

Virgínia Gomes Cardoso

**Inquérito domiciliar sobre as
percepções da população em relação
à hanseníase em um município
hiperendêmico de Minas Gerais**

Belo Horizonte - MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2011

Virgínia Gomes Cardoso

**Inquérito domiciliar sobre as percepções
da população em relação à hanseníase em
um município hiperendêmico
de Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Prevenção e Controle de Agravos à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos de Félix Lana

Belo Horizonte - MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2011

C268i Cardoso, Virginia Gomes.
Inquérito domiciliar sobre as percepções da população em relação à hanseníase em um município hiperendêmico de Minas Gerais [manuscrito]. / Virginia Gomes Cardoso. - - Belo Horizonte: 2011. 156f.: 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. Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WC 335

Este trabalho é vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos Epidemiológicos (NIEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG.



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "**Inquérito domiciliar sobre as percepções da população em relação à hanseníase em um município hiperendêmico de Minas Gerais**", de autoria da mestrandia Virgínia Gomes Cardoso, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Francisco Carlos de Félix Lana - Escola de Enfermagem da UFMG - Orientador

Dr^a. Maria Aparecida de Faria Grossi - Ministério da Saúde

Prof^a. Dr^a. Andréa Gazzinelli - Escola de Enfermagem da UFMG

Prof^a. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 19 de agosto de 2011

*À minha **princesa**, Sofia,
e ao meu **marido**, Tiago.
Vocês são, em todos os momentos,
minha fonte de inspiração e
superação!*

Dedicatória

AGRADECIMENTOS

A Deus,
inspiração divina que me guiou nos momentos de alegria e tristeza, dando-me força e saúde para prosseguir.

À minha mãe, Ivanilde,
pelos momentos de força e incentivo, e por me ensinar a enfrentar os desafios da vida com coragem e determinação, por todo o cuidado e carinho com sua neta e pela paciência e compreensão de sempre!!

Ao Tiago,
pelo amor, paciência e apoio, por entender as minhas ausências durante a trajetória deste trabalho e por acreditar neste sonho e dividi-lo comigo.

À minha princesa Sofia,
que, mesmo tão pequena, soube compreender as minhas ausências e, mesmo assim, alegrar minha vida com seu sorriso.

Ao nosso anjinho,
que a sua chegada seja abençoada e traga muitas alegrias. Viva o mais novo integrante da família!!

Ao professor Dr. Francisco Carlos Félix Lana,
pela dedicação, paciência e riqueza das suas orientações, pela confiança em mim depositada e por compartilhar comigo seus conhecimentos, o que me permitiu trilhar um crescimento profissional desde a graduação.

À Mery Natali,
por compartilhar comigo seus ensinamentos, pelas orientações estatísticas e pela amizade e paciência.

Aos meus irmãos e cunhados (as),
pela torcida e apoio. Com carinho, souberam compreender a minha ausência.

À minha madrinha Lia e ao meu cunhado José Gobira,
pela acolhida sincera durante a coleta de dados, disponibilidade e interesse na pesquisa. Vocês fizeram com que essa estadia se tornasse ainda mais prazerosa.

À minha sogra, Rosine, e a minhas cunhadas,
pela ajuda e interesse, pela confiança e apoio, e pelo cuidado com a Sofia.

Ao Evaldo "Cláudio",
pelos momentos de descontração, amizade, companheirismo, ensinamentos e construção do conhecimento!!

À Marcilane e Amanda,
pela coleta, pela digitação do banco de dados, pela paciência e pelos grandes momentos de alegria. Vocês são grandes amigas!!

Às bolsistas de iniciação científica Sarah e Bárbara,
pelo apoio no lançamento dos dados, pela responsabilidade demonstrada e pela amizade!

Aos demais colegas do grupo de pesquisa, Fernanda, Gabriela, Angélica, Ana Paula, Karine, Fabiana e Ísis, pelo convívio, companheirismo e colaboração na elaboração deste projeto.

À Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, em especial a Maria da Glória Botelho, pelo grande apoio dado à realização deste trabalho, pelo interesse na pesquisa e pelo envolvimento social com a hanseníase.

À Prefeitura de Almenara, em especial ao Wellington Filho, pelo inestimável apoio e consentimento na realização desta pesquisa.

À Maria Aparecida de Faria Grossi, inspiração profissional desta pesquisa.

À população de Almenara, pela receptividade e pelo consentimento para a realização da coleta de dados.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em especial à Escola de Enfermagem, que me possibilitou um ensino público e de qualidade na graduação e na pós-graduação.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem da UFMG, pelos anos de convivência e pelo aprendizado proporcionado durante minha formação profissional.

Aos amigos e colegas do curso de mestrado da UFMG, pelas experiências compartilhadas, pelos momentos de distração e pelas conversas, aprendizados e incentivos.

Aos colegas de plantão do HMC,, pelos momentos de descontração e pelo interesse demonstrado pelo trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

*Vai diminuindo a cidade
Vai aumentando a simpatia
Quanto menor a casinha
Mais sincero o bom dia
Mais mole a cama em que durmo
Mais duro o chão que eu piso
Tem água limpa na pia
Tem dente a mais no sorriso
Busquei felicidade
Encontrei foi Maria
Ela, pinga e farinha
E eu sentindo alegria
Café tá quente no fogo
Barriga não tá vazia
Quanto mais simplicidade
Melhor o nascer do dia*

Simplicidade - Fernanda Takai

RESUMO

CARDOSO, V. G. **Inquérito domiciliar sobre as percepções da população em relação à hanseníase em um município hiperendêmico de Minas Gerais.** 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

A hanseníase envolve em sua dinâmica aspectos biológicos, culturais e sociais, devendo ser entendida como uma doença complexa. Apesar do avanço do conhecimento científico, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública no Brasil, apresentando altas taxas de detecção e prevalência em algumas regiões do País. Essa situação sugere um distanciamento entre o saber técnico e científico da doença e a apropriação por parte da população desses conhecimentos. O pouco conhecimento da população e as informações errôneas favorecem a continuidade do ciclo de transmissão da doença e o aparecimento de formas clínicas mais graves, o que contribui para a manutenção da endemia, como também do estigma que a cerca. O objetivo deste estudo é analisar a maneira como a população urbana de Almenara percebe a hanseníase e suas relações com a detecção da doença, as condições socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, um inquérito do tipo *survey*. O cenário foi o município de Almenara, situado no Vale do Jequitinhonha/MG. Utilizou-se um instrumento estruturado dividido em cinco blocos: identificação e composição familiar, moradia e condições ambientais, aspectos epidemiológicos e sociais, aspectos de organização de serviços e participação individual no controle da doença. Foram realizadas 737 entrevistas domiciliares em 23 setores censitários, estratificados de acordo com o coeficiente de detecção da doença. Utilizaram-se os softwares EpiInfo (3.5.1, 2008), Excell (2003) e SPSS (vs. 18) para o tratamento e a análise epidemiológica dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG - Parecer 158/2009. Os resultados demonstraram uma predominância do sexo feminino (71,5%) e de indivíduos com escolaridade e renda familiar baixas. Ao comparar as percepções dos indivíduos considerando as áreas com diferentes coeficientes de detecção da hanseníase, apurou-se que este não foi o único fator que influencia o nível de conhecimento sobre a doença, prevalecendo também o nível de escolaridade, a história de caso da doença na família, a renda familiar e a utilização de serviços de saúde como influenciadores dessa percepção. A maioria da população de Almenara identifica a hanseníase como um problema de saúde pública para o município, apesar de não reconhecer iniciativas de controle sobre a endemia, nem buscar informações sobre a doença. Os indivíduos, erroneamente, associam a doença a outras patologias, confundindo conhecimentos técnico-científicos com saberes de origem popular ou, mesmo, pré-conceitos. É necessário, portanto, elevar os níveis de educação em saúde e em hanseníase, de modo que os indivíduos atuem como sujeitos capazes de preencher as lacunas de informação, favorecendo o entendimento da doença e, conseqüentemente, diminuindo o preconceito associado aos seus portadores.

Palavras-chave: Hanseníase. Inquéritos Epidemiológicos. Percepção. Educação em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

CARDOSO, V. G. **Household survey about the perceptions of population about Hansen's disease in a hiperendemic city of Minas Gerais State.** 2011. 156 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Hansen's disease involves biological, cultural and social aspects in its dynamics and should be understood as a complex disease. Despite the advance of scientific knowledge, it remains as a public health problem in Brazil, with high detection and prevalence rates in some regions of the country. This situation suggests the existence of a gap between the scientific and technical knowledge of the disease and the appropriation by the population of such knowledge. The lack of knowledge of the population and the misinformation leads to the continuity of the cycle of disease's transmission and the emergence of more severe clinical forms, which contributes to both the maintenance of the disease and the stigma that surrounds it. The present study aims at analyzing how the urban population from Almenara perceives the Hansen's disease and its relations with the detection rates, the socioeconomic conditions and the access to health services. It is an epidemiological cross-sectional study, configured as a *survey*. The place of study was the city of Almenara, located in the Jequitinhonha River Valley, State of Minas Gerais. It was used a structured instrument divided into five sections: identification and family composition, housing and environmental conditions, epidemiological and social aspects, service organization aspects and individual participation in disease control. 737 household interviews were conducted in 23 census tracts stratified according to the detection rates. The epidemiological data were processed and analyzed statistically using the softwares Epi Info (version 3.5.1), MS Excel (version 2003) and SPSS (version 18). The results showed a predominance of female gender (71.5%) and individuals with both low education and low family income. By comparing the perceptions of individuals from areas with different detection rates of Hansen's disease, it was found that this was not the only factor that influences the level of knowledge about the disease. The level of education, the occurrence of a case in the family, the family income and the access to health services also had influence about that knowledge. The majority of the population from Almenara identifies the Hansen's disease as a public health problem in the city, although they do not recognize initiatives to control the endemic and neither look for information about the disease. People mistakenly associate the Hansen's disease with other pathologies, confusing scientific knowledge with knowledge of popular origin, or even with prejudices. Therefore it is necessary to improve levels of health and Hansen's disease education, so that individuals be able to act by filling the information gaps, promoting the understanding of the disease and thus reducing the stigma that its carriers face.

Key-words: Leprosy. Health Surveys. Perception. Health Education. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Distribuição do coeficiente de detecção de hanseníase, Minas Gerais, 2009.....	29
Figura 2	- Mapa dos municípios da microrregião de Almenara, segundo os coeficientes de detecção médios da hanseníase, 1998-2006.....	30
Figura 3	- Municípios do Cluster 4 pertencentes ao estado de Minas Gerais agrupados segundo a microrregião de saúde.....	48
Figura 4	- Vista da praia fluvial do município de Almenara.....	49
Figura 5	- Mapa da distribuição dos setores censitários da microrregião de Almenara, segundo as categorias de risco para a doença.....	51
Figura 6	- Setores censitários de Almenara, divididos em estratos, segundo coeficiente de detecção da hanseníase, Almenara, 2010.....	51
Gráfico 1	- Frequência sobre estar trabalhando atualmente segundo sexo no município de Almenara, 2010.....	74
Gráfico 2	- Percepção dos sinais e sintomas da hanseníase na população de estudo no município de Almenara, 2010.....	79

LISTA DE TABELAS

1	- Divisão dos setores conforme coeficiente de detecção de hanseníase.....	53
2	- Número de domicílios a serem entrevistados em cada setor por estrato.....	54
3	- Número de domicílios por setor e sistema a ser seguido para sorteio dos domicílios.....	55
4	- Amostra de indivíduos participantes do inquérito domiciliar e percentual de recusas no município de Almenara, 2010.....	69
5	- Frequência das características dos indivíduos participantes do inquérito domiciliar no município de Almenara, 2010.....	70
6	- Frequência das características socioeconômicas da população do estudo no município de Almenara, 2010.....	72
7	- Frequência sobre as condições de moradia da população do estudo no município de Almenara, 2010.....	75
8	- Frequência sobre o fato de já ter ouvido falar da hanseníase e dos veículos de transmissão de informação sobre a doença no município de Almenara, 2010.....	77
9	- Frequência das percepções da população do estudo sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase no município de Almenara, 2010.....	81
10	- Frequência das percepções da população do estudo sobre a identificação de indivíduos portadores da hanseníase no município de Almenara, 2010.....	87
11	- Frequência de indivíduos em relação ao conhecimento sobre a lepra e à percepção de que a lepra e a hanseníase são a mesma doença, no município de Almenara, 2010.....	92
12	- Frequência das percepções da população de estudo sobre a utilização dos serviços de saúde no município de Almenara, 2010.....	94

LISTA DE TABELAS

13	-	Frequência das percepções dos indivíduos em relação a sua participação social em relação à saúde no município de Almenara, 2010.....	97
14	-	Análise univariada sobre as percepções da doença segundo o estrato de coeficiente de detecção no município de Almenara, 2010.....	101
15	-	Análise univariada sobre as percepções da doença segundo escolaridade no município de Almenara, 2010.....	104
16	-	Análise univariada sobre as percepções da doença segundo renda familiar no município de Almenara, 2010.....	107
17	-	Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo a utilização dos serviços de saúde no município de Almenara, 2010.....	110
18	-	Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo o fato de ter ou não caso de hanseníase na família no município de Almenara, 2010.....	112
19	-	Modelo ajustado sobre a variável já ter ouvido falar sobre a hanseníase e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo escolaridade e ter caso na família, no município de Almenara, 2010.....	115
20	-	Modelo ajustado sobre o sintoma perda de sensibilidade e os intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo estrato por coeficiente de detecção e ter caso na família no município de Almenara, 2010.....	118
21	-	Modelo ajustado sobre o fato de existir tratamento para a hanseníase e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo escolaridade, no município de Almenara, 2010.....	119
22	-	Modelo ajustado sobre a variável prevenção da doença e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010.....	120

LISTA DE TABELAS

- 23 - Modelo ajustado sobre a variável ouvir falar sobre a lepra e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010..... 122
- 24 - Modelo ajustado sobre a variável lepra e hanseníase como sinônimos e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010..... 123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACH	- Ações de Controle da Hanseníase
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ALM	- Almenara
BCG	- Bacillus Calmette-Guérin
CBO	- Classificação Brasileira de Ocupação
COEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
COPASA-MG	- Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DOM	- Domicílio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	- Intervalo de Confiança de 95%
IVS	- Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MG	- Minas Gerais
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- Odds Ratio
p	- Teste <i>qui-quadrado</i>
PNCH	- Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	- Poliquimioterapia
PSF	- Programa de Saúde da Família
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	- Statistical Package for Social Science
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Objetivos.....	24
1.1.1	Objetivo geral.....	24
1.1.2	Objetivos específicos.....	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Hanseníase: história, percepções sobre a doença e suas relações com as condições socioeconômicas, acesso aos serviços e a educação em saúde.....	26
2.2	Hanseníase e fatores socioeconômicos: compreensão do processo saúde e doença.....	31
2.3	Hanseníase e percepções da população sobre a endemia.....	32
2.4	Acesso e utilização dos serviços de saúde.....	38
2.5	Educação em saúde e hanseníase: o controle de endemias.....	42
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS	45
3.1	Tipo de estudo.....	46
3.1.1	<i>Survey</i> - Breve histórico.....	46
3.1.2	Inquérito domiciliar.....	47
3.2	Cenário de estudo.....	48
3.3	População amostral.....	50
3.4	Variáveis do estudo.....	56
3.5	Instrumento para coleta de dados.....	60
3.5.1	Pré-teste.....	61
3.6	Trabalho em campo.....	62
3.6.1	Percurso no campo.....	62
3.6.2	Seleção dos participantes no domicílio.....	62
3.6.3	Coleta de dados.....	63
3.7	Tratamento e análise dos dados.....	64

SUMÁRIO

3.7.1	Análise univariada.....	65
3.7.2	Análise multivariada.....	66
3.8	Aspectos éticos.....	66
3.9	Financiamento.....	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	69
4.2	Percepções dos indivíduos sobre a doença.....	76
4.3	Aspectos de organização dos serviços.....	93
4.4	Participação individual no controle da doença.....	96
4.5	Análise univariada.....	100
4.6	Análise multivariada.....	115
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE.....	139
	ANEXOS.....	148

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se a um subprojeto da pesquisa “Transmissão e controle da hanseníase no município de Almenara - Minas Gerais e suas relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença”.

O interesse pelo assunto emergiu a partir de reflexões e indagações sobre o controle da hanseníase do município de Almenara durante o período no qual trabalhei na atenção básica deste município e dos resultados das pesquisas realizadas por Amaral (2008) “Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara” e por Lanza (2009) em “Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara”. Esses estudos investigaram a epidemiologia e a organização dos serviços da hanseníase na microrregião de Almenara, trazendo contribuições importantes. Entretanto, as percepções da população acerca do problema da hanseníase no município de Almenara não foram abordadas, fato relevante para esclarecer sobre a prevalência da doença no município.

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, de notificação compulsória, que tem afligido a humanidade há milhares de anos. Já era conhecida nas mais antigas civilizações da China, Egito e Índia. É causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que acomete principalmente a pele, os nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior e os olhos, além de algumas outras estruturas do corpo (WORLD HEALTH ORGANIZATION¹/WHO, 2010a).

A doença pode ser transmitida por meio de gotículas expelidas pelas vias aéreas superiores dos pacientes não tratados. Quando não tratada, pode provocar atrofia dos nervos, fraqueza muscular e incapacidades permanentes (WHO, 2011). A *M. leprae* foi descoberta por Gerhard Henrik Armauer Hansen, em 1873, porém o tratamento para a hanseníase só apareceu no final de 1940. Hoje, a doença é facilmente tratada com a poliquimioterapia, com duração média de 6 a 12 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS, 2011; WHO, 2011).

¹ Organização Mundial da Saúde. (Tradução nossa).

A hanseníase envolve em sua dinâmica aspectos biológicos, culturais e sociais, devendo ser entendida como uma doença complexa. Em seu contexto histórico, traz marcas de um estigma moral, sendo alvo de preconceitos da sociedade. Vários fatores, como isolamento, constrangimento social e a falta de conhecimento da doença, acabam por levar o doente a não procurar os serviços de saúde, contribuindo, assim, para o diagnóstico tardio e a permanência da cadeia de transmissão.

Dentre as doenças infecto-contagiosas, a hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da doença consiste no diagnóstico e no tratamento oportunos dos casos antes de ocorrerem lesões nervosas. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde, no intuito de controlar a doença, programou uma estratégia global, cujo objetivo geral é oferecer a todas as comunidades afetadas acesso a serviços de hanseníase de qualidade em conformidade com os princípios de equidade e justiça social.

[...] as atividades de controle da hanseníase incluem diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), aconselhamento ao paciente e sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento nas complicações (OMS, 2005, p. 8).

A implantação do Plano Estratégico (2000-2005) incentivou os países endêmicos a assumirem o compromisso de controlar a doença. Sua aplicação em grande escala aumentou a cobertura das atividades de controle da hanseníase. Porém, em muitos países ocorreu de forma lenta. Suas metas principais compreendiam a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10 mil habitantes, em nível nacional (OMS, 2005).

Diante do não alcance da meta estabelecida pelo Plano Estratégico, a OMS formulou o que se passou a chamar “A Estratégia Global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010”, cuja meta foi “[...] alcançar uma maior redução da carga de hanseníase e prover acesso a

serviços de controle da hanseníase de qualidade para todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social” (OMS, 2005, p. 15).

Estudo do Ministério da Saúde voltado para o controle da doença no País identificou 10 clusters de acordo com a classificação de risco da endemia, sendo dois em Minas Gerais. A análise espacial da doença teve a finalidade de subsidiar as ações de forma focalizada, racionalizando e maximizando a utilização de recursos na pesquisa e no desenvolvimento de intervenções em serviços.

Explicam Sarno *et al.* (2008, p. 3):

A distribuição geográfica da endemia no Brasil é orientada por fatores históricos complexos que devem ser melhor compreendidos; os fatores relativos à transmissão da doença, às características do agente e suas relações com o ambiente devem ser pesquisados; o desempenho dos serviços e o conseqüente impacto da situação operacional sobre a qualidade das ações de controle devem ser conhecidos e avaliados no que diz respeito aos procedimentos de diagnóstico e tratamento, às ações de promoção da saúde envolvendo educação em saúde e comunicação social e ao suporte social disponibilizado para o paciente e para os portadores de sequelas físicas, psicológicas e sociais.

O município de Almenara integra ao cluster 4, também constituído por municípios do sul da Bahia, norte do Espírito Santo e nordeste de Minas Gerais. Em estudo recente, Amaral (2008) analisou a situação epidemiológica e operacional da hanseníase e os seus indicadores socioeconômicos na microrregião de Almenara no período de 1998 a 2006. Nesse período, foram notificados 889 casos de hanseníase, resultando numa detecção média no período de 5,7 casos por 10 mil habitantes. Esse valor é superior às médias do Vale do Jequitinhonha, de Minas Gerais e do Brasil, permitindo classificar a região como hiperendêmica segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, caracterizando uma condição de área prioritária para o controle da endemia no estado de Minas Gerais.

O município de Almenara foi responsável por quase metade (48,3%) do total de casos de hanseníase diagnosticados nesse período do estudo. Na microrregião de Almenara, dentre os resultados encontrados, cita-se: predomínio de formas clínicas multibacilares, altos coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos, altos percentuais de casos diagnosticados já com incapacidades físicas e baixo percentual de casos descobertos por meio de ações de busca ativa. Tudo isso sugere que estão ocorrendo falhas nos serviços de saúde responsáveis pelas ações de prevenção e controle da hanseníase na microrregião de Almenara (AMARAL; LANA, 2008).

Vários são os fatores que poderiam exercer influência na transmissão e controle da hanseníase na microrregião de Almenara, citando-se:

[...] o diagnóstico tardio; a baixa cobertura dos serviços de diagnóstico e tratamento determinada ainda por baixo grau de integração das ações de controle na atenção básica; o abandono dos pacientes ao tratamento; a baixa taxa de controle de comunicantes; o baixo nível de conhecimento da população sobre a doença; além das baixas condições de vida e saúde da população (AMARAL, 2008, p. 15).

Em estudo recente sobre hanseníase na microrregião de Almenara, Lanza (2009) buscou analisar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase empreendido pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde. A autora identificou vários fatores que determinam o processo de trabalho para as Ações de Controle da Hanseníase (ACH):

[...] a priorização deste agravo na política municipal de saúde, o comprometimento dos gestores; a presença de profissionais de saúde capacitados e empenhados na realização das ações de controle da doença, a disponibilização de instrumentos para a realização do exame dermatoneurológico, o oferecimento do exame baciloscópico e a disponibilização de recursos para a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para a população (LANZA, 2009, p. 168).

Em relação ao modelo assistencial em hanseníase nos municípios, Lanza (2009) percebeu que a implantação das ACH e sua descentralização na atenção básica iniciaram tardiamente, sendo que a organização dos serviços em saúde ainda é centrada em um modelo clínico que visa ao atendimento individual. Até 2005, Almenara centralizava o atendimento dos casos de hanseníase em uma única unidade de saúde, iniciando tardiamente o processo de descentralização e implantação das ACH nas unidades básicas, como afirma Lanza (2009, p. 126):

Já o Centro de Referência, que é responsável pelo atendimento dos 35,0% da população que não é vinculada ao [Programa de Saúde da Família] PSF, realizam ações fragmentadas do programa de hanseníase: são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, mas não realizam divulgação dos sinais e sintomas para a comunidade, são examinados os contatos que comparecem espontaneamente à unidade, portanto, não há realização de busca ativa não só de contatos, mas também dos faltosos.

Torna-se evidente o fato de a hanseníase ser um problema de saúde pública na microrregião de Almenara. Porém, há uma lacuna acerca do conhecimento da transmissão e controle da doença por parte da população local, ressaltando a importância de se conhecer a maneira como ela percebe a doença, seus sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento, dentre outros aspectos do controle da doença.

Estima-se que em uma mesma região haja diferentes percepções sobre a hanseníase e que essas sofrem variações de acordo com: nível socioeconômico, escolaridade, acesso aos serviços de saúde, cultura, crenças e valores. Verificar e comparar estas diferentes formas de perceber a doença nas regiões do próprio município poderá subsidiar a formulação políticas específicas de acordo com as necessidades locais.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), do Ministério da Saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo desenvolver um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias de saúde e em diferentes complexidades, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, de promoção da saúde com base na educação permanente e de assistência integral aos portadores deste agravo (BRASIL, 2009a).

A comunicação e educação em saúde é também um dos componentes estruturantes desse programa, compreendendo três eixos: ações de comunicação em saúde; ações de educação permanente; ações de mobilização social. Todas são conduzidas em consonância com as políticas atuais vigentes. O primeiro é fundamental para a divulgação das informações sobre a hanseníase dirigidas à população, em geral, e, em particular, aos profissionais de saúde e às pessoas atingidas pela doença e aquelas de sua convivência. Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social. As práticas de educação em saúde para o controle da hanseníase devem basear-se na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos da cidadania (BRASIL, 2009a).

Apesar do avanço do conhecimento científico, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública que apresenta altas taxas de detecção e prevalência em determinadas regiões do País. Isso sugere um distanciamento entre o saber técnico e científico da doença e a apropriação por parte da população destes conhecimentos. O controle da endemia depende diretamente do engajamento da população quanto à dimensão da doença como um problema e de sua participação nesse processo.

A análise do processo de educação em saúde desenvolvida nos serviços de controle da endemia mostra centralidade nas questões individuais e curativas em detrimento do conhecimento coletivo da população. A apropriação da população sobre o problema da hanseníase no município de Almenara é um fator preponderante para o controle e erradicação da doença. Para Sarno *et al.* (2008), conhecer a experiência de vida, as crenças e as percepções da população sobre a hanseníase e interpretar, nesta perspectiva, significados do imaginário coletivo local poderá orientar as ações desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde.

O pouco conhecimento da população e a disseminação de informações errôneas favorecem a continuidade do ciclo de transmissão da doença e o aparecimento de formas clínicas mais graves, o que contribui para a manutenção da endemia, como também do estigma que a cerca. Portanto, faz-se necessário analisar a percepção da população sobre o nível de conhecimento em relação à clínica da doença e as ações desenvolvidas pelo município no controle da hanseníase, identificando sua importância no enfrentamento da doença no município de Almenara, como forma de subsidiar a reorientação/reformulação das estratégias de ação e da organização dos serviços que atuam no município.

