

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem

Marcilane Aparecida Fernandes Aguiar Lautner

**PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS  
DA HANSENÍASE: UTILIZAÇÃO DE INQUÉRITO DOMICILIAR EM  
UMA ÁREA ENDÊMICA DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2014

Marcilane Aparecida Fernandes Aguiar Lautner

**PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS  
DA HANSENÍASE: UTILIZAÇÃO DE INQUÉRITO DOMICILIAR EM  
UMA ÁREA ENDÊMICA DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem e Saúde

**Orientador:** Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

Belo Horizonte

2014

L389f Lautner, Marcilane Aparecida Fernandes Aguiar.  
Percepções sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da Hanseníase [manuscrito]: utilização de inquérito domiciliar em uma área endêmica de Minas Gerais. / Marcilane Aparecida Fernandes Aguiar Lautner. - - Belo Horizonte: 2014.  
103f.: il.  
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Hanseníase. 2. Inquéritos Epidemiológicos. 3. Percepção. 4. Educação em Saúde. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 335

*Dedico este trabalho a meus pais e a meu marido, pilares  
de minha formação intelectual.*

*Sapientia longe preestat divitiis.*

**DEDICATÓRIA**

## *AGRADECIMENTOS*

*A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa de minha vida. Agradeço primeiramente a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades e me suprir em minhas necessidades.*

*A meus pais Zinho e Terezinha, pelo incentivo, carinho, compreensão, e, sobretudo, pelos exemplos que sempre foram. Obrigada por me ensinar valores que são impossíveis de serem colocados no papel e são muito maiores do que qualquer outra coisa. A meu irmão Maurício, pela torcida, apoio e incentivo. A Mayara, pela colaboração direta na fase final do trabalho. A meu marido Roberto, por ser um grande incentivador de meu crescimento intelectual, pelo amor, paciência, apoio incondicional e por sempre acreditar e dividir esse sonho comigo.*

*A meu orientador, Francisco Carlos Félix Lana, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar a seu lado, por propiciar meu aprimoramento e por ser o maior incentivador na superação de meus limites. A Amanda, Evaldo, Nayara e Virgínia, pelos momentos de descontração, companheirismo, ensinamentos e amizade construída durante essa jornada.*

*Aos demais colegas do grupo de pesquisa que contribuíram de forma decisiva para a concretização deste trabalho, em especial a Ana Paula pela disponibilidade e pela impecável ajuda na reta final .*

*A minha turma de mestrado, por compartilhar aprendizados e momentos inesquecíveis, em especial às queridas amigas e companheiras Pâmela, Carol e Dani Moreira.*

*A todos que estiveram presentes nesta caminhada, que me ajudaram a ser quem sou e que depositaram confiança em mim... sem vocês nada seria possível!*

*Muito obrigada!*



*"Não me dêem fórmulas certas, por que eu não espero  
acertar sempre.*

*Não me mostrem o que esperam de mim,  
porque vou seguir meu coração.*

*Não me façam ser quem não sou.*

*Não me convidem a ser igual,  
porque sinceramente sou diferente.*

*Não sei amar pela metade. Não sei  
viver de mentira. Não sei voar de pés no  
chão.*

*Sou sempre eu mesma,*

*mas com certeza*

*não serei a mesma pra sempre.*

*Clarice Lispector...."*

## RESUMO

LAUTNER, M. A. F. A. Percepções sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase: utilização de inquérito domiciliar em uma área endêmica de Minas Gerais. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Hanseníase, também conhecida como lepra, é tida como um dos males mais antigos da história da humanidade, sendo relatados casos desde os tempos bíblicos. As percepções históricas e socialmente construídas acerca da doença fizeram com que os portadores de hanseníase fossem afastados da sociedade. As percepções existentes na população sobre a doença, muitas vezes intensificam alguns conceitos errôneos, favorecendo assim, a apropriação distorcida de algumas informações sobre transmissão, diagnóstico e tratamento, levando à estigmatização. Para alcançar uma maior redução da carga da doença, faz-se necessário envolver a população e investir em programas de educação para a saúde, uma vez que um dos eixos fundamentais do controle está no diagnóstico e tratamento precoce. O objetivo do estudo foi analisar as percepções da população da Microrregião de Almenara sobre a hanseníase e suas relações com aspectos epidemiológicos e variáveis sócio-demográficas. O delineamento foi transversal, um inquérito domiciliar do tipo *survey*. Foram selecionados 8 municípios com diferentes taxas de detecção no período de 1998 a 2009. Os participantes foram indivíduos com mais de 18 anos de idade, residentes nas zonas urbanas. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, na qual se aplicou um questionário abordando questões norteadoras relacionadas as características sócio-demográfica, epidemiológica dentre outras. Para processamento e análise dos dados utilizou-se dos softwares *MS Excel*, *EpiInfo*, *SPSS* e *Statistical Software for Professionals (STATA)*. O estudo foi aprovado pelo COEP/UFMG por meio do parecer nº ETIC 158/09. Foram entrevistados 2361 indivíduos e destes, 23,7% apresentavam menos de um ano de estudo, 36,6% da população vivia com até um salário mínimo; Sobre a hanseníase e seus sinais, apesar de grande parte da população já ter ouvido falar da doença, os mesmos não sabiam sobre seus aspectos clínicos e epidemiológicos. O sinal mais referido foi a “mancha” independentemente da endemicidade dos municípios; a mancha com alteração de sensibilidade e a perda de sensibilidade também foi citada pelos entrevistados. Ao realizar a associação das percepções dos entrevistados considerando os grupos de municípios de residência, viu-se que esse não era o único fator influenciador, o nível educacional, renda, história de caso na família e faixa etária também se mostraram associados às percepções dos entrevistados. Possuir ensino superior tem 2,11 vezes a chance de saber sobre a contagiosidade da hanseníase em relação aos que possuem menos de um ano de escolaridade. Residir em municípios hiperendêmicos, aumenta em 4,71 vezes a chance de saber sobre a existência de tratamento se comparado aos que residem em município silencioso. Os dados demonstraram uma defasagem nas informações sobre a doença e tais achados contribuem para a propagação e instalação ou agravamento das suas conseqüências sociais e físicas. Percebemos que um grande esforço ainda tem que ser feito nesse sentido. Dessa forma, todos devem se tornar sensibilizados e envolvidos em reforçar atividades educativas na população da microrregião de Almenara.

Descritores: Hanseníase, Inquérito domiciliar, percepções sobre hanseníase, educação em saúde.

## ABSTRACT

LAUTNER, M. A. F. A . Perceptions of clinical and epidemiological aspects of the disease: use of household survey in an endemic area in Minas Gerais..2014. 97f. Dissertation. (Master Degree in Health and Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Hansen disease also known as leprosy, is considered as one of the oldest evils in human history, cases being reported since biblical ages. The historical and socially perceptions constructed known about the disease lead the leprosy patients to be removed from society. The existing perceptions about the disease in the population, often intensify some misconceptions, thus favoring the increase of some distorted information about transmission, diagnosis and treatment, leading to stigmatization. To achieve a greater reduction of the disease, it is necessary to involve the population and create good programs of health education because the main points of the disease control are their early diagnosis and treatment. The aim of the study was to analyze the perceptions of the people in the microregion of Almenara about leprosy and their relations with epidemiological and socio-demographic variables. The cross-sectional study was taken, a household survey type. In the period 1998-2006 eight municipalities with different rates were selected. The participants were individuals over 18 years old, living in urban areas. A semi-structured interview in which a questionnaire was applied guiding addressing issues related to demographic, epidemiological, among other characteristics. For processing and analysis of data we used the software MS Excel, EpiInfo, SPSS and Statistical Software for Professionals (STATA). The study was approved by Research ethics committee of the federal university of General Mines (COEP- UFMG) through document number ETIC 158/09. An total of 2361 individuals were interviewed and of these, 23.7% had less than one year of study, 36.6% lived with up to a minimum salary. About leprosy and its signs although a great deal of the population has already heard about this disease, the population was unaware of the clinical and epidemiological aspects. The most reported sign was a "stain" regardless endemicity of municipalities. Stain with altered sensitivity and loss of sensitivity was also reported by surveyed. When performing the association of perceptions of surveyed considering the groups of municipalities it was seen that this was not the only factor that influences; the level of education, income, family case history and age were also associated with perceptions of respondents. Individuals possessing higher education level have 2.11 times the chance to learn about the contagiousness of leprosy than those who have less than one year of schooling. Individuals living hyperendemic municipalities have 4.71 times the chance to know about the existence of treatment compared to those who live in quiet municipality. The data showed the inefficiency of information about the disease and these findings may facilitate the spread and installing and/or worsening of their social and physical consequences. We realize that a lot of efforts have still to be done accordingly. Thus, everyone must become aware and involved in educational activities in the population of microregion of Almenara.

**Descriptors:** Leprosy, household survey, perceptions about leprosy, health education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Os 10 primeiros clusters de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos de 2005 a 2007.....17
FIGURA 2	Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) Municípios (b) Brasil 2012.....27
FIGURA 3	Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes segundo regiões geográficas. Brasil 2003- 2012.....27
FIGURA 4	Mapa da microrregião de Almenara com a divisão por municípios.....38
FIGURA 5	Mapa dos municípios da microrregião de Almenara segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase – 1998 a 2009.....39
GRÁFICO 1	Proporção da distribuição da amostra segundo sexo nos municípios da microrregião de Almenara.....57
GRÁFICO 2	Proporção da distribuição da amostra segundo faixa etária nos municípios da microrregião de Almenara.....57
GRÁFICO 3	Caracterização dos indivíduos entrevistados segundo escolaridade nos municípios da microrregião de Almenara.....57
GRÁFICO 4	Caracterização dos indivíduos entrevistados segundo renda familiar nos municípios da microrregião de Almenara.....58
QUADRO 1	Sinais e sintomas da hanseníase inferidos pelos entrevistados com sua respectiva categorização.....48

QUADRO 2	Formas de transmissão da hanseníase inferidas pelos entrevistados com suas respectivas categorizações.....	49
QUADRO 3	Formas de tratamento da hanseníase inferida pelos entrevistados com suas respectivas categorizações.....	49
QUADRO 4	Formas de evitar a doença inferida pelos entrevistados com suas respectivas categorizações.....	50

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Agrupamento dos municípios da microrregião de Almenara segundo parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.....	40
TABELA 2	Distribuição da população do estudo por municípios da microrregião de Almenara.....	55
TABELA 3	Distribuição da população do estudo por municípios de residência da microrregião de Almenara.....	56
TABELA 4	Distribuição dos indivíduos segundo sinais e sintomas da hanseníase e nível de endemicidade na microrregião de Almenara.....	59
TABELA 5	Distribuição dos indivíduos segundo formas de transmissão da hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da microrregião de Almenara.....	60
TABELA 6	Distribuição dos indivíduos segundo formas de tratamento para hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da microrregião de Almenara.....	61
TABELA 7	Distribuição dos indivíduos segundo maneiras de evitar a hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara.....	62
TABELA 8	Distribuição dos indivíduos segundo veículos de informação sobre a hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara.....	63
TABELA 9	Análise univariada sobre ter ouvido falar da hanseníase, da lepra e considerar que elas são a mesma doença segundo presença de caso na	

	família, endemidade do município de residência, escolaridade, renda e faixa etária na microrregião de Almenara.....	65
TABELA 10	Análise univariada sobre a resposta esperada das características clínicas e epidemiológicas da hanseníase segundo presença de caso na família, endemidade do município de residência, escolaridade, renda e faixa etária na microrregião de Almenara.....	69
TABELA 11	Modelo final da regressão de Poisson considerando ter ouvido falar da hanseníase, da lepra e considerar que são a mesma doença na microrregião de Almenara.....	71
TABELA 12	Modelo final da regressão de Poisson considerando contagiosidade e forma de transmissão da hanseníase microrregião de Almenara.....	73
TABELA 13	Modelo final da regressão de Poisson considerando existência de tratamento, formas de tratamento e existência de cura da hanseníase na microrregião de Almenara.....	75
TABELA 14	Modelo final da regressão de Poisson considerando existência de prevenção e formas de prevenção da hanseníase na microrregião de Almenara.....	76

## LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CGPNCH	Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DOM	Domicílio
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	Intervalo de Confiança de 95%
ID	Identificação
MG	Minas Gerais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde Escolar
RP	Razão de Prevalências
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
OMS-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
STATA	<i>Statistical Software for Professionals</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	Objetivos.....	20
1.1.1	Objetivo Geral.....	20
1.1.2	Objetivos Específicos.....	20
<b>2</b>	<b>PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b> .....	21
2.1	Epidemiologia e controle na hanseníase.....	21
2.1.1	Situação Epidemiológica e estratégias de controle.....	22
2.2	Percepções sobre a doença .....	28
2.2.1	Estigma como um marcador social da hanseníase.....	29
2.2.2	Determinantes sociais de saúde e a hanseníase.....	34
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	36
3.1	Tipo de Estudo.....	36
3.2	Cenário de Estudo.....	37
3.3	Tamanho da amostra.....	39
3.4	Coleta de dados.....	40
3.4.1	Percurso no setor censitário.....	41
3.5	Variáveis de estudo.....	42
3.6	Seleções dos participantes.....	44
3.7	Instrumento para coleta de dados.....	45
3.8	Tratamento e análise dos dados.....	47
3.8.1	Análise Univariada.....	50
3.8.2	Análise Multivariada.....	51
3.9	Aspectos éticos.....	52
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	54
4.1	Análise descritiva.....	54
4.1.1	Características da população de estudo nos municípios da microrregião de Almenara.....	54

4.1.2	Características relacionadas aos aspectos clínicos da Hanseníase na Microrregião de Almenara.....	59
4.1.3	Características dos veículos de informação da hanseníase, conhecimento de indivíduos com a doença e aspectos relacionados sobre os serviços de saúde na Microrregião de Almenara.....	63
4.2	Análise Univariada.....	64
4.3.	Análise Multivariada.....	68
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>97</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Hanseníase, também conhecida como lepra, é tida como um dos males mais antigos da história da humanidade, sendo relatados casos desde os tempos bíblicos. As pessoas acometidas pela doença apresentam necessidades marcantes, pois a hanseníase constitui um processo crônico com alto potencial incapacitante levando a certo estigma pela sociedade (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

A hanseníase foi confundida com outras doenças dermatológicas até o século XIX. Nomes como *Morbushenicus*, *Elephantiasisgraecorum*, *Lepra arabum*, Mal de São Lázaro, Morféa, Jusdam, Fogo de Santo Antônio, Mal de Hansen, Kakoba, Malrosse, Maalzen dos Alemães, Spedaskld da Scandinavia e outras, foram sinônimos para esse acometimento (BRASIL, 1960).

Um dos grandes marcos da história da doença ocorreu em 1873, na Noruega, onde foi descoberto seu agente causador, o *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, cujo nome se deu em homenagem a seu descobridor, Gerhard Armauer Hansen. A hanseníase, atualmente, é definida como uma doença infectocontagiosa, crônica, granulomatosa, de evolução lenta, com alta infectividade e baixa patogenicidade (BEIGUELMAN, 2002).

A hanseníase, como já mencionado, é uma doença atrelada a estigmas sociais. As incapacidades físicas são responsáveis pela manutenção do estigma, contribuindo decisivamente para a ocorrência das demais incapacidades físicas, psicológicas e sociais (LOMBARDI *et al.*, 1990), ocasionando, em suma, uma diminuição da capacidade de trabalho, além do afastamento social tanto para o portador quanto para sua família.

O diagnóstico precoce continua sendo a principal forma de prevenção de incapacidades físicas, devendo ser associado ao tratamento com a poliquimioterapia (PQT), recomendada para todos os pacientes (BRASIL, 2010).

Dentre as principais estratégias adotadas para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, destacam-se a busca ativa de casos, o diagnóstico precoce e a vigilância dos contatos como compromisso de ampliação dos esforços dos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Opromolla *et al.*, (2005) já salientavam que a busca ativa, o diagnóstico precoce e a notificação de novos casos são ações que auxiliam na prevenção da hanseníase. A hanseníase, como outras doenças, é de notificação compulsória; portanto, é de extrema importância sua notificação, para que sejam tomadas medidas de prevenção, controle e vigilância epidemiológica.

A ocorrência da subnotificação pode pressupor ausência da doença ou ineficiência das equipes de saúde na descoberta de novos casos, ação fundamental para o controle da endemia. Faz-se necessária a implantação de mudanças cruciais no que diz respeito ao controle da hanseníase, incluindo todos os envolvidos nesse processo (os serviços de saúde, a sociedade e a família) como forma de também se conhecer quem são esses indivíduos, quais são suas percepções e necessidades considerando o contexto social em que vivem.

Ainda hoje, o Brasil ocupa o segundo lugar em números absolutos de casos, entre os países endêmicos das Américas, perdendo apenas para a Índia, causando vários prejuízos econômicos e também de ordem bio-psicossial. Esse fato está relacionado com o baixo nível de informação da população além do baixo nível educacional, uma vez que a doença, quando diagnosticada precocemente tem tratamento e cura (COELHO, 2008). No ano de 2012, o Brasil registrou 33.303 novos casos da doença e o coeficiente de detecção foi de 17,17/100 mil habitantes na população em geral (BRASIL, 2014). Em Minas Gerais, segundo dados preliminares do Seminário Estadual de Monitoramento e Avaliação em Hanseníase, foram registrados 1.464 casos novos de hanseníase, dos quais 55 (3,8%) em indivíduos menores de 15 anos, 69,1% multibacilares e 12,1 % com grau 2 de incapacidade física (MINAS GERAIS, 2013), ou seja com alguma deformidade, o que indica expansão da doença e diagnóstico tardio.

Diante disso, o Ministério da Saúde identificou 10 *clusters* (FIG.1) de acordo com a classificação de risco da endemia no país com a finalidade de melhorar a operacionalização do controle e da eliminação da hanseníase, (BRASIL, 2008a). A análise espacial permite uma abordagem focalizada do problema e pode contribuir para a racionalização de recursos de investigação e intervenção nos serviços.

Em Minas Gerais, a identificação de regiões prioritárias - que inclui a Microrregião de Almenara, localizada no Vale do Jequitinhonha - foi uma das estratégias utilizadas para o controle da hanseníase (MINAS GERAIS, 2010). Território selecionado para este estudo está inserido no cluster seis (06), classificado anteriormente como *cluster* n°4, composto por alguns municípios do Sul da Bahia, norte do Espírito Santo e Nordeste de Minas Gerais.

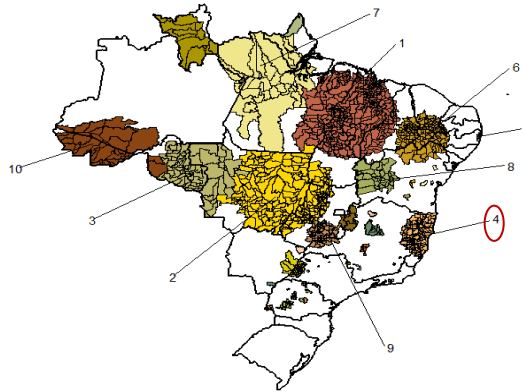


FIGURA 1-Os dez primeiros clusters de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007.  
Fonte: Brasil, 2008

O processo saúde - doença de uma população sofre influências das políticas públicas de saúde, abrangendo as políticas sociais e de infraestrutura. A posição que os indivíduos ocupam na sociedade e sua acessibilidade ao capital econômico e cultural influenciam o perfil epidemiológico da população. O capital econômico determinará a acessibilidade dos indivíduos ao cuidado e a uma melhor condição de vida, fazendo com que tenham condições de enfrentar o processo de adoecimento. Já o capital cultural determinará a apreensão das informações sobre riscos e prevenção de uma dada patologia (WALDMAN *et al.*, 1999). O risco de adoecer está diretamente influenciado pelas condições precárias de vida e saúde dos indivíduos (BRASIL, 2002).

A percepção da doença é vista como a maneira que os indivíduos compreendem vários aspectos relacionados à saúde e a doença levando em consideração suas experiências tanto individuais quanto coletivas (REIS, 2002). Ademais, abarca as informações do indivíduo sobre a doença, bem como os sinais clínicos e suas consequências. A partir do momento em que o indivíduo percebe alguma alteração (sinal, sintoma) inicia-se um processo no qual passa a checar e assimilar essa alteração com as informações que possui de determinada doença e essa percepção é também influenciada pelas crenças individuais fundamentadas em suas experiências (GOMEZ *et al.*, 2011).

Há uma distância entre o conhecimento científico e o conhecimento popular sobre a doença, tornando a hanseníase e a lepra duas doenças distintas. A hanseníase é vista muitas vezes como uma doença pouco contagiosa e que possui cura completa ; a lepra, como uma doença estigmatizada com a qual doentes e familiares terão que conviver para o resto de suas vidas. (JOFFE *et al.*, 2003)

As percepções histórica e socialmente construídas acerca da doença fizeram com que os portadores de hanseníase fossem afastados da sociedade (GALVAN, 2003). As percepções existentes na população sobre a doença, muitas vezes intensificam alguns conceitos errôneos, favorecendo a apropriação distorcida de algumas informações sobre transmissão, diagnóstico e tratamento, levando à estigmatização, à exclusão social e à continuidade do ciclo de transmissão.

A cultura de uma região também exerce influência nas percepções sobre a doença, refletindo-se, tanto na procura dos serviços de saúde quanto na aderência aos tratamentos propostos. Assim, as maneiras como os sinais e sintomas são percebidos por grupos distintos de uma população geram respostas e atitudes que interferem no comportamento em relação à doença (SANTOS, 2006). Portanto, é necessário que se conheçam as percepções e as características da população que se pretende atingir, respeitando-se suas crenças e valores para se encontrar uma forma efetiva de abordar os sujeitos doentes.

Segundo estudo realizado em um município hiperendêmico, no qual se buscou analisar as percepções da população sobre a doença, fatores como escolaridade, acesso aos serviços de saúde, renda familiar e história de casos na família influenciaram sobremaneira as percepções da população (CARDOSO, 2011).

O controle da doença consiste em garantir a efetividade do modelo de atenção embasado no diagnóstico precoce, tratamento adequado, procurando desviar-se de qualquer exclusão dos doentes da sociedade, mediante o fortalecimento da gestão descentralizada, porém integrada, dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010). Essas diretrizes, entretanto, nem sempre são seguidas. Dados de um estudo no estado do Rio Grande do Norte demonstraram que aproximadamente 10% dos profissionais de saúde afirmaram não atuar nas ações de controle da doença, fato esse que causa certo espanto pois essas ações são preconizadas pelo Ministério da Saúde no PCH na Atenção Básica (MORENO *et al.*, 2008). De maneira semelhante, no estado do Mato Grosso, demonstrou-se que 50% da ESF não trabalhavam com ações de controle da doença (OPROMOLLA *et al.*, 1990).

