

Iris Leda Camargos Silva Nery Ferreira¹

Isaias Nery Ferreira²

Mônica Andrade Morraye³

OS CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM PARACATU (MG): PERFIL, CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES

The leprosy bearers' contacts in Paracatu (MG), profile, understandings and perceptions

RESUMO

A hanseníase representa ainda um grave problema de saúde pública no Brasil e, sobretudo, em Paracatu-MG (detecção de 17,9/100.000 hab. em 2010). Uma parte importante dos contatos de crianças previamente tratadas não havia comparecido ao serviço de saúde para realização do exame dermatoneurológico. Objetivos: conhecer o perfil socioeconômico dos contatos de escolares tratados de hanseníase em Paracatu (MG), 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 semiestruturada, aplicado em visitas domiciliares, no ano de 2009, a 46 sujeitos de 33 famílias. Resultados: Do total de 46 contatos pesquisados, 61% eram homens e 24% encontram-se entre a faixa etária de 21 a 28 anos; 33% eram os pais das crianças tratadas, 54% analfabetos funcionais, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Entre os entrevistados, 78% residiam em bairros periféricos pobres. 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 50,0% dos entrevistados, que sugeriram ampliação dos horários de atendimento, visitas domiciliares da equipe de saúde com informações e divulgações da doença como

Ferreira ILCSN, Ferreira IN, Morraye MA. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. *Hansen Int.* 2012; 37 (1): 35-44.

melhorias ao acesso aos serviços de saúde. Conclusão: a reorientação dos serviços de saúde pode ampliar as ações de promoção de saúde, de prevenção da doença e adesão ao tratamento da hanseníase.

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

ABSTRACT

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 (17.9%/ 100,000 inhabitants – detection rate in 2008). A significant part of intra domiciliary contacts of the school children treated for leprosy previously (2004 to 2006) were not submitted to the dermatoneurological examination. Aims: 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 examined. We have developed a semi-structured interview, applied in home visits for 46

Recebido em: 12/01/2012

Aceito em: 01/09/ 2012

Publicado em: 10/08/2013

1 Mestre, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – irisledaptu@hotmail.com. Rua Almir Alar Porto Adjuto, 751 – Jóquei – 38.600-000 - Paracatu / MG

2 Doutor, Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – Isaias@unb.br

3 Doutora, Universidade de Franca. SP

subjects from 33 families in Paracatu (MG), performed during 2009. Results: Among the 46 intra domiciliary contacts, 61.0% were male, 24.0% aged from 21 to 28 years, 33.0% were fathers of a treated child, 54.0% functionally illiterates, with a low familiar income; 78.0% 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 38.0% of the contacts, was due to work period. About 50.0% 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 about the disease, as well as the improvement of health services access. Conclusion: health services reorientation can enhance health promotion actions, disease prevention and adherence to leprosy treatment.

Key Words: Leprosy Prevention and control, health promotion.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase representa, ainda, um grave problema de saúde pública no Brasil, pois a doença é marcada pelas deformidades, incapacidades físicas e pela repercussão psicológica decorrentes do processo de adoecimento.

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.

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 37,0 /100.000 hab. em 2008, índice considerado alto) que apresentou. Por isso, surgiu a necessidade de identificar os contatos intradomiciliares dos menores de quinze anos diagnosticados e tratados de hanseníase no município, nos anos de 2004 a 2006, uma vez que 24,1% destes contatos não compareceram ao serviço para o exame dermatoneurológico preconizado pelo PNCH. Este estudo buscou conhecer o perfil desta amostra, sua percepção quanto à doença e os motivos do não comparecimento à unidade de referência para o referido exame.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, utilizando-se entrevistas semiestruturadas, realizado no Município de Paracatu, localizado na região noroeste do Estado de Minas Gerais e que apresenta uma economia voltada para o setor agropecuário e mineração (ouro, zinco e calcário); em 2009, a população estimada era de 83.560 habitantes. Com relação à atenção básica,

45,0% da população é coberta pela Estratégia de Saúde da Família (onze equipes) e mais duas policlínicas de especialidades e um centro de saúde na zona urbana, três postos de saúde na zona rural e um hospital municipal.