Este estudo busca responder aos seguintes questionamentos:

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

Com esta pergunta, este estudo visa buscar informações sobre a percepção da população residente no município de Almenara acerca do problema da hanseníase em seus aspectos clínicos (sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento), dos serviços de saúde e da doença como problema de saúde coletivo.

- b) Quais fatores podem determinar as diferentes percepções do problema da hanseníase no município de Almenara?

Com esta pergunta, pretende-se analisar a influência de se residir em áreas de maior concentração de casos de hanseníase, o efeito das condições socioeconômicas, de escolaridade e de acesso aos serviços de saúde na percepção da população sobre a hanseníase.

Espera-se que as respostas a estas perguntas subsidiem a reorientação/reformulação das estratégias de ação e da organização dos serviços que atuam no controle da hanseníase no município de Almenara.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as percepções da população urbana de Almenara sobre a hanseníase e suas relações com a detecção da doença, as condições socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) caracterizar a população de estudo em relação a aspectos demográficos e socioeconômicos;
- b) identificar as percepções da população de Almenara quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais que envolvem a hanseníase;
- c) identificar as percepções da população sobre as ações realizadas pelos serviços de saúde para o controle e prevenção da hanseníase em Almenara;
- d) analisar as relações entre as percepções da população de Almenara com as taxas de detecção da hanseníase, variáveis socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

Referencial teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Hanseníase: história, percepções sobre a doença e suas relações com as condições socioeconômicas, acesso aos serviços e a educação em saúde

A hanseníase é uma doença contagiosa conhecida desde tempos bíblicos pelo nome de “lepra”. Não existe consenso sobre sua origem. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (1989) afirmam que, com base em sua distribuição geográfica, o cinturão tropical e subtropical da África e sul da Ásia é considerado o berço ancestral da hanseníase, encontrando-se vestígios da doença há mais de 2.500 anos. Porém, existem no Egito registros de 4.300 anos antes de Cristo. A doença é conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão (AMADOR, 2004; EIDT, 2004).

Na Bíblia Sagrada, encontra-se o termo hebreu *tsaraath* (ou *saraath*), que designa afecções impuras, sendo então traduzidos como “lepra” em vários idiomas. Em hebraico, significava condição anormal na pele dos indivíduos, cujas roupas necessitavam de purificação, sendo eles isolados até o desaparecimento dos sinais da doença (EIDT, 2004; OPROMOLLA, 2000).

Acredita-se que por volta de 300 anos antes de Cristo as tropas de Alexandre “O Grande”, quando retornaram à Europa, teriam trazido para o continente europeu indivíduos contaminados com a doença nas campanhas da Índia. Entre meados do século X e o XV, a doença foi lentamente disseminando-se da Grécia para a Europa por intermédio de soldados, comerciantes e colonizadores (CLARO, 1995; EIDT, 2004; OPROMOLLA, 2000).

Concílio realizado em Lyon no ano de 583 estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença, que incluía o isolamento do indivíduo infectado do restante da população. Por volta de 1870, a hanseníase já tinha desaparecido em quase todos os países da Europa, fator esse associado à melhoria das condições socioeconômicas ao longo da Idade Moderna e da Idade Contemporânea. Na Inglaterra, onde o primeiro hospital de Lepra foi fundado no ano de 625, não havia mais casos no ano de 1798. Ao mesmo tempo, a Ásia e a África introduziam a doença no Novo Mundo, com as conquistas espanholas e portuguesas, e com o

tráfico de escravos. Na América, a doença deve ter chegado por volta dos séculos XVI e XVII (EIDT, 2004; OPROMOLLA, 2000).

A hanseníase chegou ao Brasil pelos colonizadores portugueses, difundindo-se por diferentes lugares do litoral. Datam do século XVI os primeiros casos registrados da doença na cidade do Rio de Janeiro. Com o desenvolvimento do País, a colonização acaba por disseminar ainda mais a doença para várias províncias brasileiras. Ainda no século XX, o modelo de tratamento empregado era o afastamento dos doentes da sociedade (EIDT, 2004; GUSMÃO; ANTUNES, 2009).

Somente no ano de 1962, com o Decreto Federal 968, de 7/5/62, o isolamento compulsório foi abolido (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Em 1976 houve a mudança do nome “lepra” para “hanseníase”, com a intenção de amenizar o estigma sobre a doença. Este nome foi atribuído em homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, que em 1873, descobriu o bacilo causador da doença (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE/MORHAN, 2011; QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Cabe ressaltar que o Brasil adotou a nova terminologia.

Na perspectiva de redução da carga global da hanseníase, dois eventos ocorridos nas últimas décadas marcaram a história da luta contra a doença.

O primeiro evento, em 1981, foi a recomendação pela OMS quanto ao uso da poliquimioterapia (PQT), um esquema terapêutico que combina várias drogas e apropriado às diferentes formas clínicas da doença, superando qualitativamente o esquema monoterápico anteriormente preconizado. Este novo esquema terapêutico foi disponibilizado gratuitamente aos serviços de saúde somente a partir de 1995 (OMS, 2005).

O segundo evento ocorreu em 1991, quando aconteceu a 44^a Assembléia Mundial de Saúde, a qual declara seu compromisso com a eliminação da doença como problema de saúde pública até o final do ano 2000, estabelecendo como meta a prevalência inferior a um doente a cada 10 mil habitantes (OMS, 2005).

O Plano Estratégico para Eliminação Hanseníase 2000-2005, da OMS, incentivava os países endêmicos a assumirem o compromisso de enfrentar os desafios da doença, assegurando que as atividades de controle da hanseníase estivessem acessíveis e disponíveis a todo cidadão no serviço de saúde mais próximo de sua residência. Apesar das ações, a implantação deste plano foi vagarosa, e alguns países não atingiram a meta, surgindo assim a “Estratégia Global

para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010”, resultado de uma evolução do Plano Estratégico. Seus objetivos são:

Prover serviços de qualidade a todas as pessoas afetadas pela hanseníase, melhorar o coeficiente de custo-eficácia mediante a integração e/ou descentralização das atuais atividades de controle da hanseníase à infraestrutura local de saúde, incluindo os serviços de encaminhamento e os componentes de Monitoramento, manter o compromisso político e aumentar as atividades colaborativas com os parceiros nos níveis global, nacional e regional, fortalecer os componentes de monitoramento e supervisão do sistema de vigilância, desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde nos serviços integrados (OMS, 2005, p. 15).

Também foram criadas as “Diretrizes Operacionais Atualizadas”, cujo documento complementa a “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015”, oferecendo sugestões práticas, baseadas em conhecimento profissional atualizado para a implantação das atividades em campo. Ela define terminologias, conceitos e estratégias, mostrando como deve ser implantada no contexto de um programa nacional (OMS, 2010).

Segundo a WHO (2010b), a América é o segundo continente em número de casos, ficando somente atrás de Ásia (166.115). Em 2009, 16 países relataram mais que mil casos novos ao ano, considerados ainda prioritários para a ação de controle da hanseníase sendo responsáveis por 93% dos casos no mundo. Dentre esses, o Brasil é o segundo países em número de casos (37.610), perdendo somente para a Índia (133.717).

De acordo com os dados publicados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), em 2009 foram registrados 37.610 casos novos de hanseníase no País. O coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 19,64/100.000; em menores de 15 anos, 5,43/100.000 habitantes. O coeficiente de detecção de casos novos envolve a incidência real e a agilidade diagnóstica dos serviços de saúde. O coeficiente de prevalência atingiu 1,99/10.000 habitantes em 2009 (BRASIL, 2009b, 2010).

Em 2008, Minas Gerais, segundo o SINAN, apresentou 1.969 novos casos de hanseníase, dos quais 4,2% eram menores de 15 anos, 65,2% apresentavam a forma clínica multibacilar e 10,8% foram diagnosticados com grau II de incapacidades. Em 2009, foram identificados 1.873 novos casos da doença, sendo 4,5% crianças menores de 15 anos; 65,7% apresentavam a forma clínica multibacilar; e 9,8%, grau II de incapacidades. O percentual de cura ficou em 88,9%

para uma detecção geral, ressaltando que a hanseníase é uma doença de fácil tratamento (MINAS GERAIS, 2009, 2010).

Em 2009, Minas Gerais, apresentou um coeficiente de detecção de 9,35/100.000 habitantes, sendo classificado como média endemia (FIG. 1) (MINAS GERAIS, 2010).

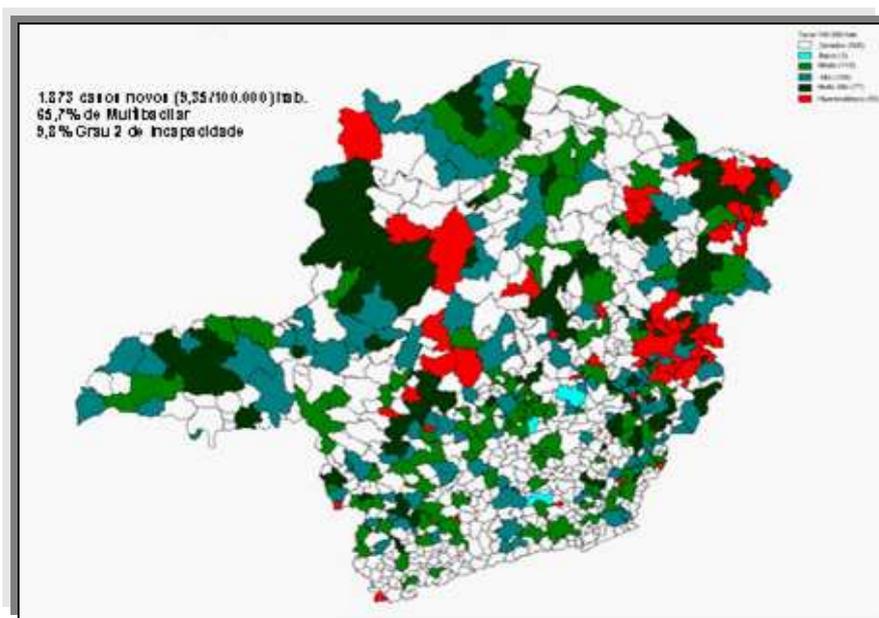


FIGURA 1 - Distribuição do coeficiente de detecção de hanseníase, Minas Gerais, 2009

Fonte: MINAS GERAIS, 2010.

A microrregião de Saúde de Almenara, composta por uma população de 182.766 habitantes possuía, para o ano de 2008, uma taxa de detecção de 44,32/100.000 habitantes, 6,2% com grau de II de incapacidades e 59,3 % de pacientes com a forma clínica multibacilar (FIG. 2). A população abaixo de 15 anos, compreendendo 47.806 habitantes, apresenta taxa de detecção de 16,73/100.000 habitantes, 25% de casos multibacilares e nenhum caso com incapacidade física (MINAS GERAIS, 2010).

percentual de grau de incapacidade avaliado no diagnóstico e na cura; percentual de contatos examinados; e o fato de estar ou ter área de *cluster* (MINAS GERAIS, 2010).

2.2 Hanseníase e fatores socioeconômicos: compreensão do processo saúde e doença

Um dos desafios para compreender o processo saúde doença consiste em identificar a forma como as desigualdades sociais influenciam a distribuição da doença na sociedade. Parte-se do pressuposto de que a doença se distribui desigualmente no espaço, ocorrendo também de modo desigual sobre os indivíduos em decorrência de sua inserção no sistema de reprodução social (LANA *et al.*, 2006).

A ideia de que a saúde tem relação com as condições de vida das populações já foi relatada há centenas de anos. No entanto, somente com o surgimento da medicina social, entre os séculos XIV e XVIII, é que investigações sistemáticas começaram a validar e a oferecer às políticas públicas e às reivindicações sindicais e de movimentos sociais (MINAYO, 2000).

A compreensão da epidemiologia das doenças acopladas ao meio ambiente necessita de uma análise do espaço, favorecendo a visão do processo saúde doença. A hanseníase é uma doença tropical negligenciada, prevalente em países em desenvolvimento, cujas precárias condições de vida da população favorecem seu aparecimento. O Brasil possui um cenário de grandes diferenças sociais acabando por favorecer a exclusão social e econômica, vinculada, principalmente, à miséria e à pobreza. Essa distribuição desigual de rendas no País acaba por comprometer a saúde e a qualidade de vida das populações (SILVA, 1997; WALDMAN; SILVA; MONTEIRO, 1999; WHO, 2010b).

É consenso que a qualidade de vida da população é um fator de risco para o desenvolvimento de algum tipo de doença infecciosa. Ou seja, existe uma grande relação entre saúde e condições de vida de uma população. A hanseníase, como uma doença infecciosa, possui seu comportamento influenciado pelo nível socioeconômico, pelas condições de vida e pelo serviço de saúde prestado para a população. Existe um conjunto de relações responsáveis pela ocorrência da doença, fatores predisponentes que vão além do bacilo, por exemplo, modo de vida da

população, estado nutricional e aglomeração dentre outros (AMARAL, 2008; LANA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2004; WALDMAN; SILVA; MONTEIRO, 1999).

As diferenças epidemiológicas da hanseníase em um dado território estão associadas a diferentes modos de organização espacial e social, determinando “dessa forma diferentes riscos de adoecer para certos grupos sociais, considerando que as condições de vida estão relacionadas diretamente com o processo de adoecimento” (LANA *et al.*, 2009, p. 540).

O combate à doença em países não desenvolvidos é difícil, pois as precárias condições de vida da população facilitam sua disseminação e manutenção da endemia. A desarticulação dos serviços de saúde compromete a eficácia dos programas de controle (WALDMAN; SILVA; MONTEIRO, 1999).

A difusão da doença é também facilitada por movimentos migratórios, baixa escolaridade e as precárias condições de habitação, possuindo uma relação direta e influenciável pelas condições socioeconômicas da população. Nos países endêmicos percebem-se diferenças de prevalência entre os estados, as cidades e, até mesmo, em espaços intraurbanos, concentrando-se em locais onde há maior pobreza (LANA *et al.*, 2006). A mobilidade intraurbana ou, mesmo, urbano-rural intensifica a taxa de contatos sociais do paciente, numa conjuntura em que convivem precárias condições de moradia e a precariedade dos locais de trabalho, favorecendo, assim, a transmissão da doença (HELENE; SALUM, 2002).

A avaliação das condições de vida de uma população é de extrema importância, pois visa fornecer subsídios para delinear novas estratégias e ações para o controle da endemia e, mesmo, o desenvolvimento de políticas públicas, repercutindo no nível local de saúde (LANA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2004).

2.3 Hanseníase e percepções da população sobre a endemia

Desde tempos remotos as concepções sobre doença são amplas, como ocorrência de origem sobrenatural, manifestações de deuses divinos ou obra de algum espírito ou, mesmo, de um inimigo com poderes especiais. Neste contexto, a doença era definida ora como produto de uma invasão do organismo por alguma matéria estranha, ora como “perda da alma”. A alma, então, era compreendida como a sombra do indivíduo, podendo ser separada do corpo a partir de rituais mágicos, cuja terapia consistia em reencontrar a alma e devolvê-la ao paciente. Outras vezes,

o indivíduo era castigado por quebrar condutas normatizadoras e estabelecidas na época vigente. Qualquer erro ou desobediência poderia acarretar doenças e, até mesmo, epidemias, sendo necessária a confissão do indivíduo, exigindo posterior castigo para a obtenção de cura (HEGENBERG, 1998).

A doença já teve representações metafísicas, filosóficas e naturais, contemplando-se os aspectos observáveis, partindo para suas representações fisiológicas, químicas e morfológicas. Com tudo isso, a doença deixou de ser percebida como um destino do ser humano e passou a ser considerada como um objeto da ciência (HEGENBERG, 1998).

A atual medicina científica teve origem em Hipócrates, que descreveu inúmeras doenças, sendo conhecido também como o “Pai da Medicina”. A ele deve-se a primeira tentativa de eliminar as causas sobrenaturais associadas à ocorrência das doenças. Somente a partir daí é que elas passaram a serem vistas como fenômenos naturais (HEGENBERG, 1998).

O conhecimento sobre uma doença depende de uma concepção anterior àquela que o indivíduo possui sobre ela, sua representatividade e seu significado, influenciada principalmente pelo estilo de pensamento dominante no meio em que está inserido (HEGENBERG, 1998). Essa concepção a respeito da saúde/doença possui características próprias, de acordo com a cultura de diferentes localidades (OLIVEIRA, 1998).

Para Bakirtzief (1994), a relação pensamento-objeto não é uma atividade autônoma, independente de um contexto social. Entende-se então como conceito de conhecimento socialmente construído: “[...] o conjunto de conceitos sobre um determinado objeto que é formulado na relação entre o pensamento e o objeto ou na comunicação inter-subjetiva” (p. 15).

Qualquer doença cuja origem é obscura ou cujo tratamento ineficaz tende a ser sobrecarregado de significados, como o medo, torna-se uma metáfora, sendo adjetivada com isso ou aquilo, possuída de sentimentos maldosos projetados na doença, e esta projetada para o mundo. O ideal para o indivíduo seria encarar a enfermidade livre destes pensamentos metafóricos. Assim, qualquer doença

[...] encarada como mistério e temida de modo muito agudo terá tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa [...]. Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista (SONTAG, 1984, p. 10).

Para a grande maioria dos sujeitos, a informação que carrega sobre a hanseníase está permeada de várias crenças e histórias oriundas de sua comunidade, as quais não possuem embasamento nos atuais conhecimentos da ciência sobre a enfermidade (COELHO, 2008). Hoje, mesmo com a evolução científica, a doença tem a força de trazer à tona velhos significados relacionados a experiências passadas (CZERESNIA, 1997).

Castiel (1996a) indaga: Como é possível pessoas possuidoras de conhecimentos elaborados sobre riscos e doenças continuarem a adotar determinados comportamentos? Como a percepção da ocorrência da epidemia de uma doença é construída?

Alguns pressupostos sobre a natureza humana são resultados da tentativa de configurar o modo como a antropologia médica assume a posição do homem racional.

- 1) O conhecimento é internamente consistente de acordo com modalidades de lógica conjuntista;
- 2) O humano é, em essência, um ser movido pelo raciocínio, processo consciente que organiza o conhecimento para prover informações e orientar a ação;
- 3) O humano se comporta de maneira pragmática, com base em modelos causais, por meio dos quais procura prever e controlar as ocorrências que lhe podem suceder (YONG², 1981, apud CASTIEL, 1996a, p. 88).

As pessoas, em geral, não costumam levar em conta somente a racionalidade para orientar suas ações, agindo de acordo com as ideias e afetos vinculados a determinados padrões já predefinidos (CASTIEL, 1996b).

As explicações sobre epidemias de doenças buscaram formas mais seguras de estabelecer relações com o mal, o qual era apreendido como proveniente da natureza ou das relações com os homens. As práticas sociais de proteção das epidemias sempre estiveram permeadas por um imaginário religioso, no sentido de purificação do indivíduo. Cita-se o modelo de organização das práticas da lepra, que previa a exclusão e a posterior purificação do indivíduo. A Igreja assumia a incumbência de combater a doença, sendo os doentes afastados do convívio da

² YONG, A. When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 5, p. 317-335, 1981.

comunidade e purificados, tornando-se relacionados, assim, a um estado de impureza espiritual. Os leprosos recebiam vestimentas e um chocalho, para sua identificação nas ruas, sendo desprovidos de direitos civis e considerados socialmente mortos (CZERESNIA, 1997).

Hoje, apesar do avanço científico na área de saúde sobre a hanseníase, levando à cura em todos os casos, pode-se observar que os conceitos da hanseníase ao longo dos anos ainda perseguem as antigas características da doença, prevalecendo o estigma e fazendo com que o hanseniano opte, muitas vezes, por omitir a doença (MAIA *et al.*, 2000).

As atitudes preconceituosas de negação e de rejeição ao indivíduo associam-se também à atualização do conceito de contágio. Historicamente, há relatos sobre a percepção do contágio que, muitas vezes, associam a epidemia a condições climáticas, envenenamento, área em que jaziam os cadáveres e, até mesmo, águas contaminadas. Mesmo assim, os doentes não se afastavam das fontes possivelmente contaminadas (CZERESNIA, 1997).

É importante ressaltar que ações que objetivem o controle de uma doença devem atentar-se não somente às avaliações e ao manejo, mas também à percepção dos indivíduos designados, já que existem diferenças quanto à maneira de perceber e agir em cada doente, sua rede social e, até mesmo, nos profissionais de saúde de sua referência (FELICIANO *et al.*, 1998). Há vários anos, o PNCH vem implementando ações que visem ao controle da doença, citando-se: divulgação dos sinais, sintomas, tratamento e, principalmente, a cura da doença, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce, alterando, assim, uma possível cadeia de transmissão (MAIA *et al.*, 2000).

O entendimento da doença acaba por inferir na relação que o indivíduo mantém com os sistemas de saúde. Ou seja, o modo como ele se percebe como doente influenciará o diagnóstico da doença, o tratamento e a aceitação da enfermidade (OLIVEIRA, 1998).

A distância entre o saber científico e o conhecimento que a população possui da doença acabam por fazer com que a hanseníase e a lepra pareçam duas enfermidades distintas. A primeira é associada a uma condição clínica pouco contagiosa e que tem cura. A segunda é uma doença estigmatizada que sentencia o indivíduo por toda a sua vida. É necessário promover a aproximação entre o saber científico e o saber comum (JOFFE *et al.*, 2003).

A difusão do saber é uma tarefa árdua, em que barreiras cognitivas e emocionais interferem na compreensão das informações por parte do indivíduo. Joffe *et al.* (2003), em estudo, relatam o desconhecimento da população sobre a hanseníase, especialmente sobre as manifestações iniciais da doença. Apesar de em todos esses anos difundir-se a nova terminologia da hanseníase, abandonando a lepra, percebe-se que ainda não se obteve o êxito esperado. É necessário realizar uma maior divulgação sobre a doença, envolvendo, principalmente os meios de comunicação, o ambiente de trabalho e as unidades de saúde, abrangendo, assim, as particularidades de cada comunidade, notadamente aquelas de baixa escolaridade (JOFFE *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2007). Em trabalho recente, Morais *et al.* (2009) relatam a falta de conhecimento da população quanto aos sintomas da hanseníase, sendo que 80% da população vincula as feridas na pele como principal sintoma, comprovando que a doença deixou marcas socioculturais nos indivíduos.

A falta de conhecimento ou o conhecimento precário da população e, mesmo, dos profissionais da saúde acerca da doença contribuem por retardar o diagnóstico clínico, disseminando a fonte de infecção e favorecendo o aparecimento das incapacidades. É de extrema relevância que o profissional de saúde não somente possua o conhecimento científico, como também entenda como a população compreende a doença, a fim de ofertar uma prática pedagógica mais eficaz (MAIA *et al.*, 2000).

A forma como a hanseníase é incorporada no seio familiar e as mudanças que acometem o indivíduo e seus familiares estão relacionadas, em grande parte, ao funcionamento do ciclo familiar e a experiências prévias com problemas de saúde em geral. A relação entre o hanseniano e sua rede social é um dos fatores envolvidos na transmissibilidade da hanseníase, no desenvolvimento de incapacidades e na manutenção do preconceito (FELICIANO; KOVACS, 1997). A condição socioeconômica também reflete no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, na transmissão de conhecimento e na identificação da doença (JOFFE *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2007).

A estigmatização oriunda da doença afeta o Programa de Controle da Hanseníase, pois acaba por retardar a procura do serviço de saúde, por medo do diagnóstico. Apesar de haver cura e de possuir terapêutica eficiente e de fácil administração, a hanseníase continua mantendo altas taxas de prevalência. O

número de doentes ocultos é grande, acabando por disseminar a doença, deixando para trás vários indivíduos contaminados, favorecendo, assim, a disseminação da endemia. Para que o diagnóstico da hanseníase seja feito precocemente, é necessário que a população conheça os sinais e sintomas da doença e que seja informada sobre o tratamento e a cura, sendo motivada a buscar as unidades de saúde do seu município (SANTOS *et al.*, 2007).

Além do fato de a hanseníase ser tida como doença estigmatizadora, o pouco conhecimento que a população possui sobre a doença dificulta a aceitação, até mesmo, pelos próprios portadores, que acabam por abandonar o tratamento, além do fato de não admitirem que possuem a hanseníase (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Muitas vezes, o indivíduo percebe a doença somente quando ocorrem alterações que modificam sua rotina. Para o reconhecimento de qualquer alteração corporal, é necessário que haja a percepção de se existe algo incomum em seu corpo e de um saber que remete a uma situação de doença, para, a partir daí, tomar iniciativas. O sentido atribuído a alguma parte do corpo humano por um profissional de saúde pode não ser o mesmo que aquele dado por um paciente. As diferenças no imaginário popular atribuídas aos órgãos do corpo humano são responsáveis pelas indisposições (CASTIEL, 1996a).

Santos *et al.* (2007, p. 24) afirmam:

No caso da hanseníase os sinais e sintomas iniciais não prejudicam a rotina do homem, e dessa forma, associado ao desconhecimento da doença podem retardar a percepção que os doentes têm sobre a hanseníase e a busca a assistência à saúde necessária, e dessa forma, associado ao desconhecimento da doença podem retardar a percepção que os doentes têm sobre a hanseníase e a busca a assistência à saúde necessária.

As campanhas educativas veiculam informações que, muitas vezes, são insuficientes para a desconfiança da doença, sugerindo falhas no teor das informações, na linguagem utilizada e nas estratégias de veiculação. É necessário que as informações acerca da doença sejam difundidas em trabalhos educacionais nas comunidades, escolas e imprensa escrita, falada e televisiva (SANTOS *et al.*, 2007). Por fim, o conhecimento da doença pela população permitirá o diagnóstico precoce, favorecendo a interrupção da cadeia de transmissão e o ciclo da endemia.

2.4 Acesso e utilização dos serviços de saúde

O SUS define como um dos seus princípios a equidade, voltado para a necessidade de diminuir as disparidades sociais e regionais do País, o qual reafirma que a necessidade deve-se dar por meio das ações e serviços de saúde. Ele pressupõe tratar de forma prioritária as populações que estão mais vulneráveis socialmente ou que apresentam reconhecido risco à saúde. Ou seja, parte do desígnio de que os indivíduos são diferentes entre si, merecendo tratamentos distintos, a fim de reduzir ou, mesmo eliminar essa desigualdade (BRASIL, 2000; DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008).