Estudos sobre a organização de serviços de saúde realizado nos municípios de São Paulo com profissionais e interlocutores demonstraram uma fragilidade quanto aos serviços da equipe, uma vez que os profissionais capacitados se concentram nas unidades de referência e, dessa forma, algumas ações da equipe eram pouco desenvolvidas, em especial a educação em saúde da população (HELENE *et al.*, 2008).

Lanza (2009) também observou na Microrregião de Almenara, que a organização dos serviços em saúde ainda está centrada em um modelo clínico individual do doente. Notou

também, por meio de entrevistas com os próprios profissionais de saúde, vários obstáculos enfrentados por eles na atenção primária; dentre estes, destaca-se o sentimento de incapacidade na realização das ações de controle da hanseníase e a não sensibilização da comunidade. Esse sentimento de despreparo também foi observado em estudo de Filho *et al.*, (2010) onde os enfermeiros destacaram, dentre as diversas dificuldades enfrentadas no controle da doença, a baixa oferta de capacitação e treinamentos, gerando incapacidade de ação frente aos casos de suspeita da hanseníase.

Em outro estudo realizado na Microrregião de Almenara que teve como objetivo analisar a situação epidemiológica da hanseníase segundo sua distribuição social e suas relações com as condições socioeconômicas da população, os resultados colocaram a Microrregião como uma área hiperendêmica e os serviços de saúde incapazes de detectar todos os casos (AMARAL; LANA, 2008).

Diante da fragilidade demonstrada pelos profissionais de saúde na não sensibilização da população da Microrregião de Almenara sobre a hanseníase percebe-se que possivelmente haja uma lacuna no entendimento da população da Microrregião de Almenara em relação à hanseníase, tornando relevante o estudo das percepções dessa população sobre a doença.

Dessa forma, este estudo busca responder aos seguintes questionamentos:

a) Quais são as percepções da população da Microrregião de Almenara em relação ao problema da hanseníase?

b) Que fatores podem influenciar as percepções do problema da hanseníase na Microrregião de Almenara?

Faz-se necessário identificar as percepções da população quanto à hanseníase, uma vez que as respostas a essas perguntas podem orientar os serviços de saúde em suas práticas de educação para a população, de forma a criar subsídios para a reorientação e a reformulação de estratégias de ação e organização dos serviços para controle da hanseníase na Microrregião de Almenara. A educação em saúde deve partir dos saberes de uma população, do respeito a suas crenças e valores, considerando as particularidades para se encontrar uma melhor forma de abordagem.

Espera-se, com essas perguntas, obter informações sobre as percepções da população da Microrregião e também verificar as influências de se residir em áreas de maior e menor concentração de casos de hanseníase como também os efeitos das condições socioeconômicas, da escolaridade, da faixa etária e da presença de casos na família na percepção da população sobre a doença.

Parte-se do pressuposto de que a doença se distribui desigualmente no espaço e, da mesma maneira, distribuem-se as percepções sobre a hanseníase. Isto é, populações de municípios hiperendêmicos, nos quais se convive diariamente com a doença, terão percepções diferentes em relação às populações de municípios com baixas taxas de detecção ou mesmo de município silencioso. Da mesma maneira, é preciso atentar para as influências sociais e as condições socioeconômicas dos indivíduos. Além disso, o estudo pretende verificar a percepção da população sobre a doença e sua relação com a escolaridade, a faixa etária e a presença de casos na família.

## **1.1. Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Analisar as percepções da população da Microrregião de Almenara sobre a hanseníase e suas relações com aspectos epidemiológicos e variáveis sócio-demográficas.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

Identificar as percepções da população da Microrregião de Almenara quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais que envolvem a hanseníase;

Verificar se há relação das percepções com taxas de detecção, escolaridade, renda, faixa etária e presença de casos na família.

## 2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

### 2.1 Epidemiologia e controle na hanseníase

A hanseníase, doença causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), apresenta alterações dermatoneurológicas por meio de sinais e sintomas. Esse bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade – isto é, infecta muitas pessoas; no entanto, poucas adoecem. Sua evolução pode levar a incapacidades físicas e deformidades, lesões neurais responsáveis por impactos sociais, econômicos e psicológicos e pela manutenção do estigma e do preconceito relacionados à doença (BRASIL, 2002; WHO, 2010). É uma doença endêmica e considerada um problema de saúde pública havendo uma maior concentração de casos nos países em desenvolvimento e com baixas condições socioeconômicas.

Um fato marcante é a maneira como a doença acomete as pessoas, sendo que, em alguns indivíduos, a doença compromete somente um nervo periférico com aparecimento de uma mancha única que persiste de modo indefinido e, em outros, há o desenvolvimento de vários nódulos e lesões cutâneas, acometendo alguns órgãos vitais como testículos, laringe, olhos e ossos, dependendo do estado imunológico do indivíduo acometido (JOPLING; Mc DOUGALL, 1991).

Suas manifestações ocorrem principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos; dentre estes, o surgimento de manchas vermelhas ou marrons e perda de sensibilidade dolorosa (COTRAN *et al.*, 2000).

Embasada nos aspectos clínicos, de acordo com o número de lesões apresentados pelos pacientes acometidos pela hanseníase, a OMS propôs uma classificação simplificada da doença com fins operacionais terapêuticos: presença de até cinco lesões de pele são denominados paucibacilares (PB) e, acima de cinco lesões, multibacilares (MB) (WHO, 1982).

O longo período de incubação, de dois a sete anos, e sua reprodução lenta resultam em uma evolução clínica insidiosa da doença (BRASIL, 2002). As vias aéreas superiores constituem a principal via de entrada e eliminação do bacilo de Hansen pelo grande número de lesões que existem na mucosa nasal, na boca e na laringe. O contágio ocorre pelo contato entre indivíduos sadios e casos bacilíferos da doença (multibacilares) sem tratamento. (VIDERES, 2010). Não está claro ainda o modo de infecção, mas possivelmente, envolve a

inoculação de bacilos no trato respiratório ou em feridas abertas. (FILGUEIRA *et al.*, 2004, ARAÚJO, 2003)

O diagnóstico da hanseníase é realizado por meio de exame clínico, epidemiológico e laboratorial. O diagnóstico clínico é realizado por meio do exame físico onde se procede a uma avaliação dermatoneurológica, buscando identificar sinais clínicos da doença. O teste laboratorial é um apoio para o diagnóstico servindo também como um dos critérios para se confirmar um caso de recidiva e quando houver dúvidas na classificação operacional das formas clínicas (BRASIL, 2008; MARTÍNEZ, 2009). O diagnóstico epidemiológico é complementar ao clínico. São colhidas informações sobre o histórico de hanseníase na família e a situação epidemiológica da doença na área de residência.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial e baseado na contagem do número de lesões cutâneas, por meio de um esquema terapêutico poliquimioterápico padronizado de acordo com a classificação operacional. Pacientes com a forma clínica paucibacilares recebem dose supervisionada de rifampicina (uma dose mensal de 600mg) e de dapsona (uma cápsula de 100mg), além de dose autoadministrada de dapsona (28 cápsulas de 100mg). Para pacientes multibacilares, adiciona-se, ao esquema terapêutico descrito, a dose supervisionada de clofazemina (uma dose mensal de 300mg) e 50 mg/dia autoadministrada (BRASIL, 2008a).

### **2.1.1 Situação Epidemiológica e estratégias de controle**

As primeiras políticas sanitárias dirigidas ao controle da hanseníase no Brasil estruturaram-se em um modelo baseado no isolamento compulsório amparado pelo modelo tripé “leprosário-dispensário-preventório”, no qual o leprosário isolava e tratava o doente; o dispensário acolhia os comunicantes dos doentes e o preventório, os filhos dos doentes internados (LANA, 1997).

O advento das sulfonas, na década de 1940, para tratamento e controle da doença, influenciou no abandono do isolamento e da segregação dos portadores de hanseníase como estratégia principal de controle (VIRMOND, 1995; AVELLEIRA; NERY, 1998; EIDIT, 2004).

Várias medidas foram tomadas para intensificar as ações de controle da hanseníase; dentre elas, a I Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema central a luta

contra a hanseníase e a criação do Serviço Nacional de Lepra (BRASIL, 1960). Novas políticas foram criadas para o controle da hanseníase com ações propondo a educação em saúde, vacinação, tratamento dos portadores juntamente com o acompanhamento dos comunicantes, detecção de novos casos e prevenção das incapacidades físicas (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

No início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde propôs uma associação padronizada de medicamentos para tratamento da hanseníase, a poliquimioterapia - PQT, esquema que associa várias drogas: dapsona, clofazimina e rifampicina. A poliquimioterapia mostrou-se eficaz na cura e prevenção das deformidades, com efeitos colaterais mínimos. (DUCATTI, 2008; NERÍ; SOARES, 1998). No Brasil, o tratamento poliquimioterápico foi introduzido de forma gradativa a partir de 1986 (ARAÚJO, 2005; GALLO *et al.*, 1995).

A poliquimioterapia demonstrou ser uma estratégia efetiva no controle da hanseníase, mobilizando os profissionais e reduzindo o tempo de tratamento para o estabelecimento da cura e, com isso, observou-se um declínio da prevalência, além de uma adesão considerável dos pacientes.

A Lei 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre a regulação da participação social da comunidade no SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, complementaram a base constitucional da saúde (BRASIL, 1990 a, b; BRASIL, 2006). Com isso, houve descentralização e hierarquização dos serviços de saúde em esferas de complexidade, ou seja, atenção primária, secundária e terciária, levando a várias iniciativas do governo federal nas estratégias de ações de integração da hanseníase.

A implantação de ações para o controle da hanseníase na atenção básica, em 1991, foi fator preponderante para o alcance da meta de eliminação da doença sendo lançado o Plano de Eliminação com intuito de alcançar a meta de eliminação da doença, abolindo-a como problema de saúde pública no Brasil, com redução da prevalência para 1.0 caso/10.000 habitantes (WHO, 2002).

A primeira estratégia de integração das ações de controle na atenção básica ocorreu com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, programas que focam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua por meio do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1999).

Mesmo diante de vários esforços de Planos Estratégicos para Eliminação da Hanseníase, alguns países não atingiram essa meta de eliminação da doença, incluindo o

Brasil. Assim, foi criada, em 2010, a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015 juntamente com as Diretrizes Operacionais atualizadas com o intuito de melhorar alguns elementos da Estratégia Global, solicitando o apoio e o compromisso de todos os que trabalham para o objetivo comum de diminuir a carga da hanseníase e suas danosas consequências físicas, sociais e econômicas (OPAS, 2010).

As ações de saúde devem visar à conscientização da comunidade para melhorar o entendimento sobre a hanseníase, os programas criados e suas consequências para a comunidade e, de acordo com a Estratégia Global Aprimorada 2011-2015, a informação e a educação do público em relação ao controle da doença têm como objetivo a conscientização da população por meio:

De um melhor entendimento sobre a doença e sobre o programa; do incentivo à preocupação cívica sobre qualidade e responsabilidade; do aumento da demanda e apoio aos serviços de saúde; da desconstrução dos mitos e do combate a concepções equivocadas; da não aceitação do estigma e da discriminação; do desenvolvimento de um senso de propriedade da comunidade; da possibilidade de que a comunidade desenvolva atitudes e comportamentos positivos para a ação social; da oferta de apoio às pessoas afetadas pela hanseníase ao possibilitar que elas superem barreiras que as impedem de exercer suas responsabilidades sociais” (OPAS, 2010, pag. 15).

Essa medida poderá servir de estímulo para as ações que objetivem o diagnóstico precoce e a inclusão imediata da poliquimioterapia, reduzindo posteriormente a transmissibilidade da doença.

Com o intuito de fortalecer a resposta para um grupo de doenças onde os programas criados foram tidos como inconciliáveis e escassos com a capacidade do SUS na resolutibilidade para a população, a Secretaria de Vigilância e Saúde criou a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação (CGHDE) em 2011. A CGHDE assumiu alguns eixos de ações importantes para a hanseníase. Dentre eles, o aprimoramento do sistema de informação no que se refere ao acompanhamento dos casos, a intensificação da busca ativa de contatos intradomiciliares e o acréscimo da taxa de cura por meio de pactos com 252 municípios prioritários que concentram cerca de 60% da endemia (BRASIL, 2010).

Em junho de 2012, foi criado o Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase e outras doenças (BRASIL, 2012), visto como importante experiência.

O trabalho em conjunto da Sociedade Brasileira de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Hansenologia na divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase e na busca ativa será de grande importância e se refletirá em uma grande ajuda no território nacional. Como parte dessa ajuda na estratégia de eliminação, o Programa de Saúde Escolar (PSE) também

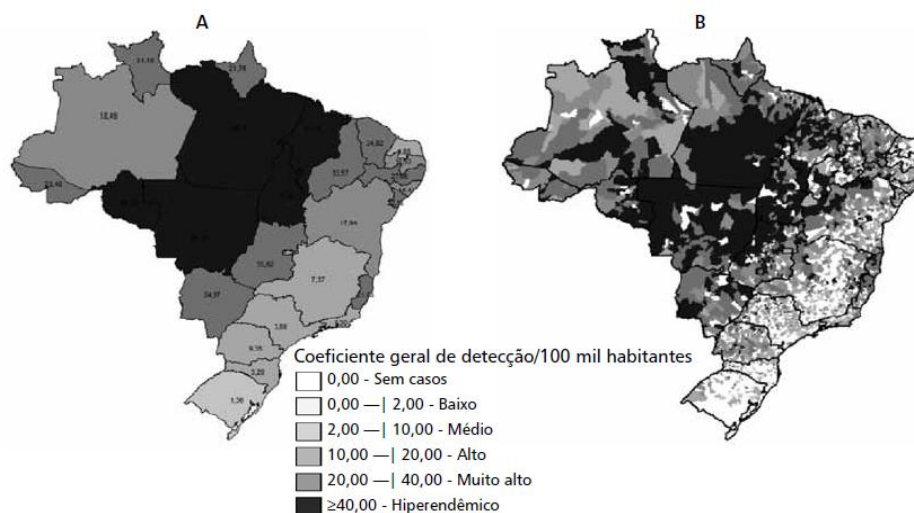
utilizará estratégias educativas divulgando os sinais e sintomas da doença e a busca ativa em escolares e seus familiares. Esse programa será realizado em escolas de ensino fundamental localizadas em áreas prioritárias para a hanseníase (BRASIL, 2012).

Dados do Ministério da Saúde demonstram que em 2012 houve uma redução de 12% do coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil (1,51 caso/ 10 mil habitantes) em comparação ao ano de 2004 (1,71 caso/ 10 mil habitantes) (BRASIL, 2013).

Mesmo diante da redução do coeficiente de prevalência da hanseníase no país, há necessidade de uma intensificação das estratégias para a eliminação da doença em algumas regiões, pois ainda existe um padrão de alta endemicidade. (IGNOTTI; DE PAULA, 2011; DATASUS, 2011).

Quando se observa o coeficiente anual de detecção por 100 mil habitantes, o padrão espacial de coeficiente de prevalência é o mesmo. (FIG.2- a e b). Foram diagnosticados em 2012, 33.303 casos novos de hanseníase (WHO, 2013), sendo 2.246 (7%) menores de 15 anos;

O coeficiente geral de detecção (17,2/100 mil habitantes) ainda é considerado alto. Em 2010, a avaliação do grau de incapacidade na cura foi de 72,9%, considerado precário por alguns autores (IGNOTTI; DE PAULA, 2011; DATASUS, 2011).

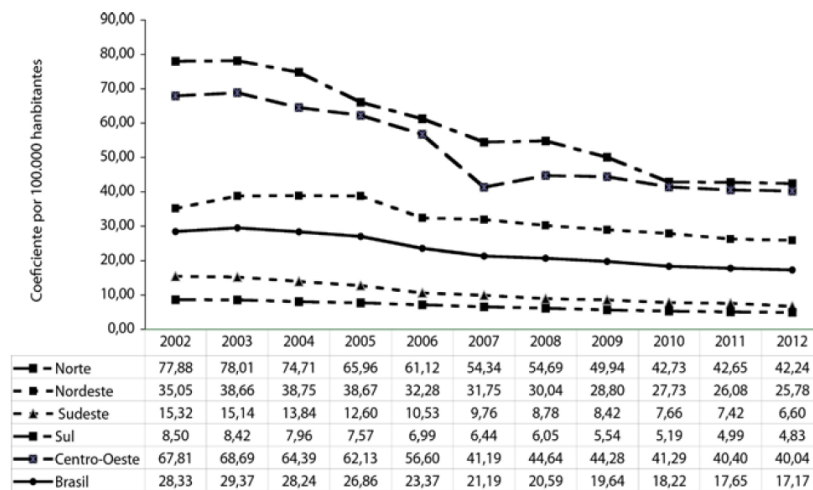


Fonte: Sinan/SVS-MS; Dados disponíveis em 24/04/2013.

FIGURA 2- Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes nas Unidades da Federação (a) Municípios (b) Brasil-2012.

Fonte: Sinan/SVS-MS.

Como demonstrado na FIG. 3, observa-se que houve uma diminuição do coeficiente de detecção por 100 mil habitantes em todas as regiões geográficas, de 2003 a 2012, ou seja, nos últimos 10 anos.



Fonte: Sinan/SVS-MS; Dados disponíveis em 24/04/2013.

FIGURA 3- Coeficiente de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes segundo regiões geográficas. Brasil 2003-2012.

Fonte: Sinan/SVS-MS.

Foram identificadas algumas áreas prioritárias de risco para a hanseníase, comprovando que a doença se distribui de forma heterogênea no território nacional.

O quadro da situação da hanseníase em Minas Gerais vem mostrando, ao longo dos tempos, uma queda exacerbada na prevalência da endemia no estado. Em 1986, a prevalência era de 77,1/10.000 habitantes e em 2012 registrou-se 0,95/10.000 habitantes. Essa queda se mostrou mais evidente com o início da implantação da poliquimioterapia, da organização dos serviços de saúde e do sistema de informação. No entanto, as taxas de detecção vêm mostrando um decréscimo mais pausado e com grandes oscilações (MINAS GERAIS, 2013).

Apesar da diminuição dos níveis da endemia no estado, existem algumas lacunas a serem sanadas como o grande número de diagnóstico com grau 2 de incapacidades e o adoecimento de crianças, demonstrando diagnóstico tardio e, ainda, constância de fontes de infecção na população.

Dados preliminares publicados em 2012 demonstraram que o estado de Minas Gerais registrou uma taxa de detecção de 7,37 casos novos por 100.000 mil habitantes, com 3,8% de casos em menores de 15 anos e 12,1% com grau 2 de incapacidade (MINAS GERAIS, 2013).

Já a Microrregião de Almenara apresentou, em 2011, uma taxa de detecção de 36,62 por 100.000 habitantes; e, destes, 69,7% diagnosticados na forma clínica multibacilar e 9,1% com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico. O coeficiente de detecção da população encontra-se em um nível elevado segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2011). Esses parâmetros são os seguintes: o

município com coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase de  $\geq 40,00/100.000$  habitantes é considerado hiperendêmico; de 20,00 a 39,99/100.000 habitantes, muito alto; de 10,00 a 19,99/100.000 habitantes, alto; de 2,00 a 9,99/100.000 habitantes, médio e  $< 2,00/100.000$  habitantes, baixo.

Há uma grande preocupação com os municípios silenciosos pois, em 2006, foram registrados, nessa categoria, 447 municípios e ,em 2012, o número subiu para quinhentos e cinco (MINAS GERAIS, 2013). O que mais preocupa é que esses municípios estão localizados em regiões de média endemicidade, levando a pensar na possibilidade da não realização de ações de busca e diagnósticos de casos, no despreparo dos profissionais de saúde ou na inexistência de casos.

É necessário fortalecer as ações de vigilância na hanseníase voltadas para o diagnóstico precoce e a efetividade no tratamento da doença. É preciso, ainda, reorganizar os serviços de saúde com instituições e profissionais voltados a esse fim para minimizar os impactos epidemiológicos e sociais da hanseníase.

Uma perspectiva da organização dos serviços de saúde seria a descrição das atribuições dos profissionais na realização das ações de controle e prevenção da hanseníase para o alcance desses objetivos (LANA, 1992). Houve um aumento na demanda da população e um maior engajamento de profissionais generalistas no cuidado aos portadores de hanseníase após as ações de eliminação da doença na Atenção Básica (SANTOS, 2006). Entretanto, Raposo (2011), em sua pesquisa com gerentes de serviços de saúde, observou nos relatos de seus entrevistados que a implantação do PCH na rede básica apresentou alguns aspectos positivos como a melhoria na oferta da PQT para a população e o acesso às UBS; porém, algumas dificuldades também foram relatadas como as limitações relativas à escassez de atividades educativas à população e a falta de envolvimento de profissionais com as ações do programa. Esse engajamento dos profissionais é de suma importância para se alcançar o objetivo proposto pelo programa, principalmente em relação à oferta de estratégias educativas em relação à hanseníase para a população, fazendo com que a mesma se sensibilize e produza seus próprios agentes de controle da doença.

A realização de ações integradas das equipes de saúde junto à população da área de abrangência é preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997). Levando em consideração essa prerrogativa, entende-se que a educação em saúde não é considerada apenas como uma atividade a mais entre as várias existentes, mas é vista como um meio de reorientação de suas ações de forma a ativar, desobstruir canais e criar laços mais próximos entre a população e seus movimentos organizados.

## 2.2 Percepções sobre a doença

A construção do conhecimento sobre a hanseníase não está limitada apenas às questões informativas mas também envolve a percepção individual sobre o problema; isto é, a compreensão e a capacidade de assimilar essas informações.

Para Forgas (1971, p. 1, 2), a percepção pode ser explicada como o método de absorver informações, por meio da “recepção, aquisição, assimilação e utilização do conhecimento” em que dependem a aprendizagem e o pensamento. Para ele, as informações que são extraídas se configuram, como um método de aprendizagem que está interligado em parte ao fator experiência e ,em parte, ao pensamento.

É por meio dos sentidos, das situações, dos objetos que ocorre a percepção; porém, a limitação de informações pode suprimir o ato perceptual, limitando-o apenas ao ato de imaginar ou pensar (PENNA, 1982). Nota-se na fala de Penna que o ato de limitar algum indivíduo às informações faz com que haja uma extinção no ato de perceber tornando-o apenas um ato imaginário ou de pensamento.

As percepções do indivíduo sobre a doença estão muitas vezes ligadas a suas representações ou crenças acerca da patologia. Essas percepções têm se evidenciado um fator comportamental e se integram com desfechos importantes na prática clínica, como qualidade de vida, adesão ao tratamento e recuperação funcional (WEINMAN, 1997; PETRIER, 2007). Dessa forma, é necessário levar em consideração as percepções e atitudes do indivíduo sobre sua doença (OXLEY, 2005).