Em um trabalho de busca ativa realizado por Ferreira², foram diagnosticados e tratados de hanseníase 68 escolares, entre 2004 a 2006, no município de Paracatu. Os contatos intradomiciliares deste grupo de escolares foram selecionados para esta investigação, pois representavam uma população específica e caracterizavam uma situação representativa de município hiperendêmico.

A coleta de dados iniciou-se, então, com uma pesquisa retrospectiva da ficha de acompanhamento de casos de hanseníase, 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. Cincoenta e oito (24,1%) dos contatos não compareceram para realizar o exame dermatoneurológico preconizado pelo Programa de Combate a Hanseníase² e foram selecionados para este estudo.

Foram realizadas 60 visitas domiciliares a 33 domicílios, sendo entrevistados 40 contatos na zona urbana e 06 contatos na zona rural. A diferença entre o número de entrevistas realizadas (46) e o número de contatos que não compareceram ao serviço (58), registrada nas fichas de acompanhamento de caso de hanseníase, ocorreu devido à mudança de famílias para outra cidade, à recusa em participar da pesquisa e ao óbito.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Franca - UNIFRAN (Processo n. 004/09).

A coleta de dados iniciou-se em 18 de novembro de 2008, 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 domiciliares aos contatos faltosos, residentes nas zonas urbana e rural, para entrevistá-los no período de 01 de abril de 2009 a 10 de julho de 2009. Nessa ocasião, utilizou-se o instrumento de coleta de dados com questões semiestruturadas. 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 distância, foi realizada uma visita por período.

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 domicílio, existia mais de um contato faltoso ao exame, sendo o número de entrevistados maior que o de domicílios.

3 RESULTADOS

Os dados revelaram que, de um total de 46 contatos entrevistados, 28 (61,0%) são do sexo masculino; 23 (50,0%) são casados (Tabela 1) e 11 (21,0%) encontram-se entre a faixa etária de 21 a 28 anos.

A respeito do grau de parentesco dos contatos com o portador de hanseníase, de acordo com a Tabela 1, pode-se constatar que o parentesco mais comum (33,0%) foi o de pai, seguidos por irmão (33,0%), irmã (15,0%) e mãe (13,0%). Verificou-se que a maioria destes contatos é procedente do próprio município de Paracatu (MG), (78,0%).

Quanto à escolaridade, constatou-se que 1 (2,0%) dos entrevistados possuía menos de quatro anos de estudo; 31 (67,0%), de 5 a 8 anos de estudo e 14 (31,0%) tinham acima de nove anos de estudo (Tabela 1).

Ao analisar a renda familiar, encontrou-se que 24 (55,0%) das famílias dos contatos faltosos de hanseníase de Paracatu-MG viviam com 1 a 2 salários mínimos, 12 famílias (27,0%) com 2 a 3 salários mínimos e que 3 famílias (7,0%) viviam com menos de um salário mínimo por mês e que o número de contatos por domicílio varia de 1 a 9 habitantes por residência (Tabela 1).

Com relação à moradia, 87,0% dos contatos moravam na zona urbana, em bairros pobres da periferia do município. Dos entrevistados, 36 (78,0%) residiam em casa própria; 35 (76,0%) tinham o abastecimento de água em casa e 11 (24,0%) tinham em casa poço ou cisterna; 38 (83,0%) domicílios tinham a coleta urbana de lixo; quanto à rede de esgoto, 35 (76,0%) dos domicílios possuíam este tipo de serviço.

Nesta pesquisa, quanto às atividades profissionais exercidas pelos contatos de hanseníase, houve o predomínio de quatro profissões que eram: do lar (19,6%), serviços gerais (10,9%), pedreiro (10,9%) e estudante (6,5%).

Os achados também mostraram que 16 (35,0%) dos contatos afirmaram que não tinham conhecimento sobre a doença e 4 (9,0%) afirmaram desconhecer a ocorrência da mesma em um familiar; no entanto, a maior parte dos entrevistados acreditava que a doença tinha cura (71,9%). Os resultados também apontam que 35 (65,0%) dos contatos dos escolares com hanseníase não foram examinados pelo serviço de saúde; dos entrevistados, 38 (83,0%) afirmaram que sabiam da importância de serem examinados.

