 5 mostra o cluster nove, onde se encontra o município de Paracatu (MG).



Figura 5: Minas Gerais: Cluster 9 por detecção, onde se insere Minas Gerais no período de 2005 a 2007

Fonte: Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária/SES-MG.

1.2.4 - Hanseníase em Paracatu

O município de Paracatu era hiperendêmico ($\geq 20,0/10.000$ hab.) entre os anos de 1994 a 1996. De 1997 até o ano de 2004, o município apresentou um coeficiente de prevalência muito alto e, no ano de 2005, este coeficiente foi alto, segundo os parâmetros nacionais (FERREIRA, 2008).

Em Paracatu, a detecção geral de casos se manteve com um leve incremento no período entre 1994 e 2005, classificando-o como hiperendêmico, segundo os parâmetros nacionais. Devido a sua alta detecção de casos 3,73/10.000 habitante foi considerado pelo MS em 2008, como município prioritário para o controle da doença (FERREIRA, 2008). Em 2008, a detecção geral de casos novos no município foi 15,7 casos/100.000 hab., a detecção em menor de quinze anos foi de 4,2 casos/100.000 hab. (MINAS GERAIS, 2009).

O serviço de hanseníase do Centro de Saúde da Bela Vista, em Paracatu (MG), é uma referência regional. Os integrantes da equipe ministram cursos em ações de controle da hanseníase para os profissionais do município

e cidades vizinhas, além de desenvolverem ações educativas sugeridas pela OMS, como divulgação de sinais e sintomas da doença, palestras em escolas e empresas para aumentar a conscientização de toda a população e incentivar a detecção dos casos ainda não diagnosticados, sobretudo os multibacilares e potencialmente infectantes da doença (WHO, 1997).

Entretanto, dentre as estratégias de controle da hanseníase, propostas pelo MS, a vigilância epidemiológica, realizada por meio de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, é limitada em função da forma de captação e do acesso dos suspeitos aos serviços de hanseníase, além dos problemas advindos do sistema de informação, uma vez que parte dos dados de identificação de residência dos doentes encontra-se inconsistente, dificultando a vinculação da ocorrência dos eventos de saúde ao espaço onde a enfermidade se dá, dentre outros aspectos (SOUSA, 2005).

Por sua vez, a vigilância epidemiológica da hanseníase, em regiões endêmicas, limita-se à atividade dentro da própria unidade de saúde, não operacionalizando uma ação mais efetiva de busca ativa dos casos (GROENEN, 2002), seja no âmbito dos serviços de saúde ou na comunidade, o que ampliaria o acesso do doente à identificação e ao tratamento precoce da enfermidade.

A seguir, a Figura 6 mostra a distribuição espacial dos casos de hanseníase entre escolares menores de vinte anos, de acordo com as microrregiões e os coeficientes de detecção por microrregião, na área urbana de Paracatu (MG), em 2004.

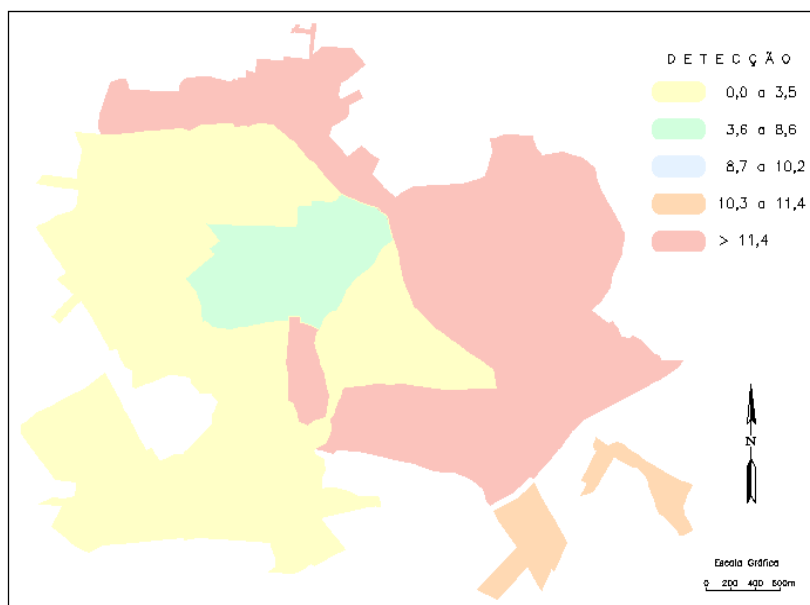


Figura 6: Paracatu: Distribuição espacial dos casos de hanseníase entre escolares menores de vinte anos, distribuídos de acordo com as microrregiões e os coeficientes de detecção por microrregião, na área urbana de Paracatu (MG), em 2004.

Fonte: Ferreira, 2008.

O geoprocessamento na zona urbana do município, dos casos diagnosticados pela busca ativa de hanseníase entre os escolares da rede pública de ensino, no ano de 2004, identificou que as microrregiões com maior detecção de casos da enfermidade foram as do Norte, Leste, Sudeste e parte da área Central de Paracatu-MG. As seis microrregiões com maior proporção de casos em termos de detecção de casos por meio da busca ativa, no ano de 2004, foram as de Alto do Açude, Vista Alegre, Nossa Senhora de Fátima, JK, Paracatuzinho, Chapadinha, São João Evangelista I e II, Bandeirantes, Aeroporto e Bom Pastor, Amoreiras II, Bela Vista II, Alto da Colina, Primavera I e II, Vila Cristiano, Vila Alvorada, Novo Horizonte e Projeto 21.

Os bairros visitados para a realização das entrevistas dos contatos faltosos também foram os identificados no geoprocessamento, uma vez que as famílias dos escolares tratados de hanseníase continuam residindo em sua quase totalidade nos mesmos domicílios.

1.3 CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE

A partir do diagnóstico de um caso de hanseníase, a equipe de saúde deve realizar a investigação epidemiológica, que tem como objetivo a interrupção da cadeia de transmissão da doença, procurando identificar a fonte de infecção do doente, prevenindo o contágio de outras pessoas e de descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente, ou seja, os contatos intradomiciliares, a fim de serem adotadas as medidas de prevenção da doença. (BRASIL, 2002a).

O Ministério da Saúde preconiza que os contatos intradomiciliares com diagnóstico de hanseníase devem ser encaminhados pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para tratamento específico da doença. Já os contatos intradomiciliares sadios devem receber a vacinação BCG e orientações sobre o aparecimento de sinais e sintomas da doença e, se necessário, deverão procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência (BRASIL, 2002a).

O contato convivente ou comunicante do paciente portador de MH apresenta maiores riscos de também adoecer de hanseníase, por isso a proteção com a vacina BCG proporciona uma melhora imunológica contra a doença, sobretudo contra as formas multibacilares (BRASIL, 2002a). Diversos trabalhos apontam que o controle dos comunicantes é uma atividade básica dentre as ações de controle da doença. Por essa razão, esse controle não pode ser subestimado pela equipe de saúde da atenção básica, seja em áreas de alta prevalência (FERREIRA, 2003), seja em situações de baixa endemicidade (SHUMIN et al., 2003; LASTORIA; PUTINATTI, 2004).

Devido aos riscos de transmissão da doença, todos os contatos domiciliares e também os extradomiciliares devem ser examinados por profissionais de saúde a fim de serem detectados precocemente os casos novos (MOET et al., 2004).

Poucos foram os trabalhos publicados no Brasil, abordando os contatos também designados como comunicantes, de forma geral, o controle destes comunicantes de hanseníase recebe pouca atenção no processo histórico da doença no país (PINTO NETO, 1999a).

Ferreira (2008, p. 46) afirma:

O controle de comunicantes no Brasil é desafio a ser enfrentado pelas equipes de profissionais de saúde devido às dificuldades de se conseguir o comparecimento desses contatos para realizar exame dermatoneurológico adequadamente conforme as orientações oficiais, bem como da importância dos profissionais de saúde valorizarem o controle preconizado desse grupo.

Algumas doenças de evolução crônica como a hanseníase e suas formas iniciais podem passar despercebidas em determinadas situações. Por isto, os exames dermatológicos devem ser realizados periodicamente em grupos de risco por todos os profissionais de saúde que atuam nas ações para o controle da hanseníase (LESER et al., 1985).

O Ministério da Saúde estabelece, dentre os indicadores epidemiológicos operacionais para os serviços de saúde que atendem e examinam os contatos intradomiciliares de hanseníase, a classificação de “bom” quando mais de 75% dos contatos de casos novos são examinados; “regular”, de 50 a 75% de exame dos contatos e “precário” quando o número de examinados é inferior a 50%. No entanto, diversos autores afirmam que grande parte dos serviços de saúde não se enquadram dentro do parâmetro “bom”, preconizado pela coordenação nacional do programa (BRASIL, 2002a). Em Paracatu, o serviço de referência do município detectou, em 2008, um comparecimento de 75,9% dos contatos intradomiciliares para o referido exame. Por se tratar de região endêmica, cerca de 24% dos contatos ficaram em situação de risco de contrair a doença.

Diante desse quadro, entende-se necessário conhecer os contatos dos escolares tratados de hanseníase, em Paracatu (MG), para identificar os motivos do não comparecimento para a realização do exame dermatoneurológico na unidade de saúde de referência do município.

1.4 A BUSCA ATIVA EM HANSENÍASE

A busca ativa de casos acontece no trabalho de investigação epidemiológica de um doente e pelo exame de contatos intradomiciliares do mesmo. No entanto, os serviços que atendem aos portadores de hanseníase, em geral,

apresentam um baixo percentual de contatos intradomiciliares examinados. A coordenação nacional preconiza o diagnóstico precoce da doença, recomendando intensificar-se a busca ativa de doentes, seja pelo exame de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado ou por outras formas de busca e detecção ativa (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial de Saúde, propôs a detecção precoce de casos e, em seguida a poliquimioterapia, como estratégias globais para diminuição dos casos bacilíferos, e a manutenção das ações de controle da hanseníase (OMS, 2005).

O MS sugere que a detecção ativa de casos de hanseníase seja feita por meio da busca sistemática de doentes pelas equipes de saúde que atendem nas unidades, através da vigilância dos contatos intradomiciliares do doente, pelo exame dermatoneurológico de todas as pessoas que convivem, ou tenham convivido, nos últimos cinco anos, com o portador de MH; ou com a busca de sintomáticos dermatoneurológicos de hanseníase (pessoas com sinais e sintomas da doença) por meio do exame dermatoneurológico de pessoas (BRASIL, 2001).

A educação para a saúde, ou seja, um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer é uma das prioridades da atenção básica segundo o Ministério da Saúde e deve ser desenvolvida por todos os profissionais que atendem ao Programa Nacional de Controle da Hanseníase (BRASIL, 2009).