Para que ocorra uma participação da comunidade no planejamento e sua integração com a educação em saúde é necessário investigar o conhecimento de suas percepções, seus conceitos, expectativas, opiniões para se atingir uma ampla aproximação da comunidade com a situação de saúde (WESTPHAL; BOGUS; FARIA, 1997).

Sarno *et al.* (2003), expõem que uma forma de se obter êxito nas orientações da promoção de saúde é conhecer a população e os fatores que interferem no entendimento da doença como percepções, crenças e experiência de vida. Geralmente essas informações são influenciadas pelas relações sociais do indivíduo e desempenham um papel importante na visão social sobre a doença.

O processo da percepção de um indivíduo, que vai desde a identificação dos sinais e sintomas da doença até a adesão ao tratamento é também, influenciado por sua cultura (CLARO, 1995). Porém, há evidências de uma atuação dos profissionais de saúde aquém do

esperado em relação à hanseníase, demonstrando um conhecimento defasado, incorreto e até preocupante em relação a doença, interferindo nas orientações à população, indo contra algumas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Hanseníase e sem considerar que, muitas vezes, as práticas educativas são dissociadas das características culturais dos grupos que desejamos atingir (ARAÚJO, 2011).

O profissional deve, além de receber capacitação para trabalhar a hanseníase, tornar-se atuante no controle da endemia, conhecer o nível de informação do indivíduo sobre a doença bem como suas crenças, seus medos e sentimentos por meio da avaliação de suas percepções. Esse processo é de fundamental importância para que sejam sugeridas intervenções que promovam a educação em saúde para esses indivíduos respeitando suas peculiaridades.

### **2.2.1 Estigma como um marcador social da hanseníase**

Hanseníase, antiga lepra, é uma doença milenar datada há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, sendo considerada uma doença bíblica, ligada a um castigo divino ou à impureza espiritual (BRASIL, 1960). Qualquer doença naqueles tempos seria um sinal de desobediência ao mandamento divino comprovando o pecado de forma quase sempre visível, como é o caso da lepra (SCLIAR 2007).

A caracterização do estigma presente nos escritos bíblicos foi acompanhada das palavras lepra e leproso, sendo as mesmas ligadas a várias doenças, levando a uma situação de imoralidade. Com isso, os portadores de hanseníase provocavam certa dificuldade de aceitação pela sociedade sendo alvo de vários tipos de discriminação, colaborando para seu isolamento.

A medicina medieval não conseguia diferenciar a hanseníase das demais alterações dermatológicas, chegando até mesmo a considerar a existência de duas formas da doença a Lepra falsa e a verdadeira (SCHIPPERGES, 1985). Nesse mesmo período, devido à associação da doença com impurezas, os enfermos eram obrigados a utilizar um véu cobrindo o rosto desfigurado e um sino que os mesmos tocavam por onde passavam anunciando sua presença (CRUZ, 2008).

Em decorrência das deformidades físicas nos pacientes não tratados, a hanseníase sempre foi apresentada como uma doença que causava horror, levando ao preconceito e a um estigma social tão intenso como nenhuma doença gerou na história da humanidade, sendo

associada sempre a pecado, punição e impurezas (TALHARI *et al.*, 2006).

Quando, na sociedade, um leproso era identificado, uma cerimônia religiosa era realizada e o mesmo era levado até o altar com um capuz preto onde era sentenciado. Logo após, era proibido de realizar várias atividades no convívio social, inclusive de ter algum contato físico com as pessoas. Eram oferecidos ao leproso um par de luvas e uma matraca para que sua chegada fosse anunciada em locais públicos. Ao finalizar a cerimônia, as pessoas jogavam terra no corpo do leproso, demonstrando o banimento da sociedade (UJAVARI, 2003).

Os leprosos eram mantidos fora do convívio social em locais afastados das cidades. Com o surgimento do cristianismo houve a criação de leprosários, abrigos destinados aos leprosos, que ficavam sob o controle da igreja e que, de certa forma, mantinham a população sadia protegida dos doentes (SANTOS, 2006).

As pessoas acometidas pela hanseníase tiveram seu destino desviado e sua identidade perdida diante da sociedade em que viviam. Os doentes eram obrigados a se refugiar em colônias, a viver afastados da sociedade e a assumir uma identidade marcada por preconceitos relacionados à doença. Esse isolamento contribuiu para afirmar, perante a sociedade, o estigma sofrido pelo hanseniano.

Na tentativa de diminuir o estigma sobre a doença, em 1976, houve a mudança do nome lepra para hanseníase por meio da Portaria 165 de 14 de maio de 1976 (BRASIL, 1976). Com a Lei 9.010 de 29/03/1995, tornou-se obrigatório o uso do termo hanseníase, com o intuito de minimizar preconceitos e discriminações sofridos pelos pacientes (BRASIL, 1995).

Para Carvalho (2012), um marco importante na história da lepra foi esse novo significado que a enfermidade adquiriu, transformando o leproso em hanseniano, especialmente, o de doença curável, diminuindo assim o medo que o doente despertava nas pessoas sadias e isso levou ao fim do isolamento compulsório.

A mudança da nomenclatura lepra para hanseníase deu-se por iniciativa dos professores de leprologia como forma de oferecer um apoio psicológico aos portadores, em uma época em que não se conhecia tratamento para tal doença; entretanto, muitos não sabiam o que era hanseníase (SARNO, 2003). Isso vem demonstrar, mais uma vez, que somente a mudança da nomenclatura não foi suficiente, não se efetivando no cotidiano das pessoas. Há uma necessidade de se concentrar esforços dos profissionais no sentido de desmistificar a doença com a mudança de nomenclatura.

Deve-se atentar para uma maior divulgação e conscientização sobre a doença nos ambientes de trabalho, moradia, serviços de saúde, abrangendo toda a população de forma que

se atinjam as particularidades de cada comunidade (JOFFE *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2007). Mesmo com a mudança da nomenclatura e com o doente passando a integrar a sociedade e a exercer sua cidadania, o estigma construído historicamente sobre o doente passou a fazer parte de sua vida.

Em sua imagem social, a hanseníase ainda é considerada uma doença mutilante, contagiosa e incurável. Além disso, o fato de os doentes terem sido tratados em leprosários ou colônias afastados da sociedade resultou no estigma e no preconceito contra o portador e sua família. O nome hanseníase carrega por si só, antes e mesmo após a descoberta do bacilo causador da doença, todo o preconceito e o estigma sofridos pelas pessoas acometidas pela lepra. Diante disso, deve ser divulgada de forma intensiva e sistemática a nova percepção da doença, pois essa imagem de se tornar um portador de lepra faz com que o paciente protele ao máximo a busca de tratamento. Essa atitude propicia a proliferação da doença e o acometimento mais severo trazendo sequelas irreparáveis para o portador (MACIEL; DESIDÉRIO, 2012).

Leininger (1991) diz que o preconceito é definido pelo modo de enxergar o mundo, das análises de ordem moral e de valores, dos diversos comportamentos sociais, sendo esses, produtos de uma herança cultural, destacando-se que essa herança é determinada a partir das crenças, dos modos de comportamentos e práticas referentes ao estilo de vida compartilhado, aprendido e repassado por um grupo que norteia o pensamento e as atitudes dos componentes do grupo.

As informações da sociedade sobre a hanseníase estão carregadas de crenças procedentes de sua comunidade (COELHO, 2008). Em estudo, Maia *et al.* (2000) observaram que as pessoas ainda veem a necessidade de isolar o portador de hanseníase, demonstrando que, mesmo na atualidade, os velhos conceitos sobre a hanseníase são expressos. Com isso, vêm à tona uma visão distorcida e a predominância do estigma, demonstrando a falta de informações corretas.

Percepção é o ato ou efeito de perceber; é a faculdade de apreender por meio dos sentidos e da mente, ou seja, é interpretar aquilo que é sentido ou captado (HOUAISS, 2001). Adicionalmente, para Sternberg (2000), a percepção é um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos ambientais. Diante das ilusões perceptivas, nem tudo que percebemos (órgãos sensoriais) é necessariamente o que compreendemos (mente).

Dessa forma, deve-se atentar às percepções dos indivíduos quanto à hanseníase uma vez que existem diferenças na maneira de perceber e agir de cada indivíduo.

Com o objetivo de desmistificar alguns conceitos errôneos sobre a hanseníase, várias campanhas são realizadas; todavia, ainda é notória a estreita relação de medo e falta de informações sobre a doença na população, sendo necessária a implantação de uma assistência integral e continuada dos profissionais de saúde, com o intuito de romper o mito da doença.

Alguns fatores levam a esse preconceito e à discriminação contra os portadores de hanseníase; dentre eles, informações precárias acerca da doença, de seu tratamento e de sua transmissão.

Em estudo com adolescentes portadores de hanseníase, observou-se que os mesmos não conversavam sobre sua doença por medo dos comentários e para evitar alterações de comportamento dos outros (PONTE; XIMENES NETO, 2005), demonstrando mais uma vez, o estigma que a doença carrega e o medo dos portadores de sofrer exclusão por parte da sociedade.

Além de a hanseníase ser caracterizada como uma doença que carrega um estigma, as informações distorcidas que a população possui sobre a doença são um dificultador na aceitação dos próprios portadores, que acabam desistindo do tratamento e negando sua doença (MIRANZI *et al.*, 2010). Portanto é necessário que os profissionais de saúde conheçam a realidade e as percepções da população sobre a doença para programar campanhas educativas capazes de atender as peculiaridades dos indivíduos.

Em estudo realizado com portadores de hanseníase na cidade de Ribeirão Preto, foi observado que o impacto que a doença provocava nos indivíduos interferia de forma direta em seu dia a dia. A hanseníase era tida como uma ameaça constante da incerteza de resultados positivos no tratamento, marcada por tristeza, abandono, deformidades e problemas psicossociais, uma vez que o doente já é, por preconceito, excluído da sociedade. O desejo de morte foi retratado pela maioria das mulheres portadoras de hanseníase, demonstrando o sentimento de vergonha e culpa que a doença provocou, levando ao isolamento da sociedade (OLIVEIRA, 1998). O desejo da morte também foi encontrado no estudo de Santos (2006) onde seus entrevistados relataram a ideia do suicídio como forma de acabar com o que estava acontecendo. A explicitação desses temas revela uma percepção negativa por parte dos entrevistados, coerente com a perspectiva histórica da hanseníase, demonstrando que é ainda um sentimento persistente.

O estigma ainda existe e mostra-se mais resistente que a própria doença. O grande desafio associado à hanseníase, inclusive dos próprios usuários e familiares, é vencer o preconceito social.

O estigma e o medo presentes ainda na sociedade só serão enfrentados por meio de estratégias que englobam a transmissão em massa de informações sobre a doença e seu tratamento; construção de uma imagem positiva da hanseníase; informações na mídia abordando conceitos reais e acabando com os conceitos equivocados e crenças a que a doença está atrelada (BRASIL, 2010)

Santos (2006) concluiu que os participantes de seu estudo detinham uma percepção marcada por crenças e contradições sobre a doença. Tudo isso é fruto do preconceito criado em torno da hanseníase e que é cultivado milenarmente na sociedade por falta de informações sobre a doença.

O acesso da população aos serviços de prevenção e controle da doença está ligado diretamente ao estigma criado tradicionalmente. Há uma persistência, ainda no século XXI, de percepções negativas ligadas à hanseníase devido à falta de informações. O predomínio desse estigma pode acarretar a busca tardia por atendimento nos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da doença por parte dos portadores, por medo de serem marginalizados pela população após a confirmação do diagnóstico (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005; RINALDI, 2005; WHO, 2004).

Lanza (2009) constatou, na Microrregião de Almenara, a persistência do estigma da hanseníase, representado por discriminação, medo e desinformação, podendo esses fatores estar relacionados com a trajetória e o estigma historicamente marcado. Isso leva à construção de uma mentalidade social arraigada em medos, preconceitos e estigmas. O mesmo ocorreu em estudo de Pereira *et al.* (2008) onde os profissionais de saúde relataram que a predominância do estigma gerado pela doença é ainda uma característica marcante pelo isolamento social e o preconceito sofrido pelos doentes.

Na própria cidade de Almenara, há relatos de pessoas que procuram o Centro de Referência como forma de manter a doença em sigilo impedindo, de certa forma, ser discriminado pela população do próprio bairro (LANZA, 2009).

A falta de informação sobre a doença é o principal motivo para a discriminação sofrida pelo portador. Devem ser realizadas campanhas de mobilização da comunidade para abolir a antiga representação da hanseníase informando seus sinais e sintomas (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; KASTURIARATCHI *et al.*, 2002) e também sobre a cura da doença, tratamento oferecido nos serviços de saúde gratuitamente e na abolição da discriminação dos doentes. (ANDRADE, 2000; WHO, 2004). Todas essas ações servem de subsídios para desmistificar a doença e fortalecer as ações de controle da hanseníase nos serviços de atenção básica de saúde.

A forma como o indivíduo vê a doença depende de uma compreensão anterior àquela que possuía e, principalmente, do pensamento dominante no meio em que vive (HEGENBERG, 1998). Mesmo diante de todos os investimentos nas estratégias de controle e de divulgação de informações mais precisas sobre a doença, permanecem, em grande parte da população, informações infundadas que geram medo e, logo, condutas não apropriadas aos propósitos de redução do grau de endemicidade a que está relacionada (MENDES, 2007).

Dessa forma, vê-se a necessidade de se conhecer as percepções do indivíduo sobre a hanseníase, seus medos e estigmas, criando ações educativas voltadas para essa população uma vez que o estigma e o preconceito a que a doença está agregada criam uma situação marcante que interfere na percepção, ocasionando grandes repercussões, acarretando problemas como a diminuição da capacidade de trabalho, problemas psicológicos e limitação da vida social.

## **2.2.2 Determinantes sociais de saúde e a hanseníase**

Existe ainda um grande desafio na compreensão do processo saúde - doença e como as desigualdades sociais influenciam a distribuição da doença na sociedade. Pressupõe-se que essa distribuição se dê de forma desigual no espaço e também sobre os indivíduos em decorrência de sua inserção no sistema de reprodução social (LANA *et al.*, 2006).

As condições de vida e trabalho dos indivíduos estão relacionadas com a situação de saúde e são expressas pelos determinantes sociais de saúde (DSS) que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007).

A hanseníase foi associada à miséria, à carência de higienização, envolvendo responsabilidade e culpa pessoal, além do medo que envolvia a doença, sendo vista como uma ameaça (RICHARDS, 1993). Entende-se que a distribuição da hanseníase só pode ser percebida e avaliada na perspectiva de seus determinantes sociais; dentre eles, a educação sanitária (DUCATTI, 2008).

Portanto, antes de tudo, é necessária uma análise do espaço para se entender a epidemiologia das doenças e para se adquirir um olhar diferenciado no processo saúde-doença, uma vez que a hanseníase é uma doença predominantemente de países em desenvolvimento com uma população apresentando condições de pobreza demonstrando

maior vulnerabilidade ao processo de adoecimento. Há grandes disparidades sociais no Brasil favorecendo a exclusão econômica e social, comprometendo diretamente a qualidade de vida e de saúde da população (SILVA, 1997; WALDMAN *et al.*, 1999).

As diferenças epidemiológicas, no caso da hanseníase, explicam-se em um determinado território e estão interligadas às disparidades nas formas de organização espacial e social, gerando diversos riscos de adoecer para alguns grupos sociais. Deve-se levar em consideração que as condições de vida de um indivíduo estão diretamente relacionadas ao processo de adoecimento (LANA, *et al.*, 2006).

Alencar *et al.* (2008) demonstraram, em seu estudo, que os maiores coeficientes de detecção e de prevalência de hanseníase foram observados em regiões com baixas condições socioeconômicas e ambientais, sendo preditores da doença. Observa-se mais uma vez que há maior vulnerabilidade da população mais pobre em termos de adoecimento e morte.

Fica evidente, em vários estudos, que o fator socioeconômico é apontado como uma das causas que predispõem à hanseníase, pois quem tem uma condição socioeconômica satisfatória possui maior acesso à educação e aos serviços de saúde, tem mais informações. Alguns fatores têm influência significativa no risco de adoecer do indivíduo; dentre estes, as condições precárias de saúde e de vida juntamente com o convívio de um grande número de pessoas em um mesmo ambiente favorecendo a proliferação da doença.

Sabe-se também que as condições socioeconômicas têm influência na endemia da hanseníase, indicando uma relação tênue com a precariedade habitacional, baixos níveis educacionais e, ainda, a difusão da doença por meio das migrações populacionais. Em estudo realizado na Microrregião de Almenara, mais de 50% da população tinham menos de quatro anos de estudo. Esse dado é muito importante uma vez que, ao se planejar e desenvolver ações educativas, deve-se atentar para a comunicação utilizada, de forma que seja adequada ao nível educacional e à capacidade cognitiva da população (AMARAL; LANA, 2008).

Estudo realizado em município hiperendêmico de Minas Gerais observou que as pessoas com baixo nível escolar não possuíam percepção sobre a transmissão e o modo de prevenção da doença, constatando que o nível educacional influencia na capacidade de apreensão e nas percepções da população. Muitas vezes essas informações são adquiridas de forma errônea no dia a dia do indivíduo e formuladas com base em crenças e estigmas a que a doença está associada, dificultando a transmissão das informações por parte dos profissionais de saúde (CARDOSO, 2011).

As condições de vida a que uma parcela da população está submetida repercutem diretamente em seus níveis de saúde, devendo os serviços de saúde buscar apreender as iniquidades e os problemas de saúde a que essa população está exposta para fornecer subsídios para o planejamento, formulações e execução de novas estratégias de controle da hanseníase.

Portanto, é necessário conhecer a realidade de uma população identificando os fatores que interferem em suas percepções quanto à hanseníase, na elaboração de atividades de divulgação e implementação de ações direcionadas às deficiências existentes atingindo as particularidades de cada comunidade.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, um inquérito domiciliar do tipo survey.

O presente estudo objetivou analisar as percepções da população da Microrregião de Almenara sobre a hanseníase e para isso, foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Desde o século XIX, a prática dos inquéritos domiciliares, tanto pela sociologia quanto pela epidemiologia foi vastamente utilizada. Há registros no Brasil, desde as primeiras décadas do século XX, da utilização de inquéritos domiciliares como fonte de informações sociodemográficas e epidemiológicas (BARATA, 2006).

As informações alcançadas por meio dos inquéritos domiciliares permitem conhecer a situação de uma dada população avaliando os serviços prestados e, a partir dos resultados, oferecer subsídios à elaboração de estratégias para melhor organizar e utilizar os serviços de saúde locais.

A pesquisa survey pode ser descrita como a aquisição de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, preconizado como uma representação de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993). Dessa forma, identifica situações ou opiniões evidentes em uma população delineando a distribuição de um

fenômeno na própria população ou entre subgrupos, fazendo comparações entre essas distribuições.

O estudo *survey* permite obter informações quanto à prevalência, distribuição e interrelação de variáveis na esfera de uma dada população, onde tais informações podem referenciar-se a ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos (POLIT *et al.*, 2004).

### 3.2 Cenário de Estudo

A pesquisa foi realizada na Microrregião de Almenara, pertencente à Mesorregião de Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais (FIG.4).

Essa Microrregião é composta por 16 municípios: Almenara, Bandeira, Divisópolis, Felisburgo, Jacinto, Jequitinhonha, Joáima, Jordânia, Mata Verde, Monte Formoso, Palmópolis, Rio do Prado, Rubim, Salto da Divisa, Santa Maria do Salto e Santo Antônio do Jacinto.

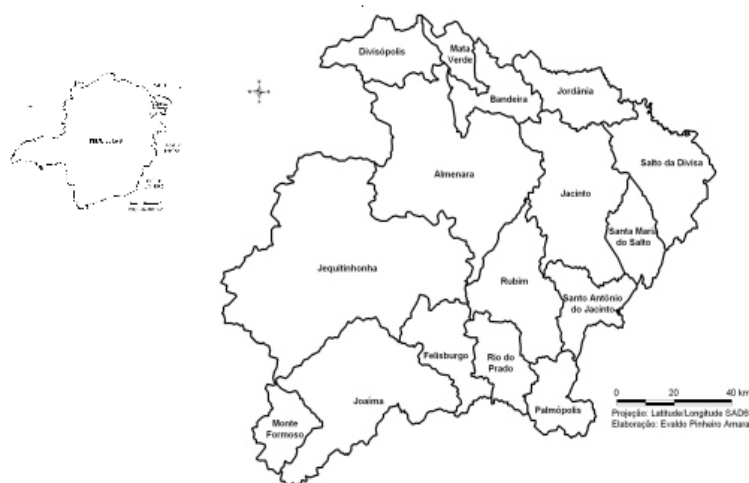


FIGURA 4- Mapa da Microrregião de Almenara com a divisão por municípios.  
Fonte: AMARAL, 2008, p. 40.

A população da Microrregião, em 2010, era de 179.658 habitantes, predominantemente urbana (71,4%), composta por 87.891 mulheres e 91.767 homens. O município-sede, Almenara, situa-se a 745 km de Belo Horizonte e tem 38.773 habitantes (IBGE, 2010).

A Microrregião faz parte do *cluster* 6 estabelecido pelo Ministério da Saúde como uma região com elevada concentração de casos e, além disso, alguns municípios são

considerados prioritários para o controle da hanseníase pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. O coeficiente de detecção de casos novos em 2011 foi de 36,62 casos por 100.000 habitantes, sendo que, na população menor de 15 anos, a taxa foi de 8,52/100.000 habitantes para uma população de 46.956, dados esses que permitem classificar a Microrregião com coeficiente de detecção muito alto em casos de hanseníase segundo parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; MINAS GERAIS, 2011).

A distribuição dos casos de hanseníase ocorre de forma heterogênea, o que se verifica ao se avaliar a distribuição do coeficiente médio de detecção da doença na Microrregião de Almenara (FIG.5).

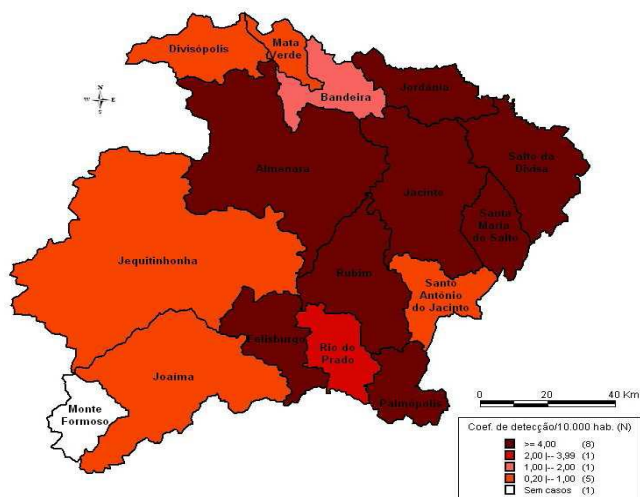


FIGURA 5- Mapa dos municípios da Microrregião de Almenara segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase 1998 a 2006. Fonte: Amaral, 2008, p. 61.