A tabela 2 mostra que 45 (98,0%) 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 apontaram: o trabalho (38,0%), a falta de informação (14,0%) e a omissão (14,0%) como os principais empecilhos para a realização do exame dermatoneurológico.

Tabela 1 Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por sexo e estado civil, grau de parentesco, escolaridade e renda 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
Outros	10	21
TOTAL	46	100
GRAU DE PARENTESCO		
Pai	15	33
Irmãos	15	33
Mãe	6	13
Outros	10	21
TOTAL	46	100
ESCOLARIDADE		
Menos de 4 anos/estudo	1	2
5 a 8 anos/estudo	31	67
Acima de 9 anos/estudo	14	31
TOTAL	46	100
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS		
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

Tabela 2 Distribuição dos contatos faltosos de escolares tratados de hanseníase, por orientações, motivos de não realizar o exame, sentimentos em relação à doença e risco de adquirir a doença.

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
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 (30,0%) relataram ter confiança no tratamento, uma vez que a hanseníase é uma doença que tem cura; 11 (24,0%) afirmaram sentirem-se preocupados; 9 (20,0%) afirmaram medo da doença, de transmiti-la e do preconceito que pode surgir de outras pessoas, e 9 (20,0%) relataram terem aceitado a doença em seus familiares, visto que a hanseníase é uma doença como outra qualquer. Dos contatos entrevistados, 22 (48,0%) alegaram que ainda há familiares que não foram examinados pelo serviço de saúde, enquanto 24

(52,0%) afirmaram não existir familiares que não foram examinados.

Sentimentos como preocupação, medo, aceitação da doença do familiar e religiosidade também estão presentes nas falas dos contatos entrevistados (Tabela 2 e Quadro 1).

O quadro 2 mostra as falas mais comuns referentes à percepção do contato quanto ao risco de contrair a doença, como o medo do risco de transmissão, religiosidade, falta de informação e de que não existe risco de se contrair a doença.

Ao serem abordados sobre sugestões de melhoria do serviço de hanseníase de Paracatu, para 15 (29,0%) destes, os contatos, as condições de acesso ao serviço devem ser "melhoradas"; 12 (23,0%) acrescentaram 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 (19,0%) colocaram a necessidade de maiores informações e divulgações da doença, do tratamento e dos serviços oferecidos pela unidade e 6 (1,0%) apontaram a necessidade de reorganização do serviço.

Ao serem analisadas as sugestões de melhoria no serviço de hanseníase, de acordo com a opinião dos contatos faltosos, quase 30,0% referiram facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde como melhoria a ser realizada.

4. DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

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 Paracatu², até o início desta pesquisa, passaram-se três anos. O número de residentes, contatos de escolares modificou-se ao longo do período e alguns deles efetivamente compareceram ao serviço de saúde; no entanto, esse comparecimento não foi registrado. Portanto, houve diferença entre o número de contatos levantados a partir das fichas de registro do serviço e o número real de contatos encontrados no domicílio.

Observou-se, neste estudo, que a maioria dos contatos entrevistados no domicílio pertencia ao sexo masculino. Esses homens alegaram estar trabalhando no horário de atendimento do serviço de saúde e, por esse motivo, não compareceram para o exame preconizado pelo PNCH. No entanto, 39,0% da amostra era constituída por mulheres do lar (19,6%), ou seja, a justificativa apresentada pelos homens não se aplicou a este grupo.

Em relação ao sexo, neste estudo, 61,0% eram do sexo masculino e 39,0% do sexo feminino e a faixa etária entre 21 a 28 anos; os resultados condizem aos encontrados por Pinto Neto e Villa³ 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

Quadro 1 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. 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 precepei."
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."

Quadro 2 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	"... precepei e tive medo de pegar."
46	"... não tem risco."

do sexo masculino e 40,3%, feminino; porém, a maioria concentrava-se na faixa etária entre 10 a 49 anos. Estes resultados divergem do estudo realizado por Matos et al.⁴, 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.⁵ 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%). Feliciano e Kovacs⁶, ao relatarem a opinião dos membros da rede social de pacientes de hanseníase, no Recife, constataram que há uma discreta predominância entre os controles do cônjuge familiar (37,9%). No entanto, estes estudos não se limitaram aos contatos faltosos, mas a todos os contatos que se apresentaram para o exame.