Realizar a busca ativa, aliada à educação para saúde da população, é de fundamental importância para que se consiga o diagnóstico precoce da doença e a diminuição do estigma que ainda persiste em muitas regiões (KUMARESAN et al., 1993, BRASIL, 2002a).

Portanto, o controle e a prevenção de saúde através da busca ativa é o elo da promoção da saúde.

A Carta de Ottawa (1986), afirma:

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem ser realizadas por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e pelas instituições governamentais.

De acordo com o Ministério da Saúde, para que ocorram as ações de promoção de saúde na hanseníase, diversas ações devem ser realizadas. Dentre essas ações estão o treinamento para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde, as atividades educativas, a participação dos meios de comunicação de massa, visando esclarecer a população sobre os conhecimentos científicos da doença, o estímulo à participação do paciente, dos seus familiares e da comunidade nas decisões que lhes digam respeito, e a identificação das organizações governamentais e não governamentais na região, que podem contribuir para elevar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2002a).

1.5 HANSENÍASE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Desde 1920, Winslow descreveu o esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde da população e seus programas educativos, proporcionando melhoria da saúde individual e assim como desenvolvimento da maquinaria social que assegurasse a todos os níveis de vida um adequado melhoramento da saúde (BUSS, 2003).

Como marco histórico, a Carta de Ottawa, ao definir Promoção de Saúde, reforçou como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BUSS, 2003).

O documento final da Declaração de Alma Ata destacou a reorganização do sistema de atenção mediante a proposta de atenção primária à saúde e reforçou a priorização das ações externas ao aparato assistencial, uma vez que surgiram em países desenvolvidos propostas de melhorias dos serviços em atividade e de razoável qualidade (CARVALHO, 2005).

A OPAS – OMS propôs uma definição em 1990 segundo a qual a Promoção da Saúde seria a “soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigida ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva” (SALAZAR, 2004).

A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida na América Latina carece necessariamente de um imperativo ético de dar respostas às necessidades sociais dentre os direitos universais fundamentais, visto que se entende que o direito à saúde é uma expressão direta do direito fundamental à vida (ABRASCO, 2003 apud CAMPOS, 2006).

A Política Nacional de Promoção de Saúde, em suas diretrizes, preconiza a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário (BRASIL, 2006b).

Também se faz necessário empoderar a população organizada, utilizando a difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos como estratégia de promoção de saúde, para maior participação da população na busca da saúde que queremos, contribuindo no controle da endemia hanseníaca em Paracatu-MG. Este empoderamento da população organizada é central na estratégia da promoção da saúde para a reivindicação por políticas públicas saudáveis. A questão da participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político (BUSS, 2000).

1.6 REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O PNCH reorientou a descentralização das ações de controle da hanseníase sugerindo um trabalho integrado à atenção básica. O acompanhamento do processo de descentralização requer definição clara e de consenso sobre o número de unidades com programa implantado e de unidades básicas de saúde existentes. O PNCH propõe para essas UBS a execução das seguintes atividades: diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades físicas e atividades de comunicação e educação. Atualmente o estado de Minas Gerais possui 5.120 UBS, sendo que 2.066 já desenvolvem ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2009).

Para intensificar a descentralização das ações de controle da hanseníase, o PNCH tem trabalhado integrado à atenção básica no âmbito do

MS e das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Embora não se tenha conseguido avançar, alguns resultados positivos já podem ser evidenciados:

- Melhor integração das gerências técnicas estaduais de Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, seguindo as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- Inserção do tema hanseníase em materiais didáticos e informativos do Departamento da Atenção Básica;
- Atualização do manual de hanseníase para Agentes Comunitários de Saúde;
- Aquisição de Kits de monofilamentos para a atenção básica para atender pacientes com diabetes e hanseníase;
- Elaboração de manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes (BRASIL, 2009).

A figura 7 apresenta os componentes técnicos ou eixo estruturante do PNCH nos quais foram delineados os cinco componentes técnicos ou eixos estruturantes da programação, monitoramento e avaliação do PNCH, acompanhando a política do Ministério da Saúde. As ações de cada componente estão integradas às de outras áreas programáticas do MS e apresentam inúmeras interfaces dentro e fora do SUS. Os componentes são dinâmicos e vêm sendo aperfeiçoados ao longo do trabalho para responder de forma mais eficaz e eficiente às mudanças políticas propostas pelo governo (BRASIL, 2009).



Figura 7: Brasil: PNCH – Componentes e Interfaces Políticas e Operacionais

Fonte: Brasil, 2009, p. 19.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os motivos do não comparecimento para a realização do exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares dos escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG) entre os anos de 2004 a 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos contatos intradomiciliares dos escolares tratados de hanseníase do município de Paracatu (MG);
- Identificar o conhecimento dos contatos sobre a hanseníase e sobre os serviços de saúde.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, utilizando-se entrevistas semiestruturadas.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

3.2.1 Caracterização do Município de Paracatu (MG).

O Município de Paracatu está localizado na região noroeste do estado de Minas Gerais, dista 41 km do estado de Goiás, 220 km do Distrito Federal e 500 km de Belo Horizonte. Apresenta uma economia voltada para o setor agropecuário e mineração (ouro, zinco e calcário). Em 2009, a população estimada era de 83.560 habitantes, sendo 71.050 habitantes na zona urbana, distribuídos em 35 bairros, e 12.510 hab. na área rural. A cidade apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,760 em 2005, e uma taxa de crescimento populacional de 1,6% ao ano. Quanto à densidade demográfica, observou-se 10,26 hab./km² (IBGE, 2007).

3.2.2 Caracterização dos Serviços de Saúde de Paracatu (MG)

O município faz parte da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS de Unaí (MG), composta por mais doze municípios. O sistema municipal de saúde de Paracatu encontra-se organizado na Atenção Básica, com

45% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, sendo três postos de saúde na zona rural e onze Unidades de Saúde da Família na zona urbana.

Até o início de 2008, o município de Paracatu contava com três Centros de Saúde na zona urbana, sendo que no primeiro trimestre de 2008 o Posto de Saúde Central, onde funcionava o Serviço de Hanseníase, foi desativado. Atualmente este serviço funciona no Centro de Saúde Paulo V. Loureiro, no bairro Bela Vista, onde são atendidos também os programas de Tuberculose e Diabetes Mellitus. Na assistência secundária, possui dois hospitais, sendo um público e outro privado e duas policlínicas de especialidades. A assistência terciária é referenciada aos municípios de Patos de Minas, Uberlândia, Uberaba, Belo Horizonte e Unaí, conforme pactuação.

O Serviço de referência em Hanseníase do município de Paracatu-MG existe há mais de trinta anos, realizando diagnósticos e tratando os portadores de hanseníase, de acordo com as normas e orientações padronizadas pelo MS e pela Coordenação Estadual de Hanseníase da Secretaria Estadual de Saúde. O Programa Municipal de Hanseníase de Paracatu, no período da pesquisa, encontrava-se constituído por uma equipe multiprofissional treinada, servindo de referência também para outras cidades vizinhas. A equipe de saúde da unidade era composta por um médico, um enfermeiro, um bioquímico, uma fisioterapeuta e duas auxiliares de enfermagem.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Em um trabalho realizado por Ferreira (2008), foram encontrados, através de busca ativa, 68 escolares tratados de hanseníase entre 2004 a 2006 no município de Paracatu. Os contatos intradomiciliares deste grupo de escolares foram selecionados para esta investigação representavam uma população específica e caracterizavam uma situação representativa do município de endemidade.

A coleta de dados iniciou-se, então, com uma pesquisa retrospectiva de ficha de acompanhamento de casos de hanseníase (ANEXO II), que registrou os contatos dos 68 escolares diagnosticados e tratados no Serviço de Referência de Hanseníase do município de Paracatu (MG) entre os anos de 2004 a julho de 2006,

identificando-se que, de um total de 241 contatos intradomiciliares, 183 (75,9%) haviam comparecido ao serviço de saúde e 58 (24,1%) dos contatos não compareceram para realizar o exame dermatoneurológico (FERREIRA, 2008).

Os sujeitos deste estudo foram os 58 contatos intradomiciliares que não compareceram ao serviço de hanseníase para a realização de exame dermatoneurológico. Os dados desses contatos foram coletados nas fichas de acompanhamento de casos de hanseníase da unidade de referência com nome, parentesco e endereço (Anexo II).

3.3.1 Critérios de Inclusão

- Ser contato intradomiciliar de escolar registrado e tratado de hanseníase no serviço de referência, Centro de Saúde Paulo V. Loureiro, no município de Paracatu, Estado de Minas Gerais, no período de 2004 a 2006 que não tenha realizado o exame dermatoneurológico preconizado pelo Programa de Combate à Hanseníase;
- Residir na zona urbana ou rural do município de Paracatu (MG);
- Concordar em participar do presente estudo. Como alguns sujeitos da pesquisa eram menores de idade, os pais ou responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, para tanto, autorizaram a participação dos seus filhos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconiza a Resolução CNS Nº 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice I).

3.3.2 Critérios de Exclusão

- Contatos Intradomiciliares residentes fora do município de Paracatu no período da coleta;
- Contatos que não aceitarem participar do estudo;

- Contatos que haviam realizado o exame dermatoneurológico, em outro serviço, ou no próprio serviço de referência do município cujos atendimentos não foram registrados.

3.4 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA A COLETA DE DADOS

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Franca - UNIFRAN (Processo n. 004/09), que deliberou a aprovação do mesmo em 27 de março de 2009 (Anexo I).

A coleta de dados iniciou-se em 18 de novembro de 2008 e foi feita na unidade de referência de hanseníase, no Centro de Saúde Paulo Vieira Loureiro, em fichas de acompanhamento de caso de hanseníase e complementada com prontuários médicos quando necessário.

Foram realizadas visitas domiciliárias aos contatos faltosos, residentes nas zonas urbana e rural, para entrevistá-los no período de 01 de abril 2009 a 10 de julho de 2009. Nessa ocasião, utilizou-se o instrumento de coleta de dados com questões semiestruturadas (Apêndice II),

As visitas aconteceram em duas tardes por semana, com duração média de 30 minutos cada entrevista por contato. Em alguns domicílios, foi acordado com os familiares o retorno no período noturno para encontrar o contato. Na zona rural do município, devido à distancia, foi realizada uma visita por período.