Para a seleção dos municípios foram levados em consideração alguns critérios como municípios com maiores taxas de detecção, municípios com presença de assentamentos e município silencioso. Dessa forma, foram selecionados os municípios de Almenara, Jequitinhonha, Jacinto, Santo Antônio do Jacinto, Felisburgo, Santa Maria do Salto e Monte Formoso. Incluiu-se o município de Ponto dos Volantes que, apesar de administrativamente não fazer parte da Microrregião de Almenara, está localizado próximo aos municípios endêmicos, e pertence ao *cluster* 6.

Foi realizada uma seleção dos municípios segundo seus coeficientes de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes (TAB. 1), de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde citada anteriormente. Dessa forma, os grupos ficaram divididos em:

TABELA 1

Agrupamento dos municípios da Microrregião de Almenara segundo parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

<b>Agrupamento</b>	<b>tx detecção (100.000 hab)</b>
<b>Municípios Hiperendêmicos</b>	<b>≥40,00/100.000hab.</b>
Almenara	51,23
Felisburgo	90,07
Jacinto	48,89
Santa Maria do Salto	205,16
<b>Municípios com Média Endemicidade</b>	<b>2,00 a 9,99/100.000hab</b>
Jequitinhonha	8,94
Santo Antônio do Jacinto	8,29
Ponto dos Volantes	2,18
<b>Município Silencioso</b>	
Monte Formoso	0

Nota: Utilizou-se da fonte referida abaixo para o cálculo da taxa de detecção média.

Fonte: AMARAL, 2008; MINAS GERAIS, 2008; 2009; 2010.

Em síntese, a composição heterogênea da amostra dos municípios e suas respectivas populações podem contribuir para identificar as diferentes percepções sobre a hanseníase e as possíveis associações com as taxas de detecção da doença e outras variáveis de interesse.

### 3.3 Tamanho da amostra

A amostra populacional para esta pesquisa foi constituída por indivíduos maiores de 18 anos, residentes nas zonas urbanas dos municípios selecionados. Para o cálculo amostral, foram levados em consideração fatores como número de casos de hanseníase diagnosticados e notificados no período de 1998 a 2009, taxa de detecção no período de 1998 a 2009, taxa de detecção esperada para município silencioso no período de 1998 a 2009, população residente na zona urbana dos oito municípios da Microrregião de Almenara no ano 2000.

Além disso, para o cálculo amostral, formaram-se dois grupos com base em dados populacionais e números de setores censitários urbanos. O primeiro grupo foi constituído pelos municípios com maior número de setores censitários: Almenara, Jequitinhonha e Jacinto; e o segundo, por municípios menores que apresentam número reduzido de setores

censitários: Santo Antônio do Jacinto, Santa Maria do Salto, Felisburgo, Monte Formoso e Ponto dos Volantes.

Todas as informações populacionais e domiciliares foram retiradas da base de dados do IBGE. O cartograma e os mapas dos setores censitários urbanos foram disponibilizados gratuitamente pelo IBGE em CD- ROM.

A concentração de casos nos municípios estudados apresenta-se de forma heterogênea. Dessa forma, com o intuito de se garantir a mesma probabilidade de participação, optou-se por calcular a amostra por setores censitários nos municípios maiores e, nos demais, a amostra foi calculada considerando-se a população total do município.

Tomando como referência os dados do estudo de Amaral e Lana (2008), foi realizado o cálculo amostral das cidades de Almenara, Jequitinhonha e Jacinto, dividindo os setores desses municípios em quatro estratos, de acordo com quartis da taxa de detecção de hanseníase na população geral por setores censitários de 1998 a 2009. Para o cálculo amostral dos outros municípios, considerou-se a taxa de detecção da hanseníase na população geral por município no mesmo período. Em seguida, dentro de cada estrato de municípios de Almenara, Jequitinhonha e Jacinto, estimaram-se as taxas médias de detecção da hanseníase.

Considerando essas proporções, uma margem de erro de aproximadamente 2%, um nível de significância de 5% (erro tipo I) e poder de 80% (erro tipo II), estimou-se uma amostra de 698 domicílios para a cidade de Almenara, 639 para Jequitinhonha, 320 para Jacinto, 158 para Felisburgo, 133 para Ponto dos Volantes, 50 para Santa Maria do Salto, 138 para Santo Antônio do Jacinto e 92 domicílios para Monte Formoso.

O número de domicílios selecionados em cada setor foi proporcional a seu tamanho. Dentro de cada setor, para sorteio dos domicílios entrevistados, foi utilizada uma amostragem sistemática. Dentro de cada domicílio, foi utilizada uma tabela com números aleatórios para o sorteio dos indivíduos com o objetivo de se garantir a variabilidade da amostra.

### **3.4 Coleta de dados**

Antes da entrada em campo, foram realizados 15 pré-testes do instrumento de coleta de dados nos municípios de Belo Horizonte e de Almenara pelos pesquisadores envolvidos. Esse pré-teste teve como objetivo avaliar o instrumento de coleta de dados. Observou-se a necessidade de adequação da linguagem, da inclusão de novas alternativas de

resposta, bem como novos questionamentos, o que permitiu uma melhor organização, estruturação e adequação do instrumento .

Para a concretização da pesquisa, foram realizadas várias viagens aos municípios selecionados. A primeira viagem foi à cidade de Almenara no início do ano de 2010 e a última, à cidade de Ponto dos Volantes em meados de janeiro de 2011. Nesse período percorremos oito municípios.

Participaram das entrevistas alunos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), incluindo doutorandos, mestrandos e bolsistas de Apoio Técnico e de Iniciação Científica.

A coleta de dados ocorreu após treinamentos em que todos os pesquisadores foram capacitados quanto à forma de entrada no campo, bem como sobre a abordagem do entrevistado.

Um Manual explicativo foi elaborado e entregue aos pesquisadores contendo várias informações. Antes e durante a coleta de campo foram realizadas reuniões com todos e, no final de cada dia de coleta, os pesquisadores discutiam sobre sua vivência em campo.

Foram dadas orientações ao morador quanto aos objetivos, riscos e benefícios de sua participação, sucedidas de leitura, autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

A pesquisa recebeu apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### **3.4.1 Percurso no setor censitário**

O objetivo final do percurso no setor censitário foi a aleatorização dos domicílios para a coleta de dados referentes à pesquisa. Foram utilizados os mapas do IBGE (2003) para um melhor detalhamento do percurso.

Foram identificados, em cada setor censitário, o ponto inicial e os quarteirões enumerados de forma que o primeiro quarteirão fosse o mais próximo ao ponto inicial de cada setor e sempre seguindo o mesmo critério: a esquina mais próxima do ponto inicial do quarteirão anterior (IBGE, 1998).

Todos os setores censitários foram totalmente percorridos independentemente de alterações ocorridas durante o período de 2000 a 2010 e do cálculo amostral ter sido atingido.

Foram contados apenas os domicílios particulares; aqueles abandonados, em construção ou sendo utilizados para fins estritamente comerciais como lojas, supermercados, armazéns, hotéis, pousadas e pensões, foram excluídos. Para cada setor com alterações, confeccionou-se um *croqui* com as reais modificações, incluindo o crescimento das vias urbanas.

### **3.5 Variáveis do Estudo**

As variáveis dependentes se referem à resposta esperada dos indivíduos em relação a sinais e sintomas da hanseníase, contagiosidade, forma de transmissão, existência de tratamento, forma de tratamento, existência de cura, existência de prevenção, forma de prevenção, ter ouvido falar de hanseníase, da lepra e hanseníase e lepra como a mesma doença, tomando como base para construção das perguntas as categorias estabelecidas pelo saber biomédico. Dessa forma, as “respostas esperadas” foram categorizadas da seguinte forma:

a)- resposta esperada sobre sinais e sintomas:

- sim: foram consideradas uma das respostas: presença de manchas com alteração da cor, manchas com alteração da sensibilidade e perda de sensibilidade;
- não: demais respostas e indivíduos que não souberam responder as questões.

b)- resposta esperada sobre contagiosidade:

- sim: é contagiosa;
- não: não é contagiosa.

c)- resposta esperada sobre forma de transmissão:

- sim: foram consideradas uma das respostas: contato direto, contato com paciente sem tratamento, contato por vias aéreas;
- não: demais respostas e indivíduos que não souberam responder as questões.

d)- resposta esperada sobre existência de tratamento:

- sim: existe tratamento;
- não: não existe tratamento.

e)- resposta esperada sobre a forma de tratamento:

- sim: foram consideradas uma das respostas: medicamentos e remédios específicos;
- não: demais respostas e indivíduos que não souberam responder as questões.

f)- resposta esperada sobre existência de cura:

- sim: existe cura;
- não: não existe cura.

g)- resposta esperada sobre a existência de prevenção:

- sim: existe prevenção;
- não: não existe prevenção.

h)- resposta esperada sobre forma de evitar a hanseníase:

- sim: foram consideradas uma das respostas: vacina BCG, prevenção e informações, estar atento aos sinais e sintomas;
- não: demais respostas e indivíduos que não souberam responder as questões.

Pouco se sabe sobre as formas de prevenção da doença; ainda há uma dificuldade em definir qual a maneira correta de evitá-la e, apesar de não haver na literatura uma forma específica, levamos em consideração, no quesito que aborda a forma de evitar a hanseníase, algumas medidas que podem impedir as incapacidades e as formas multibacilares como o uso da vacina BCG, técnicas de prevenção dentre outros. Sabe-se que é também uma medida a informação sobre os sinais e sintomas, pois, quanto mais cedo se identifica a doença, mais precoce será o início do tratamento, mais rápida e fácil será a cura (BRASIL, 2008b).

i)- resposta esperada sobre ter ouvido falar de hanseníase:

- sim: já ouviu falar;
- não: não ouviu falar.

j)- resposta esperada sobre ter ouvido falar de lepra:

- sim: já ouviu falar;
- não: não ouviu falar.

l)- resposta esperada sobre hanseníase e lepra como a mesma doença:

- sim: as duas são a mesma;
- não: as duas são doenças distintas.

As variáveis independentes utilizadas foram:

- a)- existência de casos na família (não, sim);
- b)- taxa de detecção dos municípios:
  - município silencioso;
  - municípios de média endemicidade;
  - municípios hiperendêmicos.
- c)- escolaridade:
  - menos de um ano de escolaridade;
  - fundamental incompleto e completo;
  - ensino médio incompleto e completo;
  - ensino superior incompleto e completo.
- d)- renda:
  - até um salário mínimo;
  - 1 a 2 salários mínimos;
  - 2 a 5 salários mínimos;
  - mais de 5 salários mínimos.
- e)- faixa etária:
  - 18 a 39 anos;
  - 40 a 59 anos;
  - mais de 60 anos.

### **3.6 Seleção dos participantes no domicílio**

Para a seleção dos participantes era necessário identificar as pessoas que estavam presentes no momento da visita. Cada participante deveria ser morador da residência e ser maior de 18 anos. Preenchendo esses critérios, era feita a listagem de todos os moradores seguindo uma numeração crescente do homem mais velho ao mais jovem e, em seguida, da mulher mais velha a mais jovem (IBGE, 1998; MARQUES; BERQUÓ, 1976).

Inviabilizando a realização das entrevistas, tomou-se como critério de exclusão as recusas na participação das entrevistas, indivíduos sem condições mentais e alcoolizados. Foi utilizada uma planilha para o sorteio aleatório, cuja variação foi de dois até 12 moradores. Em cada domicílio sorteado foi entrevistado um adulto maior de 18 anos.

Após a seleção, o morador selecionado para a entrevista era orientado sobre a pesquisa a ser realizada e os objetivos propostos, procedendo à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a entrevista, várias orientações eram dadas sobre a hanseníase e sanadas quaisquer dúvidas. Eram deixados, para os moradores, panfletos com informações sobre a doença.

### **3.7 Instrumento para coleta de dados**

As informações desta pesquisa foram obtidas por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas. Esse questionário constava de 29 itens divididos em cinco subseções contendo uma explicação curta sobre seu conteúdo. Foi baseado em questões referentes à identificação dos entrevistados, questões norteadoras relacionadas a características sócio-demográficas, epidemiológicas, sobre organização dos serviços de saúde e participação individual em grupos ou reuniões sobre a saúde no município. (APÊNDICE 1)

Na ausência de um questionário validado para avaliar a percepção de uma determinada população em relação à hanseníase, foi construído um questionário a partir de critérios estabelecidos pela literatura (APÊNDICE 1).

A preocupação do estudo foi muito mais com a generalização do que com a profundidade, isto é, procurou-se, ao invés de aprofundar as questões, buscar respostas passíveis de generalização no âmbito da Microrregião.

#### **Bloco A: identificação e composição familiar:**

- a)- sexo;
- b)- faixa etária;
- c)- estado civil (solteiro, casado, união estável/amasiado/amigado, viúvo, separado/divorciado, outro);
- d)- escolaridade (sem instrução e menos de um ano de estudo, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e completo, ensino superior incompleto e completo);
- e)- renda familiar em salários mínimos (até um salário, de um a dois salários, de dois a cinco salários, mais de cinco salários);
- f)- trabalha atualmente (sim, não);

g)- família recebe auxílio financeiro do Governo Federal, Estadual ou Municipal (sim, não).

**Bloco B: moradia e condições ambientais:**

a)- tipo de domicílio (casa, apartamento, barracão, cômodo, outro);

b)- condições de ocupação do imóvel (próprio, alugado, cedido/emprestado, outro);

c)- possui banheiro no domicílio (sim, não);

d)- banheiro dentro do domicílio (sim, não);

e)- tipo de abastecimento de água (rede geral de distribuição-COPASA, poço artesiano, nascente, carro pipa, chafariz/bica, cisterna, outro);

f)- tipo de esgotamento sanitário (rede coletora de esgotamento sanitário e/ou pluvial, fossa, vala, mato, rio/córrego/lago, outras formas);

g)- tipo de tratamento do lixo (coleta pública- serviço de limpeza, queimado, enterrado, jogado em terreno baldio, jogado em rio/córrego/lago, caçamba, outro destino);

h)- energia elétrica (sim, não).

**Bloco C: Aspectos clínicos e epidemiológicos sobre a doença:**

a)- ouviu falar da hanseníase? (Sim, Não);

b)- por qual meio se informou sobre a hanseníase (ambiente, familiar, vizinhança, serviço de saúde, profissional de saúde, televisão, rádio, escola, cartaz, panfleto, outro);

c)- sinais e sintomas da doença: (de manchas com alteração da cor, manchas com alteração da sensibilidade e perda de sensibilidade);

d)- contagiosidade (sim, não, não sabe);

e)- modo de transmissão da doença (contato direto, contato com paciente sem tratamento, contato por vias aéreas);

f)- existência de tratamento (sim, não, não sabe);

g)- formas de tratamento (medicamentos e remédios específicos);

h)- cura (sim, não, não sabe);

i)- existência de prevenção da hanseníase (sim, não, não sabe);

j)- formas de evitar a doença (vacina BCG, prevenção e informações);

k)- tem caso na família (sim, não);

- l)- ouviu falar sobre lepra (sim, não, não sabe);
- m)- associação entre hanseníase e lepra (sim, não, não sabe).

**Bloco D: Serviço de saúde:**

- a)- existência de PSF na área domiciliar (sim, não, não sabe);
- b)- visita do agente comunitário à residência todo mês (sim, não).

**Bloco E: Participação individual no controle da doença:**

- a)- participa de grupo/reunião relacionado à saúde no município (sim, não);

### **3.8 Tratamento e análise dos dados**

O *Software Epi Info* versão 3.5.1 foi utilizado para a elaboração do banco de dados, com digitação dos questionários em entrada dupla. Após o lançamento dos dados, foram feitas a avaliação da consistência das informações e a edição do banco para eliminar as possíveis falhas durante a digitação e assegurar a confiabilidade das informações. As questões abertas foram lançadas no Microsoft Office Excel (versão 2003).

Após as correções, os dados foram transferidos para o *SPSS v.19 (Statistical Package for the Social Sciences)*.

Em relação às questões abertas, anteriormente à transferência para o SPSS, as respostas foram agrupadas de acordo com os temas e suas ideias. Esse agrupamento foi necessário para determinar correlações entre as diferentes respostas encontradas. Como podemos observar no Quadro 1, os sinais e sintomas inferidos pelos entrevistados encontram-se categorizados..

## QUADRO 1

Sinais e sintomas da hanseníase inferidos pelos entrevistados com sua respectiva categorização

<b>Sinais e sintomas inferidos pelos entrevistados e categorizados</b>	
Manchas vermelhas, manchas pretas, manchas brancas, manchas amarronzadas	<b>Manchas</b>
Dor de cabeça, inchaço, fraqueza, tonteira, febre, emagrecimento, perda de apetite, queimor,	<b>Sintomas clínicos inespecíficos</b>
Mancha insensível, não sentia nenhuma dor	<b>Manchas com alteração da sensibilidade</b>
Surgimento de mancha que muda de cor	<b>Manchas com alteração da cor</b>
Dormência no local, não sentia nada no local	<b>Perda de sensibilidade</b>
Lesão no pé, mão e pés aleijados, perda dos membros	<b>Ferida/deformação</b>
Pele era branca e ficou preta, a pessoa era branca e ficou preta, a pele ficou amarronzada	<b>Alteração da cor da pele</b>
Alterações psicológicas: tristeza, depressão, insegurança, nervosismo, vergonha, desânimo, ansiedade. Alteração na visão, não pode tomar sol, problema de sangue, faz cair o cabelo, câncer.	<b>Outras</b>

Ao serem interrogados sobre as formas de transmissão da hanseníase, os entrevistados deram várias respostas que foram categorizadas segundo suas ideias (QUADRO 2).

## QUADRO 2

Formas de transmissão da hanseníase inferidas pelos entrevistados com suas respectivas categorizações.

<b>Formas de transmissão da hanseníase inferido pelos entrevistados e categorizadas</b>	
Contato com paciente sem tratamento	<b>Contato direto</b>
Contato diário	
Sentar no mesmo local, usar os mesmos utensílios domésticos, usar a mesma toalha, usar a mesma roupa de cama	<b>Contato indireto</b>
Vias aéreas, saliva.	<b>Vias aéreas</b>
Água contaminada, alimentação, hereditário, higiene, microorganismos, picada de mosquito, cão, gato, ratos, transfusão de sangue, falta de saneamento, compartilhar seringas, orgulho, contato sexual, pérfuro cortante,	<b>Outras</b>

Com relação às formas de tratamento existentes para a hanseníase as categorizações se encontram no Quadro 3.

### QUADRO 3

Formas de tratamento da hanseníase inferidas pelos entrevistados com suas respectivas categorizações

<b>Formas de tratamento da hanseníase inferido pelos entrevistados e categorizadas</b>	
Remédios, comprimidos e medicamentos	<b>Medicamentos</b>
Pomadas, injeções, remédio para dor.	<b>Medicamentos inespecíficos</b>
BCG	<b>Vacina BCG</b>
Acompanhamento no posto de saúde, intervenção cirúrgica, internação, exames	<b>Serviço de saúde</b>
Parar de beber, trocar o sangue da pessoa, depende da idade do doente, apego religioso, tratamento da água, isolamento	<b>Outros</b>

Como podemos perceber no Quadro 4, as respostas inferidas pelos entrevistados com relação às formas de evitar a hanseníase foram todas categorizadas.

**QUADRO 4**

Formas de evitar a doença inferidas pelos entrevistados com suas respectivas categorizações

<b>Formas de evitar a hanseníase inferido pelos entrevistados e categorizadas</b>	
Evitar contato com doente sem tratamento, evitar contato com as vias aéreas	<b>Evitar contato</b>
Lavar as mãos, manter a casa e os quintais limpos, não acumular lixo.	<b>Higienização</b>
Ir sempre ao posto de saúde	<b>Acesso aos serviços de saúde</b>
Vacina BCG	<b>Vacinar</b>
Se informar sobre os sinais e sintomas, ter acesso aos exames específicos.	<b>Prevenção</b>
Proteção sexual, vacinar os cães, evitar animais como cães, ratos, mosquitos e gatos, ter boa alimentação, melhoria nas condições sanitárias, evitar tomar sol, evitar pérfuro cortante.	<b>Outros</b>

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas. Na análise das frequências, todas as respostas dadas pelos participantes foram analisadas e avaliadas, sem excluir nenhuma resposta.

### 3.8.1 Análise Univariada

A análise univariada foi realizada para identificar as possíveis associações entre as variáveis dependentes e os cinco grandes grupos de variáveis independentes, ou seja, determinar se as diferenças entre a distribuição das variáveis são estatisticamente significativas.

Comparando-se as características da amostra do estudo com informações da população estimadas pelo IBGE de 2010 nos municípios, foi observada uma maior proporção de mulheres em relação aos homens na amostra do estudo. Isso pode ter ocorrido pelo fato de

as visitas nos domicílios ocorrerem pela manhã e à tarde fazendo com que a maioria das pessoas encontradas fosse do sexo feminino, ou seja, donas de casa. Foi então realizada a ponderação da amostra por sexo. Essa ponderação consiste em criar um peso para cada participante de forma a igualar a distribuição da amostra com a distribuição observada da população. O cálculo do peso para ponderação foi feito a partir do levantamento da distribuição da população por sexo e faixa etária, sendo que a faixa etária foi subdividida da seguinte forma: 18 a 29anos, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e mais de 80 anos.

Após esse levantamento, foi calculada a amostra esperada por município segundo sexo e categorias de faixa etária. O peso para cada indivíduo foi calculado dividindo-se a amostra esperada pela amostra observada em cada município segundo sexo e categorias de faixa etária. Devido à ponderação realizada, os dados foram analisados considerando apenas as proporções, sem apresentar o número de indivíduos ao qual correspondem.

### **3.8.2 Análise Multivariada**

Na análise multivariada, foi realizada a associação de alguns desfechos com as variáveis (endemicidade, faixa etária, detecção, renda e existência de caso na família). Utilizou-se o cálculo da Razão de Prevalências (RP) a partir da técnica de regressão de Poisson com variância robusta, considerando-se que o delineamento do estudo é transversal e o desfecho é frequente (BARROS; HIRAKATA, 2003; MCNUTT *et al.*, 2003).

Os critérios empregados para a inclusão das variáveis no modelo multivariado foram o valor  $p \leq 0,25$  na análise univariada e essas foram candidatas ao modelo ajustado.