O uso da investigação epidemiológica sobre a utilização de serviços de saúde é muito relevante, na medida em que demonstra resultados que possibilitam esclarecer e orientar as políticas com a melhoria de sua qualidade (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008). A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de seu uso compreende o contato direto e a realização de exames preventivos e de diagnósticos com os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

“O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos com base em vários fatores, variando de acordo com o tipo de serviço e com a proposta assistencial. São eles:

A necessidade de saúde - morbidade, gravidade e urgência da doença; aos usuários - características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), sócio-econômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; aos prestadores de serviços - características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; à organização - recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; à política - tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

O conceito de acesso varia com o tempo, a terminologia e, mesmo, os autores, mas predomina como uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta de serviços. Em relação ao seu enfoque, pode variar também quanto às características das ofertas de serviço, dos indivíduos ou de

ambas (LANZA, 2009; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Travassos e Martins (2004, p. 197) diferenciam o conceito de acesso e a utilização de serviços:

Acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Apesar das divergências, predomina a visão de que o acesso relaciona-se a características da oferta de serviços. O uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele. Fatores individuais predisponentes e contextuais também influenciam o uso.

Muitos inquéritos populacionais referem-se ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, informando sobre o perfil demográfico, social e de saúde de uma população em decorrência de sua área geográfica. A interpretação do perfil do uso dos serviços de saúde em diferentes localidades sugere que as taxas de utilização são controladas pelo estado de saúde dos indivíduos e padronizadas por sexo e idade. Além disso, os inquéritos costumam coletar dados referentes a frequência com que os indivíduos procuram os serviços de saúde, tipo de atendimento recebido, motivo pelo qual não foi atendido, motivo do não atendimento, tempo de espera para atendimento e satisfação dos usuários, dentre outros (VIACAVA, 2002).

O conhecimento sobre o uso dos serviços de saúde permite avaliar e identificar os grupos sociais mais vulneráveis quanto ao estado de saúde, seja pela indisponibilidade nos serviços ou pelas condições que conduzem à não utilização desses serviços disponíveis.

O comportamento de um indivíduo em relação à sua saúde dependerá da percepção sobre a gravidade da doença e suas consequências, podendo ou não o serviço de saúde lhe trazer benefícios. Assim explicam Travassos e Martins (2004, p. 195): “A suscetibilidade percebida refere-se à percepção subjetiva do risco de ter doença”. Ou seja, a percepção que um indivíduo tem sobre a doença, a identificação de sinais e sintomas, e a busca pelo atendimento profissional é resultante de um conhecimento pré-adquirido da população.

A percepção da gravidade da doença manifesta-se em sentimentos de preocupações e de medo em relação à enfermidade e suas consequências, sejam na saúde, como a dor e a morte, ou na vida, no meio familiar.

A probabilidade do indivíduo adotar uma “ação de saúde” é influenciada por três componentes: a propensão à ação; a avaliação das vantagens e dos inconvenientes de adotar esta ação; e os estímulos internos e externos para adotá-la (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 195).

A capacidade operacional dos serviços de saúde do município influencia a precocidade do diagnóstico clínico da hanseníase, principalmente se contar com boa cobertura assistencial e profissionais de saúde devidamente capacitados. Portanto, a situação epidemiológica da hanseníase em qualquer lugar é afetada diretamente pela capacidade operacional do município (LANA *et al.*, 2004).

Conhecer sobre a utilização dos serviços de saúde no município pode contribuir com a organização da assistência, identificando, assim, as populações excluídas. Lanza (2009), em seu estudo, relata que na microrregião de Almenara existe desigualdade na organização das ações de prevenção e controle da hanseníase, havendo municípios com uma melhor organização dos serviços de saúde. Informa que apenas 65,0% da população de Almenara está vinculada a um PSF, sendo o restante atendido em um Centro de Especialidades Médicas.

A hanseníase, como doença negligenciada, precisa ser vista como prioridade não somente pelo Poder Público, como também pelos profissionais de saúde e cobrada pela população, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde. Neste quesito, o plano Municipal de Almenara considera a hanseníase como agravo prioritário (LANZA, 2009).

A divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase é uma estratégia que conscientiza e alerta a comunidade sobre os benefícios do diagnóstico precoce, na medida em que uma população esclarecida acaba trazendo novos casos, melhorando, assim, o acesso aos serviços de saúde. As atividades educativas realizadas em serviço pelo profissional de saúde devem se tornar rotineiras, com o objetivo de disseminar informações e sustentar/aprofundar o conhecimento da população sobre a hanseníase (LANZA, 2009).

Municípios que não divulgam a doença para a sua população acabam por realizar diagnósticos tardios, com algum grau de incapacidade física. Assim, as ações descentralizadas da hanseníase na atenção básica incrementam o trabalho de educação em saúde na comunidade, cujas ações educativas constituem-se em importante estratégia de diagnóstico de casos da doença, mobilizando a população (LANZA, 2009).

O acesso que uma população tem a informações de uma doença é influenciado, muitas vezes, pelas estratégias que o município utiliza para divulgar os sinais e sintomas da hanseníase. Algumas dessas estratégias são capazes de alcançar boa parte da população, como: divulgação nas rádios e em carro de som,

distribuição de panfletos na conta da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), faixas espalhadas pelas ruas da cidade e orientações realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as visitas domiciliares. Não se pode esquecer do trabalho realizado pelos ACS durante as visitas domiciliares, sendo de extrema importância na efetivação das ACH, devido a sua proximidade com a população (LANZA, 2009). As palestras realizadas nas escolas, na sala de espera do PSF, nos grupos operativos de saúde, nas igrejas e na feira de cultura atingem diversos tipos de população, podendo, as informações ser repassadas a toda a comunidade.

A falta desses recursos tecnológicos para a realização de ações educativas pode ajudar a manter o desconhecimento da população sobre os sinais e sintomas da hanseníase, sustentar o estigma que ainda está muito presente na região do Vale do Jequitinhonha e prejudicar o acesso precoce às unidades de saúde para confirmação do diagnóstico (LANZA, 2009, p. 102-103).

Do total de casos de hanseníase diagnosticados entre 1998 a 2006 2,4% foram notificados em outro município (AMARAL, 2008). Além de barreiras geográficas, que dificultam o acesso aos serviços de saúde, a população pode estar se deslocando a outra cidade para esconder a doença de sua comunidade. Outros procuraram o Centro de Referência, e não o PSF, para não serem identificados no próprio bairro (LANZA, 2009).

Brandão (2008) relata que a falta de conhecimento e de informação contribui para a vulnerabilidade das pessoas, dificultando a integração das ACH. Quando um profissional de saúde não proporciona a seu paciente o acesso às informações sobre sua doença, está omitindo sobre seus direitos e deveres. Porém, omissão maior é não perceber que todos os profissionais de saúde fazem parte do SUS, cujas políticas baseiam-se em questões públicas, sendo todos corresponsáveis por suas ações (BRANDÃO, 2008).

Para eliminar a hanseníase na microrregião de Almenara, é necessário promover a intensificação das ações de controle da endemia, mediante a organização dos serviços de saúde, com a melhoria da cobertura populacional, em que haja a horizontalização das atividades e, dessa forma, maior qualidade e eficiência da atenção à saúde. Com a implementação e o aumento da cobertura da saúde com os PSF, espera-se que haja uma atenção integral ao indivíduo e a sua comunidade (LANA *et al.*, 2006).

2.5 Educação em saúde e hanseníase: o controle de endemias

Para Levy *et al.* (1996), a educação em saúde é “qualquer combinação de experiências de aprendizagem concebidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando o seu conhecimento ou influenciar suas atitudes”. Declaram Levy *et al.* (1996):

[...] o foco da educação em saúde esta voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

L'Abbate (1994, p. 482) já definia educação em saúde como “um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades”.

Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam saber identificar suas necessidades e adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. Neste sentido, a educação em saúde contribui para que as pessoas adquiram autonomia para que possam identificar e utilizar os meios mais adequados para melhorar sua vida (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2004). Ela deve partir de uma articulação entre o conhecimento que o indivíduo possui sobre a doença e suas experiências, mas, muitas vezes, acaba-se por desconsiderar que o processo educativo lida com particularidades, histórias de vidas, crenças e, mesmo, a subjetividade do indivíduo, sustentada por uma base sociocultural (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Se considerarmos que o medo da doença pode ser decorrente da falta de informação e esta, por sua vez, pode contribuir para retardar o diagnóstico e manter as fontes de infecção, fica evidente a necessidade premente de se desenvolverem, em nível local, estratégias educativas próximas à realidade do usuário (SANTANA *et al.*, 2008, p. 183).

A educação em saúde deve promover o “senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária” (LEVY *et al.*, 1996). Entretanto, deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidades das pessoas pensarem e repensarem sobre a sua cultura, transformando assim, no próprio modificador sua realidade (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2004).

A apreensão do saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Importante ressaltar que não são as ocorrências de desigualdades que têm que mudar, e sim os indivíduos, aqueles que não conseguem agir como sujeitos de sua ação (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

A consciência da importância da educação como forma de reduzir a detecção de casos novos e a prevalência da hanseníase como forma de alcançar o controle da doença vêm crescendo no Brasil, ressaltando, assim, sua importância como estratégia de controle para a epidemia (SANTANA *et al.*, 2008).

Gazzinelli *et al.* (2005) destacam a permanência de um modelo hegemônico na prática profissional que acaba por preconizar a mudança de hábitos e a adoção de novos comportamentos da população para a obtenção da melhoria da saúde. Assim, compete às pessoas, já informadas sobre os riscos de adoecer, a responsabilidade de adotar um novo modelo de vida mais saudável. As práticas educativas pautadas nos conteúdos cientificistas e normativos demonstram que obtenção de saber não resulta necessariamente em mudança de comportamento, confirmando, assim, o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde.

A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na ideia de que se pode educar para a saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Grosso modo, esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas (GAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 201).

Existe a necessidade urgente de repensar as estruturas tradicionais de educação e saúde, ampliando sua referência com as teorias e experiências já existentes de participação e controle social, permitindo, assim, aumentar a integração da população, beneficiando mudanças a seu próprio favor (MINAYO, 2000).

Gazzinelli *et al.* (2005) descrevem cinco axiomas que norteiam a teoria em relação à educação em saúde. O primeiro diz respeito à não correspondência entre o saber instituído e a mudança de comportamento, referenciando o fato de que os comportamentos traduzem as percepções dos indivíduos, muitas vezes, não podendo ser modificadas e, sim, adquirir novos conhecimentos. Isso remete à importância de que a educação em saúde deve sempre levar em consideração os

pensamentos e as trajetórias de vida dos indivíduos, influenciados pelo meio no qual vivem.

O segundo, o terceiro e o quarto axioma referem-se à identificação da representação que os indivíduos possuem sobre a doença, da importância de se levar em consideração os processos educativos e de sua relação com a mudança da prática, respectivamente. O último axioma aborda a questão das representações de uma doença que influenciam as práticas, e essas acabam por transformar essas representações, analisando os elementos que influenciam as ações e pensamentos de um indivíduo (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Santana *et al.* (2008), em seu trabalho, ressaltam a importância dos membros da rede social como motivadores do paciente na busca pelo atendimento. O convívio acaba por favorecer a identificação dos sintomas e, conseqüentemente, a busca pelo diagnóstico, influenciando as opções das alternativas de ações. Por meio dessa rede social é que se percebem as chamadas “práticas não profissionalizantes”, as quais transmitem valores, condutas e, muitas vezes, o conhecimento distorcido.

Cabe refletir sobre o papel da mídia como veículo de comunicação capaz de produzir esclarecimento, motivando a emancipação e instigando o papel do cidadão, não como cumpridor de tarefas citadas por autoridades sanitárias, mas como participante popular gerando sujeito crítico e co-responsável pelo processo coletivo de construção da saúde (SANTANA *et al.*, 2008, p. 187).

Conhecer as percepções que uma população possui acerca de determinada doença é de extrema importância ao se levar em consideração seu saber cultural, adquirido ao longo dos anos e passado de geração para geração *versus* o novo conhecimento científico (microbiológico) da saúde. O conhecimento não necessariamente deve ser exato, correto e conforme alguns padrões preestabelecidos, mas deve ser levado em consideração, a fim de estabelecer políticas de ação para o controle da doença. Se o indivíduo não consegue reconhecer a doença, conseqüentemente, não procura o serviço de saúde e continua a transmitir a endemia. É necessário que haja a compreensão da doença, para que a população se engaje numa luta de controle à endemia, identificando sinais e sintomas, procurando tratamento e se identificando como participante ativo nesse processo.

Pasística e Métodos

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, um inquérito tipo *survey*, de natureza descritiva, o qual utiliza uma análise quantitativa dos dados.

3.1.1 *Survey* - Breve histórico

A metodologia *survey* é de grande importância nos levantamentos estatísticos que visam determinar situações e que, em muitos casos, servem como base de informação para outros tipos de pesquisa. O pesquisador que lida com *survey* tende a levar em consideração o perfil do indivíduo e uma amostragem maior do que nos outros tipos de estudo. O *survey* é utilizado quando se trata de um problema cuja situação atual pretende-se descrever (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1999).

Os pioneiros da pesquisa *survey* tal como ela é conhecida hoje foram Samuel A. Stouffer e Paul F. Lazarsfeld. O primeiro desenvolveu métodos científicos de pesquisa empírica adequados ao exame dos fenômenos sociais, iniciando suas obras na década de 1930. Lazarsfeld desenvolveu técnicas rigorosas para aplicar métodos empíricos a questões sociais usando equipamentos mecanizados de processamento de dados para elucidar e formalizar a lógica da análise do *survey* (BABBIE, 1999).

Como característica deste tipo de pesquisa, citam-se: a lógica, o determinismo, a generalidade e a especificidade. Os *surveys* diferem-se em termos de objetivos, custos, tempo e escopo, podendo ser descritivos, explicativos, exploratórios ou a combinação de mais de um elemento. Nesta pesquisa, pretende-se utilizar o *survey* descritivo, utilizado para permitir enunciados descritivos sobre alguma população; isto é, descobrir a distribuição de certos atributos. Pode-se caracterizar esta pesquisa também como interseccional, pois os dados serão colhidos em certo momento, de uma amostra selecionada para descrever uma população maior da mesma ocasião (BABBIE, 1999).

3.1.2 Inquérito domiciliar

A prática dos inquéritos domiciliares é bastante antiga. Desde o século XIX, vem sendo muito utilizada tanto pela sociologia quanto pela epidemiologia. No Brasil, surgiu desde as primeiras décadas do século XX, como fonte de informações sociodemográficas e epidemiológicas. Com o passar dos anos, os dados provenientes de inquéritos foram se aperfeiçoando, vindo a possibilitar maior exatidão das informações obtidas, garantindo uma validação externa, ou seja, uma generalização da amostra (BARATA, 2006).

Os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo desenvolvidos nos países industrializados desde década de 1960, sendo utilizados para a formulação e avaliação de políticas públicas cuja demanda surge com a crescente complexidade das doenças prevalentes e da organização da atenção à saúde (BARROS, 2008; VIACAVA, 2002).

Alguns países acabam utilizando indicadores que abrangem vários componentes do estado da saúde, inclusive determinantes socioambientais e índice de qualidade da organização e desempenho dos serviços para monitorizar a situação de saúde nas populações. Muitos desses indicadores são acessíveis somente por meio de inquéritos domiciliares (BARROS, 2008).

É importante ressaltar que experiências em âmbito menor são essenciais para a experimentação e validação de instrumentos e para atender às necessidades em nível municipal e, mesmo, ao aprofundamento em questões específicas que precisam ser mais detalhadas (BARROS, 2008, p. 23).

[...] inquéritos de base populacional representam oportunidades únicas para a obtenção de informações sobre morbidades percebidas, incapacidades, limitações, impacto da doença nas atividades da vida diária e na qualidade de vida, auto-avaliação da saúde, saúde mental, prevalência de comportamentos não saudáveis e uso de serviços de saúde.

Um dos problemas em inquéritos epidemiológicos são as não respostas, resultando em recusas, problemas na coleta ou, mesmo, no uso de informantes secundários no momento da entrevista. Viacava (2002) relata que uma limitação a dados de produção de serviços é a carência de variáveis sociais, que, mesmo quando existem, possuem preenchimento incompleto e baixa confiabilidade, surgindo daí a necessidade de realizar inquéritos domiciliares.

As informações adquiridas por meio de inquéritos domiciliares são de grande relevância, permitindo conhecer aspectos não contidos nos sistemas de informação, acrescentando dados complementares ao sistema.

3.2 Cenário de estudo

A microrregião de Saúde de Almenara possuía, no ano de 2009, uma população estimada de 182.766 habitantes, apresentando uma taxa de detecção geral de 44,32/100.000 habitantes. Na população menor de 15 anos, a taxa é de 16,73/100.000 habitantes para uma população de 47.806 habitantes (MINAS GERAIS, 2010). É importante ressaltar que Almenara é uma das cidades prioritárias para a atenção e controle da hanseníase no estado de Minas Gerais (FIG. 3).

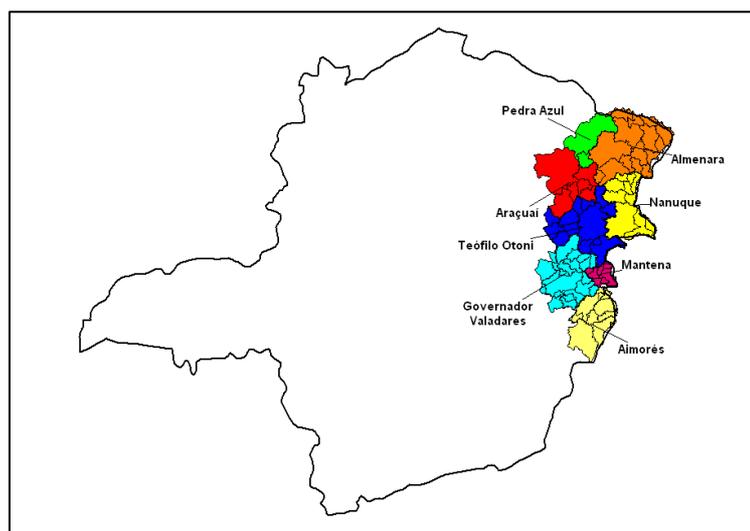


FIGURA 3 - Municípios do Cluster 4 pertencentes ao estado de Minas Gerais agrupados segundo a microrregião de saúde

Fonte: AMARAL, 2009.

Almenara está localizada no nordeste de Minas Gerais, pertencendo ao baixo Jequitinhonha. Situa-se a 745 km de Belo Horizonte e possui uma população total de 38.775 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2010). A população feminina é de 19.241 habitantes, um pouco menor que a população masculina, de 19.534 habitantes. O total de domicílios particulares é de 13.270, com uma média de moradores de 3,34.

O município é banhado pelo rio Jequitinhonha e possui como principal atividade econômica a pecuária de corte (FIG. 4). Como características destacam-se: taxa de natalidade bruta de 17,2% e proporção da população feminina em idade fértil estimada em 60% (IBGE, 2009). Além disso, para o ano de 2003, a cidade de Almenara possuía uma incidência de pobreza de 49,89 (IBGE, 2003). O índice de desenvolvimento humano (IDH) para o município foi de 0,668, sendo 0,623 para a renda, 0,661 para a longevidade e 0,72 para a educação, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2000).

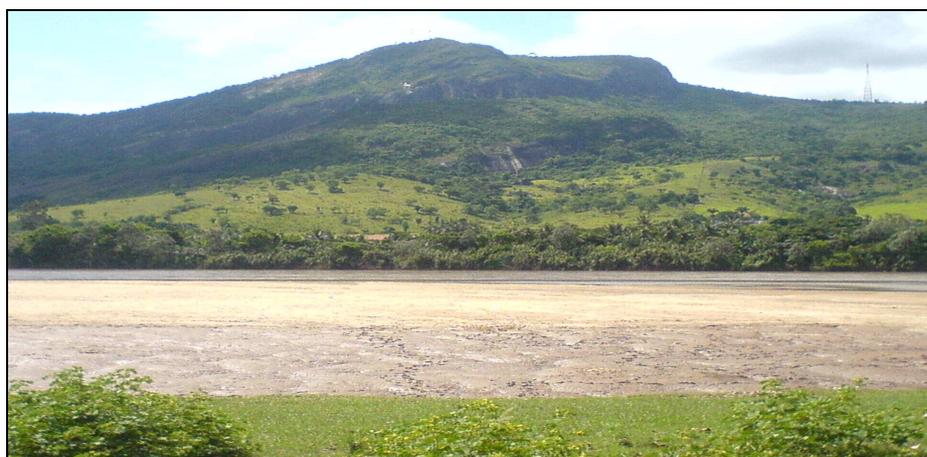


FIGURA 4 - Vista da praia fluvial do município de Almenara
Fonte: Arquivo fotográfico da autora.

O município de Almenara, considerado prioritário para o controle da hanseníase pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, constitui o cenário para apreender o objeto desta pesquisa, pois apresenta altos índices de prevalência e detecção da doença, distribuídos de forma desigual nos diferentes setores censitários do município (AMARAL, 2008).

Segundo a Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária/Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009), o município possuía no ano de 2008, uma taxa de detecção geral de hanseníase de 104,52/100.000 habitantes para uma população referida de 38.269 habitantes. A taxa para menores de 15 anos é de 31,38 para uma população de 9.560 habitantes. Em 2009, a taxa de detecção geral decaiu para 59,68/100.000 habitantes e em menores de 15 anos para 20,92/100.000 habitantes (MINAS GERAIS, 2010). Portanto, todos estes fatores classificam a cidade de Almenara como município endêmico e prioritário para as ações de controle da hanseníase, sendo o cenário ideal para esta pesquisa.

3.3 População amostral

O estudo foi desenvolvido com a população urbana do município de Almenara. Considerando a estrutura organizacional de saúde do município, estima-se que haja diferença de percepções da doença quando se observam diferentes regiões dentro de uma mesma cidade.

A amostra de indivíduos de uma população deve conter essencialmente a mesma variação existente na população original, para permitir descrições úteis dela. “A amostragem probabilística é um método eficiente para extrair uma amostra que reflita corretamente a variação existente na população como um todo” (BABBIE, 1999, p. 119).

Para garantir a representatividade da amostra, realizou-se uma seleção aleatória da população urbana de acordo com critérios estatísticos. A aleatoriedade permite o cálculo de estimativas dos erros envolvidos no processo de inferência. Foi utilizada uma amostragem probabilística estratificada para a seleção das pessoas entrevistadas, de forma que cada indivíduo dos setores censitários obtivesse a mesma possibilidade de ser entrevistado. A amostragem estratificada permite que quantidades apropriadas de elementos sejam retiradas dos subconjuntos da população (FIG. 5 e 6).

Andrade, Sabroza e Araújo (1994) consideram que o domicílio, espaço onde vive o doente e sua família, é a menor unidade espacial em que se realiza o processo de transmissão do bacilo. Diante disso, ressalta-se a importância de buscar as percepções sobre a da doença nas residências.

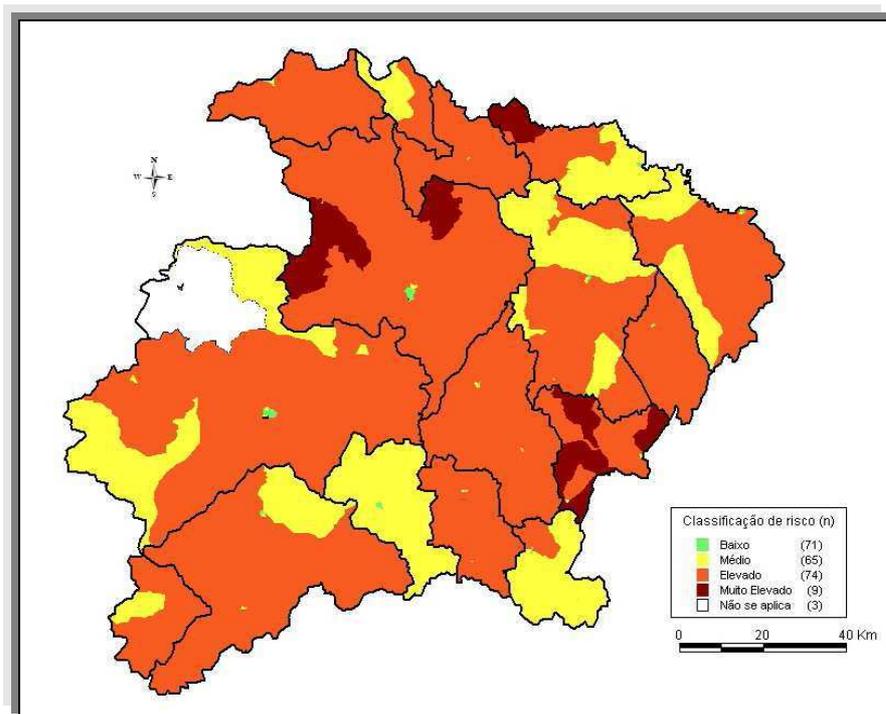


FIGURA 5 - Mapa da distribuição dos setores censitários da microrregião de Almenara, segundo as categorias de risco para a doença

Fonte: AMARAL, 2008, p. 73.