Antes de cada entrevista, os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e só então assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

Algumas casas foram visitadas mais de uma vez para se conseguir a presença do contato, pois, na primeira visita, os mesmos não se encontravam em suas residências. Em um mesmo domicilio, existia mais de um contato faltoso ao exame, sendo o número de entrevistados maior que o de domicílios.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas. Na identificação dos contatos, os dados eram referentes ao nome, sexo, idade, estado civil, local de residência, escolaridade, renda familiar, ocupação, procedência, número de habitantes no domicílio e parentesco com o escolar tratado de hanseníase. Quanto ao contexto de vida, foi perguntado se o entrevistado possuía casa própria, qual o tipo de abastecimento de água, qual era o destino final do lixo e sobre o destino do esgoto. As perguntas abertas procuraram identificar o conhecimento dos contatos sobre a doença da hanseníase, e sobre o serviço de saúde.

Em um primeiro momento, foram realizadas entrevistas piloto com dois contatos faltosos de portadores de hanseníase, que iniciaram o tratamento no ano de 2008, na unidade de referência do município, e ainda não haviam procurado o serviço de saúde para o exame dermatoneurológico. O roteiro da entrevista semiestruturada foi modificado de acordo com as sugestões.

Foram realizadas 60 visitas domiciliárias a 33 domicílios, sendo entrevistados 40 contatos na zona urbana e 06 contatos na zona rural.

Inicialmente a amostra da pesquisa era composta por 58 contatos que não compareceram ao serviço de saúde. A diferença entre o número de entrevistas realizadas (46) e o número de contatos que não compareceram ao serviço (58) registrado nas fichas de acompanhamento de caso de hanseníase ocorreu porque 02 famílias mudaram de cidade, os contatos de 02 famílias compareceram ao serviço de saúde no período da coleta dos dados e não foram registrados, e um contato se recusou a participar da pesquisa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram representados graficamente em tabelas, figuras, gráficos e quadros com as respostas categorizadas com os conteúdos mais significativos das falas dos sujeitos pesquisados e transcritos como relatados pelos depoentes, tal quais as falas dos quadros apresentam.

4 RESULTADOS

O quadro 2 apresenta a caracterização dos domicílio e dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG).

Quadro 2 – Caracterização dos domicílios, número de residentes, número de visitas e tempo gasto nas entrevistas com os contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase em Paracatu (MG).

Domicílio	Nº de residentes no domicílio	Nº de contatos faltosos	Nº de visitas realizadas	Duração (min)
01	05	01	01	30
02	09	05	01	120
03	03	01	01	30
04	04	01	01	30
05	06	02	02	60
06	04	02	02	60
07	06	01	02	60
08	05	02	03	70
09	05	02	02	60
10	05	01	01	30
11	04	01	02	60
12	04	01	02	40
13	04	01	02	50
14	04	01	02	50
15	07	02	03	80
16	05	02	02	50
17	05	02	02	60
18	09	04	02	60
19	06	02	02	60
20	04	03	02	70
21	02	01	01	30
22	02	01	02	40
23	03	01	02	50
24	02	01	02	60

Continua

Continuação

Domicílio	Nº de residentes no domicílio	Nº de contatos faltosos	Nº de visitas realizadas	Duração (min)
25	04	02	02	70
26	06	01	02	60
27	02	01	02	60
28	05	01	02	60
29	04	01	01	30
30	04	01	02	60
31	02	02	03	60
32	07	01	01	30
33	07	01	01	30

A tabela 1 e a figura 8 apresentam o perfil da amostra pesquisada. Os dados revelaram que de um total de 46 contatos entrevistados, 28 (61%) são do sexo masculino; 11 (21%) encontram-se entre a faixa etária de 21 a 28 anos e 23 (50%) são casados.

Tabela 1 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por sexo e estado civil em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	28	61
Feminino	18	39
TOTAL	46	100
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	13	29
Casado (a)	23	50
Amigado (a)	7	15
Separado (a)	1	2
Divorciado (a)	1	2
Viúvo (a)	1	2
TOTAL	46	100

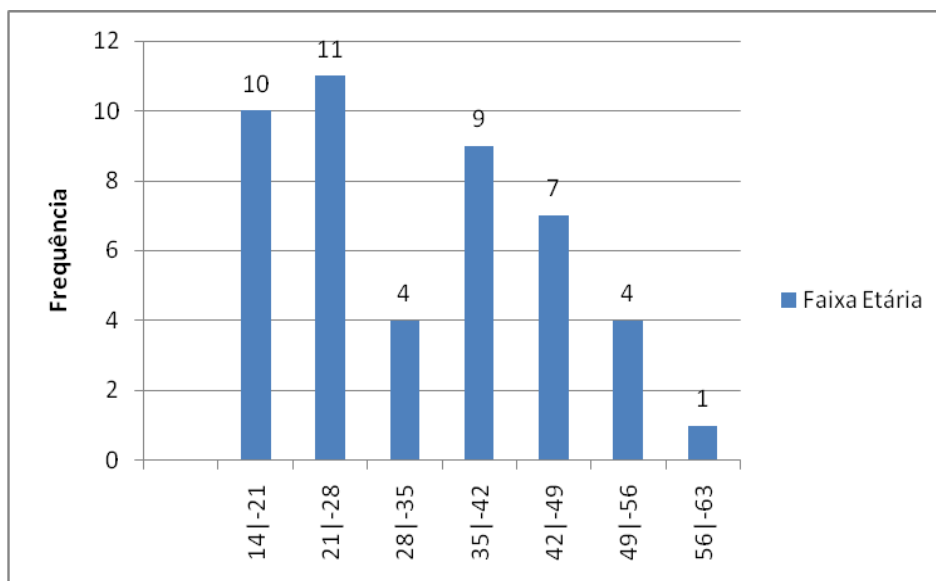


Figura 8 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase por faixa etária em Paracatu (MG).

A tabela 2 registra a distribuição dos contatos tratados de hanseníase por grau de parentesco e local de procedência. A respeito do grau de parentesco dos contatos com o portador de hanseníase, pode-se constatar que o parentesco mais comum (33%) é o de pai, seguidos por irmão (18%), irmã (15%) e mãe (13%). Verificou-se que a maioria destes contatos é procedente do próprio município de Paracatu (MG), (78%).

Tabela 2 - Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por grau de parentesco e local de procedência em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
GRAU DE PARENTESCO		
Pai	15	33
Irmã	8	18
Irmão	7	15
Mãe	6	13
Tio	3	7
Cunhada	2	4
Padrasto	2	4
Primo	2	4
Avô	1	2
TOTAL	46	100
LOCAL DE PROCEDÊNCIA		
Paracatu – MG	36	78
Unaí – MG	2	5
Bahia (estado)	2	4
São Francisco – MG	1	2
Pompeu – MG	1	2
Bocaiúva – MG	1	2
Abaeté – MG	1	2
Não Informado	2	5
TOTAL	46	100

A tabela 3 demonstra os resultados obtidos da distribuição dos contatos por escolaridade, renda familiar e números de pessoas residentes em cada domicílio. Quanto à escolaridade, constatou-se que 25 (54%) dos entrevistados possuem o ensino fundamental incompleto, 8 (18%) o ensino médio completo, 6 (13%) o ensino fundamental completo e 1 (2%) é analfabeto. A respeito da renda familiar, identificou-se que 24 (54%) das famílias vivem com 1 a 2 salários mínimos, 12 famílias (27%) vivem com 2 a 3 salários mínimos e que 3 famílias (7%) vivem com menos de um salário mínimo por mês.

Tabela 3 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por escolaridade e renda familiar em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	1	2
Fundamental Incompleto	25	54
Fundamental Completo	6	13
Médio Incompleto	5	11
Médio Completo	8	18
Superior Incompleto	1	2
TOTAL	46	100
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIO MÍNIMO		
Menor que 1	3	7
1 2	24	55
2 3	12	27
3 4	4	9
Maior que 4	1	2
TOTAL	46	100

A tabela 4 identifica as atividades profissionais exercidas pelos contatos de hanseníase. Dentre estas atividades houve o predomínio de quatro profissões que são: do lar (19,56%), serviços gerais (10,86%), pedreiro (10,86%) e estudante (6,52%).

Tabela 4 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por profissão em Paracatu (MG).

VARIÁVEL	N	%
PROFISSÃO		
Do lar	9	19,56
Serviços Gerais	5	10,86
Pedreiro	5	10,86
Estudante	3	6,52
Vaqueiro	2	4,34
Mecânico Industrial	2	4,34
Lavrador	2	4,34
Doméstica	2	4,34
Comerciante	2	4,34
Babá	2	4,34
Vigia	1	2,17
Soldador	1	2,17
Operador de máquinas	1	2,17
Atendente	1	2,17
Motorista	1	2,17
Mecânico	1	2,17
Funcionário Público	1	2,17
Confeiteira	1	2,17
Chapa de caminhão	1	2,17
Auxiliar de Produção	1	2,17
Autônomo	1	2,17
TOTAL	46	100

A tabela 5 mostra a distribuição dos contatos faltosos de escolares de hanseníase de acordo com o local de residência. Nesta pesquisa, constatou-se que 86,96% dos entrevistados residiam na zona urbana, em especial nos bairros considerados como periferia. Assim, 8 (17,39%) dos contatos residem no Paracatuzinho, 6 (13,04%) residem no São João Evangelista, 6 (13,04%) residem no Nossa Senhora de Fátima e 4 (8,69%) residem na Vila Mariana; ressalta-se, porém, que 13,04% dos contatos dos escolares tratados de hanseníase residem na zona rural do município de Paracatu (MG).

Tabela 5 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por local de residência em Paracatu (MG).

VARIÁVEL	N	%
Localidade		
Paracatuzinho	8	17,39
São João Evangelista	6	13,04
N. Sra. de Fátima	6	13,04
Zona Rural	6	13,04
Vila Mariana	4	8,69
Santana	2	4,34
Bela Vista	2	4,34
Bandeirantes	2	4,34
Aeroporto	2	4,34
Vista Alegre	1	2,17
Vila Cruvinel	1	2,17
Novo Horizonte	1	2,17
JK	1	2,17
Chapadinha	1	2,17
Alto do Córrego	1	2,17
Alto do Açude	1	2,17
Alto da Colina	1	2,17
TOTAL	46	100

A tabela 6 registra as condições de moradia dos contatos de pacientes tratados de hanseníase, segundo residência própria, abastecimento de água, destino final do lixo e do esgoto. Dos entrevistados, 36 (78%) residem em casa própria; 35 (76%) têm o abastecimento de água em casa e 11 (24%) têm em casa poço ou cisterna; 38 (83%) domicílios têm a coleta urbana de lixo e os que não a tem optam pela queima do lixo (13%) ou pelo acúmulo do mesmo (4%); quanto à rede de esgoto, 35 (76%) dos domicílios têm este tipo de serviço e os que não o recebem utilizam-se da fossa (24%).