Em um estudo que visava controlar os contatos faltosos de hanseníase, no município de Londrina-PR, Dessunti et al.⁷ identificaram que os indivíduos mais expostos à hanseníase são os filhos, em 40,6% dos ca-

sos, acompanhados dos esposos (as), em 17,1%, e dos irmãos em 10,3% dos casos. Resultados similares a este foram encontrados por Pinto Neto⁸ que, ao identificar a percepção dos contatos intradomiciliares a respeito da hanseníase, constatou que dos 19 comunicantes estudados, 9 eram filhos (as) e 8 esposos (as) de portadores de hanseníase; quanto ao estado civil, 9 eram solteiros, 7 eram casados, 1 viúvo, 1 divorciado e 1 separado.

Os registros da unidade de referência do município de Paracatu-MG mostraram que, na maioria das 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 geral⁹.

Pinto Neto⁷ e Dessunti et al.⁸, 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 Brasil⁸.

Em Paracatu-MG, a maioria dos contatos faltosos encontrava-se em faixa etária economicamente ativa, ou seja, pessoas que deveriam estar inseridas no mercado de trabalho, confirmando os achados de outros pesquisadores, nos quais a maioria aponta que estes se concentram na faixa etária de adulto-jovens e na fase mais produtiva da vida. Tais dados 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 longo⁵. Andrade et al.¹⁰ nos chamam a atenção para o fato de que, quanto mais jovens são os casos de hanseníase detectados, maior é o nível de transmissão na comunidade.

Os contatos de hanseníase possuíam baixa escolaridade, com 42,1% apresentando o 1º grau e 36,9% não tinham nem o 1º grau completo. Pinto Neto et al.³, no município de Fernandópolis, encontraram dados semelhantes. Mencaroni¹¹, 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 Neto⁸, 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 hanseníase³. 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 hanseníase¹².

A respeito da renda familiar, 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 hanse-

níase¹³. Souza et al.¹⁴ 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 mototaxista. Alguns sobreviviam dos benefícios dos familiares que contraíram a doença. Já outro estudo demonstrou que seis famílias viviam com até 2 salários mínimos, nove famílias viviam com até 3 salários mínimos, duas famílias com 5 e duas famílias com 7 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 pessoas⁸.

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 doença¹⁵.

Com relação à distribuição espacial da doença, as microrregiões onde os contatos residem, caracterizam-se por domicílios com baixas condições socioeconômicas, com deficiência de infraestrutura sanitária e, na sua grande maioria, oriundos de famílias numerosas. Estas situações observadas em Paracatu coincidem com as encontradas por outros estudos^{13,16}, os quais alertam para a relação entre a pobreza e as condições sanitárias precárias, associadas à endemia hanseníase. Corroborando com estes resultados, Lapa et al.¹⁷, 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.

Por sua vez, na distribuição dos contatos por local de residência, os achados deste estudo apontam que mais de 13,0% dos contatos do município de Paracatu 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. Os resultados condizem aos encontrados em outras pesquisas que verificaram a predominância dos contatos de hanseníase na zona urbana^{3,8}. Mencaroni¹¹ 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, confirmando outros achados^{5,8}, 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.⁵ 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 doença¹⁸.

Matos et al.⁴ 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 Cunha⁹, a hanseníase teria se tornado 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 município²⁰.

No que se refere ao desconhecimento da presença de caso de hanseníase na família por parte de alguns contatos (9,0%), é possível relacionar os resultados encontrados nesta pesquisa com o estudo de Claro²¹ 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. No estudo de Feliciano, Kovacs e Alzate⁹, 91,2% e 82,1% dos membros da

rede social de casos e controles, respectivamente, não sabiam como se adquire a hanseníase.

Em relação à realização de exame dermatoneurológico por profissional do serviço de saúde, parte dos entrevistados (35,0%) afirmou já ter sido examinada, demonstrando desconhecimento sobre o exame realizado especificamente para a hanseníase, no serviço de referência do município. Durante a consulta médica sem queixas dermatológicas, pode passar despercebida a presença de manchas ou sinais da hanseníase nos contatos que atribuíram terem sido examinados.