As variáveis selecionadas foram inseridas no modelo de regressão e aquelas que perdiam a significância foram excluídas uma a uma. Foi considerado o nível de significância estatística de 5% ( $p \leq 0,05$ ) para a análise multivariada. Para essa análise estatística foi utilizado o *Statistical Software for Professionals* (STATA), versão 10.0 e, para avaliar o ajuste final do modelo, foi utilizado o teste EstatGof.

Foram criados quatro modelos finais no Stata:

Modelo 1: ouviu falar da hanseníase; ouviu falar da lepra e hanseníase e lepra são a mesma doença. Modelo 2: sinais e sintomas, contagiosidade e forma de transmissão. Modelo 3: existência de tratamento, forma de tratamento.e existência de cura Modelo 4: existência de prevenção e formas de prevenção.

### 3.9 Aspectos éticos

O presente estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado “Transmissão e controle da hanseníase na Microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença”

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) pelo Parecer número ETIC 158/09 (ANEXO 1), atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi autorizado pela Gerência Regional de Pedra Azul e pelas Secretarias Municipais de Saúde dos oito municípios eleitos para o estudo.

Foram realizadas reuniões com os Secretários Municipais de Saúde, com os profissionais da Referência Técnica em Hanseníase de cada município, com os enfermeiros e gerentes das Unidades Básicas de Saúde. O objetivo dessas reuniões foi esclarecer sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa e fortalecer o vínculo e apoio desses profissionais na efetivação do estudo e sua divulgação na comunidade.

Em atendimento aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos convidados a participar do estudo foram orientados quanto à finalidade do projeto e dos procedimentos a serem realizados. Em seguida, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguida da assinatura em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

Com a finalidade de reduzir a possibilidade de quebra do sigilo e oferecer proteção à confidencialidade das informações fornecidas pelos indivíduos, a identificação dos questionários foi feita por um código (ID) onde os municípios foram identificados por suas iniciais e o domicílio do sujeito da pesquisa por numeração, exemplo, JAC 0001 (Jacinto, sujeito 1) DOM 001 (Domicílio, número 1). Os indivíduos foram orientados sobre a participação voluntária, sobre a não remuneração e o fato de que a qualquer momento poderiam interromper sua participação no projeto de pesquisa.

Após a entrevista os indivíduos participantes e todos que se encontravam na residência foram informados sobre a hanseníase, seus sinais e sintomas, transmissão e tratamento. Foram dirimidas as dúvidas que surgiram.

Esta pesquisa recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) por meio do Edital 01/2009, processo CDS - APQ-02247-09 por

meio do Projeto de pesquisa "Transmissão e controle da hanseníase no município de Almenara - Minas gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença também complementarmente do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Edital MCTCNPq/MS-SCTIE-DECIT -034/2008, processo 576215/2008-2, aplicado pelo Laboratório de Hanseníase da FIOCRUZ/RJ.

## **4 RESULTADOS**

Em um primeiro momento do capítulo, será apresentada a frequência das caracterizações dos participantes da pesquisa da Microrregião de Almenara, suas condições socioeconômicas, suas percepções sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase, a organização dos serviços de saúde e o envolvimento individual no controle da doença.

Em um segundo momento, será exposta uma análise univariada e multivariada de acordo com o nível de significância das percepções da população sobre a hanseníase correlacionado com a endemicidade dos municípios (taxa de detecção da doença), renda familiar, escolaridade, faixa etária e o fato de ter ou não caso da doença na família. Essa análise demonstrará prováveis associações entre as variáveis selecionadas. Para uma melhor interpretação, resolvemos distribuir os municípios, calculando suas taxas de detecção no período de 1998 a 2009 para uma análise mais detalhada, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

### **4.1 Análise descritiva**

#### **4.1.1 Caracterização da população do estudo nos municípios da Microrregião de Almenara.**

A amostra final da pesquisa foi constituída de 2361 indivíduos residentes nos municípios selecionados para estudo da Microrregião de Almenara. A princípio a amostra esperada era de 2228 entrevistados (TAB. 2).

TABELA 2

Distribuição da população do estudo por municípios da Microrregião de Almenara

<b>Municípios</b>	<b>Amostra Esperada</b>	<b>Amostra Obtida</b>
Almenara	698	737
Felisburgo	158	173
Jacinto	320	339
Jequitinhonha	639	704
Monte Formoso	92	115
Ponto dos Volantes	133	122
Santa Maria do Salto	50	56
Santo Antônio do Jacinto	138	115
Total	2228	2361

O agrupamento dos municípios foi realizado de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde seguindo o coeficiente de detecção por 100.000/habitantes. Os municípios hiperendêmicos agruparam 54,8% do total da amostra, sendo Almenara (30,2%), Felisburgo (7,8%), Jacinto (14,1%) e Santa Maria do Salto (2,7%); os municípios que apresentaram média endemicidade, Jequitinhonha (29,7%), Santo Antônio do Jacinto (4,7%) e Ponto dos Volantes (5,9%), representando um total de 40,3%; e o município de Monte Formoso, que é um município silencioso obteve um percentual de 5%. (TAB. 3)

Vale destacar que os municípios de Almenara, Jacinto e Santa Maria do Salto são considerados prioritários pela Secretaria de Estado da Saúde para a implementação de ações de controle da hanseníase por concentrarem o maior número de casos da doença

O município de Monte Formoso, desde 1998, não apresentou nenhum caso de hanseníase, fato que chama atenção, já que é ladeado por outros municípios hiperendêmicos.

TABELA 3

Distribuição da população do estudo por municípios de residência da Microrregião de Almenara

Municípios	Total
	%
<b>Municípios hiperendêmicos</b>	<b>54,8</b>
Almenara	30,2
Felisburgo	7,8
Jacinto	14,1
Santa Maria do Salto	2,7
<b>Municípios com média endemicidade</b>	<b>40,3</b>
Jequitinhonha	29,7
Santo Antônio do Jacinto	4,7
Ponto dos Volantes	5,9
<b>Município silencioso</b>	<b>5</b>
Monte Formoso	5

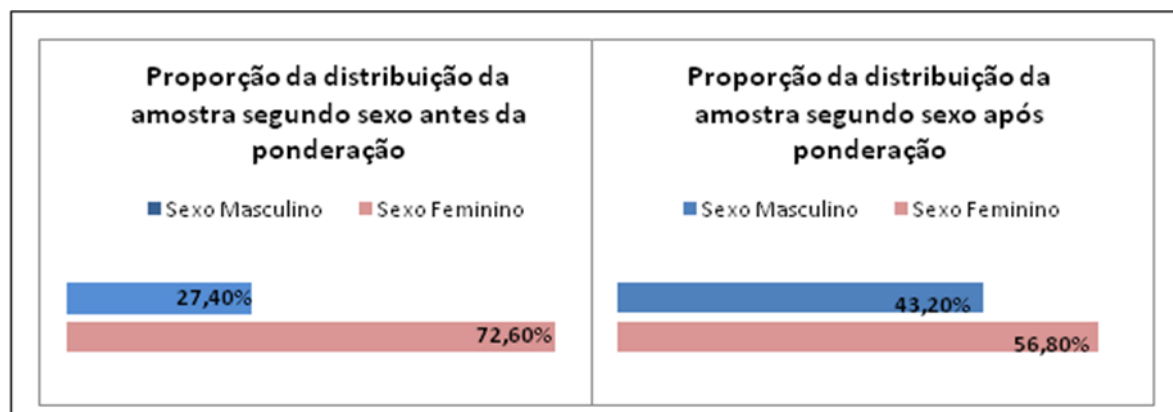
Nota: Utilizou-se a fonte referida abaixo para o cálculo da taxa de detecção média.

Fonte: AMARAL, 2008; MINAS GERAIS, 2008; 2009; 2010.

Antes da realização da ponderação por sexo, a amostra foi composta por 72,6% do sexo feminino e 27,4% do masculino, prevalecendo o sexo feminino. Esses dados sofreram modificações, ficando da seguinte forma: 56,8% do feminino e 43,2% do masculino (GRAF. 1).

GRÁFICO 1

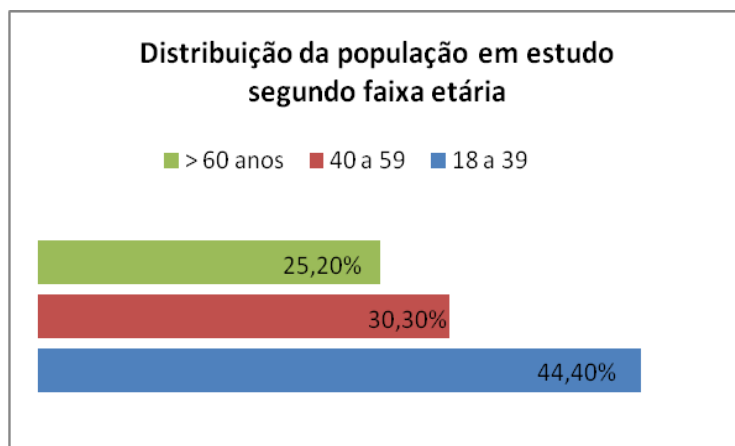
Proporção da distribuição da amostra segundo sexo nos municípios da microrregião de Almenara.



A idade variou de 18 a 100 anos, com uma média de 45 anos, sendo que 44,4% possuíam idade entre 20 e 39 anos, 30,3% entre 40 e 59 anos e 25,2% com mais de 60 anos de idade (GRAF. 2)

### GRÁFICO 2

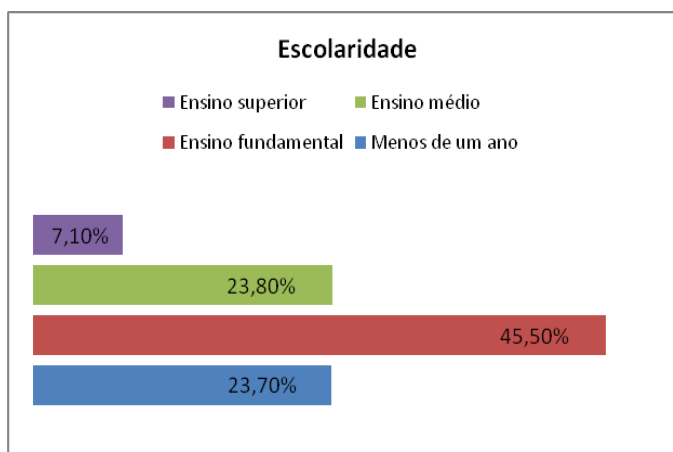
Proporção da distribuição da amostra segundo a faixa etária nos municípios da Microrregião de Almenara.



Considerando o nível educacional, observou-se que a população possui baixa escolaridade, pois 23,7% apresentavam menos de um ano de estudo; 45,5% ensino fundamental (incompleto e completo), ensino médio (incompleto e completo) com 23,8% e apenas 9% com ensino superior (incompleto e completo). (GRAF. 3)

### GRÁFICO 3

Caracterização dos indivíduos entrevistados segundo escolaridade nos municípios da Microrregião de Almenara

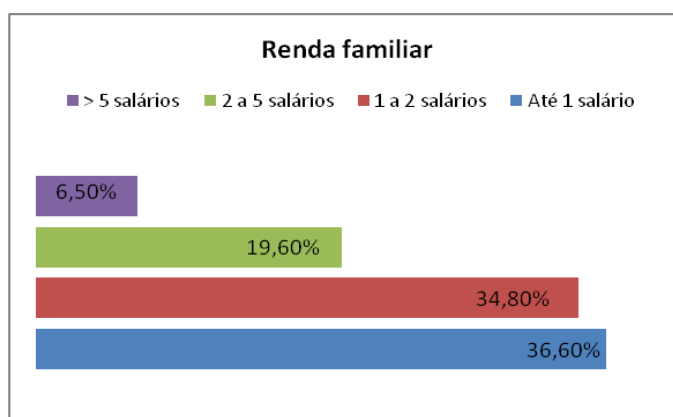


Sobre a renda familiar, notou-se que 36,6% da população viviam com até um salário mínimo e 34,8% recebiam entre um e dois salários por mês. Os que recebiam entre dois e cinco salários correspondiam a 19,6% e, com mais de cinco salários mínimos, 6,5% (GRAF. 4). A baixa renda familiar pode ser justificada pela situação de emprego, pois 59,5% dos indivíduos entrevistados, no momento da entrevista, relataram não possuir nenhuma ocupação.

Ao serem interrogados quanto ao recebimento de algum auxílio do governo, quase 63% dos entrevistados afirmaram receber, de forma que o auxílio recebido é uma maneira de compensação e de sobrevivência para boa parte da população da Microrregião.

#### GRÁFICO 4

Caracterização dos indivíduos entrevistados segundo a renda familiar nos municípios da Microrregião de Almenara



Avaliando as condições de moradia dos entrevistados, observou-se que quase a totalidade reside em casas (97,8%), sendo proprietários dos imóveis (74,4%). Uma proporção considerável dos entrevistados (22,01%) ainda utiliza a fossa como meio de desprezar o esgoto sanitário.

Nos domicílios visitados, observou-se que 97,7% possuem banheiro, porém, 27,5% não estão localizados dentro da residência. A maioria (99,6%) dos domicílios possui energia elétrica; 93,3% possuem coleta de lixo pública e a água utilizada para consumo é oferecida pela COPASA (99,44%).

#### 4.1.2 Características relacionadas aos aspectos clínicos da hanseníase na Microrregião de Almenara

A hanseníase apresenta, como principal sintoma, a presença da mancha esbranquiçada ou avermelhada ou acastanhada, com perda de sensibilidade, uma vez que o agente causador se instala nas células cutâneas e, com isso, afeta os nervos periféricos levando a um bloqueio na transmissão dos impulsos. Dessa forma, o indivíduo não consegue identificar a sensação dolorosa, tátil e térmica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008b).

TABELA 4

Distribuição dos indivíduos segundo sinais e sintomas da hanseníase e nível de endemicidade na Microrregião de Almenara.

Variável	Município silencioso	Municípios de média endemicidade	Municípios hiperendêmicos
<b>Sinais e Sintomas</b>			
Não sabe	60	40	31
Manchas	14	21,2	25
Sintomas clínicos inespecíficos	5	7	9,9
Manchas com alteração da sensibilidade	4	7,3	8
Manchas com alteração da cor	7	7,5	4,8
Perda da sensibilidade	2	4,5	8,7
Ferida/deformação	4	5,3	3,9
Alteração da cor da pele	2	3,7	2,7
Outras	2	3,5	6

Como visto na Tabela 4, constata-se que 60% dos entrevistados do município silencioso não souberam responder sobre os sinais e sintomas da hanseníase. Essa proporção diminui à medida que aumenta o grau de endemicidade dos municípios, ou seja, 40,0% e 31% dos municípios com média endemicidade e hiperendêmicos respectivamente.

O sinal mais citado pelos entrevistados foi a mancha, independente do grupo de municípios, juntamente com sinais clínicos inespecíficos e manchas com alteração da sensibilidade. A mancha foi o sinal mais citado nos municípios hiperendêmicos (25%). Percebe-se que ainda prevalece a associação da presença de mancha com a doença.

Vários entrevistados relataram sinais e sintomas clínicos como coceira, inchaço, dor, fraqueza, febre, tonteira, dor nos ossos, emagrecimento, dores de cabeça, perda de

apetite, queimor e estes foram agrupados na categoria “sintomas clínicos inespecíficos” correspondendo ao segundo mais citado pelos entrevistados. Percebe-se que eles relataram algumas reações adversas do medicamento como característica clínica da doença.

A mancha com alteração de sensibilidade foi a terceira mais citada, sendo que a maior proporção se deu nos municípios hiperendêmicos.

Foram citados como características da doença a tristeza, depressão, insegurança, alteração na visão, nervosismo, vergonha, desânimo e ansiedade. Alguns relataram como particularidade da doença “não poder tomar sol”, “ser um problema do sangue”, “faz cair o cabelo”, “isso é um câncer” sendo agrupados na categoria outros.

A presença de ferida/deformação também foi relatada pelos entrevistados, apresentando com mais frequência nos municípios de média endemicidade (5,3%), podendo ser justificada pelas marcas socioculturais dolorosas a que a doença está associada há séculos.

TABELA 5

Distribuição dos indivíduos segundo formas de transmissão da hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara

<b>Formas de transmissão</b>	<b>Município Silencioso</b>	<b>Municípios de Média Endemicidade</b>	<b>Municípios Hiperendêmicos</b>
Não sabe	87	65	46,7
Contato direto	4,5	8,5	23,3
Contato indireto	3	6,2	7,9
Vias aéreas	2	5,1	6,2
Outras	3,5	15,2	15,9

Como visto na Tabela 5, quando os entrevistados foram interrogados sobre o contágio da doença, constatou-se que grande parte não soube responder a essa questão. A maior proporção das respostas “não sabe” concentrou no município silencioso (87%), seguido dos municípios de média endemicidade (65%) e dos hiperendêmicos, onde a proporção chegou aos 46,7%. Percebe-se que, mesmo residindo em municípios endêmicos, a proporção das respostas não sabe nos municípios de média endemicidade e hiperendêmicos foi alta, demonstrando uma percepção inesperada em relação à hanseníase.

A transmissão da doença é feita por contato direto com os bacilos eliminados de doentes sem tratamento atingindo o trato respiratório. O contato direto e o indireto foram os mais citados pelos entrevistados, independente dos grupos de municípios. Dos entrevistados

que responderam contato indireto, alguns relataram que seria “sentando no mesmo local que a pessoa doente”, “usando os mesmos objetos”.

Os ratos, cães, gatos e mosquitos foram mencionados como transmissores da doença, assim como a transmissão por contato sexual, por perfurocortantes, falta de higienização, microorganismos, água contaminada, pela alimentação e também sendo uma doença que “passa de pai para filho”; essas respostas foram agrupadas na categoria outros.

As vias aéreas também foram citadas como forma de se transmitir a doença. Nos municípios hiperendêmicos, foi a via mais citada (6,2%) e, no município silencioso, numa proporção de dois por cento.

TABELA 6

Distribuição dos indivíduos segundo a forma de tratamento da hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara

<b>Como é realizado o tratamento</b>	<b>Município Silencioso</b>	<b>Municípios de Média Endemicidade</b>	<b>Municípios Hiperendêmicos</b>
Não sabe	88,5	61,2	48,5
Medicamentos	7	21	33
Medicamentos inespecíficos	1,5	9,8	5,5
Serviço de Saúde	1	4,7	3,8
Vacina BCG	1	1,2	1
Outros	1	2,1	8,2

Como observado na Tabela 6, dos entrevistados do município silencioso, 88,5% relataram não saber como é realizado o tratamento. Resultado não muito distante ocorreu nos municípios de média endemicidade onde 61,2% não souberam responder, seguido de 48,5% dos entrevistados dos municípios hiperendêmicos.

A segunda resposta mais presente foi o tratamento realizado por meio de medicamentos. Algumas respostas como pomadas, remédios para dor, injeções foram agrupadas em “medicamentos inespecíficos”.

Algumas respostas como internação, intervenção cirúrgica, exames e acompanhamento no posto de saúde foram agrupadas na categoria serviços de saúde. A vacina BCG também foi citada em todos os grupos de municípios, sendo mais citada com pouca diferença proporcional, no grupo de municípios de média endemicidade.

TABELA 7

Distribuição dos indivíduos segundo maneiras de evitar a hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara

<b>Maneiras de evitar</b>	<b>Município Silencioso</b>	<b>Municípios de Média Endemicidade</b>	<b>Municípios Hiperendêmicos</b>
Não sabe	85,7	64,7	64,9
Evitar contato	1,7	12,2	11
Higienização	3,4	9,3	7,2
Acesso aos serviços de saúde	0,8	1,5	2,7
Boa alimentação	0	1	2,4
Vacinar	0	0,5	1,8
Prevenção	1,4	3	3,8
Outros	7	7,8	6,2

Em relação à maneira de evitar a hanseníase percebe-se que, assim como em outras perguntas, houve uma grande proporção de respostas “não sabe”, independentemente dos grupos de municípios. As respostas mais citadas foram evitar contato, higienização, acesso aos serviços de saúde, boa alimentação, vacina, prevenção e outros (TAB. 7).

A maior proporção da resposta “evitar contato” foi dos entrevistados dos municípios de média endemicidade (12,2%); seguida dos municípios hiperendêmicos (11%).

Observa-se que a higienização foi a segunda resposta mais citada, seguida do acesso aos serviços de saúde. Algumas respostas como proteção sexual, evitar tomar sol, vacinação de cães, evitar animais (rato, gato, cão e mosquito), a boa alimentação, evitar perfuros cortantes, e melhorias nas condições sanitárias também foram relatadas e agrupadas na categoria “outros”, demonstrando mais uma vez a confusão com outras doenças.

#### 4.1.3 Características dos veículos de informação sobre a hanseníase, conhecimento de indivíduos sobre a doença e aspectos relacionados aos serviços de saúde na Microrregião de Almenara

TABELA 8

Distribuição dos indivíduos segundo veículos de informação sobre a hanseníase e nível de endemicidade nos municípios da Microrregião de Almenara

Variável	Município Silencioso	Municípios de Média Endemicidade	Municípios Hiperendêmicos
<b>Onde ouviu falar</b>			
Televisão	45,6	37,2	23,2
Serviço de Saúde	13,5	21,3	25,1
Vizinhança	4,7	12,6	16,2
Ambiente familiar	4,7	6,1	12
Cartaz	10,3	5,8	6,1
Escola	7,2	5,6	6
Profissional de saúde	3,8	1,7	3,2
Panfleto	3,7	1,7	1,2
Rádio	0	0	1
Outros	6,5	8	6

Quando interrogados a respeito do veículo de informação sobre a hanseníase, os participantes citaram mais frequentemente a televisão, os serviços de saúde em todos os grupos de municípios e a vizinhança nos municípios de média endemicidade e hiperendêmicos (TAB. 8).

A vizinhança e o ambiente familiar também foram citados como meios de veiculação de informações sobre a hanseníase apresentando-se com mais frequência nos grupos de municípios de média endemicidade e hiperendêmicos.

Observa-se que outros meios oferecidos pelos serviços de saúde também foram citados como panfletos e cartazes, sendo o cartaz o terceiro mais citado no município silencioso com 10,3%.

Internet, jornais, revistas, igrejas, faculdades, livros e informações em outra cidade também foram lembrados. O rádio foi citado por apenas 1% dos entrevistados residentes nos municípios hiperendêmicos, demonstrando não ser um meio de informação muito utilizado na Microrregião de Almenara.