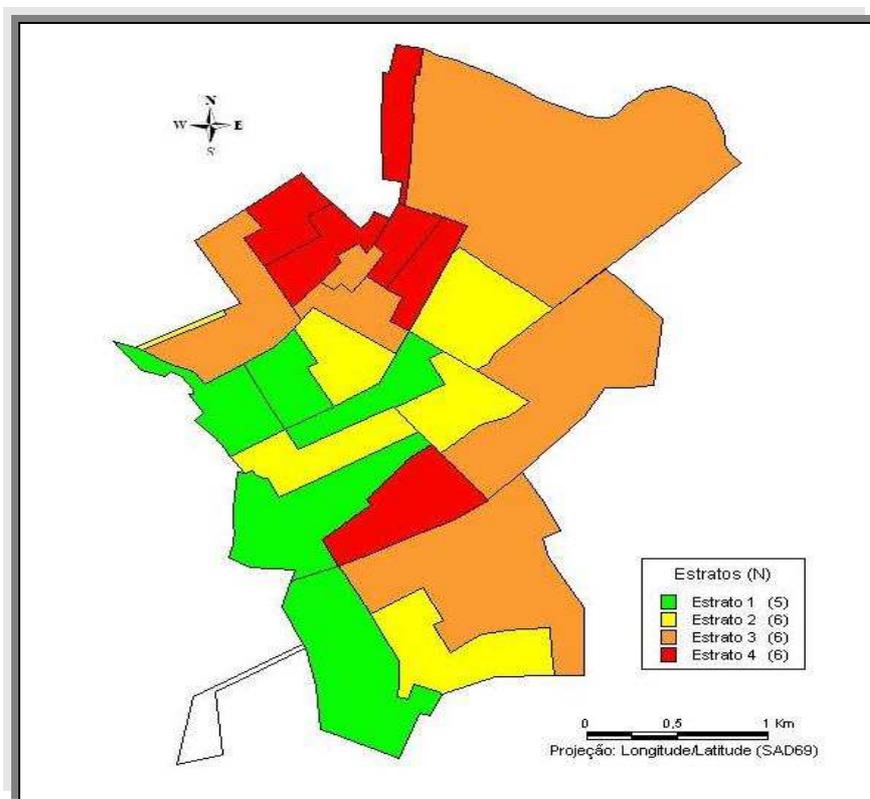


FIGURA 6 - Setores censitários de Almenara, divididos em estratos, segundo coeficiente de detecção da hanseníase, Almenara, 2010

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Amaral (2008) demonstrou que o coeficiente de detecção da hanseníase no município de Almenara varia de acordo com os setores censitários. Para as análises por setores censitários, foi utilizado o coeficiente de detecção médio para o período, obtido a partir do número de casos novos no período de 1998 a 2006 e da população dos setores censitários no ano 2000 (TAB. 1). Os 23 setores censitários foram agrupados em quatro estratos, de acordo com os quartis da taxa de detecção de hanseníase na população geral. Em seguida, estimaram-se as taxas médias de detecção de hanseníase em cada um dos quatro estratos, sendo 691,9% no estrato 1; 882,9% no estrato 2; 1312,3% no estrato 3 e 2493,3% no estrato 4. Levando-se em consideração essas proporções, calculou-se uma margem de erro de aproximadamente 2%, um nível de significância de 5% e poder de 80%, estimando uma amostra em cada estrato de, respectivamente, 277, 174, 134 e 116 domicílios entrevistados, finalizando 701 domicílios.

Todos os dados populacionais e dos domicílios do ano 2000 - desagregados por setores censitários - foram retirados das bases de dados do Censo 2000 (IBGE, 2003). O cartograma e os mapas dos 24 setores censitários urbanos foram disponibilizados gratuitamente pelo IBGE em CD-ROM.

TABELA 1
Divisão dos setores conforme coeficiente de detecção de hanseníase

Estrato	Código do setor	Total de casos 1998-2006	População (2000)	Taxa média de detecção (100.000 hab)
1	310170605000006	6	1055	568,7
	310170605000003	9	1400	642,8
	310170605000002	7	992	705,6
	310170605000004	8	1094	731,2
	310170605000023	11	1384	794,7
	Total estrato 1	41	5925	691,9
2	310170605000008	10	1234	810,3
	310170605000022	8	978	817,9
	310170605000018	12	1410	851,0
	310170605000009	6	660	909,0
	310170605000005	12	1297	925,2
	310170605000001	10	990	1010,1
Total estrato 2	58	6569	882,9	
3	310170605000021	11	1056	1041,6
	310170605000010	13	1193	1089,6
	310170605000016	14	1154	1213,1
	310170605000020	19	1307	1453,7
	310170605000019	27	1828	1477,0
	310170605000013	12	777	1544,4
Total estrato 3	96	7315	1312,3	
4	310170605000011	13	753	1726,4
	310170605000007	16	878	1822,3
	310170605000012	19	871	2181,4
	310170605000017	31	1370	2262,7
	310170605000015	42	1401	2997,8
	310170605000014	47	1465	3208,1
Total estrato 4	168	6738	2493,3	
Total	363	26547	1367,3	

Fonte: AMARAL, 2008; IBGE, 2003, adaptado pela pesquisadora.

O número de domicílios entrevistados em cada setor foi proporcional ao seu tamanho, para cada um dos quatro estratos (TAB. 2). Com base nos dados domiciliares do IBGE (2003), calculou-se o número de domicílios a serem entrevistados em cada setor censitário (TAB. 3).

TABELA 2
Número de domicílios a serem entrevistados em cada setor por estrato

Estrato	Código do setor	População (2000)	% relativo à população do estrato	População total por estrato	Amostra por estrato	Amostra por setor
1	310170605000006	1055	17,80	5925	277	49
	310170605000003	1400	23,60			65
	310170605000002	992	16,70			46
	310170605000004	1094	18,50			51
	310170605000023	1384	23,40			65
2	310170605000008	1234	18,80	6569	174	33
	310170605000022	978	14,90			26
	310170605000018	1410	21,50			37
	310170605000009	660	10,00			17
	310170605000005	1297	19,70			34
	310170605000001	990	15,10			26
3	310170605000021	1056	14,40	7315	134	19
	310170605000010	1193	16,30			22
	310170605000016	1154	15,80			21
	310170605000020	1307	17,90			24
	310170605000019	1828	25,00			33
	310170605000013	777	10,60			14
4	310170605000011	753	11,20	6738	116	13
	310170605000007	878	13,00			15
	310170605000012	871	12,90			15
	310170605000017	1370	20,30			24
	310170605000015	1401	20,80			24
	310170605000014	1465	21,70			25

Fonte: IBGE, 2003, adaptado pela pesquisadora.

TABELA 3
Número de domicílios por setor e sistema a ser seguido para sorteio dos domicílios

Estrato	Código do setor	N domicílios	Amostra de domicílios	k
1	310170605000006	294	49	6
	310170605000003	329	65	5
	310170605000002	284	46	6
	310170605000004	304	51	6
	310170605000023	359	65	6
2	310170605000008	315	33	10
	310170605000022	234	26	9
	310170605000018	360	37	10
	310170605000009	153	17	9
	310170605000005	329	34	10
	310170605000001	293	26	11
3	310170605000021	283	19	15
	310170605000010	305	22	14
	310170605000016	296	21	14
	310170605000020	324	24	14
	310170605000019	422	33	13
	310170605000013	177	14	12
4	310170605000011	204	13	16
	310170605000007	228	15	15
	310170605000012	210	15	14
	310170605000017	294	24	12
	310170605000015	334	24	14
	310170605000014	368	25	15

Fonte: IBGE, 2003, adaptado pela pesquisadora.

Nota: K - Sistema a ser utilizado na amostragem sistemática.

Em cada domicílio, foi entrevistado um adulto maior de 18 anos, utilizando-se de uma tabela de números aleatórios, a fim de garantir a mesma probabilidade de sorteio para todos os indivíduos moradores do domicílio. Em geral, os indivíduos entrevistados mostraram-se bastante motivados em participar da pesquisa.

3.4 Variáveis do estudo

Os elementos de uma população podem ser descritos segundo suas características individuais em variáveis. As seguintes variáveis foram eleitas para serem investigadas e inter-relacionadas com o propósito desta pesquisa.

BLOCO A: Variáveis relacionadas à identificação - composição familiar

- a) sexo (masculino, feminino);
- b) faixa etária (até 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos, mais de 60 anos);
- c) número de moradores no domicílio;
- d) estado civil (solteiro, casado, união estável, viúvo, divorciado, outro);
- e) escolaridade (menos de um ano de estudo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e completo);
- f) profissão: foram agrupadas de acordo com semelhanças, considerando a Classificação Brasileira de Ocupações:
 - Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares,
 - Membros superiores do Poder Público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes: compreende profissões cujas atividades principais consistem em definir e formular políticas de governo, leis e regulamentos, dentre outros. Por exemplo: prefeitos e dirigentes sindicais,
 - Profissionais das ciências e das artes: ocupações cujas atividades requerem conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências física, biológicas, sociais e humanas. Por exemplo: pesquisadores, artistas, religiosos, profissionais das ciências exatas, biológicas, da saúde e afins, e profissionais do ensino,
 - Técnicos de nível médio: compreende ocupações que requerem conhecimentos técnicos e experiência de uma ou mais disciplinas das ciências físicas e biológicas ou das ciências sociais e humanas. Por exemplo, professores leigos e de nível médio, técnicos de nível médio das ciências físicas, bioquímicas, saúde e afins, e das ciências administrativas,

-
- Trabalhadores de serviços administrativos: abrangem dois subtipos, aqueles que realizam trabalho burocrático sem contato constante com o público e os de atendimento ao público. Por exemplo: escriturários e trabalhadores de atendimento ao público,
 - Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados: ocupações cuja tarefa principal requer conhecimentos para a prestação de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança e venda de mercadorias em comércios e mercados. Por exemplo: vendedores e prestadores de serviços do comércio,
 - Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca: compreende ocupações cujas atividades requerem conhecimentos para a obtenção de produtos da agricultura, silvicultura e da pesca. Consiste em praticar agricultura para obter os seus produtos, criar ou caçar animais, pescar ou criar peixes, conservar e plantar árvores, dentre outros. Por exemplo, produtores na exploração agropecuária, pescadores e extrativistas florestais,
 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais: ocupações que requerem conhecimento para produzir bens e serviços industriais. Por exemplo: trabalhadores da indústria extrativa e construção civil, da transformação de metais e compósitos, fabricação e instalação eletroeletrônica e têxtil,
 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais: esse grupo requer para o seu desempenho os conhecimentos e atividades necessários para produzir bens e serviços industriais. Por exemplo: trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias, de instalações siderúrgicas e de materiais de construção; de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel,
 - Trabalhadores de manutenção e reparação: ocupações cujas atividades consistem em reparar e manter toda a sorte de bens e equipamentos seja qual for o tipo de uso. Por exemplo: trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica e polimantenedores,
 - Dona de casa/do lar,
 - Estudante,
 - Aposentado,

- Autônomo: trabalhadores que não especificaram uma ocupação e que prestam serviços por conta própria,
- Empresário: funcionário ligado a uma empresa, o qual exerce profissionalmente atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens ou de serviços,
- g) renda familiar em salários mínimos (até um salário, de um a dois salários, de dois a cinco salários, mais de cinco salários);
- h) trabalha atualmente (sim, não);
- i) família receber auxílio financeiro do Governo Federal, Estadual ou Municipal (sim, não).

BLOCO B: Variáveis relacionadas à moradia e as condições ambientais

- a) tipo de domicílio (casa, apartamento, barracão, cômodo, outro);
- b) condições de ocupação do imóvel (próprio, alugado, cedido, outro);
- c) número de cômodos na residência;
- d) possuir banheiro no domicílio (sim, não);
- e) banheiro dentro do domicílio (sim, não);
- f) tipo de abastecimento de água (rede geral de distribuição, poço artesiano, nascente, carro pipa, chafariz/bica, cisterna, outro);
- g) tipo de esgotamento sanitário (rede coletora, fossa, vala, mato, rio/córrego, outros);
- h) tipo de coleta de lixo (coleta pública, queimado, enterrado, terreno baldio, rio/córrego, caçamba, outros);
- i) possuir energia elétrica (sim, não).

BLOCO C: Variáveis relacionadas às percepções da população sobre a doença

- a) ouvir falar da hanseníase? (Sim, Não);
- b) veículo de informação da hanseníase (ambiente, familiar, vizinhança, serviço de saúde, profissional de saúde, televisão, rádio, escola, cartaz, panfleto, outro);
- c) sinais e sintomas da doença;

- d) contágiosidade (sim, não, não sabe);
- e) modo de transmissão da doença;
- f) existência de tratamento (sim, não, não sabe);
- g) formas de tratamento;
- h) cura (sim, não, não sabe);
- i) prevenção da hanseníase (sim, não, não sabe);
- j) modo de prevenção da doença;
- k) conhecer alguém que já tratou ou está tratando desta doença? (sim, não);
- l) ter ou já ter tido a doença (sim, não);
- m) ter caso na família (sim, não);
- n) veículo de informação sobre indivíduo com hanseníase;
- o) reação ao saber que a pessoa tem ou teve a doença;
- p) perceber se houve alguma mudança na pessoa infectada (sim e não);
- q) qual a mudança ocorrida no paciente;
- r) ter ouvido falar sobre lepra (sim, não, não sabe);
- s) associação entre hanseníase e lepra (sim, não, não sabe).

BLOCO D: Variáveis relacionadas ao acesso e utilização dos serviços

- a) procurar algum serviço de saúde (sim, não);
- b) qual serviço do município procura pra primeiro atendimento (Posto Central/Policlínica, Posto de Saúde/PSF, Hospital-Pronto Socorro, Consultório médico particular, farmácia, convênio, outro, não sabe);
- c) tempo decorrido da última vez que procurou algum serviço de saúde ou profissional de saúde (menos de seis meses, de seis meses a um ano, mais de um ano, não lembra);
- d) atendimento quando procura o serviço de saúde (sempre, às vezes, raramente, nunca);
- e) motivo do não atendimento ou oferta do serviço da última vez que procurou o serviço de saúde (não consegui vaga/senha, profissional não estava atendendo, não tinha o serviço procurado, serviço ou equipamento não estava funcionando, esperou muito e desistiu, falta de medicamento na farmácia, local fechado, equipe não cordial, greve no serviço, outro motivo);

- f) tempo de espera para atendimento (até 60 minutos, de um a três horas, mais de três horas, não recorda);
- g) existência de PSF na área domiciliar (sim, não, não sabe);
- h) receber visita de profissional de saúde (sim, não, não sabe);
- i) visita de qual profissional de saúde;
- j) agente comunitário visitar a residência todo mês (sim, não);
- k) local onde a população de Almenara procura atendimento para a hanseníase (Posto central, PSF, hospital, consultório particular, farmácia, igreja, prefeitura, benzedeira, outro, não sabe).

BLOCO E: Variáveis relacionadas à hanseníase como problema de saúde pública

- a) participar de grupo/reunião relacionado à saúde no município (sim, não);
- b) tipo de grupo/reunião;
- c) hanseníase como problema de saúde no município (sim, não, não sabe);
- d) o porquê de a doença ser um problema de saúde no município;
- e) o que o serviço de saúde deveria fazer para resolver este problema.

3.5 Instrumento para coleta de dados

As informações desta pesquisa foram obtidas mediante questionários aplicados por entrevistadores nos domicílios e respondidos diretamente pelos moradores sorteados.

A entrevista pode ser definida como uma conversação que envolve duas ou mais pessoas. Em muitas situações, passa a ser um questionário oral, no qual o entrevistador fornece as respostas oralmente ao invés de escrever (GRESSLER, 1983). Segundo Lüdke e André (1986, p. 34), “a entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam sobremaneira eficaz na obtenção das informações desejadas”. Todas as questões da entrevista foram pré-elaboradas, específicas e claramente formuladas.

A entrevista realizada nesta pesquisa caracteriza-se como semi-estruturada, abrangendo questões padronizadas com parâmetros preestabelecidos, ao mesmo tempo em que oferece uma flexibilidade para o entrevistado expressar suas ideias

em algumas questões. O questionário aplicado pelo entrevistador, ao invés de ser respondido pelo depoente, possui, em geral, melhor aceitação (BABBIE, 1999). É importante ressaltar que o entrevistador não pode afetar a percepção que o respondente possui, assumindo, assim, uma postura neutra, além de registrar corretamente as respostas para posterior codificação.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE) foi composto por 75 itens, divididos em cinco subseções contendo uma explicação curta sobre o seu conteúdo:

- a) bloco A: identificação e composição familiar;
- b) bloco B: moradia e condições ambientais;
- c) bloco C: aspectos epidemiológicos e sociais;
- d) bloco D: aspectos de organização de serviços;
- e) bloco E: participação individual no controle da doença.

Após a entrevista, prestavam-se orientações sobre vários aspectos da hanseníase, sanando as dúvidas, conforme a necessidade percebida dos residentes no domicílio.

3.5.1 Pré-teste

O pré-teste pode indicar se o desenho de pesquisa é possível, permitindo avaliar as dificuldades e o tempo necessário para a realização das entrevistas. O teste piloto foi aplicado a 15 pessoas escolhidas aleatoriamente nos municípios de Belo Horizonte e de Almenara.

Gressler (1983, p. 71) caracteriza a pré-testagem como:

A pré-testagem constitui-se de uma coleta de dados com várias pessoas do mesmo tipo daquelas de quem, as respostas serão solicitadas, seguindo-se uma revisão conjunta com o respondente. Poderão ser feitos sucessivos testes até que as dificuldades inexistam.

O pré-teste serviu para promover a adequação das perguntas a serem realizadas no questionário. Foram alterados itens como: linguagem a ser utilizada para um cunho mais coloquial e inserção de outras alternativas de respostas e também de novas perguntas. O fato de ter sido realizado em duas cidades e com vários pesquisadores favoreceu a comparação e adequação do instrumento de acordo com o município da pesquisa.

3.6 Trabalho em campo

3.6.1 Percurso no campo

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 1998, p. 43), domicílio “é o local que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal”. Com base em mapas do IBGE, os setores censitários foram analisados e o percurso a ser percorrido foi detalhado (ANEXO A). Identificou-se, também, o ponto inicial do percurso, enumerando os quarteirões em seguida (IBGE, 2009).

Em caso de mudanças no setor ou dificuldade de visualização dos mapas, foi realizado o “croqui” dos setores censitários, incluindo as reais modificações, como o crescimento das vias urbanas. Independente de a amostragem já ter sido atingida, o percurso no setor foi realizado por completo.

Um “Manual do entrevistador” foi elaborado e entregue a cada pesquisador em campo contendo informações sobre a hanseníase, epidemiologia da doença no município, divisões dos setores censitários, cálculo amostral, percurso no setor e características do questionário, a fim de orientar os pesquisadores em campo. Os entrevistadores adquiriram conhecimento prévio do manual para a aplicação das entrevistas, conhecendo seus deveres e responsabilidades. Reuniões para capacitação dos pesquisadores foram realizadas antes e durante a coleta de campo.

3.6.2 Seleção dos participantes no domicílio

Morador “é a pessoa que tem a unidade domiciliar (domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo) como local de residência habitual, na data da entrevista” (IBGE, 1998, p. 46). Com base nesta definição, definiu-se como critérios de inclusão: ser morador da residência; estar presente no momento da visita para a realização da entrevista; ser maior de 18 anos e aceitar participar do estudo.

Primeiramente, fez-se a listagem de todos os moradores do domicílio, seguida da classificação da presença ou não no momento da entrevista. Como critério na escolha do sorteio do adulto, os homens foram numerados em ordem crescente do mais velho ao mais jovem; depois, as mulheres, na mesma sequência (IBGE, 1998;

MARQUES; BERQUÓ, 1976). Utilizou-se uma planilha de sorteio aleatório, cuja variação era de dois até 12 moradores.

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

3.6.3 Coleta de dados

Bruyne, Herman e Schoutheete (1986?, p. 210) relatam a respeito da coleta de dados:

[...] a escolha das informações a serem colhidas e a organização de sua coleta, inscrevendo-se na abordagem global da pesquisa, pressupõe de algum modo os elementos de interpretação e de explicação possíveis dos fatos que elas constituirão.

A coleta de dados foi realizada por sete alunos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (incluindo graduação, pós-graduação e apoio técnico), por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, compostas por: identificação dos entrevistados, questões norteadoras relacionadas às características socioeconômicas dos sujeitos, conhecimento sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da doença, organização dos serviços de saúde, sua acessibilidade e, ainda, quanto à participação individual no controle da endemia. Os critérios de inclusão para as entrevistas foram: possuir idade superior a 18 anos e ser residente no referido setor censitário do município de Almenara.

Foram realizadas três viagens à cidade de Almenara, com duração total de 28 dias em campo nas seguintes datas:

- a) primeira viagem: 16 a 31/01/2010, com cinco pesquisadores em campo;
- b) segunda viagem: 24/04/2010 a 02/05/2010, com seis pesquisadores, em campo;
- c) terceira viagem: 23 a 28/05/2010 com dois pesquisadores em campo.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados, mediante sua autorização, a partir do TCLE, com duração média de 30 minutos. Após o término da coleta de dados, os pesquisadores orientavam o entrevistado e os presentes no domicílio sobre a hanseníase, seus sinais e sintomas, tratamento,

possíveis complicações e quais medidas tomar caso identificação de alguma anormalidade.

3.7 Tratamento e análise dos dados

Em um *survey*, os dados são colhidos para descrever uma unidade individual e as várias descrições são agregadas e manipuladas para descrever a amostra estudada e, por extensão, a população que a amostra representa (BABBIE, 1999). Diversas unidades de análise poderão ser realizadas, porém deve-se atentar para os perigos da falácia ecológica (sempre que as variáveis geradas a partir de dados agregados são correlacionadas, torna-se difícil determinar se a mesma relação entre as variáveis permanece verdadeira ao nível dos indivíduos).

Após a coleta dos dados, procedeu-se à organização dos questionários, de acordo com os setores censitários e estratos. Foram criados dois bancos de dados para o lançamento das informações: as questões fechadas foram tratadas no Epi_InfoTM (3.5.1, 2008), um software utilizado para análise epidemiológica, e as questões abertas, no software Microsoft Office Excel (versão 2003).

Vários testes foram realizados para verificar a consistência do banco, de modo a evitar falhas e erros de digitação, dentre outros inconvenientes. A transferência dos dados dos questionários para o software de análise epidemiológica Epi InfoTM foi realizada de forma dupla, com posterior comparação, para eliminar a probabilidade de erros na digitação dos dados.

As questões abertas foram agrupadas de acordo com os temas abordados. Fez-se necessário construir a codificação dessas respostas antes de uma efetiva análise.

Após as correções, os dois bancos foram transportados para um terceiro, o software Statistical Package for Social Science (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos - versão 18.0), sendo então agrupados conforme o número do registro do entrevistado. Todos estes procedimentos foram realizados concomitantemente por dois pesquisadores previamente treinados para garantir a fidedignidade dos dados.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentando a distribuição de frequências relativas, as médias e os desvios padrão para as variáveis contínuas. Os dados foram categorizados e agrupados para fornecer as descrições da população e determinar correlações entre as diferentes respostas

encontradas. A construção de índices e escalas foi necessária para o agrupamento de informações. Algumas variáveis permitem mais de uma resposta, possuindo, portanto, um N amostral maior que as demais.

Análises entre as variáveis dependentes e covariáveis de interesse foram examinadas por meio de análises bivariadas usando o teste *Qui-quadrado* de Pearson, com um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). A correção de Bonferroni também foi utilizada, sendo um procedimento estatístico para comparar múltiplas proporções em diferentes grupos, o qual altera o nível de significância para evitar erros derivados de múltipla comparação.

A divisão da amostra em quatro estratos com base no coeficiente de detecção permite realizar comparações entre as diversas localidades intraurbanas, avaliando, assim, as diferenças de percepções na população sobre a hanseníase.

3.7.1 Análise univariada

Após verificar a distribuição das frequências das variáveis do estudo, selecionaram-se algumas com base no nível de significância das percepções dos indivíduos sobre a hanseníase, com o intuito de realizar uma análise mais específica. A análise univariada foi realizada para identificar as possíveis associações entre as variáveis selecionadas e os cinco grandes grupos de variáveis, caracterizada pelas variáveis socioeconômicas (renda e escolaridade), os estratos (coeficiente de detecção da hanseníase), a utilização dos serviços de saúde pela população e o fato de possuir ou não caso da doença na família.

Em amostras pequenas, o erro do valor de *Qui-quadrado* é alto. Portanto, o teste não é recomendável. Assim, foi necessária a utilização do teste Exato de Fisher, o qual, permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise; ou seja, a probabilidade de tais características serem independentes quando o número total de dados é pequeno. Desse modo, quando se possui amostragem pequena, deve-se executar este teste, pois produz erro menor que o teste de *Qui-quadrado* (TESTE de Fisher, [19--]).

3.7.2 Análise multivariada

As variáveis que apresentaram significância estatística igual ou inferior a 0,05 ($p < 0,05$) na análise univariada foram candidatas ao modelo ajustado. O ajuste foi realizado utilizando a técnica de regressão de Poisson. O nível de significância estatística para a análise multivariada foi de 5% ($p < 0,05$).

Foi utilizada uma técnica passo a passo para a seleção das variáveis selecionadas para o modelo ajustado, sendo incluídas todas as variáveis que apresentaram relevância significativa em, no mínimo, dois dos cinco grandes grupos de variáveis. As variáveis que apresentaram p maior ou igual a 0,05 foram retiradas uma a uma do modelo.

3.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, sendo aprovado conforme Parecer ETIC (ANEXO C).

Antes de iniciar a coleta em campo, foi enviada uma carta informando os objetivos do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa ao secretário municipal de Almenara (ANEXO D). Foi realizado um seminário microrregional, reunindo profissionais de saúde dos municípios da microrregião, para informação sobre os objetivos e prazos para a pesquisa, em dezembro de 2009.

De acordo com os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos foram convidados a participar do estudo, recebendo uma explicação oral dos propósitos do projeto e dos procedimentos a serem realizados. Após todos os devidos esclarecimentos, realizou-se a leitura do TCLE. Os participantes, então, assinaram as duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o entrevistado.

Todos os questionários foram identificados por um código (ID), por exemplo: ALM 0001 (Almenara, indivíduo 1), DOM 001 (Domicílio, número 1). Os indivíduos foram orientados sobre a participação voluntária, sobre a não remuneração e sobre

o fato de que a qualquer momento poderiam retirar a sua autorização de participação no projeto de pesquisa.

3.9 Financiamento

A pesquisa foi financiada com recursos provenientes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT - 034/2008, Processo 576215/2008-2, aplicado pelo Laboratório de Hanseníase da FIOCRUZ/RJ, e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) por meio do Edital 01/2009, Processo CDS - APQ-02247-09.

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Sobre a amostra da pesquisa, somente em um dos estratos não se conseguiu atingir o cálculo amostral calculado. Porém, a amostra ultrapassa o total esperado. Nos outros estratos, a amostra obtida foi maior do que a calculada. Isso se deve, muitas vezes, à mudança estrutural do município e ao aumento populacional e, conseqüentemente, de domicílios particulares durante o passar dos anos (TAB. 4). A amostra final foi satisfatória, apesar de ter apresentado muitas dificuldades, devido ao fato de que muitos domicílios encontravam-se fechados ou sem um adulto no momento da entrevista.

TABELA 4
Amostra de indivíduos participantes do inquérito domiciliar e percentual de recusas no município de Almenara, 2010

Estrato	Amostragem		Recusa	
	Esperada	Obtida	Frequência	
	N	N	N	(%)
1	276	278	75	48,0
2	173	162	36	23,0
3	133	171	25	16,0
4	116	126	20	13,0
Total	698	737	156	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à recusa em participar da pesquisa (TAB. 4), obteve-se um total de 156 indivíduos, os quais não fazem parte do cálculo amostral, nem suas residências. As justificativas encontradas para a não participação da pesquisa variaram: falta de conhecimento sobre o assunto, baixo nível de escolaridade (não saber ler), insegurança em participar pela ausência de algum outro membro familiar no momento da entrevista, solicitação de agendamento posterior, dentre outras.