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.⁷ 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 Pedrazzani²², 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 Santos²³, 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 da necessidade dos profissionais de saúde, que atendem nos serviços de referência, 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^{12,24}.

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 familiar¹⁴.

No que se refere à distribuição dos contatos faltosos por profissão, quase 20,0% 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 similar⁵, 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 Claro²¹, 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 Claro²¹ 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.⁵, 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 13,0 % 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 o medo e a vergonha ainda são registrados nas falas dos entrevistados (Quadro 1).

Dias, Cyrino e Lastória²⁵ 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.

No estudo de Pinto Neto⁸, 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 está relacionado 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.

No que se refere à preocupação demonstrada por 12,0% dos contatos entrevistados neste estudo, Claro²¹ 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.

Dois contatos (4,0%) 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 Claro²¹, 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.

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” (Quadro 2), concordando com os achados de Araújo¹⁸, que identificou que a desinformação impera entre os portadores de hanseníase.

Quanto às sugestões apresentadas de melhoria no serviço de hanseníase, 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 discordantes²¹.

A visita domiciliar, realizada por profissionais de saúde, também é apontada como sugestão de melhoria por 23,0% 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 Ministério da Saúde¹.

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 controle⁵.

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.

Dadas as características encontradas dos contatos, este estudo propõe prioridade na descentralização do atendimento do portador do Mal de Hansen (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 implantada o mais precoce possível

para 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.

Deve-se também 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. Sugerimos efetivar a educação em saúde para a população, 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 doença²⁶.

5 AGRADECIMENTOS

Dr^a Erika Neumann Rocha Salgueiro

6 REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento da Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: Relatório de Gestão - maio de 2007 a dezembro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 2 Ferreira IN. 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.
- 3 Pinto Neto JM, Villa TCS. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). *Hansen Int* 1999; 24(2):129-36.
- 4 Matos HJ, *et al.* Epidemiologia da Hanseníase em Coorte de Contatos Intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3):533-42.
- 5 Vieira CSCA, *et al.* Avaliação e controle de contatos falhos de doentes com Hanseníase. *Rev Bras Enf* 2008; 61(esp):682-88.
- 6 Feliciano KVO, Kovacs MH. Opiniões sobre a Doença entre Membros da Rede Social de Pacientes de Hanseníase no Recife. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1997; 1(2):112-18.
- 7 Dessunti EM, *et al.* Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2008; 61(esp):689-93.
- 8 Pinto Neto JM. 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.
- 9 Feliciano KVO, Kovacs MH, Alzate A. Diagnóstico Precoce da Hanseníase: o caso dos serviços de saúde no Recife (Pernambuco), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1998 4(1):01-06.
- 10 Andrade V, *et al.* Campanha de eliminação da hanseníase combinada com a vacina antipoliomielite, Rio de Janeiro, Brasil. *Anais de Dermatologia* 1998; 73(2):159-65.

- 11 Mencaroni DA. Análise Espacial da Endemia Hanseníca no Município de Fernandópolis – SP. 2003. 108f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 12 Ministério da Saúde, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Secretaria de Políticas de Saúde. Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 13 Sahoo A, Singh PC, Pattnaik NS. Incidence of leprosy in school children and their family members in Berhampur. *Indian J Lepr* 2002; 74(2):137-43.
- 14 Souza HSL, *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.
- 15 Lana FCF *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2007;60(6):696-00.
- 16 Kerr-Pontes LRS. *et al.* Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. *Int Epid Assoc* 2004; 33(2):262-69.
- 17 Lapa T, *et al.* Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2001;17(5):1153-62.
- 18 Araujo MG. "Hanseníase no Brasil". *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36(3): 373-82.
- 19 Cunha AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(2):235-42.
- 20 Ferreira IN. 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.
- 21 Claro LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- 22 Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação Epidemiológica da Hanseníase e dos seus Comunicantes em Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1993; 27:214-28.
- 23 Aquino DMC, Costa JML, Santos JS. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; 19(1):03.
- 24 Martelli CMT, *et al.* Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de Investigação Científica: hanseníase. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(3):273-85.
- 25 Dias A, Cyrino EG, Lastoria JC. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. *Hansen Int* 2007; 32(1):9-18.
- 26 Araujo RRDF. Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - 144f - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.