Sobre o conhecimento de outros indivíduos sobre a hanseníase, 30,9% dos entrevistados afirmaram conhecer alguém que já teve ou tem a patologia. Nos municípios

hiperendêmicos e de média endemicidade, esse percentual fica mais acentuado com 43,6% e 17,2% respectivamente. Dos entrevistados, 39,3% afirmaram ter algum caso na família e 3,0% já foram ou são portadores da doença; esse resultado é esperado, principalmente nos municípios hiperendêmicos e com média endemicidade onde se acredita que há mais chance de se conhecer alguém do convívio e até mesmo de ser o próprio portador. No município silencioso, esse percentual é menor; apenas 1,8% relataram conhecer alguém e, quando interrogados se já foram portadores, essa percentagem é nula.

Em relação aos aspectos relacionados aos serviços de saúde e à participação da população no controle da doença, 73,5% dos entrevistados relataram a existência de um PSF em seu bairro, 12,9% não sabiam de sua existência e 13,6% não souberam responder. Quando interrogados sobre receber visita mensal do agente comunitário de saúde em sua residência, 41,72% dos entrevistados relataram não receber.

Quando interrogados sobre a participação em grupos ou reuniões relacionados à saúde, apenas 13,6% dos entrevistados afirmaram sua participação.

## **4.2 Análise Univariada**

Para averiguar o nível de significância entre possuir caso na família, endemicidade, escolaridade, renda e faixa etária, foram analisados alguns desfechos como ter ouvido falar da hanseníase, da lepra e se as duas são a mesma doença (TAB. 9).

TABELA 9

Análise univariada sobre ter ouvido falar da hanseníase, da lepra e considerar que são a mesma doença segundo presença de caso na família, endemicidade do município de residência, escolaridade, renda e faixa etária na Microrregião de Almenara

Variáveis	Ouviu falar de hanseníase			Ouviu falar da lepra			Hanseníase e lepra como a mesma doença		
	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p
<b>Caso na família</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,444			<b>&lt;0,001</b>
Não	24,4	0,8		15,3	13,5		76,7	59,1	
Sim	75,6	99,2		84,7	86,5		23,3	40,9	
<b>Endemicidade</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,083			<b>0,004</b>
Silencioso	34,3	65,7		13,5	86,5		83,7	16,3	
Média	29,7	70,3		17,2	82,8		76,9	23,1	
Hiperendêmico	14,2	85,8		13,7	86,3		72	28	
<b>Escolaridade</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Menos de 01 anos	43,6	56,4		14,4	85,6		88,2	11,8	
Fundamental	21,5	78,5		16,1	83,9		76,1	23,9	
Médio	5,4	94,6		17,8	82,2		67,6	32,4	
Superior	1,3	98,7		2,7	97,3		41,6	58,4	
<b>Renda</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Até 01 salário	27,2	72,8		18,7	81,3		82,6	17,4	
1 a 2 salários	24,9	75,1		16	84		78,4	21,6	
2 a 5 salários	9,5	90,5		10,7	89,3		62,4	37,6	
Mais de 5 salários	5,2	94,9		3,6	96,4		40,1	59,9	
<b>Faixa etária</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
18 a 39	16,7	83,3		23,8	76,2		78,8	22,2	
40 a 59	15,7	84,3		8,3	91,7		65,4	34,6	
mais de 60	36,7	63,3		8,1	91,9		77,8	21,2	

Nota:p- teste qui-quadrado.

Com relação à percepção sobre ter ouvido falar da hanseníase, observa-se que houve significância em todas as variáveis, ter caso na família, endemicidade, escolaridade, renda e faixa etária com  $p < 0,001$ . Porém, quando interrogados sobre ter ouvido falar da lepra apenas escolaridade, renda e faixa etária mantiveram números significativos. Indivíduos residentes em município silencioso apresentaram maior percentual em ter ouvido falar da lepra (86,5%) em relação aos demais grupos de municípios.

Quando analisamos a variável resposta “hanseníase e lepra como a mesma doença” todas as variáveis detiveram um  $p < 0,05$ .

Para se verificar o nível de significância entre possuir caso na família, endemicidade, escolaridade, renda e faixa etária, foram analisados os desfechos sobre as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase apresentados na TAB. 10.

TABELA 10

Análise univariada sobre a resposta esperada das características clínicas e epidemiológicas da hanseníase segundo a presença de caso na família, endemicidade do município de residência, escolaridade, renda e faixa etária na Microrregião de Almenara

Variáveis	Sinais e sintomas			Contagiosidade			Forma de transmissão			Existência de tratamento			Forma de de tratamento			Existência de cura			Existência de prevenção			Forma de prevenção		
	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p
<b>Caso na família</b>			0,479			<0,001			0,194			<0,001			<0,001			<0,001			0,057			0,380
Não	67,6	65,4		47,4	35,3		86,7	83,7		17,3	5		74,2	51,2		26,4	11,6		67,3	61,2		92,6	88,8	
Sim	32,4	34,6		52,6	64,7		13,3	16,3		82,7	95		25,8	48,8		73,6	88,4		32,7	38,8		7,4	11,2	
<b>Endemicidade</b>			0,062			<0,001			0,007			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Silencioso	60,9	39,1		65,2	34,8		88,4	11,6		27,5	72,5		91,2	8,8		40,6	59,4		68,1	31,9		97,1	2,9	
Média	70,6	29,4		57,3	46,3		82,7	17,3		22	78		82,4	17,6		33,4	66,6		72,7	27,3		95,6	4,4	
Hiperendêmico	65,6	34,4		39,2	60,8		88,3	11,7		10,7	98,3		62,3	37,7		17,3	82,7		62,4	37,3		89,5	10,5	
<b>Escolaridade</b>			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			0,002			<0,001			<0,001			0,002
Menos de 01 anos	76,6	23,4		51,2	48,8		92,2	7,8		39,1	60,9		71,3	28,7		40,9	59,1		77,2	22,8		90	10	
Fundamental	72,8	27,2		47,1	52,9		87,2	12,8		13,3	86,7		74,4	25,6		21	79		69	31		93,9	6,1	
Médio	58,4	41,6		43,8	56,2		84,6	15,4		9,3	90,7		67,5	32,5		20,9	79,1		58,9	41,1		92,4	7,6	
Superior	49,7	50,3		31,3	68,7		76	24		0,7	99,3		60,3	39,7		17,7	82,3		56,5	43,5		85	15	
<b>Renda</b>			<0,001			0,003			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			<0,001			0,122
Até 01 salário	69,8	30,2		49,6	50,4		87,5	12,5		23,2	76,8		75,3	24,7		30,1	69,9		71	29		93,2	6,8	
1 a 2 salários	71,1	28,9		47,7	52,3		88,9	11,1		14,2	85,8		72,3	27,7		22,5	77,5		68	32		92,7	7,3	
2 a 5 salários	62,7	37,3		40,5	59,5		84,7	15,3		10,7	89,3		66,7	33,3		20,4	79,6		62,2	37,8		90,7	9,3	
Mais de 5 salários	51,9	48,1		35,4	64,6		72,5	27,5		2,3	97,7		55,7	42,3		16	84		54,2	45,8		87,7	12,3	
<b>Faixa etária</b>			0,002			0,204			0,652			<0,001			0,170			<0,001			0,011			0,292
18 a 39	64,6	35,4		47,2	52,8		86,4	13,6		11,3	88,7		72,8	27,2		21,3	78,7		65,1	34,9		93,1	6,9	
40 a 59	66,2	33,8		42,4	57,6		85,3	14,7		13,9	86,1		68,2	31,8		21,4	78,6		63,9	36,1		91,3	8,7	
mais de 60	75,3	24,7		46,4	53,6		87,5	12,5		27,4	72,6		69,7	30,3		35,1	64,9		73,2	26,8		90,7	9,3	

Nota: p- teste qui-quadrado. Não: não respondeu de forma esperada/não soube responder Sim: respondeu de forma esperada

Com relação às percepções dos entrevistados sobre sinais e sintomas, as variáveis que apresentaram significância  $p < 0,05$  foram escolaridade, renda e faixa etária.

Quando analisadas as percepções sobre contagiosidade da hanseníase, as variáveis que apresentaram relevância significativa  $p < 0,05$ , foram ter caso na família, endemicidade, escolaridade e renda familiar. Constatou-se que não houve diferença significativa das percepções sobre contagiosidade comparado à faixa etária, não apresentando relevância ( $p = 0,204$ ), ou seja, a idade não influenciou nas percepções.

Ao serem interrogados sobre a forma de transmissão da hanseníase, apresentaram associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) endemicidade, escolaridade e renda familiar. Percebe-se que quanto maior a escolaridade e renda familiar, maior a proporção das respostas esperadas.

Quando analisadas as percepções dos entrevistados sobre a existência de tratamento e existência de cura, todas as variáveis apresentaram associação significativa ( $P < 0,001$ ).

As variáveis caso na família, endemicidade, escolaridade e renda apresentaram resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,005$ ) quanto à forma de tratamento.

Analisando as percepções sobre a forma de prevenção, somente as variáveis endemicidade e escolaridade tiveram significância ( $p < 0,05$ ). As demais variáveis não demonstraram associação significativa.

#### **4.3 Análise Multivariada**

As variáveis que apresentaram significância estatística com  $p < 0,25$  na análise univariada foram candidatas ao modelo ajustado. Após a seleção, as variáveis foram inseridas no modelo de regressão e aquelas que perdiam a significância ( $p > 0,05$ ) foram excluídas uma a uma. No final das análises, foram criados quatro modelos.

Os desfechos ter ouvido falar da hanseníase, ter ouvido falar da lepra e hanseníase e lepra como a mesma doença apresentaram relevância significativa ( $p < 0,05$ ) com as variáveis caso na família, escolaridade, renda e faixa etária (TAB. 11).

TABELA 11

Modelo final da regressão de Poisson considerando

ter ouvido falar da hanseníase, da lepra e considerar que elas são a mesma doença na Microrregião de Almenara

Variáveis	Ouviu falar de hanseníase			Ouviu falar de lepra			Hanseníase e lepra como a mesma doença		
	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%
<b>Caso na família</b>									
Não									
Sim	0,95	<0,001	0,94- 0,95	-	-	-	-	-	-
<b>Escolaridade</b>									
Menos de 01 ano:									
Fundamental	1,29	<0,001	1,18- 1,40	1,07	0,008	1,01- 1,12	1,08	0,002	1,03- 1,13
Médio	1,51	<0,001	1,38- 1,65	1,10	0,011	1,02- 1,19	1,13	<0,001	1,06- 1,21
Superior	1,51	<0,001	1,38- 1,66	1,23	<0,001	1,14- 1,33	1,30	<0,001	1,23 - 1,38
<b>Renda</b>									
Até 01 salário									
1 a 2 salários	1,02	0,478	0,96- 1,08	1,00	0,721	0,95- 1,06			
2 a 5 salários	1,07	0,007	1,02- 1,13	1,05	0,049	1,00- 1,12	-	-	-
Mais de 5 salários	1,04	0,276	0,96- 1,12	1,07	0,063	0,99- 1,15	-	-	-
<b>Faixa etária</b>									
18 a 39									
40 a 59	1,02	0,362	0,97- 1,07	1,22	<0,001	1,16- 1,28	1,23	<0,001	1,17- 1,29
mais de 60	0,91	0,015	0,84- 0,98	1,28	<0,001	1,20- 1,36	1,30	<0,001	1,23- 1,38

Nota: RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%. Ajuste do modelo (valor-p=1,0000)

Observa-se que quem possui caso na família tem menor probabilidade (RP=0,95) de ter ouvido falar da hanseníase em relação a quem não possui.

As variáveis escolaridade e renda familiar também tiveram associação significativa em ter ouvido falar de hanseníase. Os entrevistados que possuem curso superior têm a mesma probabilidade de ter ouvido falar da doença (RP= 1,51) que os indivíduos que possuem ensino médio. Entrevistados que recebem de dois a cinco salários têm maior probabilidade em ter ouvido falar da hanseníase se comparados aos que recebem até um salário mínimo.

Como se pode notar, os entrevistados com idade entre 40 e 59 anos têm mais probabilidade de ter ouvido falar da hanseníase se comparados aos de 18 e 39 anos e os maiores de 60 anos apresentaram menor probabilidade. Já, quando são interrogados se já ouviram falar de lepra e hanseníase e lepra como a mesma doença, os entrevistados maiores de 60 anos apresentaram maior probabilidade (RP=1,28) e (RP= 1,30) se comparados àqueles com idade entre 18 e 39 anos respectivamente.

Escolaridade e renda mantiveram-se associadas quando os entrevistados foram interrogados se já ouviram falar de lepra, demonstrando significância estatística, ou seja, possuir ensino superior e receber de dois a cinco salários aumentam a probabilidade em relação aos que possuem menos de um ano de escolaridade e os que recebem até um salário mínimo respectivamente. Ademais, quando interrogados se hanseníase e lepra são a mesma doença, somente o fator escolaridade se manteve associado influenciando nas percepções..

O modelo final da análise multivariada mostrou que as variáveis possuir caso na família, endemicidade, escolaridade, renda e faixa etária mantiveram-se estatisticamente associadas à contagiosidade; todavia, com relação às formas de tratamento, as variáveis possuir caso na família, escolaridade e faixa etária foram mantidas fora do modelo final, pois perderam a significância.(TAB. 12)

**TABELA 12**  
Modelo final da regressão de Poisson considerando  
contagiosidade e forma de transmissão da hanseníase na Microrregião de Almenara

Variáveis	Contagiosidade			Formas de transmissão		
	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%
<b>Caso na família</b>						
Não						
Sim	1,03	<0,001	1,16- 1,45	-	-	-
<b>Endemicidade</b>						
Silencioso						
Média	1,44	0,081	0,95- 2,19	-	-	-
Hiperendêmico	2,12	<0,001	1,41- 3,20	-	-	-
<b>Escolaridade</b>						
Menos de 01 anos						
Fundamental	1,47	<0,001	1,25- 1,74	1,92	<b>0,002</b>	1,27- 2,89
Médio	1,75	<0,001	1,43- 2,13	2,26	<0,001	1,47- 3,46
Superior	2,11	<0,001	1,68- 2,66	2,88	<0,001	1,76- 4,79
<b>Renda</b>						
Até 01 salário						
1 a 2 salários	1,02	0,730	0,90- 1,15	0,92	0,655	.65- 1,30
2 a 5 salários	1,16	<b>0,041</b>	1,00- 1,33	1,25	0,209	.88- 1,78
Mais de 5 salários	1,04	0,657	0,85- 1,29	1,92	<b>0,003</b>	1,24- 2,95
<b>Faixa etária</b>						
18 a 39						
40 a 59	1,15	<b>0,014</b>	1,03- 1,30	-	-	-
mais de 60	1,05	0,478	0,90- 1,23	-	-	-

Nota: RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.Ajuste do modelo (valor-*p*=1,0000)

Possuir caso na família e residir em municípios endêmicos aumentam a probabilidade de uma resposta esperada em relação à contagiosidade. Observa-se que as pessoas que residem em municípios hiperendêmicos possuem uma RP=2,12 se comparadas às residentes em município silencioso.

Escolaridade e renda mantiveram-se associadas em relação à percepção sobre a contagiosidade, ou seja, os entrevistados que possuem ensino superior e entrevistados que recebem de dois a cinco salários mínimos aumentam a probabilidade em ter uma resposta esperada em relação à contagiosidade

Também foram encontradas diferenças entre aqueles que recebem de um a dois salários mínimos e mais de cinco salários mínimos em relação àqueles que recebem até um salário mínimo; todavia essa diferença não foi significativa.

Entrevistados com idade entre 40 e 59 anos de idade apresentam maior probabilidade em ter uma resposta esperada em relação à contagiosidade se comparados aos de idade entre 18 e 39 anos. Os que possuem mais de 60 anos também demonstraram diferença; porém, não foi significativa.

Somente escolaridade e renda mantiveram-se significativamente associadas às percepções sobre a forma de transmissão da doença. Assim, nota-se que entrevistados com maior nível de escolaridade possuem maior probabilidade em ter respostas esperadas em relação à forma de transmissão se comparados aos que possuem menos de um ano de escolaridade. Considerando a renda, encontrou-se diferença significativa apenas entre os que recebem mais de cinco salários mínimos (RP=1,92).

O modelo final da análise multivariada mostrou que todas as variáveis se mantiveram estatisticamente associadas à existência de tratamento e de cura; porém, com relação às formas de tratamento, a variável renda perdeu significância sendo mantida fora do modelo final (TAB. 13).

**TABELA 13**  
**Modelo Final da regressão de Poisson considerando**  
**existência de tratamento, formas de tratamento e existência de cura da hanseníase na**  
**Microrregião de Almenara**

Variáveis	Existência de tratamento			Formas de tratamento			Existência de cura		
	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%
<b>Caso na família</b>									
Não									
Sim	1,30	<0,001	1,24- 1,37	1,80	<0,001	1,52- 2,13	1,33	<0,001	1,25- 1,41
<b>Endemicidade</b>									
Baixa / Silencioso									
Média	1,16	0,177	0,93-1,44	2,01	0,045	1,01- 4,01	1,22	0,133	1,33- 2,24
Hiperendêmico	1,51	<0,001	1,22- 1,86	4,71	<0,001	2,39- 9,27	1,73	<0,001	0,93- 1,60
<b>Escolaridade</b>									
Menos de 01 anos	1,69	<0,001	1,50- 1,90	1,19	0,118	0,95- 1,48			
Fundamental	1,99	<0,001	1,75- 2,26	1,82	<0,001	1,41- 2,35	1,59	<0,001	1,41- 1,81
Médio	2,18	<0,001	1,91- 2,48	2,22	<0,001	1,67- 2,94	1,57	<0,001	1,54- 2,04
Superior							1,83	<0,001	1,54- 2,16
<b>Renda</b>									
Até 01 salário	1,13	0,001	1,05- 1,22	-	-	-			
1 a 2 salários	1,16	<0,001	1,08- 1,25	-	-	-	1,14	0,002	1,05-1,24
2 a 5 salários	1,10	0,038	1,00- 1,21	-	-	-	1,19	<0,001	1,08-1,31
Mais de 5 salários							1,12	0,069	0,99- 1,27
<b>Faixa etária</b>									
18 a 39									
40 a 59	1,03	0,313	0,96- 1,09	1,24	0,014	1,04- 1,49	1,03	0,313	0,96- 1,11
mais de 60	0,89	0,016	0,81- 0,97	1,18	0,132	0,94- 1,48	0,88	<b>0,024</b>	0,79- 0,88

Nota: RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%.Ajuste do modelo (valor-p=1,0000)

Considerando a percepção sobre a existência de tratamento, as variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas foram possuir caso na família, endemicidade, escolaridade, renda e faixa etária.

Dessa forma, como dito no modelo anterior, possuir caso na família e residir em municípios hiperendêmicos aumenta a probabilidade em saber sobre a existência de tratamento, ou seja, indivíduos que possuem caso na família têm maior probabilidade (RP=1,30) se comparados aos que não possuem caso na família; e o mesmo ocorre com quem reside em municípios hiperendêmicos, possuindo maior probabilidade (RP=1,51) se comparados aos indivíduos que residem em município silencioso.

Entrevistados com maior nível de escolaridade e que recebem de dois a cinco salários mínimos apresentaram maior probabilidade de saber da existência de tratamento;

porém, nota-se que indivíduos maiores de 60 anos apresentaram menor probabilidade (RP=0,89) se comparados aos indivíduos de faixa etária de 18 a 39 anos.

Em relação à resposta esperada sobre a forma de tratamento para a hanseníase, as variáveis que permaneceram estatisticamente associadas foram possuir caso na família, endemicidade, escolaridade e faixa etária. Resultado que merece destaque é que entrevistados residentes em municípios hiperendêmicos detiveram RP=4,71 se comparados aos entrevistados residentes em município silencioso, ou seja, residir em área hiperendêmica interferiu nas percepções dos entrevistados.

Em relação à existência da cura, todas as variáveis se mantiveram estatisticamente associadas. Observou-se que possuir caso na família, residir em municípios hiperendêmicos, possuir ensino superior bem como ter uma renda salarial de dois a cinco salários mínimos aumentam a probabilidade de saber sobre a existência da cura.

Considerando as percepções sobre a existência de prevenção, as variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas foram possuir caso na família e escolaridade e, com relação às formas de prevenção, somente endemicidade e escolaridade (TAB. 14).

TABELA 14

Modelo Final da Regressão de Poisson considerando existência de prevenção e formas de prevenção da hanseníase na Microrregião de Almenara

Variáveis	Existência de prevenção			Formas de prevenção		
	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%	RP	Valor de <i>p</i>	IC 95%
<b>Caso na família</b>						
Não						
Sim	1,44	<0,001	1,21- 1,71	-	-	-
<b>Endemicidade</b>						
Baixa / Silencioso						
Média	-	-	-	2,03	0,330	0,48- 8,45
Hiperendêmico	-	-	-	6,04	<b>0,011</b>	1,49- 2,38
<b>Escolaridade</b>						
Menos de 01 anos						
Fundamental	1,76	<0,001	1,40- 2,21	0,85	0,479	0,54- 1,32
Médio	2,60	<0,001	2,06- 3,28	1,18	0,470	0,74- 1,87
Superior	2,84	<0,001	2,15- 3,75	2,16	<b>0,002</b>	1,34- 3,79

Nota: RP - Razão de Prevalência; IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%. Ajuste do modelo (valor  $p=1,0000$ )

Quando analisada a percepção dos entrevistados sobre a existência de prevenção, observou-se que indivíduos que possuem caso na família têm maior probabilidade (RP=1,44) em saber, se comparados aos que não possuem. O mesmo ocorreu com quem possui ensino superior aumentando essa probabilidade (RP=2,84) em relação aos que possuem menos de um ano de escolaridade.

Considerando as percepções em relação às formas de prevenção, somente as variáveis endemicidade e escolaridade se mantiveram associadas. Dessa forma, entrevistados que residem em municípios hiperendêmicos apresentam maior probabilidade (RP=6,04) em deter uma resposta esperada com relação às formas de prevenção se comparados aos que residem em município silencioso; o mesmo ocorreu com quem possui ensino superior.

## 5 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foram analisadas as percepções da população da Microrregião de Almenara sobre a hanseníase e suas relações com a detecção da doença, condições socioeconômicas, escolaridade, faixa etária e existência de casos na família. Ademais, de maneira específica, caracterizou-se a população do estudo em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicos e analisaram-se as percepções da população da Microrregião de Almenara quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais que envolvem a hanseníase.

Estudos têm demonstrado a importância de atentar-se às percepções de uma população sobre uma doença quando se quer trabalhar com controle ou erradicação, pois existem diferenças na forma de perceber e agir de cada indivíduo (SLOVIC, 1987; MINAYO, 1991) e, embora haja muita divulgação da hanseníase por meio dos órgãos públicos e veículos de comunicação, ainda há uma ineficácia de informações sobre os sinais e sintomas dermatoneurológicos da doença, colaborando para a evolução de formas crônicas e presença de deformidades nos pacientes.