A amostra final foi composta por 737 indivíduos residentes no município de Almenara, com idade superior a 18 anos, dos quais 71,5% eram do sexo feminino e 28,5% do sexo masculino. A idade da população do estudo variou de 18 a 95 anos

de idade, com média de 45,2 anos, sendo que 40,3% possuíam idade entre 20 e 39 anos, seguido de 29,3% entre 40 e 59 anos (TAB. 5).

TABELA 5
Frequência das características dos indivíduos
participantes do inquérito domiciliar no município de
Almenara, 2010

Variável	Total	
	N	%
Sexo		
Feminino	527	71,5
Masculino	210	28,5
Total	737	100,0
Faixa etária		
Até 19 anos	31	4,2
20 a 39 anos	297	40,3
40 a 59 anos	216	29,3
Mais de 60 anos	193	26,2
Total	737	100,0
Estado civil		
Solteiro	177	24,0
Casado	281	38,2
União estável	137	18,6
Viúvo	84	11,4
Divorciado	57	7,7
Total	736	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se maior porcentagem de mulheres participantes (71,5%), justificável, talvez, pelo fato de a coleta ter sido diurna e de as mulheres, em sua maioria, serem donas de casa. Em outros estudos de inquérito domiciliar também se observa essa mesma proporção em seus resultados (ALVES, 2008; COELHO FILHO; RAMOS, 1999; GOLDENBERG *et al.*, 1996; GOLDENBERG; SCHENKMAN; FRANCO, 2003).

Quanto ao estado civil, 38,2% dos entrevistados são casados; 24,0% são solteiros; 18,6% mantêm união estável; 11,4% são viúvos; e 7,7% são divorciados (TAB. 5).

Em relação à educação da amostra, 21,0% eram analfabetos e 36,5% têm o ensino fundamental incompleto. Ou seja, 57,5% possuem escolaridade inferior a oito anos de estudo, caracterizando, assim, um baixo nível de escolaridade. Somente

9,6% dos entrevistados possuíam ensino superior (TAB. 6). A escolaridade de uma população é de extrema relevância quando se pensa em realizar educação em saúde, como relatam Miranzi, Pereira e Nunes (2010) em estudo no qual identificaram que grande parte dos entrevistados estudou no máximo até a sexta série do ensino fundamental, influenciando a apreensão das informações sobre a doença e seus cuidados. Sabe-se que indivíduos mais escolarizados tendem a se relacionar em ambientes culturalmente distintos, aprendendo os mecanismos de organização de serviços oferecidos, facilitando a sua utilização. Assim, eles conseguem relatar melhor suas necessidades de saúde, não se intimidando com as estruturas de atendimento, conseguindo apreender as informações sobre a doença, o serviço e os tratamentos indicados. Pode-se dizer que quanto menor a escolaridade de um indivíduo menor o acesso à informação e menor sua capacidade de apreensão de novos conhecimentos, das especificidades do processo saúde doença e, conseqüentemente, de sua posição em relação ao enfrentamento da doença. A postura de um doente mais instruído o habilita a inquirir o médico, exigindo o direito a informações mais detalhadas sobre seu tratamento, de forma a conseguir participar ativamente em seu processo de cura. Em contrapartida, indivíduos de classe menos favorecida costumam não questionar o profissional de saúde sobre sua doença, até porque sabe que isso causará certo incômodo e poderá reforçar ainda mais a atitude autoritária que o médico tem com ele (CLARO, 1995).

TABELA 6
Frequência das características socioeconômicas da população do estudo no município de Almenara, 2010

Variável	Total	
	N	%
Escolaridade		
Menos de um ano	155	21,0
Fundamental Incompleto	269	36,5
Ensino Médio Completo	242	32,8
Superior incompleto e Completo	71	9,6
Total	737	100,0
Renda familiar		
Até 1 salário	239	33,6
1 a 2 salários	257	36,1
2 a 5 salários	156	21,9
Mais de 5 salários	60	8,4
Total	712	100,0
Profissão		
Do lar	178	24,2
Trabalhadores de serviços	210	28,5
Profissionais das ciências e artes	73	9,9
Trabalhadores da produção de bens	63	8,5
Outros	213	28,9
Total	737	100,0
Trabalha atualmente?		
Sim	284	38,5
Não	453	61,5
Total	737	100,0
A família recebe auxílio do governo?		
Sim	257	34,9
Não	479	65,1
Total	736	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre a renda familiar (TAB. 6), apurou-se que 36,1% da população recebe entre um a dois salários por mês; 33,6% até um salário; 21,9%, entre dois a cinco salários; e 8,4%, mais de cinco salários.

As condições socioeconômicas de uma população acabam por favorecer as dificuldades de acesso às informações e a utilização dos serviços de saúde, influenciando na manutenção da escassez de conhecimento da doença. Um

indivíduo que possui precárias condições de vida, muitas vezes, não consegue ter acesso às informações relacionadas à saúde, não obtendo, portanto, conhecimento adequado para identificar modificações em seu corpo, favorecendo o diagnóstico tardio da endemia e a continuidade do ciclo da doença. A renda familiar representa, em muitos casos, uma informação difícil de ser obtida, sobretudo em populações com baixas condições de vida, em que se percebe grande informalidade de atividades econômicas (RISSIN *et al.*, 2006). A percepção da forma como o trabalhador exprime sua visão de mundo, com base em sua concepção da história e, conseqüentemente, da sociedade em que vive está interligada com a maneira com ele se relaciona com o capital.

Para o agrupamento das profissões relatadas (TAB. 6) utilizou-se a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) como referência principal para a categorização, além da inserção de novas ocupações descritas (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO/2010). A ocupação mais referida foi “trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados”, com 28,5% da amostra, seguida de “donas de casa”, com 24,2% (a sua inclusão está na categoria não trabalho segundo a CBO).

A grande quantidade de pessoas que não possuem ocupação no momento da entrevista (n = 453), quando comparada com a amostra por sexo (GRAF. 1), revela que 77,5% é feminina, corroborando com o fato de a maioria ser cuidadora do lar. Um inquérito domiciliar sobre a hanseníase realizado por Santos, Castro e Falqueto (2008) também demonstrou o predomínio da profissão de domésticas e da escolaridade de nível fundamental na população.

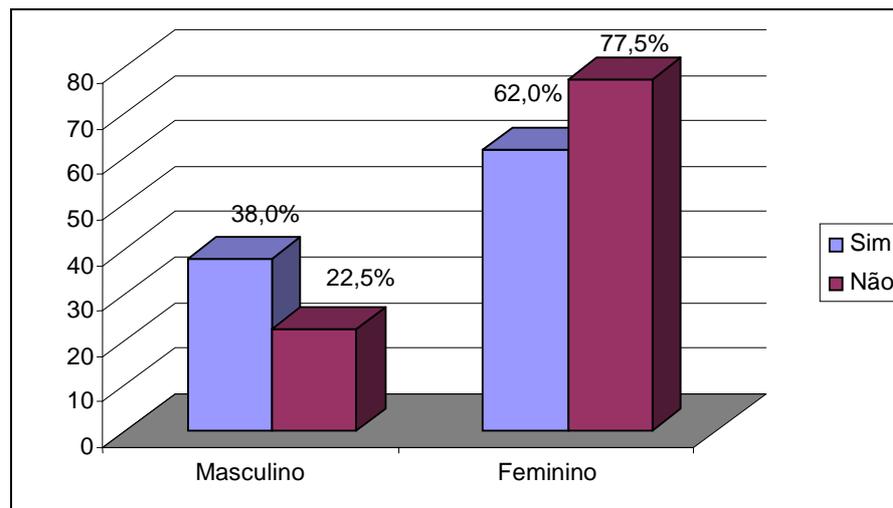


GRÁFICO 1 - Frequência sobre estar trabalhando atualmente segundo sexo no município de Almenara, 2010

Fonte: Dados da pesquisa.

Algumas famílias ($n = 9$) declararam que não recebem nenhum tipo de renda. Essa falta parece ser compensada, de alguma forma, por mecanismos sociais de ajuda, como troca de serviços e bens. É importante ressaltar que o Programa Bolsa Família é uma fonte de renda para muitas famílias, frequentemente, a única. No total, 34,9% dos entrevistados relataram que recebem algum auxílio financeiro, seja federal, estadual ou municipal (TAB. 6, p. 72).

Os domicílios visitados possuem no mínimo um e no máximo 13 moradores, com uma média de 3,6 indivíduos por domicílio. Em média, cada residência tem 6,3 cômodos, com variação de um até 24 por domicílio.

Diversas habitações foram encontradas, variando desde construções simples somente com cimento, chão de terra batida, paredes de adobe, até grandes construções, de variados cômodos. A maioria reside em casas (97,4%) e de propriedade própria (76,1%). A água para consumo doméstico é canalizada (COPASA-MG), com 99,7% da amostra possuindo rede de esgoto pública (95,9%) e energia elétrica (99,7%) nas moradias. Dentre os domicílios visitados, 99,3% possuem banheiro, porém 20,9% destes não ficam dentro da residência (TAB. 7).

TABELA 7
Frequência sobre as condições de moradia da
população do estudo no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Total	
	N	%
Tipo de domicílio		
Casa	718	97,4
Apartamento	7	0,9
Barracão	8	1,1
Cômodo	4	0,5
Total	737	100,0
Condições de ocupação		
Próprio	561	76,1
Alugado	126	17,1
Cedido	50	6,8
Total	737	100,0
Esgotamento sanitário		
Serviço de rede pública	707	95,9
Fossa	14	1,9
Mato	2	0,3
Rio, córrego	6	0,8
Outros	8	1,1
Total	737	100,0
Energia elétrica		
Sim	735	99,7
Não	2	0,3
Total	737	100,0
Coleta de lixo		
Coleta pública	722	97,7
Outros	15	2,3
Total	737	100,0
Abastecimento de água		
Pública - COPASA-MG	735	99,7
Outros	2	0,3
Total	737	100,0
O domicílio possui banheiro?		
Sim	732	99,3
Não	5	0,7
Total	737	100,0

TABELA 7
Frequência sobre as condições de moradia da população do estudo no município de Almenara, 2010

Variável	(Conclusão)	
	Total	
	N	%
Banheiro dentro de casa?		
Sim	579	79,1
Não	153	20,9
Total	732	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: COPASA-MG - Companhia de Saneamento de Minas Gerais.

As condições socioeconômicas e culturais de uma população influenciam a distribuição e propagação da hanseníase, tendo relação com as condições precárias de habitação, com a baixa escolaridade e com os movimentos migratórios, que acabam por difundir a doença (LANA *et al.*, 2004). Percebem-se diferenças de prevalência entre diferentes regiões, estados, municípios, inclusive dentro de espaços intraurbanos de uma mesma cidade, aglomerando-se em regiões de maior pobreza. Em Almenara, as condições de moradia levantadas podem ser consideradas boas; entretanto, de modo a melhor discriminar as diferentes condições socioeconômicas da população urbana desse município, faz-se necessário refinar o instrumento de coleta de dados, de modo a superar essa limitação.

4.2 Percepções dos indivíduos sobre a doença

As percepções sobre a hanseníase foram avaliadas com base nas respostas obtidas em relação aos aspectos clínico-epidemiológicos da doença. Questionados se já ouviram falar sobre a hanseníase, 93,2% dos entrevistados disseram que sim, não havendo diferenças significativas (TAB. 8). Ou seja, a maioria da população de Almenara já ouviu falar da doença, seja pelos meios de comunicação, como televisão, rádio, cartazes informativos e panfletos, ou em sala de espera em postos de saúde, ambientes familiares e redes sociais.

TABELA 8
Frequência sobre o fato de já ter ouvido falar da hanseníase e dos veículos de transmissão de informação sobre a doença no município de Almenara, 2010

Variável	Total	
	N	%
Já ouviu falar da hanseníase?		
Sim	686	93,2
Não	50	6,8
Total	736	100,0
Onde já ouviu falar sobre a doença?		
Serviço de saúde	228	23,1
Televisão	190	19,2
Vizinhança	169	17,1
Ambiente familiar	132	13,3
Escola	62	6,3
Cartaz	44	4,4
Profissional de saúde	37	3,7
Panfletos	25	2,5
Rádio	14	1,4
Outros	88	8,9
Total	989	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Interrogados sobre onde receberam informações sobre a doença (TAB. 8), obtivemos 23,1% das respostas em serviços de saúde e 19,2% na televisão. Importante ressaltar que uma grande parcela da população recebeu informações sobre a doença por meio da vizinhança e do ambiente familiar, destacando a importância da rede social no conhecimento adquirido pelo indivíduo. Admite-se que os cartazes, os panfletos e os profissionais de saúde são instrumentos dos serviços das esferas governamentais, os quais facilitam o acesso da população às informações sobre a doença, percebe-se que houve também uma parcela significativa associada a esses meios de divulgação: 33,1%. Tudo isso reforça que o meio no qual o indivíduo está inserido influencia o conhecimento adquirido sobre a doença. A divulgação de informações pelo rádio apresentou as menores taxas, não sendo, portanto, um veículo de informação persistente no município de Almenara (TAB. 8).

Manzini-Covre (1994) pesquisa o vínculo entre os meios de comunicação e as pessoas. Cita como exemplo o caso de um indivíduo diante de uma televisão, em que é repassada grande carga de informações, tornando necessário que ele retenha ideias e sentimentos para debater em espaço público. Nesse momento, ocorre uma inquietação de sentimentos e opiniões. Porém, é apenas uma máquina transmitindo conhecimento em sua frente. Com o passar do tempo, o furor das emoções não ocorre mais, passando o indivíduo a assumir uma atitude passiva diante dos fatos, recebendo as informações e nada fazendo, muito porque já se dessensibilizou. Assim, tudo isso pertence a um mundo que não lhe cabe lidar, no qual é somente um espectador e em que a responsabilidade das ações cabe ao governo. Contudo, os meios de informações são válidos na transmissão do conhecimento sobre a doença, porém é necessário que haja assimilação e mudança de atitude por parte da população.

Para Claro (1995, p. 17), o processo da percepção do indivíduo envolve a identificação dos sinais e sintomas: “Diante da percepção de uma alteração física ou emocional, o processo cognitivo inicial é categorizá-la como “normal” ou “anormal”; se for considerada anormal, é então categorizada como sendo ou não um sintoma”.

Após a identificação dos sintomas, o indivíduo é categorizado de acordo com sua gravidade, cronicidade, natureza física ou psicológica e causa, dentre outros fatores, influenciando a atitude que o indivíduo adota, sendo reavaliada de acordo com o contato com outras pessoas. A cultura influencia várias etapas desse processo, desde a percepção das alterações sintomatológicas até a adesão ao tratamento (CLARO, 1995).

O sintoma mais referido foi a presença de manchas brancas, pretas, vermelhas e amarelas, com 32,7% da amostra. Houve também relatos da presença de “manchas com alteração de sensibilidade”, com 12,2%, demonstrando um conhecimento mais específico da doença (GRAF. 2).

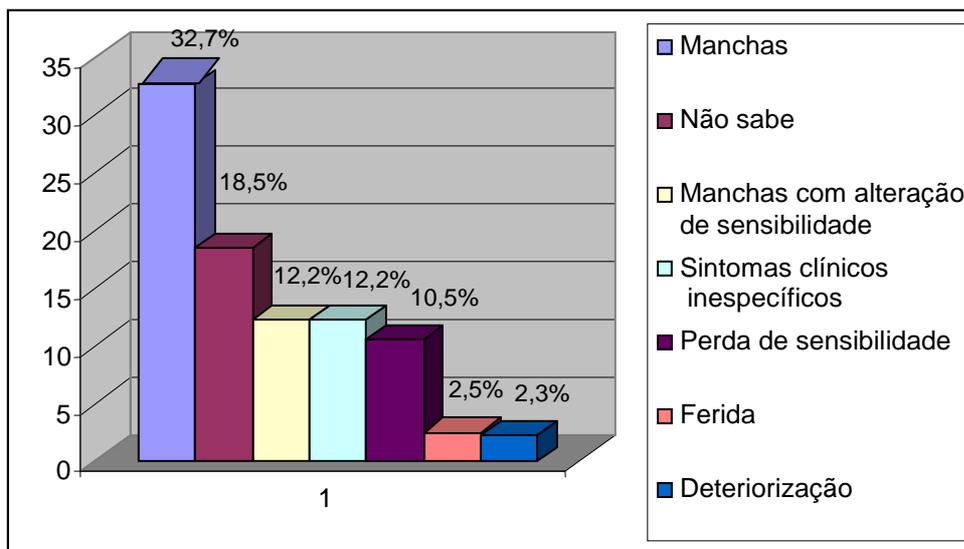


GRÁFICO 2 - Percepção dos sinais e sintomas da hanseníase na população de estudo no município de Almenara, 2010

Fonte: Dados da pesquisa.

Dado o grande número de outros sintomas inespecíficos associados à hanseníase, tais como febre, dor, coceira, náuseas e tonteiras, eles foram agrupados como sintomas clínicos inespecíficos, representando 12,2%. A perda de sensibilidade local desde o formigamento até a dormência, também foi relatada no estudo (10,5%) (TAB. 9).

Outro fator importante é a lembrança da ferida (2,5%) como principal sintoma da hanseníase, sugerindo menção às memórias antigas da lepra quando ainda não havia tratamento para a doença. Isso remete a uma representação individual sobre a doença, a qual, se não tratada, pode evoluir para um quadro de deformidades e lesões nas pessoas (TAB. 9).

A hanseníase é uma doença caracterizada pela multiplicidade de sinais e sintomas. As diversas manifestações competem com as várias possibilidades de interpretações, gerando confusão com outras doenças e contribuindo para diagnósticos errôneos ou, mesmo, tardios (LINS, 2010). Neste estudo, foram identificadas diversas respostas consideradas corretas e também confusas, muitas vezes, confundidas com outras doenças, como leishmaniose, leptospirose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doenças venéreas e câncer.

Em estudo no município de São Paulo, Morais *et al.* (2009) encontraram que aproximadamente 37% dos entrevistados acreditam que o principal sintoma da hanseníase ainda está vinculado às feridas na pele com queda de pedaços. Tudo

isso remete ao fato de as marcas sociais da doença ainda estarem presentes nas representações individuais de uma população.

Uma grande parcela da amostra (18,5%) não soube responder à pergunta, indicando a falta de conhecimento específico da doença (TAB. 9). O indivíduo que não conhece os sinais e os sintomas de uma doença não consegue identificá-la no seu corpo, não procurando ou retardando a ajuda de um profissional de saúde. Tudo isso contribui para a manutenção da doença, pois acaba por ser diagnosticada em estágio avançado, apresentando deformidades físicas. O reconhecimento de um sintoma corporal irá depender da percepção de algo anormal que o indivíduo possui e de um conhecimento que remeta a uma situação de doença.

[...] os sintomas no início da doença não são muito notáveis e nem prejudicam o desempenho no trabalho. Este motivo, juntamente com a ausência de busca ativa por casos por parte da rede pública de serviços de saúde, além do despreparo dos médicos para diagnosticar a doença, explica o fato de o diagnóstico da hanseníase ser geralmente tardio (QUEIROZ; CARRASCO, 1995, p. 483).

Alterações dermatológicas, como verrugas, “mondongos”, descamação da pele e irritação foram relatadas com 18 respostas (1,9%). Outros sintomas também foram referidos, como alterações de cunho psicológico (desânimo, tristeza), motor (0,3%) e de natureza oftalmológica (0,1%). Outros tipos de resultados resultaram em 2,4%.

O Ministério da Saúde (2011) destaca como principais sinais e sintomas da hanseníase: manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo, com perda ou alteração de sensibilidade; áreas da pele secas e com falta de suor; regiões do corpo com perda ou ausência de sensibilidade ao calor, à dor e ao tato; parestesia; diminuição da força dos músculos das mãos, pés e face; ulcerações de membros inferiores; e nódulos.

TABELA 9
Frequência das percepções da população do estudo
sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da
hanseníase no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Total	
	N	%
Sinais e sintoma referidos		
Manchas	313	32,7
Não sabe	177	18,5
Manchas com alteração de sensibilidade	117	12,2
Sintomas clínicos inespecíficos	117	12,2
Perda de sensibilidade	101	10,5
Alteração cor da pele	35	3,6
Ferida	24	2,5
Deteriorização	22	2,3
Alterações dermatológicas	18	1,9
Alterações psicológicas	7	0,7
Alteração motora	3	0,3
Alterações oftalmológicas	1	0,1
Outros	23	2,4
Total	958	100,0
É contagiosa?		
Sim	455	73,2
Não	167	26,8
Total	622	100,0
Modos de transmissão		
Não sabe	256	49,7
Contato	111	21,5
Contato indireto	43	8,3
Vias aéreas	27	5,2
Animal	27	5,2
Sangue	15	2,9
Via sexual	9	1,7
Higiene inadequada	7	1,3
Hereditário	2	0,4
Alimentos contaminados	2	0,4
Pérfuros cortantes	2	0,4
Micro-organismos	2	0,4
Água contaminada	2	0,4
Outros	10	1,9
Total	515	100,0

TABELA 9
Frequência das percepções da população do estudo
sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da
hanseníase no município de Almenara, 2010

Variável	(Conclusão)	
	Total	
	N	%
Existe tratamento?		
Sim	642	93,6
Não	44	6,4
Total	686	100,0
Tipos de tratamento		
Não sabe	311	43,7
Medicamentos	259	36,4
Medicamentos inespecíficos	55	7,7
Vacina	2	0,3
Isolamento	1	0,1
Outros	83	11,6
Total	711	100,0
Tem cura?		
Sim	597	93,9
Não	39	6,1
Total	636	100,0
Tem como evitar?		
Sim	269	39,2
Não	417	60,8
Total	686	100,0
Modos de prevenção		
Não sabe	200	70,4
Evitar contato	26	9,1
Higiene adequada	16	5,6
Não usar os mesmos objetos	11	3,8
Alimentação adequada	10	3,5
Acesso	4	1,4
Melhoria das condições sanitárias	4	1,4
Vacinação	4	1,4
Não sentar no mesmo lugar	1	0,3
Prevenção	1	0,3
Evitar relação sexual	1	0,3
Proteção sexual	1	0,3
Cuidado com animais	1	0,3
Outros	4	1,4
Total	284	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à percepção dos entrevistados sobre o contágio da doença, 73,2% acreditam que a hanseníase é uma doença contagiosa, contra 26,8% que disseram não. Daqueles que afirmaram que sim, 49,7% declararam que não sabiam como é a transmissão da doença. Ou seja, mais da metade não possui conhecimento sobre o contágio da hanseníase, não tendo uma noção epidemiológica da doença (TAB. 9). A questão da transmissibilidade é complexa, já que a hanseníase apresenta formas contagiantes e não contagiantes, sendo que mesmo para aquela a doença deixa de ocorrer após início do tratamento (CLARO, 1995).

O principal meio de transmissão relatado foi o contato com o indivíduo infectado (21,5%). A hanseníase é uma doença que se manifesta na pele e, como todas as doenças dessa natureza, gera temor. O fato de encostar-se à pessoa, abraçar e beijar significa estabelecer um contato mais direto com o causador da doença, sendo então mais perigoso (MENDES, 2007).

As respostas encontradas variaram desde a transmissão com contato com animais (rato, mosquito, cachorro, gato), com 5,2% das respostas, contato sanguíneo (2,9%), pela via sexual (1,7%), higiene inadequada (1,3%), água e alimentos contaminados (0,4%) e perfuros cortantes (0,4%), enfatizando novamente a falta de conhecimento específico sobre a doença. Apenas 0,4% relataram a hereditariedade como principal causa da hanseníase (TAB. 9). A inevitabilidade da causa hereditária também foi mencionada por pacientes em estudo de Claro (1995).

Uma parcela importante da amostra (8,3%) respondeu que a hanseníase é transmitida “se sentar no mesmo lugar do paciente infectado” ou se “utilizar os mesmos utensílios contaminados”, ou seja, pelo contato indireto ao paciente contaminado. Coelho (2008) assinala que, muitas vezes, a doença age como uma barreira para algumas manifestações de afeto, sendo motivo para separar utensílios de uso pessoal como medida de prevenção do contágio. Essas medidas de exclusão familiar revelam os preconceitos existentes e que deve ser combatida com ações educativas destinadas à população em geral.

Em estudo, Mendes (2007) apurou as opiniões de pessoas acometidas pela doença. Observou que 66,7% afirmaram não ser preciso separar os objetos, sendo que 6,5% declararam que foram orientadas para tal atitude na unidade de saúde. Outro dado também encontrado refere-se ao fato de 9,67% das respostas estarem condicionadas ao fato de que separar os utensílios deve-se ao fato de o paciente

não estar em tratamento. As percepções que os indivíduos possuem quanto à necessidade de separar objetos, roupas de cama ou, mesmo, cômodos entre indivíduos com hanseníase e os seus contatos remetem a uma precária ou total falta de informação que deveria ser fornecida pelo serviço de saúde no momento do atendimento. As pessoas precisam se interar desse tipo de informação e repassá-las em seu meio familiar, evitando rejeições e isolamento dentro de sua residência.

Dos entrevistados, 5,2% responderam que a transmissão ocorre por vias aéreas (TAB. 9). É importante destacar que a transmissão da hanseníase se dá pelo contato direto com os bacilos eliminados de doentes sem tratamento, atingindo o trato respiratório de uma pessoa não doente.

As concepções errôneas da hanseníase em relação aos modos de transmissão também foram demonstradas no estudo de Cavaliere e Grynszpan (2008) no qual se relata a transmissão da doença pelo ar, vias sexuais, hereditariedade, contato sanguíneo através de drogas injetáveis ou transfusão de sangue e falta de higiene. Isso confirma uma lacuna no conhecimento específico da doença.

Outros estudos sobre o conhecimento da hanseníase demonstram a falta de informação da população quanto às especificidades da hanseníase, como Maia *et al.* (2000), que relatam o grau de desinformação dos profissionais de uma equipe de enfermagem, em que 56,6% dos entrevistados também não souberam informar como a doença é transmitida. Dentre outros resultados, também obtiveram que 1,7% respondeu que a transmissão ocorre pelo contato sexual e uma pequena parcela, por meio de alimentos contaminados (TAB. 9).