Tabela 6 –Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, que residem em casa própria, tipo de abastecimento de água no domicílio, destino final do lixo e esgoto em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
RESIDÊNCIA PRÓPRIA		
Sim	36	78
Não	10	22
TOTAL	46	100
ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
Rede Pública	35	76
Poço/Cisterna	11	24
TOTAL	46	100
DESTINO FINAL DO LIXO		
Coleta Urbana	38	83
Queima	6	13
Acumulado	2	4
TOTAL	46	100
DESTINO FINAL DO ESGOTO		
Rede Pública	35	76
Fossa	11	24
TOTAL	46	100

A tabela 7 apresenta os resultados encontrados a respeito do conhecimento dos contatos de escolares tratados de hanseníase do município de Paracatu a respeito do conhecimento desta doença e da presença da mesma em seus familiares. Dezesesseis (35%) dos contatos afirmam que não tinham conhecimento sobre a doença e 4 (9%) afirmaram desconhecer a ocorrência da mesma em um familiar.

Tabela 7 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase sobre o conhecimento e existência da doença na família em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
CONHECIMENTO SOBRE A HANSENÍASE		
Sim	30	65
Não	16	35
TOTAL	46	100
PRESENÇA DE HANSENÍASE NA FAMÍLIA		
Sim	42	91
Não	4	9
TOTAL	46	100

A tabela 8 registra os resultados obtidos a respeito da distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase de acordo com a avaliação realizada pelo serviço de saúde; se estes sabiam sobre a importância de serem examinados e de terem sido examinados, e os motivos que os levaram a não realizar o exame, se gostariam de receber informações sobre a doença.

Tabela 8 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por avaliação do serviço de saúde, importância de ser examinado, orientações e exame e sobre os motivos de não realizar o exame em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
FOI EXAMINADO PELO SERVIÇO DE SAÚDE		
Sim	16	35
Não	35	65
TOTAL	46	100
SABIAM DA IMPORTÂNCIA DE SER EXAMINADO		
Sim	38	83
Não	7	15
Não Informado	1	2
TOTAL	46	100
VARIÁVEIS	N	%
ORIENTAÇÃO SOBRE A DOENÇA E SER EXAMINADO		
Sim	45	98
Não	1	2
TOTAL	46	100
MOTIVOS DE NÃO REALIZAR O EXAME		
Trabalho	20	38
Falta de Informação	7	14
Omissão e falta de interesse	7	14
Outros	7	14
Falta de Acesso	5	10
Residir na Zona Rural	3	6
Medo	2	4
TOTAL	51	100

Os resultados encontrados apontam que 35 (65%) dos contatos dos escolares com hanseníase não foram examinados pelo serviço de saúde; dos entrevistados, 38 (83%) afirmaram que sabiam da importância de serem examinados; 45 (98%) destes contatos demonstraram interesse em receber orientações sobre a doença e de serem examinados.

Quanto aos motivos que os levaram a não realizar o exame, os entrevistados apontam: o trabalho (38%), a falta de informação (14%) e a omissão (14%) como os principais empecilhos para a realização do exame dermatoneurológico.

O quadro 3 mostra as falas mais significativas dos contatos faltosos ao exame dermatoneurológico do município de Paracatu (MG) sobre o motivo de não ter procurado o serviço de saúde para a realização do exame dermatoneurológico.

Quadro 3 – Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre o motivo de não ter procurado o serviço de saúde para realizar o exame de contato. Paracatu (MG).

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
01	"... não lembro porque não fui. Talvez por trabalhar o dia todo."
03	"... não quis ir ao serviço, achei que não precisava."
08	"... não fui bem informado, o horário do posto coincidia com o do meu trabalho."
11	"... medo. Excesso de trabalho, só pensava no trabalho e deixei a mulher cuidar dos filhos."
17	"... medo do exame (biópsia) que a minha irmã fez."
18	"... trabalhava na roça e vinha para casa somente nos fins de semana e o posto estava fechado."
26	"... foi devido ao trabalho."
27	"... à toa, não preocupei."
29	"... fui no posto de saúde e não fui avisada da necessidade do exame, então não me importei em procurar."
31	"... não ficava muito em casa e minha mãe não falou da doença de minha irmã."
34	"... não fui por medo de injeção e do exame; e já tinha sido examinado antes. E não quis tomar a vacina BCG."
35	"... não quis ir por sentir vergonha do exame."
44	"... comodismo mesmo."
46	"... eu ficava aqui na roça ajudando meu pai, e minha mãe não me levou no posto."

A tabela 9 identifica os resultados obtidos a respeito da existência de familiares dos contatos de escolares com hanseníase não examinados e os motivos que os levaram a não realizar o exame na unidade de saúde de referência do município.

Tabela 9 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, segundo a existência de familiares não examinados e os motivos que levaram a não realização do exame dermatoneurológico pelos familiares em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
EXISTÊNCIA DE OUTROS FAMILIARES NÃO EXAMINADOS		
Sim	22	48
Não	24	52
TOTAL	46	100
MOTIVOS DOS OUTROS FAMILIARES NÃO TEREM SIDO EXAMINADOS		
Trabalho	6	27
Não Sei	5	23
Outros	5	23
Omissão ou Comodismo	4	18
Medo	1	1
Vergonha	1	1
TOTAL	46	100

Dos contatos entrevistados, 22 (48%) alegaram que ainda há familiares que não foram examinados pelo serviço de saúde, enquanto 24 (52) afirmaram não existir familiares que não foram examinados; segundo os contatos entrevistados, os motivos que levaram os familiares a não serem examinados foram o trabalho (27%) e por omissão ou comodismo (18%). Ressalta-se que 23% dos entrevistados afirmaram não conhecer os motivos que levaram seus familiares a não realizar o exame dermatoneurológico.

O quadro 4 mostra as falas mais significativas dos contatos faltosos do município de Paracatu (MG) sobre o motivo de os familiares não terem procurado o serviço de saúde para a realização do exame.

Quadro 4 – Falas mais significativas dos contatos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o motivo dos outros contatos não terem procurado o serviço de saúde para a realização do exame.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
01	“... alguns por comodismo, outros por motivo de trabalho.”
02	“... não sei.”
04	“... esqueceram ou não quis.”
05	“... trabalho.”
09	“... não estava em casa quando a médica veio visitar.”
20	“... devido ao medo.”
21	“... vergonha.”

A tabela 10 demonstra os resultados obtidos quanto ao sentimento que os contatos têm perante a hanseníase e o “risco” que estes têm em adquirir a doença.

Tabela 10 – Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, de acordo com o sentimento que estes têm perante a doença e o risco em adquiri-la em Paracatu (MG).

VARIÁVEIS	N	%
SENTIMENTO EM RELAÇÃO À DOENÇA		
Confiança no Tratamento	14	30
Preocupação	11	24
Medo	9	20
Aceitação do MH	7	15
Desconhecimento	4	9
Religiosidade	1	2
TOTAL	46	100
RISCO DE ADQUIRIR A DOENÇA		
Desconhecimento	13	28
Não Sei	10	22
Preocupação	7	12
Medo	6	13
Contágio	5	11
Aceitação	3	7
Religiosidade	2	4
TOTAL	46	100

Dos entrevistados, 14 (30%) relataram ter confiança no tratamento, uma vez que a hanseníase é uma doença que tem cura; 11 (24%) afirmam sentirem-se preocupados; 9 (20%) afirmam medo da doença, de transmiti-la e do preconceito que pode surgir de outras pessoas, e 9 (20%) relataram terem aceitado a doença em seus familiares, visto que a hanseníase é uma doença como outra qualquer.

O quadro 5 mostra as falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre o motivo de não terem procurado o serviço de saúde para realizar o exame de contato no município de Paracatu (MG).

Quadro 5 – Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o risco de pegar a doença.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
03	"... a doença passa de um para outro."
12	"... Deus não deixa pegar."
13	"... se não tratar ela transmite."
16	"... normal, pois é uma doença que qualquer um pode ter."
19	"... vi como uma doença não contagiosa."
29	"... não sei falar do risco de pegar a doença, não fui informada."
32	"... preocupei e tive medo de pegar."
46	"... não tem risco."

O quadro 6 mostra as falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o sentimento em relação à doença.

Quadro 6 – Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu (MG), sobre o sentimento em relação à doença.

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
01	"... fico preocupado em relação à doença."
04	"... uma doença que trata e cura."
06	"... sem preocupação, normal."
12	"... entrego prá Deus e sei que tem cura."
15	"... preocupação, fim do mundo."
18	"... satisfeito por meu neto ter feito o tratamento."
19	"... preocupação, mas sem preconceito."
29	"... não tenho medo da doença, mas quando soube que meu filho tinha, tive medo por causa do orgulho das pessoas, mas agora estou tranqüila."

A tabela 11 apresenta os resultados obtidos a respeito das sugestões de melhoria no serviço de hanseníase de Paracatu (MG) na visão dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase do município.

Tabela 11 –Distribuição dos contatos de escolares faltosos tratados de hanseníase, de acordo com as sugestões de melhoria no serviço de hanseníase em Paracatu (MG).

VARIÁVEL	N	%
SUGESTÕES DE MELHORIA		
Acesso	15	29
Visita Domiciliar	12	23
Informação/Divulgação	10	19
Organização do Serviço	6	11
Não precisa mudar	5	10
Interesse do Usuário	2	4
Não sei	4	4
TOTAL	52	100

Para 15 (29%) dos contatos de escolares tratados de hanseníase, as condições de acesso ao serviço devem ser mudadas; 12 (23%) acrescentam a necessidade da visita domiciliar por parte da equipe de saúde como um ponto a ser adicionado ao tratamento e ao controle tanto do doente quanto de seus familiares; 10 (19%) colocam a necessidade de maiores informações e divulgações da doença, do tratamento e dos serviços oferecidos pela unidade e 6 (11%) apontam a necessidade de reorganização do serviço.

O quadro 7 mostra as falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre as sugestões de melhorias no serviço de saúde em Paracatu (MG).

Quadro 7 – Falas mais significativas dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, sobre as sugestões de melhorias no serviço de saúde. Paracatu (MG).

SUJEITOS	FALAS MAIS SIGNIFICATIVAS
07	“... que o serviço agende o dia do atendimento.”
10	“... visita nas casas para esclarecer, mais informações e depoimento nas escolas de pacientes curados.”
14	“... o posto deveria ser mais no centro da cidade e que funcionasse a noite.”
16	“... o posto deveria atender a noite, é longe demais de minha casa, preciso pegar ônibus.”
23	“... ir atrás de quem não foi e orientar.”
24	“... levar o atendimento de hanseníase para outros postos perto de onde a gente mora.”
31	“... os funcionários do posto deviam vim na casa explicar mais para a família.”
41	“... eu não gosto de ir no médico, o posto é muito longe daqui e o trabalho de vaqueiro não deixa sair da fazenda.”
43	“... tinha que ter chamado; comunicado, pois não fiquei sabendo que era importante ser examinado.”
45	“... lá não precisa mudar, a pessoa é que deve procurar o posto para fazer o exame. Pois tem até um cartaz que fala da doença. A visita sua aqui foi muito importante também.”