Alguns autores ainda destacam que a existência de fracassos em alguns programas de saúde acontecem pelo fato de estarem ancorados na percepção dos profissionais de saúde, com seus métodos peculiares, intervenções muitas vezes desconectadas das reais condições sociais de qualidade de vida do indivíduo com pouca valorização de suas necessidades, suas motivações e suas crenças (ZANETTI, MENDES, 1993; TRENTINI, DIAS, 1997).

As diversas manifestações de sinais e sintomas que caracterizam a hanseníase levam a várias interpretações, levando o sujeito a pensar em outras doenças, contribuindo para um diagnóstico não condizente e muitas vezes tardio (LINS, 2010). As mudanças no corpo, causadas pela hanseníase, podem tornar a visualização dos sinais mais fácil; mas isso depende muito da relação do indivíduo com seu corpo pois muitas vezes a doença causa alterações da aparência física, influenciando de forma direta na percepção do indivíduo. Dessa forma, a educação em saúde deve partir das percepções do indivíduo sobre a doença, respeitando suas crenças e valores, ou seja, considerar essas particularidades para encontrar uma forma efetiva de se abordar os sujeitos.

Ficou claro que, apesar de a população da Microrregião saber da existência da hanseníase, pouco sabe a respeito de suas características clínicas, o que vem colaborar com a persistência de novos casos diagnosticados e conseqüentemente o aumento da cadeia de

transmissão da doença. Em todos os grupos de municípios observou-se que uma grande proporção dos entrevistados não soube responder a questões relacionadas à hanseníase como sinais clínicos, contagiosidade, transmissão, tratamento e formas de evitar a doença e apenas uma pequena proporção conseguiu citar algumas características clínicas da hanseníase sem referenciá-las com as de outras patologias demonstrando um desconhecimento considerável dos entrevistados. Ferreira (2007), em seu estudo, demonstrou que a grande maioria de seus entrevistados (72,1%) também não sabia os sinais clínicos da hanseníase. Ainda existe uma defasagem nas informações sobre a hanseníase. Muitas pessoas ainda confundem a hanseníase com outras doenças de pele, doença do sangue e com outras doenças neurológicas que apresentam os mesmos sinais e sintomas.

Nota-se que a presença da mancha ainda é vista como o sinal mais característico da doença, sendo a primeira mais citada entre os entrevistados do nosso estudo. Alguns outros sinais e sintomas clínicos referentes a outras patologias também foram citados como “problema de sangue”, depressão, alteração visual, câncer, “faz cair o cabelo” e muitas vezes, características das próprias intercorrências reacionais, o que vem colaborar com estudo de Gallo *et al.* (2005) onde as intercorrências reacionais do paciente foram interpretadas como manifestação da doença. Outros estudos também demonstram uma prevalência de conceitos errôneos sobre a hanseníase (CAVALIERE; GRYNSZPAN, 2008). Alguns desses sintomas são citados na literatura como efeitos colaterais da medicação, não sendo peculiares apenas a poliquimioterapia e sim aos medicamentos em geral.

Em estudo realizado com adolescentes, portadores de hanseníase, observou-se que, ao serem interrogados sobre seu diagnóstico, a presença da mancha foi a principal característica para que procurassem atendimento médico (PONTE; NETO, 2005). Resultado bem parecido ocorreu no estudo de Santos (2006) onde seus entrevistados relataram que o motivo que os levou a procurar atendimento médico foi a presença da mancha em seu corpo, observada por eles mesmos ou por amigos e parentes. Por isso, deve-se estar atento às informações oferecidas pelos profissionais de saúde em relação aos sinais clínicos da hanseníase de forma que haja uma maior assimilação dessas manifestações, transformando a população em sujeitos participativos no controle da endemia.

As referências à presença de feridas e deteriorizações revelam uma percepção negativa por parte dos entrevistados, ligada a uma representação histórica da hanseníase marcada por mutilações, sendo imprescindível a mudança dessa imagem por meio de ações educativas e discussão contínua com a sociedade, informando sobre a doença, respeitando as características econômicas, sociais, e culturais diversificadas de cada município. Isso pode ser

explicado também pela mudança do termo lepra para hanseníase, demonstrando não haver ainda apropriação por parte desses indivíduos da nomenclatura. Sabe-se que essa mudança ocorreu com o objetivo de diminuir o estigma ligado à doença; todavia, percebe-se que essa modificação não foi acompanhada por campanhas de esclarecimentos para a população.

No estudo de Morais *et al.* (2009) a hanseníase também foi vinculada à perda de pedaços do corpo e feridas na pele por 37% de seus entrevistados. Outro estudo demonstrou que a imagem a que a doença está culturalmente associada diz respeito a deformidades e impurezas persistindo representações estigmatizantes dos próprios portadores da doença, uma vez que associaram a hanseníase à ocorrência de mutilações e óbitos (SANTOS, 2006). A possível falta de divulgação das informações sobre a doença contribui muitas vezes para a persistência de incompreensões e preconceitos que permanecem arraigados na sociedade persistindo o desconhecimento sobre a hanseníase contribuindo também para o crescimento da endemia.

De maneira semelhante em relação à persistência de conceitos muitas vezes errôneos e cheios de preconceitos, o estudo de Coelho (2008), demonstrou que ser portador da doença ainda é motivo para separar os objetos pessoais como forma de prevenção, constituindo essa medida procedimento que explica o desconhecimento dos avanços científicos em relação à hanseníase.

Percebe-se que há uma distorção sendo muitas vezes citado como forma de transmissão o contato com animais, picada de mosquito e até mesmo pelo ato sexual. O indivíduo com essa percepção é o que mais necessita de orientações sobre a hanseníase, uma vez que, a partir do momento que se apropria de informações sobre a doença, ele se transforma em sujeito atuante no controle da endemia. Resultado parecido ocorreu em outros estudos uma vez que o contato sexual, alimentos contaminados e transfusão sanguínea foram mencionados como formas de transmissão da doença, demonstrando uma prevalência de conceitos errôneos sobre a doença (CAVALIERE; GRZYNSZPAN, 2008; MORAIS *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2013).

Assim, entender os efeitos provocados pela doença pode ajudar na divulgação de medidas educativas pelos profissionais de saúde, uma vez que algumas crenças e atitudes acerca da doença estão enraizadas na população, influenciadas, em parte, por seu nível educacional e pelos antecedentes socioculturais (GEERTZ, 1978).

Assim como a doença se distribui de forma desigual em um determinado território, a microrregião de Almenara possui municípios com diferentes taxas de detecção de hanseníase (AMARAL *et al.*, 2008). Dada a proximidade geográfica dos municípios, era

previsto, no mínimo, que houvesse casos detectados no município de Monte Formoso, considerado silencioso, apesar de ser ladeado por municípios endêmicos. Tal achado pode ser justificado pela falta de informações clínicas, caracterizando uma deficiência de educação em saúde e a fatores operacionais como capacidade diagnóstica da rede de serviços, busca dos casos ou até mesmo a falta de capacitação e sensibilização dos profissionais como ficou demonstrado em estudo de Lanza (2009) com os profissionais de saúde da Microrregião de Almenara.

Espera-se que a suspeição da doença deve pertencer a toda a população, na forma de um saber comum, e para isso é necessária a construção de estratégias que visem essa transmissão. Deve-se atentar para essa informação, pois, por se tratar de uma região endêmica, a transmissão de informações sobre a doença não deve ser realizada apenas para os municípios endêmicos e sim em todos os municípios que os circundam, pois a educação em saúde é imprescindível, constituindo uma ferramenta importante para alcançar as metas de eliminação da doença na Microrregião.

O fato de indivíduos que já tiveram ou têm caso da doença na família e indivíduos que residem em municípios endêmicos possuírem uma percepção mais esclarecida sobre a hanseníase pode ser justificado por fazer parte do dia a dia dessas populações, uma vez que as pessoas convivem diariamente com o assunto e o elo com a família pode ter influenciado a percepção do indivíduo com relação a alguns assuntos referentes à patologia. Notou-se que os indivíduos que possuíam caso na família apresentaram menor probabilidade em ter ouvido falar da hanseníase em relação aos que não possuíam.

As condições sociais e econômicas de uma população devem ser discutidas e reconhecidas pelos profissionais de saúde, pois, além de ser fator de risco para o adoecimento, é por meio dessa avaliação que haverá a implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a realidade de cada população no controle da endemia (LAPA *et al.*, 2001; DIAS *et al.*, 2005). E, além de ser um importante fator de acesso às informações e de dar possibilidade de se beneficiar de novos conhecimentos, o nível educacional tem grande valor como determinante de saúde (IBGE, 2008).

Nota-se que os indivíduos com maior grau de escolaridade apresentaram uma percepção mais esclarecida da hanseníase em todos os questionamentos. O mesmo ocorreu em estudo de Reis (2001) onde os indivíduos que tinham maior nível de escolaridade eram os mais esclarecidos quanto à gravidade da hipertensão arterial. O predomínio da baixa escolaridade encontrado neste estudo torna-se um achado relevante considerando-se a abordagem utilizada pelos profissionais de saúde, que deve ser em linguagem simples e

ajustada ao grau de entendimento da população. Assim, há necessidade de se avaliar a escolaridade da população da Microrregião de Almenara para o planejamento de ações educativas de forma que atendam as necessidades de cada indivíduo. Estudo de Amaral e Lana (2008), realizado na Microrregião de Almenara, demonstrou que, em mais de 50% dos casos nas fichas de notificação, os indivíduos tinham menos de quatro anos de escolaridade.

A explicação mais aceitável para se entender a influência da escolaridade é o fato de as pessoas compreenderem as informações transmitidas; as pessoas que possuem baixa escolaridade ficam sem autonomia tanto para receber e entender as mensagens que lhes são transmitidas quanto para buscar informações (TAFNER, 2006).

Entrevistados que recebiam renda superior a dois salários mínimos apresentaram mais chances de saber sobre aspectos relacionados à hanseníase se comparados aos demais. Sabe-se que a vulnerabilidade social a que certa faixa da população está exposta favorece o surgimento de doenças, existindo uma relação muito estreita entre as desigualdades de renda e a incidência de hanseníase nas classes com baixa renda familiar (KERR-PONTES *et al.*, 2004; DUARTE *et al.*, 2007; FERREIRA, 2007). Dessa forma, deve-se considerar também o meio em que o indivíduo vive, auxiliando o planejamento das intervenções e possibilitando uma melhor assistência e ações educativas voltadas para essa população.

Um estudo realizado sobre as desigualdades sociais apontou que a população com menor poder aquisitivo, apesar de necessitar mais dos serviços de saúde, tem menos acesso e, quando o procura, é para tratamento e reabilitação (NÉRI; SOARES, 2002). A pouca frequência aos serviços de saúde reflete-se diretamente na não participação nas ações de promoção e prevenção à saúde e conseqüentemente na menor captação das informações em relação à doença. Esse resultado vem corroborar com dados descritos neste estudo quando uma pequena proporção dos entrevistados relatou participar de grupos e/ou reuniões sobre saúde.

Notou-se que a faixa etária não influenciou de forma decisiva nos resultados do estudo, demonstrando não haver uma associação forte com as variáveis respostas. Troccoli *et al.* (1990) apontam em seu trabalho que as percepções sobre determinada doença podem diferenciar de acordo com a idade de quem as percebe, e essas diferenças de percepções podem explicar algumas divergências. Observou-se que muitas vezes alguns conceitos sobre a doença emitidos por entrevistados maiores de 60 anos divergiram consideravelmente daqueles com idade inferior, demonstrando algumas opiniões muitas vezes ultrapassadas e a não apropriação de informações atuais sobre a hanseníase.

A participação do compartilhamento de informações funciona como um sistema de apoio importante na definição de problemas, conferindo significados aos eventos e servindo como influenciadores de opiniões e isso inclui a convivência com outras pessoas, incluindo o seio familiar (FELICIANO; KAVACS, 1997).

Com relação aos veículos de informação dos quais os entrevistados obtiveram informações sobre a hanseníase, percebe-se que a televisão e o serviço de saúde foram os mais citados dentre os três grupos de municípios. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Santana *et al.* (2008) e Feliciano e Kovacs (1997), onde se mostra o papel considerável da televisão na transmissão de informações sobre a hanseníase. Percebe-se que a televisão é um dos meios mais fortes de veiculação da informação, contribuindo para a formação de sujeitos e com ampla capacidade de atingir todas as classes sociais.

A vizinhança foi o terceiro veículo de informação mais citado nos municípios hiperendêmicos e de média endemicidade, pois como são municípios que convivem mais com a doença, a probabilidade de a população ouvir falar da doença por meio dos vizinhos é bem maior. As relações interpessoais entre familiares e vizinhos também podem ser um importante meio de veiculação de informações, uma vez que a experiência de cada pessoa é influenciada por suas relações sociais. Estudos demonstraram que as relações pessoais foram mencionadas como um veículo de informação importante sobre a hanseníase (FELICIANO; KOVACS, 1997; SANTANA *et al.*, 2008).

Os serviços de saúde, em sua prática de comunicação, utilizam alguns materiais informativos, denominados educativos, na forma de cartazes, folhetos e cartilhas (MONTEIRO; VARGAS, 2006) que têm importante papel na intercessão entre profissional e população e são utilizados na divulgação de informações que servem como subsídios para algumas mudanças de comportamento da população (KELLY-SANTOS, 2009). Os materiais usados nas campanhas não foram o veículo mais citado nos grupos de municípios hiperendêmicos e de média endemicidade, prevalecendo outros meios de informação sobre a doença; porém, no município silencioso, o cartaz foi o terceiro mais citado (10,3%).

Deve-se atentar que muitas vezes as campanhas por meio de instrumentos informativos não conseguem alcançar toda a população até mesmo por uma questão cultural e social, sendo necessário se conhecer a população - alvo. Moreira *et al.* (2011), em seu estudo, demonstraram que, apesar de as campanhas realizadas por meio de folders e cartazes terem conseguido alcançar alguns objetivos em relação à hanseníase, algumas lacunas permaneceram em relação às informações passadas à população

Um fato curioso e preocupante é que quando os entrevistados foram interrogados sobre a participação em algum grupo ou reunião sobre a saúde, apenas 13,6% disseram participar e sabe-se que essa participação é de fundamental importância para que haja uma aproximação da realidade de saúde do município, unindo profissionais e população interagindo e criando vínculos entre si. Sabe-se que dentre as várias atribuições do ACS está a visita domiciliar e é por meio dela que se iniciam as ações da equipe de saúde, facilitando a promoção e a vigilância da saúde. Quando os entrevistados foram questionados sobre a visita do agente comunitário de saúde em sua residência, 41,7% relataram não receber a visita mensal do profissional. O agente comunitário de saúde é um dos membros mais importantes em uma equipe de saúde uma vez que tem o primeiro contato com a família e ainda, um contato mais próximo com todos os membros, sendo um elo importante entre família e equipe de saúde.

Fica evidente a complexidade do estudo das percepções sobre a hanseníase que leva a reflexões sobre o processo educativo em saúde, principalmente, em função de um quadro cultural característico da população, o qual deve ser compreendido e manuseado de forma esperada, inserindo novas formas de transmissão de informações.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados do Censo Demográfico (IBGE, 2000) que, muitas vezes, apresentaram diferenças significativas quando comparados com a distribuição dos domicílios nos municípios da Microrregião de Almenara. A escolha por esse tipo de fonte, todavia, reduziu os custos operacionais, não inviabilizando a realização das análises. Ainda que os dados do Censo sejam atualizados com um intervalo maior, acredita-se que não ocorreram mudanças substanciais no perfil socioeconômico da população estudada que pudessem prejudicar de forma significativa os resultados da pesquisa.

A ausência de um questionário validado e bem caracterizado na literatura para o presente estudo foi uma limitação encontrada; por outro lado, o inquérito utilizado no estudo pode servir de parâmetro para uma validação futura desse instrumento para pesquisas epidemiológicas em áreas afins.

Diante do horário das visitas nos domicílios, geralmente no período matutino e vespertino, houve uma maior proporção de participantes do sexo feminino em relação ao masculino pois na região a maior parte dos homens exerce atividades laborais extradomiciliares diferentemente das mulheres que, na grande maioria, são donas de casa ; fazendo-se necessária a realização da ponderação por sexo e categoria de faixa etária.

Considerando que a população do estudo apresentava baixa escolaridade, dificultando muitas vezes a interpretação de algumas perguntas, as entrevistas muitas vezes

demandaram mais tempo, o que exigiu um grande número de pesquisadores em campo tornando o processo de coleta extenso.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados evidenciaram que os participantes da pesquisa, em sua maioria, apresentaram um baixo nível educacional, baixo nível de rendimentos e uma grande proporção de indivíduos desempregados. Dessa forma, essa população passa a demandar uma maior intervenção das autoridades na elaboração de políticas públicas, uma vez que as condições de vida de uma população refletem diretamente em sua saúde, sobretudo no que diz respeito às doenças contagiosas.

Os dados demonstraram uma defasagem nas informações sobre a doença e tais achados podem facilitar a propagação e a instalação e/ou agravamento de suas consequências sociais e físicas. Devem-se formar sujeitos sociais que poderão enfrentar o problema da endemia na Microrregião de Almenara com grande eficiência, mas para isso é necessária a criação de um processo de educação com ênfase na promoção da saúde onde os indivíduos possam adquirir informações sobre a saúde, com a finalidade de identificarem a doença em sua fase inicial, evitando maiores complicações.

Embora a hanseníase seja uma doença com grande importância epidemiológica na Microrregião de Almenara, a população ainda não se apropriou de seus aspectos clínicos e epidemiológicos apesar de estar bem informada sobre sua existência. Percebeu-se que não há compreensão da doença por grande parte dos indivíduos, associando muitas vezes, a hanseníase de forma equivocada a outras enfermidades, provocando certa confusão entre o conhecimento científico e os saberes de origem popular, cercados muitas vezes de preconceitos. Ademais, o sujeito com essa percepção, não consegue identificar os sinais clínicos da doença não procurando os serviços de saúde, protelando o diagnóstico e, conseqüentemente, contribuindo para o crescimento da endemia.

Uma questão interessante é sobre a nomenclatura. Muitos indivíduos ainda não percebem a hanseníase como sinônimo da lepra, vendo-as como doenças distintas e confundindo a hanseníase com “doença do sangue”, “câncer de pele”. Isso pode ser justificado pela mudança da nomenclatura lepra para hanseníase, uma vez que a população ainda não se apropriou do novo termo. Dessa forma, entende-se ser necessária maior divulgação do novo termo, até mesmo para se tentar minimizar o preconceito e o estigma presentes ainda hoje na sociedade.

Neste estudo, pôde-se perceber em algumas respostas dos entrevistados que a imagem à qual a hanseníase cultural e historicamente está associada diz respeito a

deformidades e impurezas, causando ainda um grande impacto no cotidiano das pessoas. Existem ainda características estigmatizantes no imaginário dos entrevistados, uma vez que a associação da hanseníase a situações em que ocorreram mutilações e deformidades foram citadas por uma parcela dos entrevistados. Foi possível identificar alguns sentimentos a que a doença está associada como a tristeza, depressão, isolamento. Confirmou-se também que o estigma e o preconceito continuam marcantes, podendo estar relacionados à falta de conhecimentos sobre a doença e também pela história antiga que ela carrega.

O estigma pode ser apontado também entre os motivos da demora na procura dos serviços de saúde, o que acarreta mais sequelas e ônus social, uma vez que, se o indivíduo é diagnosticado, em sua percepção, poderá ser excluído da sociedade. Isso revela uma percepção negativa, coerente com o aspecto histórico da hanseníase, tornando-se indispensável a mudança dessa imagem por meio de discussões sucessivas com a comunidade, respeitando suas características sociais, culturais e econômicas.

As percepções de um indivíduo sobre a hanseníase podem ser influenciadas pelo modo como as informações são transmitidas e se realmente são eficazes. Os serviços de saúde devem intensificar esforços na construção e na implementação de estratégias educativas capazes de empoderar a sociedade para o enfrentamento da endemia devido à baixa escolaridade dos participantes,.

Devido à baixa escolaridade dos entrevistados, há dificuldade na compreensão e apreensão do que muitas vezes é dito pelos profissionais repercutindo negativamente no controle da cadeia epidemiológica da hanseníase. Portanto deve-se atentar para o uso de estratégias que considerem essas carências e que consigam abranger toda a população de forma eficaz.

Essa postura interfere diretamente na eficiência dos serviços de saúde e na concretização do vínculo entre população e equipe de saúde, contribuindo para o não cumprimento das diretrizes de controle da hanseníase. Apesar de reconhecida a importância de ações de educação em saúde como forma de propiciar o reconhecimento da população em relação às informações sobre a hanseníase, percebe-se que ainda existe grande fragilidade da equipe de saúde em executar essas ações, evidenciando a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde

Diante das conclusões do presente estudo, percebemos que um grande esforço ainda deve ser feito no sentido de ampliar a autonomia da população em relação a seus problemas e soluções. Dessa forma, todos devem ser sensibilizados e envolvidos; não somente os profissionais, mas também a população da Microrregião, atentando-se que é por

meio de informações sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos da doença que se evitarão complicações e que se fará a quebra dos preconceitos existentes na sociedade.

Almeja-se que os resultados presentes neste estudo sirvam de fontes de conhecimentos para os profissionais de saúde e gestores, visando melhorias e servindo de subsídios para a reorientação e a reformulação de estratégias de ação e organização dos serviços de saúde que atendam as particularidades dos indivíduos residentes na Microrregião de Almenara.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M. *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. spe, p.694-700, Nov. 2008.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. especial, p.701-707, Nov. 2008.
- ANDRADE, V. A. descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 47-51, jun. 2000.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.*, Brasília, v. 36, p. 373-382, Mai-Jun, 2003.
- ARAÚJO, M. G. Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.80. n. 2, p.199-202, 2005.
- ARAÚJO, D. Y. M. L.; ANDRADE, J. S.; MADEIRA, M. Z. A. A atuação dos agentes comunitários de saúde do município de Teresina/Piauí sobre hanseníase. *Rev Rene*, Fortaleza, v.12, n. especial, p.995-1002, Dez. 2011.
- AVELLEIRA, J. C. R.; NERY, J. A. O tratamento da hanseníase. *Rio Dermatológico*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 2-3, 1998.
- BARATA, R. B. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 870-886, Out./Dez. 2006.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC med. res. methodol.*, England, v. 3, n. 21, p. 1-13, Out. 2003.
- BEIGUELMAN, B. Genética e Hanseníase. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.117-128, 2002.
- BUSS,P. M ; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de Leprologia*. Brasília, 1960. 190p  
Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf>>  
> Acesso em: 07 mai 2013.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 165 de 14 de maio de 1976. Política de Controle da Hanseníase no Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 Jun de 1976.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990a.*

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL, Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1990b.* Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)> Acesso em: 18 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9010 de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 set. 1995.*

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm)> Acesso em 10 mar.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.*

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil.* Brasília: CONASEMS, 1999. 28 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 84p.: il. – (Série A. Normas e Manuais técnicos; n.111)*

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para Controle da Hanseníase.* Brasília, 2002. 98p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica.* 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 816p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vig\\_epid\\_novo2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vig_epid_novo2.pdf)> Acesso em: .12 dez 2012.