Outra abordagem realizada envolve a percepção da população quanto ao tratamento da hanseníase, a sua existência e ao modo como é realizado. Dos indivíduos entrevistados, 93,6% acreditam que existe tratamento para a hanseníase. Porém, quando questionados sobre o tipo de tratamento, somente 87,1% foram capazes de responder. Destes, 43,7% não souberam responder como é realizado o tratamento para a hanseníase. Entretanto, deve-se ressaltar que por trás de respostas vagas ou, mesmo, sem justificativas podem existir dúvidas acerca das informações recebidas sobre a doença que, muitas vezes, não são manifestadas.

Uma grande parcela da população entrevistada (36,4%) relatou que o tratamento deve ser feito com base em medicamentos mais generalizados como, por exemplo, comprimidos e remédios (TAB. 9).

A falta de conhecimento sobre o tratamento da hanseníase ou, mesmo, a confusão com outras doenças ficam nítidas quando 7,7% dos entrevistados exemplificam medicações inespecíficas para a doença, como glucantini, bezentacil, antibióticos, cortisona, sulfa, analgésicos, injeções ou pomadas como a principal forma de tratamento para a hanseníase (TAB. 9). Importante ressaltar que ainda hoje algumas pessoas acreditam no tratamento do hanseniano com o isolamento compulsório, mas já em quantidade reduzida.

A confusão com outras doenças também foi evidente em diversos aspectos. Por exemplo, a leishmaniose, transmitida por um mosquito, que causa lesões na pele e é tratável com injeções de glucantini, foi lembrada diversas vezes, influenciando as percepções dos indivíduos. Outras doenças citadas foram: câncer, leptospirose e doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre outras.

Para alguns entrevistados, o município não possui tratamento para a doença, que deve ser realizado em outra cidade. Ou seja, não demonstram conhecimento do tratamento da hanseníase nem do tipo de assistência ofertada pelo município. O tratamento para a hanseníase é encontrado nos serviços públicos de saúde e distribuído gratuitamente. Consiste na combinação de três medicamentos, sendo referido, assim, a uma poliquimioterapia (PQT). O diagnóstico precoce juntamente com a regularidade no tratamento dos pacientes levam à cura da doença (MS, 2011).

Sobre a possibilidade de cura, 93,9% acreditam que a doença é curável, relatando, muitas vezes, o apego religioso (Deus como criador e detentor de forças divinas), o destino (“era pra ser assim”) ou, mesmo, a evolução da ciência em suas explicações (TAB. 9).

Em estudo, Queiroz e Carrasco (1995) identificaram muitos indivíduos que utilizam agentes religiosos com a finalidade de restaurar seu estado emocional, extirpando o nervosismo indispensável para a harmonia interior e, conseqüentemente, a cura. A crença em um Deus superior que cura a todos foi bastante narrada, porém isso não foi questionado aos entrevistados, sendo apenas identificado sobre experiências na coleta dos dados, nos diários de campo e, mesmo, nos questionários.

Outro fator a ser levado em consideração é que, muitas vezes, as sequelas da hanseníase são confundidas com a doença, revelando, assim, a concepção equivocada dos indivíduos em relação à sua cura. Ou seja, a doença nunca terá

cura na percepção de um indivíduo que foi acometido pela hanseníase e que possui marcas definitivas e, mesmo, deformidades em seu corpo.

Quando perguntados se há como evitar a doença, 60,8% disseram que não e 39,2%, que sim (TAB. 9). Ferreira (1998), em estudo sobre cuidados com o corpo em uma vila de classe popular, apurou que nos indivíduos de baixa renda as concepções de prevenção da doença obedecem a uma lógica de associações comuns na comunidade, adicionando rituais e simpatias nem sempre envolvidos com medicações. Muitas vezes, a população só procura o atendimento médico quando precisa resolver algum sintoma específico, e não como método preventivo. Os exames preventivos trazem consigo o medo da descoberta de alguma patologia.

Somente 269 indivíduos responderam sobre a forma de prevenir a doença, sendo que 200 não souberam contrapor o modo de prevenção. Isso é de grande relevância, pois, apesar de perceber que existe uma forma de prevenção para a hanseníase, a população não soube informar como deve ser realizada. As informações referentes à doença descritas em panfletos, cartazes ou, mesmo, repassadas na televisão e no rádio abordam questões clínicas e epidemiológicas, sendo mais enfáticas para a identificação precoce dos sinais e sintomas da doença, esquecendo-se, muitas vezes, de orientar as formas preventivas (TAB. 9).

Dentre as respostas, evitar contato com a pessoa infectada foi a alternativa mais relatada, com 9,1%. A higiene adequada foi lembrada (5,6%), demonstrando a associação feita com as condições sanitárias precárias como fator predisponente ao aparecimento da doença. “Acesso ao tratamento, medicamentos e sua realização adequada” foi citado em 5,6% das respostas (TAB. 9).

Em meio às mais variadas respostas, percebe-se que algumas denotam confusão com outras doenças, como usar preservativos durante a relação sexual (0,3%), restrições dietéticas (3,5%), não sentar no mesmo lugar (0,3%), evitar utilizar os mesmos objetos que a pessoa contaminada (3,8%) e, mesmo, evitar o contato sexual (0,3%). Outras crendices, como “não tomar sol”, “não beber” e “evitar sentar no mesmo lugar” foram lembradas sendo agrupadas em “outros” (1,4%), fortalecendo, assim, os indícios da deficiência de conhecimento da doença.

Apesar de não haver uma prevenção específica para a hanseníase, é possível evitar novos casos, principalmente em formas clínicas mais graves com o diagnóstico precoce, o exame dermatoneurológico em contatos domiciliares e a aplicação de *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) (MS, 2011). Higiene e condições

sanitárias adequadas também podem ser aconselhadas como métodos preventivos do contágio para a doença.

Sobre o conhecimento de outros indivíduos com hanseníase, 58,6% dos entrevistados afirmaram que conhecem alguém que já teve ou tem a patologia, sendo que 45,8% já tiveram algum caso na família. Apurou-se, também, que 4,9% dos entrevistados se apresentaram como portadores da hanseníase (TAB. 10). Possuir algum caso atual de hanseníase na família aumenta em 2,9 vezes o risco de contrair a doença, conforme estudo de Santos, Castro e Falqueto (2008), sendo que para casos antigos aumenta-se o risco para cinco vezes. É importante salientar que é necessário que o serviço de saúde informe os contatos domiciliares do paciente sobre a doença, seus riscos e cuidados que eles deverão ter, além de realizar novas avaliações diagnósticas.

TABELA 10
Frequência das percepções da população do estudo sobre a
identificação de indivíduos portadores da hanseníase no
município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Total	
	N	%
Conhece alguém que já tratou ou está tratando da doença?		
Sim	431	58,6
Não	304	41,4
Total	735	100,0
Já teve ou tem hanseníase?		
Sim	36	4,9
Não	695	95,1
Total	731	100,0
Caso na família?		
Sim	197	45,8
Não	233	54,2
Total	430	100,0
Como ficou sabendo?		
Não sabe	180	41,3
O próprio doente	93	21,3
Família do paciente	62	14,2
Comentários	50	11,5
Serviços de saúde	26	6,0
Identificação dos sintomas	17	3,9
Outros	8	1,8
Total	436	100,0

TABELA 10
Frequência das percepções da população do estudo sobre a
identificação de indivíduos portadores da hanseníase no
município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Total	
	N	%
Qual a sua reação ao saber?		
Normal	153	34,8
Não sabe	130	29,5
Sentimentos negativos	71	16,1
Preocupação	43	9,8
Ansiedade	12	2,7
Positivo	8	1,8
Evitou contato	8	1,8
Outros	15	3,4
Total	440	100,0
Por que teve essa reação?		
Não sabe	101	23,1
Medo do contágio	52	11,9
Falta de informação	45	10,3
Acesso ao serviço	28	6,4
Por causa dos sintomas	22	5,0
Não tem preconceito	17	3,9
Não tem convivência com casos	16	3,6
Conhece a doença	15	3,4
Doença incurável	14	3,2
Nada de mal aconteça	13	3,0
Proximidade com a pessoa	12	2,7
Doença grave	10	2,3
Medo da morte	8	1,8
Existem muitos casos	7	1,6
Tinha preconceito	3	0,7
Doença nova	1	0,2
Outros	72	16,5
Total	436	100,0
Percebeu alguma mudança?		
Sim	304	71,9
Não	119	28,1
Total	423	100,0

TABELA 10
Frequência das percepções da população do estudo sobre a
identificação de indivíduos portadores da hanseníase no
município de Almenara, 2010

(Conclusão)

Variável	Total	
	N	%
Qual foi a mudança?		
Não sabe	137	35,8
Alteração da cor da pele	60	15,7
Sintomas clínicos	52	13,6
Sintomas dermatológicos	42	11,0
Alterações psicológicas	33	8,6
Deformidades	25	6,5
Isolamento	11	2,8
Alteração motora	3	0,8
Alteração da sensibilidade	1	0,2
Preconceito	1	0,2
Negação da doença	1	0,2
Alergia	1	0,2
Positivos	1	0,2
Outros	14	3,6
Total	382	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O estado de saúde de um indivíduo pode ser determinado por outros fatores que vão além de uma determinação do destino ou da vontade de Deus. Por exemplo, quando o indivíduo passa a conviver com vícios e maus hábitos, inserindo a bebida, o cigarro e, até, toxinas. O meio ambiente também influencia o estado de saúde, como poluição e clima, além de má qualidade de vida e alimentação insuficiente. Tensões vivenciadas na família ou no meio social, nervosismo e as preocupações antecedem o aparecimento da doença, levando a crer que o estado emocional de um indivíduo também interfere no aparecimento da hanseníase (QUEIROZ; CARRASCO, 1995).

Quando questionados sobre como ficaram sabendo que um conhecido possuía a doença, 21,3% dos entrevistados responderam que foi o próprio hanseniano que lhes contou sobre sua patologia. Também foram relatadas informações advindas da família do doente (14,2%) e de vários comentários na cidade (11,5%) (TAB. 10). Tudo isso indica um ciclo em que a doença passa a ser

comentada, muitas vezes, constituindo-se em momento propício para reflexão e possível troca de saberes.

Muitos entrevistados ainda relataram que souberam da doença por meio do próprio serviço de saúde, incluindo funcionários, com 6,0% das respostas. Fato que deve ser considerado pelo serviço de saúde uma vez que envolve questões éticas, isto é, ocorre quebra do direito do paciente ao sigilo e anonimato em relação ao seu diagnóstico. Destaca-se também o percentual daqueles que identificaram o sintoma em outro indivíduo, com sugestão da procura pela unidade de saúde ou o reconhecimento de um efeito colateral: 3,9% (TAB. 10).

Dos entrevistados, 34,8% não manifestaram nenhuma reação exarcebada ao saberem que um conhecido estava com a doença, relatando “normalidade” com a informação (TAB. 10). Talvez isso possa indicar uma convivência muito frequente com a doença, seja na família ou no meio social mais próximo - no caso, vizinhança e mesmo no trabalho.

Sentimentos negativos, como pessimismo, pena, medo, abatimento e mesmo frustração também foram relatados por 16,1%, demonstrando um pesar social existente na população. A preocupação com as pessoas atingidas pela hanseníase também foi lembrada por 9,8%, remetendo a uma ação social de ajuda ao próximo (TAB. 10). Por fim, percebeu-se ainda uma denotação pessimista da doença, prevalecendo o medo, o estigma e as credices sobre a hanseníase. Grande parte dos sujeitos não soube responder a essa pergunta (29,5%), não identificando a ocorrência de alguma reação à hanseníase em outra pessoa (TAB. 10).

Há relatos de sintomas positivos, como tranquilidade, satisfação (1,8%) ou, mesmo, emoção (outros - 3,4%), provavelmente devido a incompreensão ou falta de associação da doença.

Quando questionados sobre o motivo de suas reações ao saberem que alguém conhecido possuía a hanseníase, 11,9% dos entrevistados relataram o medo do contágio como principal motivo para suas reações. Isso corrobora com a falta de informação de que o paciente que está realizando o tratamento não transmite o bacilo a outras pessoas. A falta dessa informação também explica o motivo de alguma reação de muitos sujeitos (10,3%). Vale ressaltar ainda que existam pessoas que acreditem que a doença é nova, incurável e que pode resultar em morte, justificando, assim, as diversas reações desencadeadas na população. Da amostra total, 23,1% não souberam informar ou descrever o real motivo de suas

reações (TAB. 10). Todas essas percepções descritas sobre a hanseníase remetem ao desconhecimento da doença. Um fato a ser lembrado é que a resposta emocional da população às percepções sobre a hanseníase apresenta um espectro variado, desde sua ocultação, às vezes por anos, até as frequentes reações de alívio por não estarem vivenciando um quadro estereotipado de uma doença avançada (CLARO 1995).

Outras respostas em relação ao tipo de reação variaram desde não ter preconceito em relação aos portadores da doença (3,8%), não ter convivência com casos (3,6%), pelo tipo de sintomas que apresentam (5,0%) ou pela proximidade com a pessoa (2,7%).

Uma maior proporção de entrevistados (71,9%) perceberam alguma mudança no indivíduo com hanseníase, referindo, com o maior número de respostas (15,7%) a alteração da cor da pele, resultado do efeito colateral da medicação (TAB. 10). Assim como todo medicamento, a poliquimioterapia para o tratamento da hanseníase possui efeitos colaterais, como: rubor de face e pescoço, prurido e rash cutâneo generalizado, náuseas, vômitos, dor abdominal leve, perda do apetite, icterícia, epistaxes, febre, tremores, cefaléia e Síndrome de Stevens-Johnson (BRASIL, 2005).

A alteração da pigmentação da pele aparece como uma característica perceptível pelos indivíduos, que, associam o tratamento com a hanseníase. Essa alteração em decorrência das ações medicamentosas é representada muitas vezes, como transtorno, uma vez que pede explicações, e falar dos seus sintomas para as pessoas implica risco de revelar a doença. Os serviços de saúde do município devem atentar-se a este fator, orientando sobre as reações indesejáveis, os efeitos colaterais, que tendem a diminuir e, mesmo, desaparecer com o passar do tempo (COELHO, 2008).

Houve relatos de sintomas clínicos, como cefaléia, dor nos ossos, tonteira, cansaço e palidez, agrupados devido a inúmeros significados, com 13,6% das respostas. Alterações psicológicas, como tristeza, abatimento e depressão, também foram referidas com 8,6% dos resultados (TAB. 10), além de alterações dermatológicas (pele irritada, áspera, com cicatriz, etc.), com 11,0%. Outro relato importante prende-se à percepção de um afastamento ou, mesmo, isolamento (2,8%) por parte do doente com outras pessoas, caracterizando o medo de rejeição pela sociedade.

Uma parcela da amostra (6,5%) referiu-se às deformidades como mudanças adquiridas pelos indivíduos com a hanseníase. Isso remete a um possível diagnóstico tardio da doença, possivelmente, já com deformidades contraídas (TAB. 10). Dentre os entrevistados, 35,8% não souberam relatar qual a mudança ocorrida no indivíduo infectado (TAB. 10).

Sobre a lepra, 87,9% da amostra afirmaram já terem ouvido falar desta terminologia e 42,5% disseram que a lepra e a hanseníase não são a mesma doença, contra 18,2% que não souberam responder, demonstrando uma não associação das duas doenças (TAB. 11).

TABELA 11
Frequência de indivíduos em relação ao conhecimento sobre a lepra e à percepção de que a lepra e a hanseníase são a mesma doença, no município de Almenara, 2010

Variável	Total	
	N	%
Ouvir falar sobre a lepra		
Sim	648	87,9
Não	89	12,1
Total	737	100,0
Lepra e hanseníase são a mesma doença		
Sim	254	39,3
Não	275	42,5
Não sabe	118	18,2
Total	647	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

O relato da lepra e da hanseníase como doenças diferentes também foi percebido em estudo de Queiroz e Carrasco (1995), quando metade de sua amostra não identificava a lepra e a hanseníase como a mesma doença, sendo a primeira uma manifestação mais grave. É importante ressaltar que mesmo após 15 anos ainda ocorre essa mesma percepção de significados das doenças.

Há autores que acreditam que a mudança de nome da lepra para hanseníase serviu para atrapalhar, pois muitas pessoas não sabem o que é a hanseníase. Então, acreditam que a lepra não existe, como é o caso de Sarno (2003). A mudança de nome trouxe alterações no campo profissional, na implantação do

programa de combate, no diagnóstico da doença e na assimilação social, porém ainda existem indivíduos que se sentem ofendidos ao ouvir a palavra lepra.

4.3 Aspectos de organização dos serviços

Em relação aos aspectos de acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Almenara, a população foi questionada sobre suas percepções em relação ao atendimento à saúde e ao acompanhamento da doença na cidade. Essas pessoas relataram que procuram geralmente os serviços públicos quando percebem algum problema com a própria saúde, sendo o Posto de Saúde/PSF o local de primeira procura para atendimento à saúde.

A quase totalidade da população (95,0%) relatou que procura algum serviço de saúde quando está doente ou precisando de atendimento. A interação que o serviço de saúde estabelece com o paciente, transmitindo informações diretamente por meio de reuniões em antessalas ou cartazes afixados, acaba por informar a população e instigar a procura por alterações corporais relacionadas à sua saúde. O serviço de saúde de um município exerce um papel fundamental na transmissão de conhecimentos específicos sobre determinada doença, além de sanar as dúvidas formuladas por uma população.

Em relação ao tempo decorrido da última procura pelo serviço de saúde, 28,9% relataram que ocorreu há menos de um mês e 25,7% de três a seis meses. Ou seja, 65,1% procuraram o serviço de saúde em até seis meses (TAB. 12).

TABELA 12
Frequência das percepções da população de estudo sobre a
utilização dos serviços de saúde no município de
Almenara, 2010

Variável	Total	
	N	%
Procura o serviço de saúde?		
Sim	700	95,0
Não	37	5,0
Total	737	100,0
Última vez que procurou o serviço de saúde		
Até 6 meses	455	65,1
6 meses a 1 ano	93	13,3
Mais de um ano	122	17,5
Não lembra	29	4,1
Total	699	100,0
É atendido?		
Sempre	512	73,5
Às vezes	169	24,2
Raramente	16	2,3
Total	697	100,0
Quanto tempo esperou pra ser atendido?		
Até 60 minutos	292	41,8
1a 3 horas	189	27,1
Mais de 3 horas	201	28,8
Não recorda	16	2,3
Total	698	100,0
Existência de PSF		
Sim	579	78,6
Não	110	14,9
Não sabe	48	6,5
Total	737	100,0
Recebeu visita de algum profissional?		
Sim	543	73,7
Não	193	26,2
Não sabe	1	0,1
Total	737	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: PSF - Programa de Saúde da Família.

Quando questionados se são atendidos no serviço de saúde, 73,5% dos indivíduos afirmaram que sempre são atendidos, contra 24,2% que somente “às vezes” são atendidos. É importante observar que foi relatado o atendimento independente do tempo de espera. Nenhuma pessoa entrevistada relatou que nunca foi atendida pelo serviço de saúde em Almenara.

As principais informações sobre hanseníase são repassadas para o paciente ou para a população em geral durante o atendimento no serviço de saúde. Muitas vezes, devido ao grande número de consultas diárias e à sobrecarga de trabalho, o tempo de atendimento acaba sendo limitado, demandando atenção somente às dificuldades relatadas. A dificuldade de compreensão sobre aquilo que é dito pelos profissionais de saúde origina-se das crenças divergentes e dos diferentes usos de linguagem caracterizando os indivíduos em mundos sociais distintos (CLARO, 1995).

A maioria dos entrevistados informou que aguardou até uma hora para atendimento (41,8%) e 28,8%, mais de três horas. Não foi questionado o tipo de atendimento. Entretanto, observaram-se respostas condizentes com uma triagem ou marcação de consulta, retornando o paciente mais tarde ou em outro dia para consulta clínica.

Ferreira (1998) relata em seu estudo que assim que os pacientes tratam a doença, desaparecendo os sintomas, não existem mais motivos pra consultar com um profissional de saúde independente se for uma doença crônica que necessita de controle terapêutico frequente. Assim, a busca pela atenção à saúde é dependente das percepções dos indivíduos sobre alterações clínicas agudas, principalmente aquelas que impossibilitam o trabalho, fazendo com que o indivíduo recorra a um serviço de saúde.

Dentre os entrevistados, 78,6% relataram que seu domicílio faz parte do PSF, enquanto 6,5% não souberam responder a esse questionamento. O vínculo com uma unidade de saúde é importante para a avaliação do estado de saúde de um indivíduo, ressaltando que no caso da hanseníase existe a avaliação dos contatos domiciliares, exigindo melhor acompanhamento dos serviços. Entretanto, 26,2% da população da amostra relataram que nunca receberam visita de nenhum profissional de saúde em sua residência. O ACS identifica as queixas relatadas pelos moradores fazendo um elo entre as residências e o serviço de saúde. Assim, é um elemento fundamental no controle da endemia, pois consegue transmitir informações sobre a

hanseníase, verifica o autocontrole das medicações e, em alguns casos identifica e traz para o serviço a necessidade de uma busca ativa.

Claro (1995) ensina que a hanseníase resiste à modernização da prática médica. O médico do PSF cria um vínculo com o paciente, pelo qual este será acompanhado juntamente com a sua família, incluindo as diversidades advindas da sua história de vida. Situação precária de renda, dificuldades com o tratamento, carência cultural, desagregação familiar, subemprego, desemprego e problemas de cunho psicológico que resultam em rejeição e baixa estima são fatores que contribuem para deprimir o sistema imunológico, predispondo o indivíduo a contrair a doença. Assim, cabe ao serviço de saúde estar atento às modificações clínicas e psicológicas que possam surgir no indivíduo e certificar que este seja orientado quanto à doença.

4.4 Participação individual no controle da doença

Foram abordadas questões sobre a participação individual da população em reuniões ou eventos relacionados à saúde no município de Almenara. Somente 7,1% afirmaram envolvimento social. Destes, 42,3% declararam sua participação em grupos para cuidados à saúde, como hipertensão, diabetes e gestação. Os encontros religiosos também foram mencionados com 5,8% porém somente 3,8% relataram que participam de Conselhos Municipais e 1,9%, de Conferências Municipais de Saúde. Isso demonstra o baixo envolvimento da população com os problemas relacionados à sua cidade e, até mesmo, com a própria saúde (TAB. 13).

TABELA 13
Frequência das percepções dos indivíduos em relação a sua participação social em relação à saúde no município de Almenara, 2010
 (Continua)

Variáveis	Total	
	N	%
Participa de algum grupo ou reunião?		
Sim	52	7,1
Não	685	92,9
Total	737	100,0
Qual grupo?		
Relacionados à saúde	22	42,3
Não responderam	9	17,3
Religiosos	3	5,8
Conselhos	2	3,8
Conferências de saúde	1	1,9
Outros	15	28,8
Total	52	100,0
É um problema de saúde em Almenara?		
Sim	487	66,1
Não	162	22,0
Não sabe	88	11,9
Total	737	100,0
Por que é um problema de saúde?		
Não sabe	187	34,2
Grande número de casos	98	17,9
Adesão ao tratamento	42	7,7
É uma doença grave	38	6,9
Falta de informações	30	5,5
Doença contagiosa	24	4,4
Porque é uma doença	17	3,1
Serviço de saúde	13	2,4
Condições sanitárias do município	13	2,4
Pequeno número de casos	10	1,8
Dificuldade de tratamento	7	1,3
Viu informações	6	1,1
Deformidades	4	0,7
Possuem preconceito	3	0,5
Prevenção	3	0,5
Condições socioeconômicas	2	0,3
Alterações psicológicas	2	0,3
Doença comum em Almenara	1	0,2
É uma doença nova	1	0,2
Outros	45	8,2
Total	546	100,0

TABELA 13
Frequência das percepções dos indivíduos em relação a sua participação social em relação à saúde no município de Almenara, 2010 (Conclusão)

Variáveis	Total	
	N	%
O que os serviços de saúde deveriam fazer?		
Informar	118	19,2
Serviço de saúde	117	19,0
Não sabe	82	13,3
Falta profissional de saúde	86	14,0
Tratamento	40	6,5
Atendimento melhor	37	6,0
Dar mais assistência	18	2,9
Está bom	15	2,4
Investimento do governo	13	2,1
Melhorar as condições sanitárias	11	1,8
Prevenção	8	1,3
Melhorar a saúde	5	0,8
Controle da doença	2	0,3
Outros	61	9,9
Total	613	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

As práticas sociais do sujeito desempenham papel fundamental na construção de seu conhecimento sobre a doença. Essas práticas, em um contexto institucional, compreendem as atividades realizadas a partir da orientação dos profissionais de saúde, assim como as experiências vivenciadas nas unidades de saúde. Nesses locais são veiculadas informações clínicas a respeito da doença além das conversas informais entre os usuários do serviço de saúde enquanto aguardam atendimento, propiciando a troca de conhecimento, de saberes (senso comum) (BAKIRTZIEF, 1994).

É muito comum a população delegar aos serviços de saúde certa autoridade para tomar a iniciativa em trabalhos desenvolvidos em conjunto, como conselhos municipais e distritais de saúde. Isso coincide com a percepção de que a população possui pouca autonomia para tomar iniciativas em projetos sociais (VALLA, 2000).

Dentre os entrevistados, 66,1% acreditam que a hanseníase é um problema de saúde em Almenara. Entretanto, muitas vezes, a associação se dava pelo fato de “ser uma doença e, como qualquer doença, ela deve ser um problema”. Questionados sobre a razão da percepção em acreditar que a doença é um

problema no município, 34,2% não souberam formular uma resposta, 4,4% acreditam que o fato de a hanseníase ser uma doença contagiosa é um indício de problema de saúde e 6,9% relataram que a hanseníase é uma doença grave (TAB. 13).

O fato de existir um grande número de casos na cidade torna a doença um problema de saúde que deve ser resolvido, sendo essa a explicação mais convincente e mais relatada pelos entrevistados (17,9%) (TAB. 13).

Muitos entrevistados relataram a necessidade de aderir ao tratamento da doença (7,7%), sendo forte indício da melhoria e do controle da doença, por exemplo: procurar rapidamente um profissional de saúde ao identificar sinais e sintomas da doença, e aderir ao tratamento, evitando maiores complicações clínicas e prevenindo possíveis incapacidades. Ocorreram 13 respostas em relação ao serviço de saúde do município, incluindo a solicitação de mais atendimento clínico, questionando a precariedade dos serviços de saúde, e a necessidade de realizar o tratamento em outra cidade. Ou seja, a população desconhece o tratamento público, distribuído em unidades de saúde e realizado na própria cidade.