5 DISCUSSÃO

Ao término do processo da busca ativa de hanseníase, realizada no período de 2004 a 2006, entre os escolares da rede pública de ensino de Paracatu, (FERREIRA, 2008) até o início desta pesquisa, que teve como objetivo identificar os motivos do não comparecimento destes contatos intradomiciliares de escolares tratados, passaram-se cerca de três anos. O número de contatos de escolares residentes no município se modificou ao longo do período e, alguns deles haviam comparecido ao serviço de saúde; no entanto, esse comparecimento não foi registrado. Portanto, houve uma diferença entre o número de contatos levantados a partir das fichas de registro do serviço e número real de contatos encontrados no domicílio.

Observou-se, neste estudo, que a maior parte dos contatos entrevistados no domicílio eram do sexo masculino. Esses homens referiram estar trabalhando no horário de atendimento do serviço de saúde e, por esse motivo, não compareceram para o exame preconizado pelo PNCH. No entanto, 39% dos sujeitos era constituído por mulheres (19,6%), do lar, ou seja, a justificativa apresentada pelos homens não se aplica a este grupo, sendo necessário pesquisar outras causas.

Em um estudo sobre os contatos faltosos de hanseníase, no município de Londrina (PR), Dessunti et al. (2008) identificaram que os indivíduos mais expostos à hanseníase eram os filhos, em 40,6% dos casos, acompanhados dos esposos (as), em 17,1%, e dos irmãos em 10,3% dos casos. Resultados similares a este foram encontrados por Pinto Neto (2004) que, ao identificar a percepção dos contatos intradomiciliares a respeito da hanseníase, constatou que dos 19 comunicantes estudados, nove eram filhos (as) e oito esposos (as) de portadores de hanseníase; quanto ao estado civil, nove eram solteiros, sete eram casados, um era viúvo, um divorciado e um separado.

Os registros da unidade de referência do município de Paracatu (MG) mostraram que, na muitas vezes, a mãe era quem acompanhava a criança portadora de hanseníase ao serviço de saúde para o tratamento, o que possibilitou

ao serviço de saúde examinar a mãe, justificando um número menor de mães como contato faltoso ao serviço de saúde.

Os estudos da transmissão da hanseníase demonstram que as pessoas que convivem e têm contato com os doentes estão expostas a um maior risco de adquirir a doença quando comparadas com a população geral (FELICIANO, KOVACS e ALZATE, 1998).

Pinto Neto (2004) e Dessunti et al. (2008), ao analisarem a situação dos comunicantes, constataram que, apesar dos grandes avanços na terapêutica da hanseníase, o mesmo não ocorreu em relação aos comunicantes. As ações de controle da hanseníase focalizam o doente, deixando de agir junto aos comunicantes. Verifica-se o mesmo entre os pesquisadores da área, uma vez que o controle dos comunicantes de hanseníase recebeu pouca atenção no processo histórico de controle desta doença no Brasil (PINTO NETO, 2004).

Em relação ao perfil dos contatos de crianças previamente tratadas por hanseníase, neste estudo, 61% eram do sexo masculino e 39% do sexo feminino e a faixa etária entre 21 a 28 anos.

Esses resultados condizem com os resultados de Pinto Neto e Villa (1999b) que, ao traçarem o perfil dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença no município de Fernandópolis (SP), entre 1993-1997, verificaram que 59,7% dos contatos eram do sexo masculino e 40,3%, feminino; a maioria concentrava-se na faixa etária entre 10 a 49 anos.

Porém, esses resultados divergem do estudo realizado por Matos et al. (1999) no Rio de Janeiro, entre 1987-1991, no qual observou-se o predomínio de mulheres (57,5%), entre os contatos de hanseníase, com idade média de 24,3 anos. Os mesmos achados foram encontrados por Vieira et al. (2008) que, ao avaliarem e controlarem os contatos faltosos de doentes de hanseníase, atendidos no Ambulatório Regional de Taubaté, encontraram entre os contatos intradomiciliares um número maior de mulheres (58,5%) do que de homens (41,6%) concentrados na faixa etária de 20 a 29 anos (27,7%).

Em Paracatu-MG, os contatos que não compareceram aos serviços para realização do exame preconizado, são de pessoas em faixa etária economicamente ativa. Andrade et al. (1998) chamam a atenção para o fato de que, quanto mais jovens os portadores de hanseníase detectados, maior é o nível de transmissão na comunidade. Vieira et al. (2008) revelam que o risco de um jovem

adquirir a doença e desenvolvê-la em idade economicamente ativa é maior uma vez que o período de incubação da doença é longo.

Neste estudo, os 56% entrevistados declararam possuir menos de oito anos de estudo.

Pinto Neto e Villa. (1999b), no município de Fernandópolis, os contatos de hanseníase possuíam baixa escolaridade, com 42,1% apresentando o 1º grau e 36,9% não tinham nem o 1º grau completo. Resultados semelhantes a estes foram encontrados por Mencaroni (2003) que, ao realizar a análise espacial endêmica da hanseníase no mesmo município, verificou que 33,34% dos chefes de família de um setor censitário de piores condições de vida possuíam menos de um ano de estudo ou nenhum. No estudo realizado por Pinto Neto (2004), constatou-se, também, que dos 19 contatos intradomiciliares, 4 estudaram de um a três anos, 3 de quatro a sete anos, 5 de oito a onze anos, 6 de doze anos ou mais e 1 se autodeclarou analfabeto.

Estes dados nos mostram uma relação entre o nível de saúde e o baixo grau de escolaridade, o que faz pensar que as ações educativas em saúde devem ser desenvolvidas numa linguagem adequada aos usuários e os profissionais de saúde devem valorizar os seus conhecimentos e as suas crenças, não de forma a discriminá-los, mas, sim, ajustá-los aos conceitos atuais, promovendo novas informações e esclarecendo os questionamentos dos doentes e comunicantes de hanseníase (PINTO NETO; VILLA, 1999b).

É estabelecido que os profissionais das unidades da rede básica que atuam no controle da hanseníase devem desenvolver ações educativas voltadas para a comunidade, utilizando-se de uma abordagem crítica e interativa acerca de suas condições de vida e saúde; de modo que estes profissionais possam compreender as relações existentes entre o setor saúde e os outros setores (educação, meio ambiente, habitação, transporte, agricultura, etc.) e identificar como as condições de vida interferem no aparecimento e no desenvolvimento da hanseníase (BRASIL, 2000a).

Ao analisar a renda familiar, encontrou-se que 55% das famílias dos contatos faltosos de hanseníase de Paracatu-MG vivem com 1 a 2 salários mínimos e que o número de contatos por domicílio varia de 1 a 9 habitantes por residência. Estes achados estão de acordo com outros estudos que correlacionam a pobreza como uma variável importante com relação à transmissão de doenças transmissíveis como a hanseníase (SAHOO, SINGH; PATTAIK, 2002). Com relação à renda

familiar, Souza et al. (2008) constataram que os comunicantes de hanseníase relataram que possuíam renda familiar em torno de três a quatro salários mínimos; os mesmos desenvolviam diversas atividades, tais como padeiro, costureira e moto taxista. Alguns sobreviviam dos benefícios dos familiares que contraíram a doença. Pinto Neto (2004) estudou os comunicantes de hanseníase, onde seis famílias viviam com até 2 salários mínimos, nove famílias viviam com até 3 salários mínimos, duas famílias com cinco e duas famílias com sete salários mínimos; neste mesmo estudo, verificou-se que a maioria dos contatos eram de mulheres que exerciam a atividade do lar, duas estudantes e duas lavradoras; no domicílio, viviam geralmente de 2 a 7 pessoas.

Nos países endêmicos, observam-se diferenças nos índices de prevalência entre regiões, estados, microrregiões, municípios, concentrando-se nos locais de maior pobreza. Sabe-se que as condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e na propagação da endemia hanseníase, apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença (LANA et al, 2007).

Com relação à distribuição espacial da doença, as microrregiões onde os contatos residem, são bairros periféricos do município de Paracatu, entre eles, 13% residem na zona rural, o que pode dificultar aos profissionais de saúde a vigilância e o controle dos comunicantes, bem como o acesso dos mesmos aos serviços de saúde. Nestas áreas, residem famílias em domicílios com baixas condições socioeconômicas, com deficiência de infraestrutura sanitária e, na sua grande maioria, oriundos de famílias numerosas. Os resultados condizem aos encontrados por Pinto Neto e Villa (1999b) e Pinto Neto (2004) que verificaram a predominância dos contatos de hanseníase na zona urbana.

Essas situações observada em Paracatu coincide com as observações de Lapa et al. (2001), em estudo realizado na cidade de Olinda, utilizando técnicas de análise espacial, concluíram que a distribuição espacial heterogênea da hanseníase em Olinda não é aleatória, identificando-se uma correlação entre pobreza e endemia hanseníase. Em outros estudos (KERR-PONTES, 2004; SAHOO, SING; PATTNAIK, 2002), os autores alertam para a relação entre a pobreza e as condições sanitárias precárias, associadas à endemia de MH.

Mencaroni (2003) identificou, em estudo realizado em Fernandópolis-SP, que ocorre uma distribuição desigual da doença dentro do próprio município, expondo os aglomerados de casos provavelmente devido a carências sociais.

Em relação às condições de habitação dos contatos, a maioria reside em casa própria, tem abastecimento de água por rede pública, coleta urbana de lixo e esgoto. Esse padrão encontrado também por Pinto Neto (2004) e Vieira et al. (2008), nos quais a maioria dos contatos destes estudos possuem as mesmas condições de habitação. Ambos os estudos confirmam nossos achados e apontam que, entretanto, existem contatos que não possuem abastecimento de água encanada e utilizam-se da água de poço; fazem também o uso de fossas para a eliminação de dejetos e se servem da queima como forma de eliminação do lixo, hábitos estes que podem estar relacionados à baixa condição socioeconômica e apresentam riscos para o adoecimento.

Vieira et al. (2008) reforçam esta ideia, enfatizando que doenças endêmicas como a hanseníase e a tuberculose sofrem influências tanto pelo nível de desenvolvimento socioeconômico quanto pelas condições de vida da população.

Apesar de a hanseníase manter-se com índices elevados nos países mais pobres e nos estratos menos favorecidos da população, não se sabe, ao certo, o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes e infecções prévias por outras micobactérias na cadeia de transmissão da doença (ARAÚJO, 2003).