\_\_\_\_\_. *Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.* Brasília, 2008a. 12p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_saude\\_situacao\\_hansenia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hansenia.pdf) Acesso em: 12 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 197 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: Uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 368 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125 de 7 de Outubro de 2010. Define as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010b, 35p. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf)> Acesso em: 05 abr 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 10 set 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em doenças Transmissíveis. Plano Integrado de ações estratégicas de Eliminação da Hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases\_Plano de ação 2011 - 2015- Brasília/DF, 2012a- 104p.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Informe legislativo. Conselho nacional de saúde; Brasília, 11 de junho de 2012. Brasília, 2012b. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/11\\_jun\\_informe\\_legislativo.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/11_jun_informe_legislativo.html)> Acesso em: 07 mai 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil - análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação, v.44, n. 11, 12p. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. DENASUS: Departamento de Auditoria do SUS. Ministério lança campanha contra a hanseníase. Disponível em : <<http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=5092>> Acesso em: 20 fev 2013

CARDOSO, V. G. *Inquérito domiciliar sobre as percepções da população em relação à hanseníase em um município hiperendêmico de Minas Gerais*. 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CARVALHO, K. A. *Colônia Santa Isabel: A lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)*. 2012. 246 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

- CAVALIERE, I. A. de L.; GRZYNSZPAN, D. Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. *Cad Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-362, 2008.
- CLARO, L. B. L. Hanseníase: representações sobre a doença. *Cad. Saúde. Pública*, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 632-634, oct/Dec 1995.
- COELHO, A. R. O sujeito diante da hanseníase. *Pesqui. Prát. Psicossociais*, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 364-372, Fev. 2008.
- COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. *Patologia: estrutural e funcional*. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1268 p.
- CRUZ, A. *A máscara por detrás do véu do estigma: cabe o pensamento de Lévi-Strauss numa reflexão sobre a experiência da lepra?* *Antropologia Portuguesa*, v. 24, n. 25, p. 47-72, 2008:
- DIAS, M. C. F. S.; NOBRE, M. L.; DIAS, G. H. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica – SIG. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v.80, sup.3, p.S289-S294, 2005.
- DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. esp., p. 753-756, nov. 2008
- DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers attended in nursing consultations. *Rev. latinoam. enferm.*, Ribeirão Preto, v.15, n. especial, p.774-779, Set./Out. 2007.
- DUCATTI, I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. 2008. 199 f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Departamento de História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, Maio/Ago. 2004.
- FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase em Recife. *Rev. panam. salud pública*, Washington, v. 1, n. 2, p. 112-117, feb. 1997.
- FERREIRA, I. N. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu – Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006), *Rev bras epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 555-67, Dec. 2007.
- FILGUEIRA, N. A. COSTA JÚNIOR J. I. *Condutas em clínica médica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- FILHO R. C; SANTOS, S. S; PINTO, N. M. M. Hanseníase: Detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária. *Rev. enferm. integrada*, Ipatinga, v.3 - n.2 - Nov./Dez. 2010.

FORGUS, R. H. Percepção: o processo básico do desenvolvimento cognitivo. São Paulo: Herder, 1971.

GALLO, M. E. N.; NERY, J. A. C.; GARCIA, C. C. Intercorrências pelas drogas utilizadas nos esquemas poliquimioterápicos em hanseníase. *Hansen. int.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 46-50, 1995.

GALLO, M. E. *et al.* Hanseníase: aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos. In: COURA, J. R. (Org.) *Dinâmica de doenças infecciosas e parasitárias*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 116, p. 1386 - 1394.

GALVAN, A. L. *Hanseníase – lepra: Que representações ainda se mantêm?* Canoas: Ed.Ulbra, 2003.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978, 323 p.

GEORGE, K. *et al.* The role of intrahousehold contact in the transmission of leprosy, *Lepr. rev.*, London, v. 61, n. 1, p. 60-63, Mar.1990.

GOMEZ, P. F; GUTIERREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, Oct. 2011 .

HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Disponível em : <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

HELENE, L. M. F. *et al.* Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo, *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. especial, p. 744-752, Nov. 2008.

HOUAISS A.; VILLAR M. de S.; FRANCO F. M. de. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. p.2566.

IGNOTTI, E.; DE PAULA, R. C. Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: 2011. v. 1, p. 185-202.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1998. Manual de entrevista*. Rio de Janeiro: IBGE, 1998. 366 p.

\_\_\_\_\_. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2013

\_\_\_\_\_. *Censo Demográfico 2000- 2003*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 24 jan. 2013.

JOFFE, R. A. *et al.* Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão cutânea inicial pela população de região metropolitana do Rio de Janeiro, *Hansen. int.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 65-70, Jan./jun. 2003.

JOPLING, W. H.; Mc DOUGALL, A. C. *Manual de hanseníase*. 4. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1991. 183p.

KASTURIARATCHI, N. D.; SETTINAYAKE, S.; GREWAL, P. Processes and challenges: how the Sri Lankan health system managed the integration of leprosy services. *Lepr. rev., London*, v. 73, n. 2, p. 177-185, jun. 2002.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 14, n. 32, Jan./mar. 2010.

KERR-PONTES, L. R. *et al.* Inequality and leprosy in northeast Brazil: an ecological study. *Int. J. Epidemiol.*, London, v. 33, n. 2, p.262-269, Apr. 2004.

LANA, F. C. F. *Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania*. 1997. 305f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LANA F.C.F. *et al.* Análise da tendência epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/Minas Gerais – Período: 1998-2004, *REME rev. min. enferm.* Belo Horizonte, v.10, n.2, p.107-112, Abr./jun. 2006.

LANZA, F. M. *Tecnologia do processo de trabalho: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais*. 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

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, Set./out. 2001.

LEININGER, M. Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nurs. health care*, New York, v.6, n.4, p. 209-12, Apr.1991.

LINS, A. U. F. A. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 171-194, 2010.

LOCKWOOD, D. SUNEETHA, S. *Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm*. *Bolletin of the World Health Organization*, Geneva, v 83, n 3, p 230-235, Mar, 2005.

LOMBARDI, C. *et al.* *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: IMESP/SAESP, 1990. 85p.

MACIEL, R. M. T; DESIDÉRIO M. *Da lepra à hanseníase: No contexto de transformação e de possibilidades em Goiás e no Brasil*. *Anais do Seminário sobre Políticas Públicas e Aspectos das Mudanças Institucionais no Brasil e em Goiás*, v. 1, n. 1, Out. 2012.

- MAIA, M. A. C. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. *Hansen. Int.*, São Paulo, v. 25, n.1, p. 26-30, 2000; 25(1):26-30.
- MARQUES, R. M.; BERQUÓ, E. S. Seleção da unidade de informação em estudos de tipo “survey”. Um método para a construção das tabelas de sorteio. *Rev. bras. estat.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 145, p. 81-92, jan./mar. 1976.
- MARTÍNEZ, A. N. *Detección de Mycobacterium leprae através da técnica de PCR e RT-PCR em tempo real.* 2009. 161 f. Tese (Doutorado em Biologia Celular e Molecular) - Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- MCNUTT, L. A. *et al.* Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, 14 March 2003. v. 157, n. 10, p. 40-943.
- MENDES, C. M. Conhecimento científico *versus* manutenção de crenças estigmatizantes: Reflexões sobre o trabalho do psicólogo junto aos programas de eliminação da hanseníase. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João Del Rey, v. 2, n. 1, p. 140- 151, Mar./ag., 2007.
- MINAS GERAIS. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase Minas Gerais 2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. 77 p.
- \_\_\_\_\_. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. *Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase Minas Gerais 2011.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.80p.
- \_\_\_\_\_. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. *Seminário Estadual de Monitoramento e Avaliação de Hanseníase- 2012-* Minas Gerais. Belo Horizonte, mai. 2013.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v.24, n.2, p.70-77, Abr/jun.1991.
- MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev. Soc. Bras. med. trop.*, v. 43, n. 1, p.62- 67, Jan/fev, 2010.
- MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (Org.). *Educação, Comunicação e Tecnologia: interfaces com o campo da saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 252p.
- MORAIS, J. P. *et al.* Visão da população do município de São Paulo quanto à ocorrência da hanseníase e seu comportamento para a prevenção. *Rev. inst. ciênc. saúde*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 201-205, Jul./set. 2009.
- MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. especial, p. 671-675, Nov.2008.
- NERI, M.; SOARES W.; Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p. 77- 87, 2002.

- OLIVEIRA, M. H. P. *Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero*. 1998. 189f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- OPROMOLLA, D. V. *et al.* Estimativa da prevalência da Hanseníase através da investigação em demanda inespecífica de agências de saúde. *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 24, n. 3, p.178-85, Mar.1990.
- OPROMOLLA, P. A.; DALBEN, I.; CARDIM, M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no estado de São Paulo. *Rev. Bras. epidemiol*, v. 8, n. 4, p. 356–364, Set. 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS; ORGANIZAÇÃO PAN -AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) - Hanseníase Hoje. Boletim de eliminação da hanseníase das Américas. 1999. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/programas/hanseníase/hh6/hh.port.htm>>.
- \_\_\_\_\_. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Organização Mundial de Saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2010. 70p.
- OXLEY H, WEBB, A.K. How a clinical psychologist manages the problems of adults with cystic fibrosis. *J R Soc Med*. 2005;98(Suppl 45):37-46
- PENNA, A. G. Percepção e realidade: introdução ao estudo da atividade perceptiva. 3. ed. São Paulo: Mercurio Star, 1982.
- PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. especial, p. 716-725, Nov. 2008.
- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(2):163-7.
- PINSONNEAULT, A. e KRAEMER, K. L. Survey research in management information systems: an assesment. *Journal of Management Information System*, 1993.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.
- PONTE, K. M. A; XIMENES NETO, F. R. G. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 296-301, Jun. 2005.
- REIS, M. G. ; GLASHANS, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados.: Percepción de la gravedad de la enfermedad y de la calidad de Vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 9, n. 3 de maio de 2001
- RICHARDS, J. *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média*. 1. ed. Rio de janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993. 184 p.
- RINALDI, A. The global campaign to eliminate leprosy. *PloS MEd.*, San Francisco, v. 2, n. 12, p. 1222-1225, Dec. 2005.

- SANTANA, S. C. de *et al.* Papel das ações educativas e o controle da hanseníase no município de Ariquemes, Rondônia. *Cad. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 181-192, Abr./Jun. 2008.
- SANTOS, V. C. *Percepções de portadores de hanseníase sobre a doença, seu tratamento e as repercussões em seu cotidiano: Um estudo no município de Nossa Senhora do Socorro-Sergipe.* 2006. 170 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Núcleo de Pós-Graduação em Meio Ambiente, Universidade Federal de Sergipe, São Cristovão, 2006.
- SANTOS, D. C. M. *et al.* A hanseníase e o seu processo diagnóstico. *Hansen. int.*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 19-26, Jan. 2007.
- SARNO, E. N. A hanseníase no laboratório. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 277-290, 2003.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, Mar. 2007.
- SCHIPPERGES, H. *Der garten der gesundheit. medizin im mittelalter.* Deutsches Taschenbuch, Munique-Zurique. 1985.
- SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, Out./Dez. 1997.
- SLOVIC, P. Perception of risk. *Science, New Series*, v. 236, n. 4799, p. 280-285, Apr. 1987.
- SOUSA, L. M. *et al.* Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua. *Rev. bras. méd. fam. comunidade.*, Pará, v. 8, n. 26, p. 20-23, Jan./Mar. 2013.
- STERNBERG, R. J. *Psicologia Cognitiva.* 4. ed. Porto Alegre: Artmed Periódicos, 2000.
- TAFNER, P. *Brasil: o estado de uma nação 2006 mercado de trabalho, emprego e informalidade.* Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:  
<[http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/2006/Resumo\\_MercadodeTrabalho.pdf](http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/2006/Resumo_MercadodeTrabalho.pdf)>  
Acesso em: 17 set 2013.
- TALHARI, S.; NEVES, R.G; PENNA, G.O; DE OLIVEIRA, M. L. V. *Hanseníase.* 4 ed. Manaus: Gráfica Tropical, 2006. 215p.
- TRENTINI, M.; DIAS, L. P. M. Ser mais - uma possibilidade de promover saúde na prática educativa. *Acta Paul Enfermagem* 1997 janeiro/abril; 10(1):53-61
- TROCCOLI, B.T.; KELLER, M.L.; ANDRADE, W.S.G.; NOBREGA, R.C. Representações de doenças e sintomas em pessoas leigas: dados preliminares. *Psicol. Teor. Pesq.*, Brasília, 6:281-93, 1991.

UJAVARI, S. C. A história e suas epidemias - A convivência do homem com os microorganismos. *Rev. Inst. Méd. Trop. São Paulo*, São Paulo, v. 45, n.4, p. 212-212. Jul./Ago. 2003.

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

VIDERES, A. R. N. *Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar*. 2010. 140 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

VIRMOND, M. A hanseníase como doença de baixa prevalência. *Hansen. int.*, São Paulo, v. 20, n.2, p. 27-35, Jan. 1995.

ZANETTI, M. L; MENDES, I. A. C. Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas. *Rev Escola de Enfermagem USP* 1993 janeiro; 27(2):246-62.

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Inf. Epidemiol. SUS.*, Brasília, v. 8, n. 3, p. 35-47, Jul./Set. 1999.

WEINMAN J, PETRIE KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res.* 1997;42(2):113-6

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. Águas de Linóia, São Paulo, 25-29 ago. 1997. comunicação proferida no 5 Congresso Paulista de Saúde Pública.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. *Chemotherapy of leprosy for control programmes*. Geneva: World Health Organization, Technical Report Series, n. 675, 1982. 40.p.

\_\_\_\_\_. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, v. 77, n. 1, p. 1-8, jan. 2002.

\_\_\_\_\_. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, v. 79, n. 37, p. 329-340, sept. 2004.

\_\_\_\_\_. *Global leprosy situation, 2010*. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, v. 35, n. 85, p.337-348, aug. 2010.

**APÊNDICE I QUESTIONÁRIO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPTO. DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE  
PÚBLICA**

**PROJETO DE PESQUISA:**

**TRANSMISSÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO  
DE ALMENARA - MINAS GERAIS: RELAÇÕES ENTRE A ORGANIZAÇÃO DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE E O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE A  
DOENÇA**

**PERCEPÇÕES DA POPULAÇÃO**

**QUESTIONÁRIO N° \_\_\_\_\_**

**SETOR CENSITÁRIO \_\_\_\_\_**

**PSF \_\_\_\_\_**

**IVS \_\_\_\_\_**

**RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_**

**DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

<b>BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO FAMILIAR</b>
--

Nome: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº.

Bairro: \_\_\_\_\_

1) Qual é o seu estado civil?

a) ( ) Solteiro	d) ( ) Viúvo
b) ( ) Casado	e) ( ) Separado / Divorciado
c) ( ) União estável / amasiado / amigado	f) ( ) Outro: _____

2) O(a) Sr(a) estudou até que série? \_\_\_\_\_

a) ( ) Sem instrução e menos de um ano	e) ( ) Ensino Médio Completo
b) ( ) Ensino Fundamental Incompleto	f) ( ) Superior Incompleto
c) ( ) Ensino Fundamental Completo	g) ( ) Superior Completo
d) ( ) Ensino Médio Incompleto	

3) O(a) Sr(a) trabalha atualmente?

a) ( ) Sim	b) ( ) Não
------------	------------

4) Qual é a renda de toda a família?

a) ( ) Até ½ salário mínimo	d) ( ) Mais de 2 a 3 salários
b) ( ) Mais de ½ a 1 salário	e) ( ) Mais de 3 a 5 salários
c) ( ) Mais de 1 a 2 salários	f) ( ) Mais de 5 salários

5) A família recebe algum auxílio financeiro do Governo Federal, Estadual ou Municipal?

a) ( ) Sim	b) ( ) Não
------------	------------

<b>BLOCO B - MORADIA E CONDIÇÕES AMBIENTAIS</b>
---

6) Qual é o tipo do domicílio?

a) ( ) Casa	d) ( ) Cômodo
b) ( ) Apartamento	e) ( ) Outro _____
c) ( ) Barracão	

7) Qual a condição de ocupação do imóvel?

a) <input type="checkbox"/> Próprio	c) <input type="checkbox"/> Cedido / Emprestado
b) <input type="checkbox"/> Alugado	d) <input type="checkbox"/> Outro _____

8) A residência possui banheiro?

c) <input type="checkbox"/> Sim	d) <input type="checkbox"/> Não ⇒ <b>Avance para a questão 10</b>
---------------------------------	---

9) O banheiro é dentro de casa?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

10)- Qual é o tipo de abastecimento de água da sua residência?

a) <input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição - Ex: COPASA	e) <input type="checkbox"/> Chafariz/ bica
b) <input type="checkbox"/> Poço artesiano	f) <input type="checkbox"/> Cisterna
c) <input type="checkbox"/> Nascente	g) <input type="checkbox"/> Outro _____
d) <input type="checkbox"/> Carro pipa	

11)- Qual é o serviço de esgotamento sanitário da residência?

a) <input type="checkbox"/> Com serviço de rede coletora de esgotamento sanitário e/ou pluvial	d) <input type="checkbox"/> Mato
b) <input type="checkbox"/> Fossa	e) <input type="checkbox"/> Rio, córrego, lago,
c) <input type="checkbox"/> Vala	f) <input type="checkbox"/> Outras formas

12)-Como é a coleta de lixo da residência?

a) <input type="checkbox"/> Coleta Pública - Serviço de limpeza	e) <input type="checkbox"/> Jogado em rio, córrego ou lago
b) <input type="checkbox"/> Queimado	f) <input type="checkbox"/> Caçamba
c) <input type="checkbox"/> Enterrado	g) <input type="checkbox"/> Outro destino. Qual? _____
d) <input type="checkbox"/> Jogado em um terreno baldio	

13)-A sua casa possui energia elétrica?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

<b>BLOCO C - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS</b>
---

14)- O(a) Sr(a) já ouviu falar da hanseníase?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não ⇒ <b>Avance para a questão 27</b>
---------------------------------	---

15)- Onde o(a) Sr(a) ouviu falar sobre a hanseníase?

a) <input type="checkbox"/> Ambiente Familiar	f) <input type="checkbox"/> Rádio
b) <input type="checkbox"/> Vizinhança	g) <input type="checkbox"/> Escola
c) <input type="checkbox"/> Serviço de saúde	h) <input type="checkbox"/> Cartaz
d) <input type="checkbox"/> Profissional de saúde	i) <input type="checkbox"/> Panfleto
e) <input type="checkbox"/> Televisão	j) <input type="checkbox"/> Outro _____

16)- O que uma pessoa sente quando está com hanseníase?

---



---

17)- Para o(a) Sr(a) a hanseníase é uma doença contagiosa?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não ⇒ <b>Avance para a questão 19</b>
---------------------------------	---

18)- Em sua opinião, como se pega a hanseníase?

---



---

19)- O (a) Sr(a) sabe se existe tratamento para a pessoa que tem hanseníase?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não ⇒ <b>Avance para a questão 21</b>
---------------------------------	---

20)- Para o(a) Sr(a) como é realizado o tratamento para a hanseníase?

---



---

21)- Para o(a) Sr(a) a hanseníase tem cura?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

22)- O(a) Sr(a) sabe falar se tem como evitar a hanseníase?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não ⇒ <b>Avance para a questão 24</b>
---------------------------------	---

23)- Em sua opinião, qual a maneira de evitar a hanseníase?

24)- A sua família já teve ou tem algum caso de hanseníase?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

25)- O(a) Sr(a) já ouviu falar da lepra?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

26)- Para o(a) Sr(a) a hanseníase e a lepra são a mesma doença?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

### **BLOCO D - ASPECTOS DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS**

27)- Aqui onde o(a) Sr(a) mora existe equipe de PSF – Programa de Saúde da Família?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

28)- O Agente Comunitário de Saúde (ACS) visita a sua residência todo mês?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

### **BLOCO E - PARTICIPAÇÃO INDIVIDUAL NO CONTROLE DA DOENÇA**

29)- O(a) Sr(a) participa de grupo ou reunião relacionada à saúde em seu município?

a) <input type="checkbox"/> Sim	b) <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------	---------------------------------

## APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA  
DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO  
INFANTIL E

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa ***“Transmissão e controle da hanseníase na Microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença”*** por morar na cidade de Almenara - MG.

A pesquisa tem o objetivo de avaliar a atuação dos serviços de saúde e o conhecimento da população de Almenara sobre a hanseníase (percepções dos doentes, familiares e comunidade em geral). Nosso grande propósito é a partir dos resultados dessa pesquisa contribuir para a formulação de ações educativas em saúde.

Caso você concorde em participar do estudo será solicitado que responda a um questionário que será aplicado por pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFMG. Este questionário será composto de perguntas de identificação e de questões para avaliar o seu conhecimento sobre a doença.

Os dados coletados serão de uso da equipe de pesquisadores especificamente para os propósitos da pesquisa. A maior preocupação ética está na garantia do sigilo dos indivíduos e para tanto, todas as fichas registros, formulários e demais dados a serem coletados serão organizadas por números, reduzindo a possibilidade da quebra do sigilo e estabelecendo proteção à confidencialidade das informações. A sua participação não será obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Não haverá remuneração por sua participação nesta pesquisa. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Dessa forma, a investigação segue as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do COEP/UFMG podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Você assinará este Termo declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, concordando em participar.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Francisco Carlos Félix Lana

Coordenador da Pesquisa

Av. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia

Escola de Enfermagem - Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100



Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da  
UFMG (COEP/UFMG)

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005  
Belo Horizonte – MG

CEP: 31270-901 Tel: 031.3409.4592

## ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 158/09

**Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana**  
**Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública**  
**Escola de Enfermagem - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP analisou e aprovou, no dia 02 de dezembro de 2009, as alterações abaixo referentes ao projeto de pesquisa intitulado **"Transmissão e controle da hanseníase no município de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença"**

- Abrangência do estudo, além de Almenara, os municípios: Jacinto, Santa Maria do Salto, Santo Antonio do Jacinto, Felisburgo, Ponto dos Volantes, Monto Formoso e Jequitinhonha;
- Alteração do título do projeto para: **"Transmissão e controle da hanseníase na microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença"**;
- Modificações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**