Merecem atenção respostas como: a “doença é nova” (0,2%); possui “pequeno número de casos na cidade” (1,8%); causa “alterações psicológicas nos indivíduos acometidos” (0,3%), “deformidades” (0,7%) e é “causada pelas condições socioeconômicas da cidade” (2,4%). Embora citadas em pequena proporção, denotam confusão e desconhecimento da doença e da endemia no município (TAB. 13).

As condições sanitárias do município foram relatadas como fatores predisponentes ao aparecimento da hanseníase, sendo citados: sujidade da cidade; esgoto a céu aberto; lixo; e presença de animais. Apenas seis indivíduos responderam que já ouviram falar que a hanseníase é um problema de saúde no município de Almenara, indiferente de ser por meio de informativos ou de profissionais de saúde dos serviços municipais.

Questionados sobre o que o serviço de saúde deveria fazer para melhorar o problema da hanseníase no município, a falta de informação foi a queixa mais relatada (19,2%), reivindicando-se mais divulgação sobre a doença. Isso é muito importante, pois a própria população percebeu o desconhecimento sobre a hanseníase, solicitando/necessitando maiores informações específicas da doença. A

falta de profissional de saúde no município foi citada por 14,0%, relatando falta de especialistas na área (TAB. 13).

É importante destacar que as queixas - ou melhor, as sugestões - foram variadas, como: solicitação da melhoria das condições sanitárias do município; tratamento clínico adequado; mais serviços de saúde (postos de saúde, hospitais); verbas dedicadas à saúde; e assistência humanizada durante o atendimento ao paciente. Ressalta-se que 15 indivíduos informaram que não há necessidade de melhorias, pois o serviço de saúde do município está muito bom.

4.5 Análise univariada

Foram selecionadas algumas variáveis de acordo com o nível de significância das percepções da população sobre a hanseníase correlacionadas com o estrato (coeficiente de detecção da doença), a renda familiar, a escolaridade, a procura do serviço de saúde no município e ao fato de ter ou não caso da doença na família.

a) Análise univariada relacionada com o estrato de detecção

Várias variáveis foram selecionadas de acordo com as percepções dos sujeitos entrevistados sobre a hanseníase, com o objetivo de verificar o nível de significância entre os quatro estratos, segundo o coeficiente de detecção da doença. Espera-se que um indivíduo que reside em local com altas taxas de detecção da hanseníase possua nível de conhecimento mais ampliado sobre essa doença.

Questionados se já haviam ouvido falar da doença, uma grande parcela da população respondeu afirmativamente em todos os estratos, não havendo relevância significativa ($p = 0,746$) (TAB. 14).

Dentre os sinais e sintomas referidos, apontaram: perda de sensibilidade, manchas e manchas com alteração da sensibilidade como os sintomas mais referidos e de grande importância na identificação da doença. Apenas perda de sensibilidade obteve relevância significativa ($p = 0,008$), sendo que o estrato 1 obteve a maior proporção de resultados (TAB. 14).

TABELA 14
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo o estrato de coeficiente de detecção no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Estrato					p
	1	2	3	4	Total	
Ouvir falar da hanseníase						0,746
Sim	92,8	95,1	92,9	92,1	93,2	
Não	7,2	4,9	7,1	7,9	6,8	
Sinais e sintomas						
Perda de sensibilidade	20,2	9,7	10,1	15,5	14,7	0,008
Manchas	48,4	39,0	51,3	40,5	45,6	0,077
Manchas com alteração de sensibilidade	14,7	18,2	22,2	13,8	17,1	0,179
Não sabe	23,3	28,6	24,1	30,2	25,8	0,407
É contagiosa?						0,067
Sim	70,3	79,9	68,0	77,6	73,2	
Não	29,7	20,1	32,0	22,4	26,8	
Modos de transmissão						
Contato direto	25,5	22,5	26,0	22,9	24,4	0,907
Contato indireto	6,8	10,8	14,0	7,2	9,5	0,219
Vias aéreas	3,7	7,2	9,0	4,8	5,9	0,308
Não sabe	55,3	58,6	54,0	57,8	56,3	0,898
Existe tratamento?						0,229
Sim	94,2	96,1	90,5	93,1	93,6	
Não	5,8	3,9	9,5	6,9	6,4	
Tipos de tratamento						
Medicamentos	39,5	40,5	41,3	40,7	40,3	0,988
Não sabe	49,8	43,9	46,9	53,7	48,4	0,435
Tem cura?						0,454
Sim	95,0	91,5	95,2	92,6	93,9	
Não	5,0	8,5	4,8	7,4	6,1	
Tem como evitar?						0,044
Sim	43,4	40,9	29,7	40,5	39,2	
Não	56,6	59,1	70,3	59,5	60,8	

TABELA 14
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo o estrato de coeficiente de detecção no município de Almenara, 2010

Variável	Estrato					Total	p
	1	2	3	4			
(Conclusão)							
Modos de prevenção							
Evitar contato	8,0	3,2	12,8	19,1	9,7	0,032*	
Não usar os mesmos objetos	5,4	3,2	-	6,4	4,1	0,351*	
Higiene	7,1	4,8	4,3	6,4	5,9	0,934*	
Não sabe	72,3	84,1	70,2	70,2	74,3	0,236	
Ouviu falar de lepra?						0,712	
Sim	88,1	88,9	88,9	84,9	87,9		
Não	11,9	11,1	11,1	15,1	12,1		
						0,018	
Lepra e hanseníase são a mesma doença?							
Sim	42,9	44,1	28,3	40,2	39,3		
Não	40,0	42,7	51,3	35,5	42,5		
Não sabe	17,1	13,3	20,4	24,3	18,2		

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: p - teste *qui-quadrado*; * Teste exato de Fisher.

Em relação ao contágio e ao modo de transmissão informados, não se obteve relevância estatisticamente significativa. Dentre os indivíduos que acreditam que a doença é contagiosa, o estrato 2 acusou o maior número de respostas (79,9%), em comparação com o estrato 1, com 70,3%. “Contato direto”, “contato indireto” e “vias aéreas” foram as respostas mais relevantes identificadas para a avaliação.

O estrato 2 mostrou que a maioria dos sujeitos (95,2%) acredita que existe tratamento para a hanseníase, porém apresentou $p = 0,229$, não havendo relação significativa entre os estratos, sendo que 41,3% dos entrevistados relataram no estrato 3 o uso de medicamentos para o tratamento da doença.

Outro evento importante é o fato de 93,9% dos indivíduos entrevistados acreditarem que existe cura para hanseníase, sendo o estrato 3 foi o que apresentou maior proporção de respostas afirmativas.

Questionados sobre o fato de ter como evitar a doença, 60,8% acreditam que não, sendo 70,3% no estrato 3, em contrapartida com 56,6% no estrato 1, havendo relevância significativa $p = 0,044$. Foram selecionados para verificação estatística três variáveis sobre o modo de prevenção da doença: “evitar contato”, “não usar os

mesmos objetos” e “condições de higiene”. Considerando que foi observada uma pequena proporção de respostas em relação a essas variáveis, foi realizado o Teste de Fisher, para ajustamento estatístico nesses três casos. Em relação a variável “evitar contato com o paciente com hanseníase”, os percentuais de informações crescem proporcionalmente com o aumento do coeficiente de detecção. Quanto à resposta “evitar o uso dos mesmos objetos do doente”, o estrato 4 revelou a maior proporção de respostas, com 6,4%, e no estrato 3 não houve nenhuma menção. Em relação aos “hábitos de higiene”, o estrato 1 mencionou 7,1% do total das respostas. A proporção de resposta “não sabe” foi de 74,3%, sendo que o estrato 2 apresentou 84,1% em relação ao estrato 3 e ao 4, com 70,2% do total respondido.

Em relação ao fato de já ter ouvido sobre a lepra, não se percebeu relevância significativa entre os estratos ($p = 0,718$). Em contrapartida, quando questionados se a hanseníase é a mesma doença que a lepra, ocorreu relevância estatística ($p = 0,018$) e verificou-se que, em relação à resposta “não sabe” a taxa aumenta proporcionalmente quando se aumentou o coeficiente de detecção.

Residir em um local onde existem altas taxas de detecção da doença pode favorecer a apreensão de novos conhecimentos sobre a doença, pela probabilidade de haver maior convívio com pessoas diagnosticadas com hanseníase. Entretanto, quando as variáveis foram analisadas em relação aos quatro estratos segundo coeficiente de detecção da doença, apurou-se que apenas para o sintoma “perda de sensibilidade”, o fato de saber se tem como evitar a doença, “evitar contato” como modo de prevenção e a hanseníase e a lepra são as mesmas doenças apresentaram relevância estatística ($p < 0,05$), contradizendo a possibilidade de os estratos exercerem grande inferência nas percepções de uma população.

b) Variáveis relacionadas com a escolaridade

Quando as variáveis foram relacionadas com a escolaridade referida pelo indivíduo (TAB. 15), houve relevância estatisticamente significativa em relação ao fato de já terem ouvido falar sobre a hanseníase ($p < 0,001$). É importante ressaltar que todas as pessoas que relataram possuir nível superior de ensino já ouviram falar sobre a doença.

Em relação aos sinais e sintomas escolhidos, nenhum apresentou relevância estatística ($p > 0,005$). As pessoas com menor escolaridade foram as que apresentaram o maior número de respostas “não sabe”.

TABELA 15
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo escolaridade no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Escolaridade					p
	< 1 ano	Fundamental incompleto	Médio completo	Superior incompleto	Total	
Ouvir falar da hanseníase						0,000
Sim	84,4	92,9	97,1	100,0	93,2	
Não	15,6	7,1	2,9	-	6,8	
Sinais e sintomas						
Perda de sensibilidade	13,1	12,0	17,9	16,9	14,7	0,275
Manchas	42,3	47,2	45,5	46,5	45,6	0,838
Manchas com alteração de sensibilidade	16,2	15,6	18,7	18,3	17,1	0,804
Não sabe	28,5	26,0	25,5	21,1	25,8	0,728
É contagiosa?						0,785
Sim	74,1	73,4	71,2	77,1	73,2	
Não	25,9	26,6	28,8	22,9	26,8	
Modos de transmissão						
Contato direto	26,3	24,5	22,8	25,9	24,4	0,931
Contato indireto	11,3	11,7	6,3	9,3	9,5	0,387
Vias aéreas	7,5	5,5	4,4	9,3	5,9	0,491*
Não sabe	56,3	58,3	54,4	55,6	56,3	0,920
Existe tratamento?						0,000
Sim	79,2	94,8	98,3	100,0	93,6	
Não	20,8	5,2	1,7	-	6,4	
Tipos de tratamento						
Medicamentos	46,6	38,8	39,4	39,4	40,3	0,569
Não sabe	46,6	49,4	47,6	50,7	48,4	0,934
Tem cura?						0,128
Sim	89,4	93,9	96,0	94,4	93,9	
Não	10,6	6,1	4,0	5,6	6,1	
Tem como evitar?						0,000
Sim	23,8	39,2	43,4	53,5	39,2	
Não	76,2	60,8	56,6	46,5	60,8	

TABELA 15
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo escolaridade no município de Almenara, 2010

(Conclusão)

Variável	Escolaridade				Total	p
	< 1 ano	Fundamental incompleto	Médio completo	Superior incompleto		
Modos de prevenção						
Evitar contato	16,1	5,1	11,8	10,5	9,7	0,181*
Não usar os mesmos objetos	9,7	1,0	4,9	5,3	4,1	0,086*
Higiene	12,9	4,1	2,9	13,2	5,9	0,032*
Não sabe	61,3	82,7	73,5	65,8	74,3	0,050
Ouviu falar de lepra?						
Sim	88,4	85,9	86,4	100,0	87,9	0,010
Não	11,6	14,1	13,6	-	12,1	
Lepra e hanseníase são a mesma doença?						
Sim	22,8	35,5	44,0	69,0	39,3	0,000
Não	44,1	47,6	41,1	26,8	42,5	
Não sabe	33,1	16,9	14,8	4,2	18,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: p - teste *qui-quadrado*; * Teste exato de Fisher.

Em relação ao fato de ser ou não contagiosa e ao modo de transmissão da doença, também não se obteve relevância significativa quando comparado com os níveis de escolaridade. Dos entrevistados com nível médio de escolaridade, 4,4% relataram que a transmissão acontece por contato com vias aéreas, havendo a necessidade de ajuste estatístico com o teste de Fisher.

Todos os indivíduos com alto nível de escolaridade responderam que existe tratamento para a hanseníase, apresentando $p < 0,001$. Não houve relevância significativa entre os tipos de tratamentos utilizados, sendo que a maioria das respostas “não sabe” se remetem ao maior nível de escolaridade (50,7%). Em relação ao fato de ter cura, 93,9% acreditam que sim. A maior proporção das respostas apresentadas foi de indivíduos com nível superior de ensino (94,4%), não havendo relevância significativa entre os níveis de escolaridade.

Da amostra, 60,8% não acreditam que a doença seja evitável, decrescendo conforme aumenta a escolaridade. Ou seja, quanto menor a escolaridade maior a percepção negativa de prevenção da hanseníase. Em relação às maneiras preventivas da doença, apenas na manutenção dos “hábitos higiênicos” percebeu-se relevância estatística ($p = 0,032$), sendo que as pessoas com ensino médio

obtiveram a menor taxa, com 2,9%. Os sujeitos que possuem menos de um ano de estudo apresentaram o menor quantitativo de respostas "não sabe".

Sobre o conhecimento da lepra e sua associação com a hanseníase, apurou-se relevância estatística, com $p = 0,010$ e $p < 0,001$, respectivamente. Todas as pessoas com terceiro grau de instrução relataram ter ouvido falar sobre a lepra. Em relação à associação entre as duas doenças, quanto maior a escolaridade maior essa agregação (69,0%). Em contrapartida, quanto menor a escolaridade mais respostas "não sabe" sobre essa distinção entre as doenças (33,1%).

O grau de escolaridade de um indivíduo influencia a capacidade de apreensão sobre determinado assunto e sua viabilidade de aplicação dos significados adquiridos. As percepções que um indivíduo com baixa escolaridade possui baseia-se, em grande parte, nos ensinamentos transmitidos e adquiridos no dia a dia, seja no meio familiar, no trabalho e, mesmo, em sua rede social, carregados por crenças e "achismos", muitas vezes, errôneos do um ponto de vista científico.

c) Variáveis relacionadas com a renda

Quando algumas variáveis sobre o conhecimento da hanseníase foram relacionadas com a renda familiar, percebeu-se que as relações socioeconômicas de uma família influenciam a percepção/apreensão do conhecimento sobre a doença no indivíduo.

Na amostra total, 93,1% dos entrevistados já ouviram falar sobre a doença, porém percebeu-se que quanto menor a renda familiar maior o número de pessoas que nunca ouviram falar sobre a hanseníase, demonstrando uma relevância significativa de $p < 0,001$ (TAB. 16).

Quando os sinais e os sintomas, o contágio e os modos de transmissão da doença foram comparados, encontrou-se $p > 0,05$, não apresentando relevância estatística. Importante ressaltar que em relação à transmissão da hanseníase a maioria da população com renda familiar inferior a um salário mínimo acredita que a doença não é contagiosa (31,8%) (TAB. 16).

TABELA 16
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo renda familiar no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variável	Renda familiar					p
	Até 1 salário	1 a 2 salários	2 a 5 salários	Mais de 5 salários	Total	
Ouvir falar da hanseníase						0,001
Sim	89,1	92,2	98,7	98,3	93,1	
Não	10,9	7,8	1,3	1,7	6,9	
Sinais e sintomas						
Perda de sensibilidade	16,0	12,7	15,0	15,3	14,5	0,782
Manchas	46,5	47,7	47,1	37,3	46,2	0,543
Manchas com alteração de sensibilidade	16,4	16,9	17,0	22,0	17,2	0,783
Não sabe	23,0	27,8	27,5	18,6	25,4	0,368
É contagiosa?						0,429
Sim	68,2	75,1	73,3	75,4	72,5	
Não	31,8	24,9	26,7	24,6	27,5	
Modos de transmissão						
Contato direto	28,2	21,7	23,4	27,9	24,7	0,570
Contato indireto	11,5	8,9	7,5	7,0	9,1	0,694
Vias aéreas	5,3	5,1	6,5	9,3	5,9	0,747
Não sabe	54,2	56,7	57,9	53,5	55,9	0,924
Existe tratamento?						0,004
Sim	92,0	90,7	98,0	100,0	93,7	
Não	8,0	9,3	2,0	-	6,3	
Tipos de tratamento						
Medicamentos	37,2	42,3	38,0	44,1	39,8	0,624
Não sabe	50,5	48,4	50,0	42,4	48,9	0,728
Tem cura?						0,324
Sim	91,8	93,6	96,6	94,8	93,9	
Não	8,2	6,4	3,4	5,2	6,1	
Tem como evitar?						0,169
Sim	35,2	36,3	44,4	45,8	38,7	
Não	64,8	63,7	55,6	54,2	61,3	

TABELA 16
Análise univariada sobre as percepções da doença segundo renda familiar no município de Almenara, 2010

(Conclusão)

Variável	Renda familiar				Total	p
	Até 1 salário	1 a 2 salários	2 a 5 salários	Mais de 5 salários		
Modos de prevenção						
Evitar contato	10,7	7,0	11,8	11,1	9,8	0,755*
Não usar os mesmos objetos	4,0	3,5	5,9	3,7	4,3	0,916*
Higiene	2,7	3,5	10,3	3,7	5,1	0,189*
Não sabe	77,3	77,9	69,1	74,1	75,0	0,599
Ouviu falar de lepra?						
Sim	82,0	87,9	91,7	100,0	87,8	0,000
Não	18,0	12,1	8,3	-	12,2	
Lepra e hanseníase são a mesma doença?						
Sim	28,6	35,4	47,2	76,7	39,9	0,000
Não	51,5	42,5	39,4	20,0	42,5	
Não sabe	19,9	22,1	13,4	3,3	17,6	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: p - teste *qui-quadrado*; * Teste exato de Fisher.

Nenhuma pessoa com renda familiar superior a cinco salários relatou que não existe tratamento para a doença, apresentando relevância estatística ($p < 0,004$). Em relação a tipos de tratamento, cura, se a doença pode ser evitada e modos de prevenção existentes para ela, nenhum apresentou relevância significativa em comparação com os níveis de renda ($p > 0,05$). Ressalta-se que 64,8% da população com renda inferior a um salário mínimo acreditam que a doença não pode ser prevenida.

Em relação ao conhecimento sobre a lepra, 87,8% relataram já ter ouvido falar sobre a doença, ressaltando que todos os indivíduos com renda superior a cinco salários afirmaram essa pergunta, apresentando relevância estatística ($p < 0,001$). Também apurou-se que quanto maior a renda familiar melhor é a percepção do indivíduo em relação à associação da hanseníase com a lepra, no qual 76,7% que responderam afirmativamente a essa associação possuem renda superior a cinco salários.

É importante ressaltar que um indivíduo que detém nível socioeconômico mais alto apresenta melhores oportunidades de acesso à educação e aos serviços

de saúde. Assim, serão mais bem informados sobre assuntos diversos, como no caso de doenças. Possuir melhores condições financeiras implica residir em melhores habitações e localidades, e ter boas condições sanitárias, vivenciando, assim, adequadas práticas sanitárias. Além disso, o acesso à informação favorece a apreensão de novos conhecimentos e mudanças de percepções dos sujeitos.

d) Variáveis relacionadas com a utilização do serviço de saúde

As pessoas que utilizam os serviços de saúde do município devem ser informadas sobre a hanseníase e seus aspectos clínicos e epidemiológicos, influenciando a percepção que o indivíduo tem sobre a doença. Quando as variáveis foram relacionadas com a utilização dos serviços de saúde, verificou-se que só apresentou relevância significativa o fato de já ter ouvido falar sobre a hanseníase e a lepra e evitar contato como modo preventivo da doença.

As pessoas que utilizam o serviço de saúde do município (TAB. 17) afirmaram em maior proporção que já ouviram falar sobre a hanseníase (93,7%) em relação àquelas que não utilizam os serviços (83,8%), obtendo-se $p = 0,033$, sendo ajustado pelo teste de Fisher. O mesmo pode ser relatado sobre os indivíduos que já ouviram falar sobre a lepra, observando que a maioria (88,6%) dos que utilizam os serviços de saúde já ouviu falar sobre a doença ($p = 0,033$).

Em relação ao modo de prevenção, obteve-se relevância significativa apenas para evitar contato com o paciente, no qual 33,3% dos indivíduos que não procuram o serviço de saúde afirmaram que evitar contato é a melhor maneira de não se ter a hanseníase ($p < 0,046$), sendo também ajustado para o teste de Fisher (TAB. 17).

TABELA 17
Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo a utilização dos serviços de saúde no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variáveis	Utiliza o serviço de saúde			
	Sim	Não	Total	<i>p</i>
Ouvir falar da hanseníase				0,033*
Sim	93,7	83,8	93,2	
Não	6,3	16,2	6,8	
Sinais e sintomas				
Perda de sensibilidade	14,2	25,8	14,7	0,113*
Manchas	45,5	48,4	45,6	0,752
Manchas com alteração de sensibilidade	16,9	19,4	17,1	0,728
Não sabe	25,6	29,0	25,8	0,674
É contagiosa?				0,833
Sim	73,2	71,4	73,2	
Não	26,8	28,6	26,8	
Modos de transmissão				
Contato direto	24,4	25,0	24,4	1*
Contato indireto	9,9	-	9,5	0,241*
Vias aéreas	6,0	5,0	5,9	1*
Não sabe	56,3	55,0	56,3	0,907
Existe tratamento?				0,442*
Sim	93,7	90,3	93,6	
Não	6,3	9,7	6,4	
Tipos de tratamento				
Medicamentos	40,4	39,3	40,3	0,907
Não sabe	48,4	50,0	48,4	0,866
Tem cura?				0,661*
Sim	93,9	92,0	93,9	
Não	6,1	8,0	6,1	
Tem como evitar?				0,235
Sim	39,7	29,0	39,2	
Não	60,3	71,0	60,8	

TABELA 17
Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo a utilização dos serviços de saúde no município de Almenara, 2010

(Conclusão)

Variáveis	Utiliza o serviço de saúde			
	Sim	Não	Total	<i>p</i>
Modos de prevenção				
Evitar contato	8,8	33,3	9,7	0,046*
Não usar os mesmos objetos	4,2	-	4,1	1*
Higiene	6,2	-	5,9	1*
Não sabe	74,6	66,7	74,3	0,698*
Ouviu falar de lepra?				
Sim	88,6	75,7	87,9	0,033*
Não	11,4	24,3	12,1	
Lepra e hanseníase são a mesma doença?				
Sim	39,4	35,7	39,3	0,140
Não	43,0	32,1	42,5	
Não sabe	17,6	32,1	18,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; * Teste exato de Fisher.

Sobre a utilização dos serviços de saúde, espera-se dos indivíduos que, de alguma maneira, utilizam os serviços de saúde do município sejam informados sobre os cuidados em seu processo de saúde-doença. Esse tipo de informação pode ser transmitida por meio de cartazes afixados nas unidades de saúde, panfletos, pôsteres, reuniões operativas, sala de espera, consultórios ou durante as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde.

O sujeito que procura o serviço de saúde pode ser mais bem informado e atualizado sobre os diversos problemas de saúde e, mesmo, epidemias na cidade. As percepções que um indivíduo possui sobre determinada doença podem ser influenciadas pelo modo como essa informação foi transmitida e se realmente foi eficaz, incentivando, por exemplo, a procura do serviço de saúde quando notar manifestações ou alterações no seu corpo.

e) Variáveis relacionadas com o fato de ter ou não caso de hanseníase na família

Dos entrevistados, 93,3% relataram que já ouviram falar sobre a doença. Também, foram encontradas respostas contraditórias, como o fato de nunca terem ouvido falar da doença, embora possuem caso na família (0,5%). Isso apresentou relevância estatística significativa ($p < 0,001$), em que os indivíduos que não possuem caso na família apresentaram maior proporção de respostas que nunca ouviram falar sobre a hanseníase. Em relação ao fato de um indivíduo possuir caso de hanseníase na família, espera-se que a convivência familiar influencie na sua percepção clínica e epidemiológica sobre a doença, transformando-o em participante de um processo social de luta pelo controle da endemia (TAB. 18).

TABELA 18
Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo o fato de ter ou não caso de hanseníase na família no município de Almenara, 2010

(Continua)

Variáveis	Caso na família			p
	Sim	Não	Total	
Ouvir falar da hanseníase				<0,001
Sim	99,5	91,1	93,3	
Não	0,5	8,9	6,7	
Sinais e sintomas				
Perda de sensibilidade	9,2	17,0	14,7	0,009
Manchas	42,9	46,6	45,5	0,371
Manchas com alteração de sensibilidade	13,8	18,4	17,1	0,146
Não sabe	29,1	24,5	25,8	0,220
É contagiosa?				0,814
Sim	73,9	73,0	73,3	
Não	26,1	27,0	26,7	
Modos de transmissão				
Contato direto	20,6	26,0	24,4	0,217
Contato indireto	11,0	8,8	9,5	0,452
Vias aéreas	6,6	5,6	5,9	0,687
Não sabe	58,1	55,5	56,3	0,608

TABELA 18
Análise univariada sobre as percepções da doença, segundo o fato de ter ou não caso de hanseníase na família no município de Almenara, 2010

Variáveis	(Conclusão)			
	Caso na família			p
	Sim	Não	Total	
Existe tratamento?				0,372
Sim	94,9	93,0	93,6	
Não	5,1	7,0	6,4	
Tipos de tratamento				
Medicamentos	42,5	39,6	40,4	0,495
Não sabe	46,2	49,2	48,4	0,491
Tem cura?				0,051
Sim	96,8	92,7	93,9	
Não	3,2	7,3	6,1	
Tem como evitar?				0,455
Sim	41,3	38,2	39,1	
Não	58,7	61,8	60,9	
Modos de prevenção				
Evitar contato	11,1	9,1	9,7	0,608
Não usar os mesmos objetos	7,4	2,7	4,1	0,094*
Higiene	12,3	3,2	6,0	0,009*
Não sabe	67,9	77,5	74,6	0,096
Ouviu falar de lepra?				0,606
Sim	86,9	88,3	87,9	
Não	13,1	11,7	12,1	
Lepra e hanseníase são a mesma doença?				0,019
Sim	47,4	36,6	39,2	
Não	39,8	43,7	42,6	
Não sabe	12,9	20,0	18,1	

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: p - teste *qui-quadrado*; * Teste exato de Fisher.