Matos et al. (1999) identificam que o microambiente, o número de cômodos, a relação do número de pessoas por cômodo, o acesso à água corrente, dentre outros serviços, vinculados a uma disponibilidade mínima de serviços de infraestrutura urbana estão significativamente associados à hanseníase.

Segundo Cunha (2002), a hanseníase teria se tornada endêmica devido a associações de fatores como as más condições de higiene, alimentação e moradia; fatores estes procedentes do rápido crescimento da população e de sua concentração em locais não apropriados das cidades, favorecendo a promiscuidade, o aparecimento e o desenvolvimento de várias doenças inclusive da hanseníase.

A associação entre hanseníase e baixos padrões socioeconômicos torna-se evidente pela própria distribuição mundial da doença que afeta, de uma forma geral, países com índices elevados de pobreza e com má distribuição da riqueza. Os imigrantes que chegaram a Paracatu-MG, cidade centenária, fundada

por Bandeirantes e de passado escravocrata, podem ter sido os transmissores da doença no município (FERREIRA, 2003).

Constatou-se, com este estudo, que parte dos contatos dos escolares tratados de hanseníase desconhece a doença, tendo em vista que 35% dos contatos afirmaram não ter conhecimento sobre a mesma. No estudo de Feliciano e Kovacs (1997), 91,2% e 82,1% dos membros da rede social de casos e controles, respectivamente, não sabiam como se adquire a hanseníase.

No que se refere ao desconhecimento da presença de caso de hanseníase na família por parte de alguns contatos (9%), é possível relacionar os resultados encontrados nesta pesquisa com o estudo de Claro (1995) que, ao realizar uma pesquisa qualitativa numa população de pacientes com hanseníase, em relação as suas representações sociais sobre a doença, aponta que na população com menor situação socioeconômica o aparecimento de manchas não está associado à hanseníase. Mesmo para os poucos pacientes encontrados com situação socioeconômica privilegiada, os sinais iniciais só foram identificados com a hanseníase quando havia a experiência familiar com a doença.

Em relação à realização de exame dermatoneurológico por profissional do serviço de saúde, parte dos entrevistados (35%) afirmou já ter sido examinada, demonstrando desconhecimento sobre o exame realizado especificamente para a hanseníase, no serviço de referência do município.

O município de Paracatu (MG) conta com poucos médicos e enfermeiros capacitados para atuarem nas ações de controle da doença, porque, apesar de terem ocorridos treinamentos específicos para estes profissionais, existe uma grande rotatividade, principalmente de médicos, nas Equipes de Saúde da Família.

Dessunti et al. (2008) constataram que, dentre os 3.394 contatos registrados na ficha de controle de um serviço de saúde de Londrina-PR, apenas 1731 (51,0%) passaram por avaliação dermatoneurológica. Destes, 183 (10,6%) apresentavam algum sinal sugestivo de hanseníase. Já nos resultados encontrados por Carrasco e Pedrazzani (1993), ao analisarem a situação dos comunicantes em Campinas-SP, verificaram que a avaliação foi realizada em 23,8% dos comunicantes registrados. Também foi encontrado por Aquino, Costa e Santos (2003), no município de Buriticupu-MA, que o exame clínico foi realizado em 7,7% dos contatos

de PB e 16,8% dos MB, demonstrando a dificuldade que muitos serviços de saúde ainda apresentam em examinar contatos de portadores de hanseníase.

A maioria dos entrevistados, que afirmaram saber da importância de serem examinados, disseram que gostariam de receber orientações sobre a doença e gostariam de ser examinados. O resultado confirma a importância dos profissionais de saúde que atendem nos serviços de referência, serem capacitados a realizar ações educativas junto aos familiares para garantir a vigilância e a adesão dos contatos.

A realização do exame e o encaminhamento dos contatos para a vacinação com BCG intradérmica constitui-se de suma importância, uma vez que estas ações são medidas de controle a serem adotadas a todos. Quanto à hanseníase, a recomendação é a administração da vacina BCG em contatos domiciliares de pacientes de hanseníase, independente da idade, exceto para indivíduos HIV positivos (MARTELLI et al., 2002).

A confiança no tratamento da hanseníase foi expressa por 30% dos contatos, quando responderam como se sentem em relação à doença. Sentimentos como preocupação, medo, aceitação da doença do familiar e religiosidade também estão presentes nas falas dos contatos entrevistados.

No que se refere à preocupação demonstrada por 12% dos contatos entrevistados neste estudo, Claro (1995) encontrou em seus resultados que somente quando já havia outros familiares com a hanseníase, os pacientes manifestaram intensa preocupação e ansiedade com a percepção dos sinais e sintomas.

Os contatos de pacientes com hanseníase acreditam em uma série de mitos e preconceitos, dificultando, muitas vezes, seu relacionamento com o familiar acometido pela patologia; cabe ao serviço de saúde orientar de maneira acessível ao entendimento desses controles, estabelecendo assim o retorno da harmonia familiar (SOUZA et al., 2008).

Neste estudo, em relação aos motivos de não procurar o serviço de saúde para realizar o exame dermatoneurológico, o trabalho foi apontado por 38% dos contatos como a causa principal.

No que se refere à distribuição dos contatos faltosos por profissão, quase 20% da amostra são de mulheres do lar. A maior parte dos contatos pesquisados é constituída por trabalhadores que atuam em profissões pouco

qualificadas, longa jornada diária de trabalho e emprego sem estabilidade. Estes fatores podem vir a ser empecilho para a procura do serviço de saúde. A falta de informação e a omissão e falta de interesse dos mesmos em procurar o serviço também foram identificadas pelos entrevistados. Quanto à profissão, em estudo similar de Vieira et al. (2008), também observou-se um número expressivo (8,3) de contatos trabalhando na metalurgia e no lar respectivamente.

Os depoimentos de alguns sujeitos deste estudo expressam “falta de informação” existente no serviço. Para Claro (1995), é de importância fundamental a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente na questão do repasse das informações sobre a hanseníase, a fim de propiciar maior aderência do portador da mesma ao tratamento.

Outra questão a ser considerada refere-se ao entendimento daquilo que a família “deseja” ouvir ou saber e as informações técnicas repassadas pela equipe de saúde. Novamente este trabalho traz resultados em concordância com Claro (1995, p. 30) quando afirma que: “... a dominância da medicina e o controle médico representam assim uma ideologia que encara a não aderência como um comportamento desviante”. Ou seja, a equipe não fala aquilo que é desejado pelos familiares ou pelo próprio paciente. Também há de se considerar o ponto de vista do portador de hanseníase, que pode escolher deliberadamente não aderir aos conselhos médicos seguindo uma “racionalidade apoiada em suas crenças, sentimentos e idéias sobre a doença e o tratamento”.

No estudo de Vieira et al. (2008), constatou-se que 66,7% dos contatos não compareceram ao serviço de saúde para avaliação dermatoneurológica por motivo de esquecimento; 11,1%, por falta de tempo, 8,3% referiram ter vergonha de comparecer ao serviço de saúde e 13 % dos contatos recusaram a avaliação, o que leva a pensar que estes desconhecem a importância do controle da hanseníase.

Por sua vez, este estudo também identificou que a vergonha e o medo ainda são registrados nas falas dos entrevistados.

Dias, Cyrino e Lastória (2007) ressaltam que o preconceito em relação à hanseníase revela-se na aparência do paciente, nas manchas pelo corpo, nas incapacidades físicas adquiridas, no temor pelo contágio e no estigma construído ao longo do processo de evolução da doença; a falta de informação e o medo de adquirir a hanseníase são os principais responsáveis por este preconceito.

A partir das falas referentes ao risco de pegar a doença, as respostas evidenciam-nos que, enquanto alguns sujeitos afirmam que “se não tratar ela transmite”, outros a vêem como uma doença que “não tem risco”, concordando com os achados de Araújo (2005), que identificou que a desinformação impera entre os portadores de hanseníase.

No estudo de Pinto Neto (2004), constatou-se que a hanseníase ainda traz consigo a imagem bíblica e a associação com lepra para muitos dos pacientes e de seus contatos que não possuem informações claras sobre a doença; para eles, a hanseníase ainda representa uma forma de exclusão social, rejeição e mutilação de quem a tem. O desconhecimento sobre a doença e sua forma de contágio e transmissão estão relacionados ao medo de adquirir a doença e à gravidade que esta representa. O paciente de hanseníase passa a ser uma fonte de ameaça e perigo.

Dois contatos (4%) entrevistados apresentaram, nos depoimentos, fortes vínculos religiosos, associando o risco de adquirir a doença e a sua cura com a “ação Divina”, o que reforça que ações educativas específicas devam ser desenvolvidas com este grupo de contatos, uma vez que o desconhecimento da doença pode implicar em ausência de diagnóstico precoce em contatos ou abandono de tratamento de portadores.

Foi possível identificar, nas respostas, a presença das representações populares sobre a doença e a concepção negativa da doença. Para Claro (1995), a hanseníase ou lepra, como é conhecida popularmente, é uma doença envolta em tabus e crenças de natureza simbólica e cercada por um forte estigma, desde épocas remotas e entre os mais diferentes povos. Apesar dos avanços técnicos que tornaram disponíveis tratamentos eficazes, ainda hoje as crenças populares sobre hanseníase ou “lepra” parecem conservar muitas das imagens que fizeram dela uma das doenças mais temidas em todos os tempos.

Ao serem analisadas as sugestões de melhoria no serviço de hanseníase, de acordo com a opinião dos contatos faltosos, quase 30% referiram facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde como melhoria a ser realizada.

De acordo com algumas respostas, podemos depreender que a redução da distância, a facilitação do custo do transporte e a disponibilidade dos serviços de saúde em atender além do horário diurno, podem reduzir as barreiras existentes entre o usuário e o serviço de saúde. As barreiras que dificultam o acesso

dos indivíduos aos serviços de saúde são divididas em estruturais (disponibilidade de serviços, distância, transporte e custo) e barreiras socioculturais, tais como problemas de comunicação e sistemas de crenças discordantes (ANGEL e THOITS, 1987 apud CLARO, 1995).

A visita domiciliária, realizada por profissionais de saúde, também é apontada como sugestão de melhoria por 23% dos contatos. As respostas expressam a importância da descentralização das ações do programa de hanseníase para a atenção básica. Isso poderia ser feito através da Estratégia Saúde da Família - ESF, conforme preconiza o MS (BRASIL, 2009).

Vários fatores podem contribuir para a ineficiência do controle das ações de hanseníase, como o diagnóstico tardio, a baixa cobertura assistencial, o abandono dos pacientes ao tratamento, a baixa taxa de controle de comunicantes, o baixo nível de esclarecimento da população; aliando-se a este cenário, encontramos o estigma e o preconceito que, ao penalizarem os portadores da doença, contribuem para dificultar a execução das medidas de controle (VIEIRA et al., 2008).

A vigilância de contatos constitui-se ainda como uma medida importante no controle da hanseníase, com especial importância em áreas com altas taxas de incidência e prevalência da doença. Essa vigilância de contatos deve ser mantida ou implantada em associação aos esforços de busca de casos, que compõem basicamente o programa de eliminação da hanseníase da OMS; as ações de controle e eliminação da hanseníase devem contemplar as necessidades de saúde da população a partir dos diferentes contextos sociais, econômicos, ambientais, políticos, culturais e epidemiológicos. Portanto, os objetivos do estudo em identificar o perfil socioeconômico e conhecer os contatos sobre a hanseníase e sobre os serviços de saúde foram atingidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dadas às características encontradas dos contatos, este estudo propõe prioridade na descentralização do atendimento do portador de MH e seus contatos para a Atenção Básica, sobretudo para as equipes de ESF que atuam no município, uma vez que se trata de uma política de governo, particularmente voltada às áreas urbanas de maior risco e à zona rural, necessitando ser implantado o mais precocemente possível, de maneira a ampliar o acesso do usuário ao serviço de saúde.

A reorganização das ações de controle de hanseníase na atenção básica, inclusive com treinamento de todas as ESF, permitirá ao portador de MH e sua família, sobretudo os contatos intradomiciliares, uma maior vinculação com a equipe de saúde. Essa ação facilitará a realização do exame dermatoneurológico, o que permitirá um incremento da detecção e a vigilância da doença de forma permanente e periódica.

É importante priorizar também a área rural do município para inserção das ações de controle da hanseníase; devido à falta de acesso daquela população aos serviços de saúde e à gravidade do MH em Paracatu, esta região deve fazer parte das políticas locais de saúde.

Realizar intervenções continuadas na rede básica para as ações de detecção dos casos de hanseníase, através da capacitação dos acadêmicos de enfermagem e medicina em sinais e sintomas e avaliação dermatoneurológica em hanseníase, visando o tratamento precoce dos casos diagnosticados.

Efetivar a educação em saúde para a população, em geral, com busca de novos parceiros (Morhan, Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, etc).

Novos estudos, como os de geoprocessamento das áreas de elevadas detecções, visando monitorar os dados epidemiológicos e tendências da doença, assim como sua relação com as condições de vida da população, devem ser implementados para possibilitar o planejamento de intervenções na doença.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. et al. Campanha de eliminação da hanseníase combinada com a vacina antipoliomelite, Rio de Janeiro, Brasil. **Anais de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 159-65, 1998.

AQUINO, D. M. C.; COSTA, J. M. L.; SANTOS J. S. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 3, 2003.

ARAUJO, H. C. S. Da descoberta do Brasil até o fim do domínio espanhol (1500-1640). In: _____. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa, 1946. cap. 1, p. 32.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-82, 2003.

ARAÚJO, R. R. D. F. **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase**. 2005. 144f. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. **Dermatologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BECHELLI, L. M. HANSENÍASE. In: VERONESI, R., FOCACCIA, R.; DIET, R. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.p. 349-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1960.

_____. MS/ DNS/SNL (Ministério da Saúde/ Departamento Nacional de Saúde/ Serviço Nacional de Lepra). Guia para o controle da Lepra. **Revista de Leprologia**, v. 28, p. 40-50, 1960.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, 1976**. Brasília: Ministério da Saúde, 1976. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Série Capacitação de Pessoal em Hanseníase**, n. 5. Capacitação do Instrutor/Supervisor Enfermeiro na Área de Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. p. 9-31.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, n.3, ago., 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Controle da Hanseníase**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. p. 9-89.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p. 19-28.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.1838/2002, de 09 de outubro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out., 2002c. Seção 1, p.21,.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p. 1-31.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. p. 51

_____. Medida Provisória nº. 373/2007, de 24 de Maio de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio. 2007. Seção 1, p. 40.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil em 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Portaria GM/MS nº. 325/2008. **Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 21 fev. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento da Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: **Relatório de Gestão - maio de 2007 a dezembro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D., Freitas C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap.1, p. 15-38.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CARRASCO, M. A. P.; PEDRAZZANI, E. S. Situação Epidemiológica da Hanseníase e dos seus Comunicantes em Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, p. 214-28, 1993.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 235-42, 2002.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. (esp.), p. 689-93, 2008.

DIAS, A.; CYRINO, E. G.; LASTÓRIA, J. C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. **Hansen. Int.**, Bauru, v. 32, n. 1, p. 9-18, 2007,

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Opiniões sobre a Doença entre Membros da Rede Social de Pacientes de Hanseníase no Recife. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 1, n. 2, p. 112-118, 1997.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; ALZATE, A. Diagnóstico Precoce da Hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 4, n. 1, p. 01-06, 1998.

FERREIRA, I. N. **Hanseníase em Menores de Quinze Anos no Município de Paracatu - Minas Gerais (1994 a 2001)**. 2003. 136f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília.

_____. **Busca Ativa de Hanseníase na População Escolar e Distribuição Espacial da Endemia no Município de Paracatu - Minas Gerais (2004 a 2006)**. 2008. 127f. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília.

FLEURY, R. N. Patologia e Manifestação Viscerais. In: OPRMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Hospital Lauro de Souza Lima, 2000. p. 63-71.

GLORIO, R. La lepra y sus orígenes. **Archivos Argentinos de Dermatologia**, Buenos Aires, v. 51, n. 4, p.183-89, 2001.

GROENEN, G. Trends in prevalence and case finding in the ALERT leprosy control programme, 1979-1999. **Lepr. Rev.**, v. 73, p. 29-40, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informações territoriais e populacionais sobre Paracatu. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 18 out. 2007.

JOPLING, W. H.; MCDUGALL, A. C. **Manual de Hanseníase**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1991. p.183

KERR-PONTES, L. R. S. et al. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. **Int. Epid. Assoc.**, v. 33, n. 2, p. 262-69, 2004.

KUMARESAN, J. A. et al. Case finding survey for leprosy in Botswana. **East. Afric. Med. J.**, v. 70, n. 10, p. 635-38, 1993.

LANA, F. C. F. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p.696-700, 2007.

LASTORIA. J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de Busca Ativa em Hanseníase: Relato de Uma Experiência de Abordagem na Detecção de Casos Novos, **Hansen. Int.**, Bauru, v. 29, n. 1, p. 6-11, 2004.

LAPA, T. et al. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1153-1162, 2001.

LESER, W. et al. **Elementos de epidemiologia geral**. São Paulo: Atheneu, 1985. p. 108-14.

MARTELLI, C. M. T. et al. Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de Investigação Científica: hanseníase. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 273-85, 2002.

MATOS, H. J. et al. Epidemiologia da Hanseníase em Coorte de Contatos Intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 533-42, 1999.

MENCARONI, D. A. **Análise Espacial da Endemia Hansênica no Município de Fernandópolis – SP**. 2003. 108f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Área Técnica de Hanseníase. **Seminário Estadual de Hanseníase**. Belo Horizonte, 2004. 41p. Digitado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Área Técnica de Hanseníase. **Seminário Estadual**: o papel da atenção básica na eliminação da hanseníase. Belo Horizonte, 2005. 34p. Digitado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria Estadual de dermatologia Sanitária. **Seminário Estadual**: integralidade da assistência. Belo Horizonte, 2006. 47p. Digitado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Área Técnica de Hanseníase. **Seminário Estadual**: Hanseníase, procurar para curar. Belo Horizonte, 2007. 62p. Digitado.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária. **Seminário Estadual**: Buscando novas estratégias para o controle da hanseníase. Belo Horizonte, 2009. 140p. Digitado.

MOET, F.J. et al. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. **Lepr. Rev.**, v. 75, p. 310-26, 2004.

OPROMOLLA, D. V. A. História. In: _____. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Hospital Lauro de Souza Lima, 2000a. p.1-5.

_____. Classificação. In: _____. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, Hospital Lauro de Souza Lima, 2000b. p. 47-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OPAS. **Estratégia Global para Aliviar a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle (Período do Plano: 2006-2010)**. Genebra, 2005. 27p.

PINTO NETO, J. M. **Características Epidemiológicas dos Comunicantes de Hanseníase que Desenvolveram a Doença, Notificados no C.S. I de Fernandópolis (1993 – 1997)**. 1999a. 135f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PINTO NETO, J. M.; VILLA, T. C. S. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). **Hansen. Int.**, Bauru, v. 24, n. 2, p. 129 - 36, 1999b.

PINTO NETO, J. M. **A Percepção dos Comunicantes Intradomiciliares de Doentes de Hanseníase sobre a Doença, o Convívio com o Doente e o Controle Realizado pelo Serviço de Saúde**. 2004. 229 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

ROTBERG, A.; BECHELLI, L. M. *Mycobacterium leprae*. In: _____. **Tratado de Leprologia - Etiopatogenia e Anatomia Patológica**. v. 2. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde - Serviço Nacional da Lepra, 1944. cap.1. p. 3-26.

SALAZAR, L. **Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud, guía de evaluación rápida**. Colombia: CEDETES - Universidad del Valle, Cali, 2004.

SAHOO, A.; SINGH, P. C.; PATTNAIK, N. S. Incidence of leprosy in school children and their family members in Berhampur. **Indian J. Lepr.**, v. 74, n. 2. p. 137-43, 2002.

SHUMIN, C.; LIN, Z.; DIANGCHANG, L.; BING, L. Should Household Contact Examination in a Low Endemic Situation of Leprosy Continue? **Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.**, v. 71, n. 2, p. 95-100, 2003.

SIMPÓSIO SOBRE PROFILAXIA DA LEPRO, 1964, Rio de Janeiro. **Simpósio...** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Leprologia, 1964. 574p.

SOUZA, W. V. et al. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 82-9, 2005.

SOUZA, H. S. L. et al. **A Representação Social dos Comunicantes de Hanseníase sobre a Doença e suas Implicações para as Orientações de Enfermagem**. 2008. 17 f. (Trabalho de Conclusão de Atividade Curricular). Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde, Belém.

TALHARI, S; NEVES, R, G. **Dermatologia Tropical**: Hanseníase. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

TALHARI, S. et al. **Dermatologia Tropical**: Hanseníase. 4 ed. Manaus: Gráfica Tropical; 2006.

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

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 61, n. (esp.), p. 682-88, 2008.

WHO (World Health Organization). **A guide to eliminating leprosy as a public health problem**. 2 ed. Geneva: WHO, 1997.

_____. Global Leprosy Situation 2004. **Weekly Epidemiology Bulletin**, v. 80, n. 13, p. 118-24, 2005.

_____. **Weekley Epidemiological Record**, v. 83, n. 33, p. 293-300, 2008.

YAWALKAR, S. J.; In: WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Leprosy for medical practitioners and paramedical workers**. Geneva: Novartis Foundation for sustainable development, Basle, Switzerland, 2002.

8 APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE II – Entrevista com os Sujeitos

APÊNDICE III - Quadro de caracterização dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase em Paracatu (MG).

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação***
UNIVERSIDADE DE FRANCA

Universidade de Franca – UNIFRAN / Mestrado em Promoção de Saúde

Aluno: Íris Leda Camargos Silva Nery Ferreira

Orientadores: Prof^a Mônica de Andrade Morraye

Prof^o. Manuel Cesário de Mello P. Ferreira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do (a) entrevistado:_____.

A hanseníase é um sério problema de saúde pública, no Brasil, e, em especial, no Município de Paracatu (MG), devido aos elevados índices dos indicadores epidemiológicos desta doença que pode provocar sérias incapacidades ou deformidades. O presente trabalho: “SUBSÍDIOS PARA REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM HANSENÍASE DE PARACATU (MG)” visa realizar uma entrevista com os contatos (pessoas que residem no mesmo domicílio) das crianças e jovens diagnosticados com hanseníase, nas escolas do município de Paracatu (MG), que não compareceram ao serviço de referência do município para serem examinados.

Durante ou após a entrevista, não haverá nenhum risco ou desconforto, bem como benefícios sobre o entrevistado.

O entrevistado tem a liberdade de recusar a sua participação ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu tratamento e cuidado. É garantido o sigilo e a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados e informações provenientes deste trabalho serão utilizados com fins de publicação e produção da presente

dissertação. A participação do contato menor de idade será realizada por seu responsável ou representante legal residente no domicílio.

Eu, _____,
venho, por meio desta, manifestar meu consentimento em participar da amostragem da pesquisa acima referida, a ser realizada pela Enfermeira Íris Leda C. S. Nery Ferreira, estando consciente sobre sua justificativa, objetivos e procedimentos a serem utilizados. Estou ciente ainda de que, em qualquer momento que me sentir constrangido em participar do presente trabalho, comunicarei ao seu autor e serei, desta forma, excluído da pesquisa.

Paracatu, ____/____/____.

Assinatura do Paciente/responsável

Mestranda Íris Leda C. S. N. Ferreira

Centro de Saúde Bela Vista – (38) 36714109
Rua Maximiliano A. Campos 29 – Bela Vista.
CEP: 38600-000 Paracatu (MG)

APÊNDICE II – Entrevista com os Sujeitos**1 - Dados Pessoais**

Nome: _____ Nº _____

Sexo: M:____ F:____ Idade:____ ocupação _____

Grau de parentesco com o portador de MH:

() irmãos () pai () mãe () tios () avós () outros

Estado civil:_____ Procedência:_____

Escolaridade:_____ Data de nascimento:____/____/____

Endereço:_____ Bairro:_____

Renda familiar:_____

Condições de moradia e saneamento:

Casa Própria ()sim não()

Abastecimento de água: ()rede pública ()poço/cisterna ()ligação clandestina

Destino final do lixo: ()coleta urbana ()queima ()acumulado em determinados locais

Destino do esgoto: ()rede pública ()fossa ()esgoto a céu aberto

1- Você sabe o que é hanseníase?

() - sim () – Não

2- Você sabe se alguém na sua família/casa já teve hanseníase?

() – sim () - Não

3- Fale sobre o risco de pegar esta doença.

4- Como você se sente em relação a esta doença?

5- Você já foi examinado por alguém do serviço de saúde para avaliação de manchas/caroços no corpo?

☐ - Sim ☐ - Não

6- Se não, você sabe da importância de ser examinado?

☐ - Sim ☐ - Não

7- Se não, gostaria de receber orientações sobre a doença e de ser examinado?

☐ - Sim ☐ - Não

8 - Qual é o motivo de você não ter procurado o serviço de saúde para realizar o exame de contato?

9 – Há outras pessoas na família que ainda não foram examinadas?

☐ - sim ☐ - Não

10 – Se sim, por quê?

11- O que pode mudar para você ir ao serviço de saúde?

Apêndice 3 - Caracterização dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase. Paracatu (MG).

SUJEITOS	SEXO	IDADE	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR	ESTADO CIVIL	PARENTES CO	MORADIA
01	M	32	Pedreiro	4ª Série	1.200,00	Casado	Pai	Urbano
02	M	42	Comerciante	4ª Série	1.500,00	Casado	Padrasto	Urbano
03	F	14	Estudante	1ª Ano	1.000,00	Solteira	Irmã	Urbano
04	F	16	Estudante	2º Ano	1.500,00	Solteira	Irmã	Urbano
05	M	23	Mecânico Industrial	2º Ano	1.500,00	Solteiro	Primo	Urbano
06	M	27	Auxiliar de Produção	E. M. C	500,00	Solteiro	Primo	Urbano
07	M	37	Lavrador	5ª Série	550,00	Amigado	Padrasto	Urbano
08	M	41	Comerciante	E. M. I	1.200,00	Casado	Pai	Urbano
09	F	54	Do lar	4ª Série	500,00	Casada	Mãe	Urbano
10	F	22	Do lar	E. M. C	700,00	Casada	Irmã	Urbano
11	M	39	Pedreiro	4ª Série	800,00	Casado	Pai	Urbano
12	M	52	Autônomo	2ª Série	600,00	Casado	Pai	Urbano
13	F	38	Empregada Doméstica	4ª Série	560,00	Divorciada	Mãe	Urbano
14	M	46	Motorista	8ª Série	2.000,00	Casado	Pai	Urbano
15	M	46	Serviços Gerais	2ª Série	500,00	Casado	Pai	Urbano
16	F	33	Do lar	3ª Série	500,00	Casada	Mãe	Urbano
17	F	19	Do lar	E. M. I	-	Amigada	Irmã	Urbano
18	M	57	Serviços Gerais	4ª Série	1.000,00	Casado	Avô	Urbano
19	F	25	Do lar	E. M. C	700,00	Casada	Irmã	Urbano
20	M	37	Lavrador	1ª Série	465,00	Solteiro	Tio	Urbano
21	F	18	Babá	E. M. C	1.162,50	Solteira	Irmã	Urbano
22	M	51	Serviços Gerais	4ª Série	600,00	Casado	Pai	Urbano
23	F	19	Do lar	E. M. I	465,00	Casada	Irmã	Urbano
24	M	32	Padeiro	4ª Série	1.395,00	Amigado	Pai	Urbano
25	M	45	Pedreiro	3ª Série	930,00	Viúvo	Pai	Urbano
26	M	21	Chapa	4ª Série	400,00	Amigado	Irmão	Urbano
27	F	21	Do lar	E. M. C	1.000,00	Casada	Tia	Urbano
28	F	40	Confeiteiro	5ª Série	1.000,00	Casada	Mãe	Urbano
29	F	32	Serviços Gerais	Analfabeta	400,00	Solteira	Mãe	Urbano
30	M	21	Auxiliar de Escritório	8ª Série	1.395,00	Solteiro	Irmão	Urbano
31	M	21	Serviços Gerais	E. M. C	1.395,00	Solteiro	Irmão	Urbano
32	M	22	Mecânico	E. S. I	1.000,00	Solteiro	Irmão	Urbano
33	M	39	Mecânico	4ª Série	1.500,00	Casado	Pai	Urbano
34	M	26	Funcionário Público	E. F. C	700,00	Amigado	Irmão	Urbano
35	F	20	Empregada Doméstica	E. M. I	700,00	Amigado	Cunhada	Urbano
36	F	16	Do lar	2ª Série	300,00	Amigada	Cunhada	Urbano
37	F	19	Babá	E. M. C	697,50	Solteira	Irmã	Urbano
38	M	18	Soldador	E. F. C	1.200,00	Solteiro	Irmão	Urbano
39	F	26	Administrador	E. S. I	1.600,00	Casada	Tia	Urbano
40	M	38	Vigia	6ª Série	1.300,00	Casado	Pai	Urbano
41	M	39	Vaqueiro	4ª Série	465,00	Separado	Pai	Rural
42	M	52	Operador de Máquinas	5ª Série	930,00	Casado	Pai	Rural
43	M	46	Vaqueiro	4ª Série	465,00	Separado	Pai	Rural
44	F	44	Do lar	7ª Série	900,00	Casada	Mãe	Rural
45	M	44	Pedreiro	4ª Série	600,00	Casado	Pai	Rural
46	M	14	Estudante	7ª Série	800,00	Solteiro	Irmão	Rural

9 ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Comitê de Ética da UNIFRAN

ANEXO 2 – Ficha de Acompanhamento de caso de Hanseníase

ANEXO 3 – Aprovação do CEPE

ANEXO I – Autorização do Comitê de Ética da UNIFRAN

UNIVERSIDADE DE FRANCA
Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação

CEPE - Comitê de Ética em Pesquisa

OF. CEPE- 004/09 – 27 de março de 2009

Prezado(a) Pesquisador(a):

Ref.: Processo n. 004/09

De ordem do Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade, informo que o referido Comitê, em sessão realizada em 27 de março de 2009, deliberou **APROVAR** o desenvolvimento da Pesquisa "**Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em Hanseníase de Paracatu-MG**", pois a mesma respeita eticamente todas as exigências da Resolução CNS 196/96.

Na oportunidade, lembramos da necessidade de entregar no setor de Iniciação Científica da Universidade de Franca o **RELATÓRIO FINAL** e demais documentos até 30 de setembro de 2009.

A Declaração de Aprovação para publicação dessa pesquisa será expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, somente, **APÓS APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL.**

Atenciosamente,

Adriana P. Montesanti

Adriana P. Montesanti
Secretária do CEPE/UNIFRAN

Ilmo(a). Sr(a)
Pesquisador(a): Iris Leda Camargos Silva Nery Ferreira

Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201 – CEP: 14404-600 – Franca - São Paulo – Fone: (16) 3711.8829 – Fax: (16) 3711.8886
<http://www.unifran.br/pesquisa/formularios.php>

SBH

ANEXO 3 – Aprovação do CEPE

UNIVERSIDADE DE FRANCA
Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-Graduação

CEPE - Comitê de
Ética
em Pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaro que o relatório final do projeto de pesquisa (**protocolo nº 004/09**), intitulado “**Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos conflitos de portadores de Hanseníase de Paracatu (MG)**” de autoria do(a) pesquisador(a) **Iris Leda Camargos Silva Nery Ferreira**, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi deliberado APROVADO em sua 14ª Reunião Ordinária realizada em 24 de junho de 2010.

Franca, 24 de junho de 2010.


Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)