Entre os sinais e sintomas referidos, apenas perda de sensibilidade apresentou relevância significativa ($p = 0,009$), sendo que as pessoas que não possuem caso da doença na família foram as que mais relataram este sintoma (17,0%) (TAB. 18).

Em relação ao fato de a doença ser contagiosa, não houve diferenças de percepções entre possuir ou não caso de hanseníase na família. Também não foram encontradas diferenças estatísticas entre as respostas sobre a existência de tratamento e o modo como ele é realizado.

Dentre os indivíduos entrevistados, 7,3% daqueles que possuem “caso da doença na família” acreditam que a hanseníase é incurável, contra 3,2% das respostas das pessoas que possuem caso na família.

Em relação ao fato de a doença ser passível de prevenção, não houve muita diferença entre os dois grupos, ressaltando que 60,9% acreditam que não pode existir prevenção para a hanseníase. Entre os modos de prevenção para a doença, somente a “higiene adequada” obteve relevância significativa ($p < 0,009$), sendo que a maioria das respostas foi dos entrevistados que possuem caso da doença na família (12,3%), ajustado pelo Teste de Fisher.

Sobre “ter ouvido falar sobre a lepra”, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos de comparação. Quando se confrontaram as duas doenças (lepra e hanseníase), obteve-se um valor $p = 0,019$, mostrando relevância estatística, em que o grupo de indivíduos que possuem caso de hanseníase na família respondeu afirmativamente em 47,4%, contra 36,6% do outro grupo. Percebe-se que “não possuir caso na família” influenciou a percepção dos indivíduos em diferenciar as duas doenças, sendo que neste grupo observou-se uma maior quantidade de respostas negativas e de que “não sabiam” sobre essa diferenciação.

O conhecimento sobre os sinais e os sintomas, o contágio e o tipo de tratamento até a alta por cura é vivenciado por indivíduos que possuem caso de hanseníase na família. Portanto, espera-se que esses possuam melhor percepção sobre a doença. É importante ressaltar que, apesar de vivenciar as etapas da doença em meio familiar, muitos não compreendem a doença, prevalecendo as crenças, conceitos errôneos ou confusos com outras doenças, até mesmo após o diagnóstico e a realização do tratamento do paciente e da avaliação dos contatos domiciliares. Fica, portanto, a dúvida se os contatos souberam do caso de hanseníase na família e se esses procuraram o serviço de saúde local para avaliação e orientação. Assim, esses também são fatores que influenciam na percepção dos indivíduos sobre a doença.

4.6 Análise multivariada

As variáveis que apresentaram relevância estatística ($p < 0,05$) em, no mínimo, duas variáveis dentre os cinco grupos (estrato, renda, escolaridade, utilização dos serviços de saúde e ter ou não caso na família) foram selecionadas para análise multivariada. A variável escolaridade foi reagrupada para estabilizar as estimativas devido a um número reduzido de respostas.

A primeira variável relacionada foi “ter ou não ouvido falar sobre a hanseníase” em relação a estrato, escolaridade, renda familiar, utilização de serviços de saúde e ter ou não caso da doença na família. Dessas variáveis, obteve-se relação estatística significativa com “escolaridade” e “ter caso na família”, sendo que possuir nível fundamental de ensino aumenta em 2,40 vezes a chance de ter ouvido falar da doença em comparação a um indivíduo analfabeto, enquanto que quem possui acima de nível médio de estudo possui 10,41 vezes a chance na mesma relação (TAB. 19). Isso condiz com os fatos já apresentados em que o nível de escolaridade influencia as percepções dos indivíduos sobre a doença, sendo maior à medida que aquela aumenta. Assim, os indivíduos que tiveram acesso a uma melhor educação obtiveram informações relevantes sobre a saúde em geral e, conseqüentemente, da hanseníase.

TABELA 19
Modelo ajustado sobre a variável já ter ouvido falar sobre a hanseníase e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo escolaridade e ter caso na família, no município de Almenara, 2010

Variável	Já ouviu falar da hanseníase		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Escolaridade			
Menos de um ano	0,000	1,00	-
Fundamental incompleto	0,008	2,40	1,25 - 4,61
Ensino Médio e Superior incompleto e completo	0,000	10,41	4,12 - 26,31
Ter caso na família	0,002	21,79	2,97 - 159,81

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

Para Bakirtzief (1994), a doença é como uma construção social produzida por uma prática junto aos meios de produção em geral e da saúde em particular, criando um tipo de realidade híbrida, cujo conhecimento comporta itens do saber médico sobre a doença, além daqueles saberes compartilhados pelo imaginário social da população, filtrado por uma ideologia da época.

Assim, é preciso aprofundar o conhecimento sobre a hanseníase, reconhecer seus sinais e sintomas, a prevenção, o modo de transmissão, o tratamento e a cura da doença. Não basta ouvir falar sobre determinada doença se não consegue identificá-la, pois somente assim será possível formar agentes participativos do processo de adoecer. Reconhecer-se como doente e buscar tratamento faz parte de um processo que, em sua complexidade, envolve mecanismos individuais e coletivos de articulações entre diferentes formas de atenção a saúde. Portanto, identificar a doença no início, quando os sinais são brandos é de extrema relevância, pois com uma ajuda profissional pode-se impedir a continuidade do ciclo da doença.

Souza *et al.* (2006) avaliaram o conhecimento da população de Barreiras - Bahia sobre a hanseníase. Eles identificaram em seus resultados que 80% já ouviram falar sobre a doença. Porém, apesar de a maior parte da população saber que a hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, 60% não souberam reconhecer os respectivos sinais e sintomas. Isso se refere ao fato que a hanseníase no decorrer de sua história, ter sido apresentada como motivo para isolamento do indivíduo infectado, em que o conhecimento a respeito dos sinais e dos sintomas estava restrito aos estudiosos da ciência, enquanto que a população mantinha-se leiga sobre o assunto.

Valla (2000) relata sobre a compreensão que se tem de indivíduos de classes subalternas e sobre o modo como pensam e percebem o mundo ao seu redor. Assim, enfoca em seu trabalho, a grande dificuldade em compreendê-los afirmando: “[...] o que os membros das chamadas classes subalternas estão dizendo está relacionado muito mais com a nossa postura do que com questões técnicas, como, por exemplo, linguísticas” (p. 12).

É preciso entender quem está falando e interpretar as classes subalternas, havendo a necessidade de sua percepção repassar pela compreensão das raízes culturais e das condições de moradia de uma população. Assim, “a própria forma de se relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem faz o relato” (VALLA, 2000, p. 14).

Um indivíduo que possui caso de hanseníase na família tem 21,79 vezes a chance de já ter ouvido falar sobre a doença em relação a alguém que não vivenciou esse tipo de caso na família (TAB. 19). É importante salientar que no meio o qual o indivíduo vive influencia sua percepção do cuidar em relação à sua saúde. Os ensinamentos são repassados de geração em geração em uma mesma família e são reforçados no meio social de uma comunidade. Os conhecimentos, muitas vezes, errôneos, se comparados a um saber científico atual, não devem ser excluídos de uma história de vida individual, e sim aproveitado e reconstruído para que haja melhor assimilação da informação.

O conhecimento sobre a hanseníase é transmitido entre os familiares, sendo esses uma grande fonte de informações sobre a doença. Santana *et al.* (2008) relatam em estudo que, para a maioria dos entrevistados foram seus parentes com hanseníase o estímulo externo que mais contribuiu para a busca de atendimento nos serviços de saúde, sendo que o conhecimento sobre a doença foi adquirido, em sua maioria, por intermédio de parentes com hanseníase, seguido da televisão.

A concepção de doença, especialmente em populações desfavorecidas economicamente, está associada a distúrbios que dificultam o uso habitual do corpo, principalmente para o trabalho ou a vida cotidiana. Claro (1995) relata em seu estudo que grande parte dos entrevistados interpretou os sinais e os sintomas da hanseníase como sendo uma coisa normal, não fazendo associação com uma doença. Assim, a presença de uma mancha, por exemplo, não significa uma doença, sendo considerada algo anormal somente quando essa começar a se espalhar pelo corpo ou se vier acompanhada de outros sintomas.

“É necessário que o esforço de compreender as condições e experiências de vida como também a ação de política da população sejam acompanhados por uma maior clareza das suas representações e visões de mundo” (VALLA, 2000, p. 20).

Com relação à percepção da perda de sensibilidade como sinal e sintoma da hanseníase, houve associação com estrato, utilização dos serviços de saúde e “caso na família”. Após análise, percebeu-se que somente o estrato “caso na família” manteve relevância significativa. Quanto maior a taxa de detecção da doença (estrato 4), maior a probabilidade de relatar esse sintoma (0,79 vez chance) dentre os estratos 2 e 3 (TAB. 20). Esse resultado mostra que residir em uma área com altos índices da doença não interfere na percepção dos indivíduos em relação a esse sintoma para a hanseníase.

A percepção da perda da sensibilidade cutânea é considerada algo grave, associada à ideia de morte ou, mesmo, “coma”. Assim, perde-se a capacidade de manter relacionamento com o mundo exterior (CLARO, 1995).

TABELA 20
Modelo ajustado sobre o sintoma perda de sensibilidade e os intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo estrato por coeficiente de detecção e ter caso na família no município de Almenara, 2010

Variável	Perda de sensibilidade		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Estrato			
1	0,010	1,00	-
2	0,005	0,41	0,22 - 0,76
3	0,013	0,46	0,25 - 0,85
4	0,437	0,79	0,43 - 1,43
Caso na Família	0,010	0,48	0,28 - 0,84

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

Ter caso de indivíduos com hanseníase na família demonstra quase a metade da chance de saber que a perda de sensibilidade é um sintoma da doença. Esse é um resultado contraditório. É como se o fato de conviver no meio familiar com a doença não influenciasse o conhecimento e as percepções adquiridos pelos sujeitos sobre a hanseníase. Ou seja, ter caso na família não foi garantia de informação. De certo modo, espera-se que essa transmissão de conhecimento específico sobre a doença seja mais bem apreendida e vivenciada no domicílio, sendo considerada, então, fonte disseminadora de saber.

A família é um meio da sociedade em que as pessoas estão interligadas por laços genéticos, afetivos ou de interesse comum. É nela que o indivíduo encontra apoio quando vivencia uma enfermidade, sendo acolhido e recebendo suporte para enfrentar o sofrimento (ensaio teórico). Assim, o meio familiar propicia discussões que permitem refletir sobre acontecimentos, permitindo a troca de informações e, conseqüentemente, de aprendizados, seja de cunho científico ou “carregado” de representações individuais.

Em relação ao fato de existir tratamento para a hanseníase, o modelo foi ajustado para escolaridade, renda familiar e estrato. Apenas o nível de escolaridade influenciou a percepção dos indivíduos sobre a doença. Desse modo, as pessoas que possuem nível fundamental de ensino apresentam 4,78 vezes a chance de conhecer sobre o tratamento da doença, enquanto que o nível médio e o superior têm 19,79 vezes a chance, em relação aos indivíduos que possuem nenhuma escolaridade (TAB. 21). Ou seja, quanto maior a escolaridade maior a probabilidade de reconhecer a hanseníase e o seu tratamento.

TABELA 21
Modelo ajustado sobre o fato de existir tratamento para a hanseníase e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo escolaridade, no município de Almenara, 2010

Variável	Existir tratamento		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Escolaridade			
Menos de um ano	0,000	1,00	-
Fundamental incompleto	0,000	4,78	2,37 - 9,63
Ensino Médio e Superior incompleto e completo	0,000	19,79	6,76 - 57,90

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança de 95%.

Mendes (2007) faz uma reflexão sobre o paciente com hanseníase que é informado sobre seu tratamento e sua cura sem levar em consideração outros fatores ou, mesmo, possíveis "sofrimentos" que esses indivíduos possam vir a vivenciar ao longo desse percurso. Quando não alertados, os pacientes passam pelo tratamento com vários temores e certa desconfiança, compartilhando raramente suas dúvidas com os profissionais de saúde. É interessante observar que, inicialmente, os indivíduos são informados sobre a duração de seu tratamento (máximo um ano e seis meses) e, muitas vezes, acabam prolongando esse tempo devido a algumas complicações clínicas. A falta de discussões mais aprofundada com os indivíduos sobre a doença compromete o entendimento acerca da necessidade de uma medicação tão prolongada. Os sujeitos seguem, portanto, desconhecendo a doença, ao passo que o fato de contraí-la vai além de simples desconforto físico.

Em relação à variável prevenção da doença, apenas o nível educacional dos indivíduos influenciou a percepção da população, sendo o modelo ajustado para escolaridade, estrato e renda familiar. Contudo, um indivíduo com nível fundamental de ensino possui 2,05 vezes a chance de saber sobre a prevenção da hanseníase se comparado a uma pessoa analfabeta. Assim, tem-se também que um indivíduo que possui mais de oito anos de estudo possui 2,70 vezes a chance de saber sobre a prevenção da hanseníase se comparado a alguém que não possui instrução educacional (TAB. 22).

TABELA 22
Modelo ajustado sobre a variável prevenção da doença e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010

Variável	Ter como evitar a doença		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Escolaridade			
Menos de um ano	0,000	1,00	-
Fundamental incompleto	0,003	2,05	1,27 - 3,31
Ensino Médio e superior incompleto e completo	0,000	2,69	1,69 - 4,27

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança de 95%.

Como forma de prevenção da hanseníase, a variável “evitar contato” foi ajustada pelo estrato, escolaridade e utilização dos serviços de saúde, apresentando relevância significativa somente com este último. A probabilidade das pessoas que utilizam o serviço de saúde informar que evitar contato com um indivíduo infectado é uma forma de prevenção da doença aumenta em até 5,15 vezes a chance em relação a quem não utiliza o serviço de saúde.

Claro (1995) relata que o tempo de procura por um serviço de saúde pelo indivíduo após a percepção inicial dos sinais e sintomas é geralmente prolongado, encontrando desde poucos dias até vários anos. Ressalta-se que a interpretação dos sinais da hanseníase como algo anormal pelo indivíduo pode acontecer muito tempo depois, tendo em vista as formas de início insidiosas da hanseníase.

Outra forma de prevenção da doença relatada é a higiene adequada, sendo ajustada para estrato, escolaridade, renda familiar e caso na família. Apenas apurou-

se relevância estatística pela última, concluindo que possuir caso de hanseníase na família aumenta a probabilidade da percepção de uma necessidade de higiene adequada como forma de prevenção da doença. O fato de conviver com um caso da doença no domicílio aumenta em 4,25 vezes a chance do relato de condições adequadas de higiene como forma preventiva da doença.

As condições sanitárias de um município refletem-se no surgimento de algumas doenças, porém a percepção de indivíduos sobre a necessidade de uma higiene adequada para evitar a proliferação de uma doença não depende necessariamente de um conhecimento específico. É sabido que grande parte das doenças infecto-parasitárias depende de melhores condições sanitárias e de moradia para sua erradicação. Assim, o conhecimento sobre a necessidade da manutenção da higiene corporal e do meio no qual vive perpassa as características singulares da hanseníase, sendo associadas pela população como um modo preventivo para qualquer doença.

Valla (2000) relata sobre os “preceitos para o bem viver” descrevendo como se dá a abordagem da questão da saúde desde os primeiros ensinamentos escolares. Desde crianças, os indivíduos sempre foram orientados sobre atitudes que garantem a sua saúde, como a importância da vacinação, perigos de uma automedicação, uma adequada higiene corporal e de uma dieta balanceada, assim como a indicação de atividades físicas e lazer. Muitas vezes, o problema para a não obediência a essas regras decorre mais das condições precárias de vida do que propriamente da “falta de vontade” para segui-la, levando-se em consideração as condições sanitárias do domicílio, o tratamento do esgoto e a coleta de lixo, dentre outros.

A análise dos fatores que influenciaram a percepção dos sujeitos em relação ao fato de já terem ouvido falar sobre a lepra revela que a renda familiar e o fato de terem caso na família apresentaram relevância significativa. Um indivíduo que possui renda familiar entre a dois a cinco salários mínimos possui 1,60 vez a chance de já ter ouvido falar sobre lepra e aqueles que possuem renda entre dois a cinco salários, 2,50 vezes, ambos em comparação com os que ganham até um salário (TAB. 23). Ou seja, quanto maior a renda familiar, maior a probabilidade de já terem ouvido falar sobre a lepra.

Um fato a ser lembrado é que o nome hanseníase é de difícil compreensão, e muitos pacientes não conseguem pronunciá-lo corretamente, como exemplificado em estudo de Claro (1995).

TABELA 23
Modelo ajustado sobre a variável ouvir falar sobre a lepra e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010

Variável	Ouvir falar sobre Lepra		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Renda			
Até um salário	0,044	1,00	-
1 a 2 salários	0,070	1,59	0,96 - 2,62
2 a 5 salários	0,008	2,46	1,27 - 4,75
Mais de 5 salários	0,997	-	-
Utilização do serviço de saúde			
	0,028	2,47	1,10 - 5,51

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança de 95%.

Ornellas (1997) relata sobre a exclusão do paciente acometido por uma doença acreditando que há confronto entre dois espaços de conhecimento: o social e o natural. Confronta também o meio particular, o setor saúde, o movimento ideológico. Assim, lado a lado, a questão do paciente excluído trava uma luta de redemocratização no meio em que vive. Um exemplo é o processo social e, portanto, histórico de desinstitucionalização, que constitui uma ruptura com a sociedade, ao mesmo tempo em que há uma negação dos saberes, das práticas e dos conteúdos correspondentes a essa determinada organização social, econômica e política. Assim, o processo da lepra não se consolidou. Apesar de persistir o conceito de tratamento e cura na atual hanseníase, principalmente nos níveis acadêmicos e entre os profissionais de saúde, ainda existem pessoas excluídas, residindo em antigas colônias, cujo meio social foi abalado pela manifestação de uma “antiga” doença.

Os serviços de saúde de um município informam sobre o estado de saúde da população e doenças de maneira geral. Assim, mesmo que indiretamente, os indivíduos possuem maior probabilidade de adquirir informações sobre hanseníase nas unidades de saúde do que aqueles que não a frequentam. Do mesmo modo, os

resultados demonstram que um indivíduo que utiliza os serviços de saúde possui 2,46 vezes chances de já ter ouvido falar sobre lepra.

A história da lepra é dramática, revelando sofrimento, rejeição, isolamento e horror aos sinais e sintomas, sendo, assim, representante de uma ameaça coletiva que coloca em jogo o destino não somente do infectado, mas também de toda a sua família. Isso tudo se devia ao fato de a doença ser incurável por muitos anos e de o indivíduo infectado apresentar deformidades irreversíveis (JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). A mudança do nome lepra para hanseníase teve por principal objetivo acabar com a estigmatização oriunda da lepra e ajudar na reinserção social dos pacientes acometidos pela doença

Um indivíduo que possui ensino fundamental aumenta em 1,86 vez chance de relatar que lepra e a hanseníase são a mesma doença se comparado a um indivíduo analfabeto. Portanto, um sujeito com escolaridade maior que aquela possui 3,43 vezes a chance de saber essa informação também em comparação a um indivíduo analfabeto (TAB. 24). Isso confirma a importância da escolaridade nas percepções dos indivíduos sobre a doença.

TABELA 24

Modelo ajustado sobre a variável lepra e hanseníase como sinônimos e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo fatores associados no município de Almenara, 2010

Variável	Lepra e hanseníase como sinônimos		
	<i>p</i>	OR	IC95%
Escolaridade			
Analfabeto	0,000	1,00	-
Ensino Fundamental	0,011	1,86	1,15 - 3,02
Ensino Médio e Superior incompleto e completo	0,000	3,43	2,16 - 5,46

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *p* - teste *qui-quadrado*; OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança de 95%.

A falta de associação da hanseníase com a antiga lepra, doença comum na Antiguidade, remete a uma desmistificação da doença, com a apropriação de um novo significado, ao mesmo tempo em que relembra as culturas sobre a lepra, cultuando-a como uma doença grave, cheia de pecados em relação à hanseníase, uma doença nova e curável. Espera-se que a inserção do nome hanseníase acabe

com o estigma remetido à lepra, cujo termo é carregado de conteúdos simbólicos, e não seja considerada uma doença emergente nos dias atuais.

Considerações finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] o elemento intelectual sabe, mas nem sempre compreende, e muito menos sente.
(GRAMSCI, 1978)

Este estudo alcançou o seu objetivo de analisar as percepções da população urbana de Almenara sobre a hanseníase e suas relações com os coeficientes de detecção, as condições socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde. A pesquisa demonstrou que a população do município de Almenara reconhece a existência da hanseníase, porém não distingue especificamente os aspectos clínicos e epidemiológicos da doença.

A hanseníase, enquanto doença ocasiona transtornos para o indivíduo não somente na vida pública, mas também em sua vida afetiva. As tensões e crises que provoca geram um estado de instabilidade psicológica e social, acarretando, muitas vezes, desestabilização nos relacionamentos familiares e sociais. Assim, o doente acaba por esconder sua doença e, por falta de conhecimento, não procura um serviço de saúde, passando a ser um potencial transmissor dessa enfermidade.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados do Censo Demográfico (IBGE, 2003), que, muitas vezes, apresentaram diferenças significativas quando comparados com a distribuição dos domicílios no município de Almenara com os dias atuais. 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 dessa população estudada que pudessem prejudicar de forma significativa os resultados da pesquisa.

A utilização dos setores censitários como unidade espacial em conjunto com os dados fornecidos pelo IBGE tornou possível realizar uma análise mais detalhada das percepções da população sobre a doença em diversas áreas intraurbanas do município, permitindo estabelecer algumas associações entre a ocorrência da doença e fatores socioeconômicos. A estratégia utilizada para percorrer os diversos setores censitários, independente da amostragem final, mostrou-se bastante eficiente, aumentando o percentual dos dados associados com êxito e, conseqüentemente, a confiabilidade nas análises realizadas.

Cabe ressaltar que o processo de coleta de dados foi extenso sendo que, a grande distância do município, a necessidade de várias viagens para a coleta de dados e de diversos pesquisadores para a realização das entrevistas foram alguns obstáculos encontrados na execução desta pesquisa. Além disso, aponta-se a grande dispersão de domicílios, cujos setores censitários dantes não habitados levaram à demanda de muitos deslocamentos locais e à recomposição dos mapas territoriais.

Os resultados da pesquisa evidenciaram a complexidade do estudo de percepções sobre a hanseníase e induziram a reflexões sobre o processo educativo em saúde, principalmente, em função de um quadro cultural característico de uma população, o qual deve ser compreendido e manuseado de forma adequada, inserindo novas formas de conhecimento.

A população de Almenara já ouviu falar sobre a hanseníase, constatando que, mesmo de forma insuficiente, as informações sobre a doença têm sido incorporadas pelas pessoas, visto que durante muitos anos essa era uma justificativa para as manifestações de exclusão social. Contudo, apenas uma minoria da população conseguiu identificar corretamente os sinais e os sintomas da doença, sem fazer alusão às características gerais de outras enfermidades. Ou seja, existe alto desconhecimento dos aspectos clínicos da doença. Muitos indivíduos não percebem a hanseníase como sinônimo da lepra, caracterizando-as como doenças diferentes, sendo a primeira de características mais brandas do que a segunda.

A percepção de um indivíduo pode ser determinada por vários fatores, que vão além do conhecimento adquirido em uma escola. A falta de informação, o medo, o preconceito e a discriminação social estão enraizados no processo de construção desse conhecimento sobre a hanseníase.

Ao comparar as percepções dos indivíduos considerando as áreas com diferentes coeficientes de detecção da hanseníase, apurou-se que este não foi o único fator que influencia o nível de conhecimento sobre a doença, prevalecendo também o nível de escolaridade, história de caso da doença na família, renda familiar e utilização de serviços de saúde como influenciadores dessa percepção.

A maioria da população de Almenara identifica a hanseníase como um problema de saúde pública para o município, apesar de não reconhecer iniciativas de controle da endemia, nem buscar informações sobre a doença. Os indivíduos não compreendem a doença, associando-a erroneamente a outras patologias, gerando

confusão de conhecimentos técnico-científicos com saberes de origem popular ou, mesmo, preconceitos. Consequentemente, o sujeito acaba por não identificar as características da doença, não procurando auxílio nos serviços de saúde locais.

As características dos indivíduos do município de Almenara, no que diz respeito ao conhecimento adquirido sobre saúde, estão diretamente relacionadas com a forma como os serviços do município estão desenvolvendo e aplicando estratégias de ação que contemplem a participação de toda a população.

A educação faz parte do processo de promoção da saúde, que, se bem desenvolvido, formará atores sociais que poderão enfrentar a problemática local do município com grande eficiência. Assim, os indivíduos precisam adquirir conhecimentos sobre a saúde, com o intuito de se reconhecerem cidadãos e de identificarem a doença em uma fase inicial, evitando com isso maiores complicações clínicas e minimizando a transmissão da doença.

Se, se toma como referência apenas o conhecimento científico repassado pelo profissional de saúde, isso pode causar empecilhos para a apreensão do saber do outro - no caso, a população geral. Os saberes de uma população são elaborados com base em uma experiência concreta diferentemente daquela vivenciada pelo profissional. Desse modo, acontece uma oferta do saber pelo serviço na crença que o saber da população é insuficiente e, portanto, inferior, quando, em verdade, é apenas diferente.

Portanto, pode-se concluir que o conhecimento sobre a hanseníase na população de Almenara ainda está defasado, sendo, muitas vezes, baseado em crenças antigas, tabus. É necessário que haja iniciativas locais, por parte de educadores, líderes comunitários, profissionais de saúde e gestores, com o intuito de melhorar essa escassez de informações técnico-científicas. Esses indivíduos deverão se preocupar não somente com o novo conhecimento adquirido, mas também com a saúde local, a fim de atuarem como sujeitos capazes não apenas de preencher as lacunas de informações, mas também de transmitir e erradicar crendices sobre a doença.

É importante que se dê visibilidade ao quadro epidemiológico da cidade, mapeando as necessidades, processo que subsidiará a formulação de novas práticas de saúde capazes de alterar as condições de saúde, reduzindo as possíveis desvantagens associadas ao acesso e à utilização dos serviços em algumas regiões intraurbanas no município. O desafio na cidade de Almenara é programar ações

eficazes para o controle da hanseníase que visem à participação, ao envolvimento dos cidadãos, aproveitando os conhecimentos já adquiridos pelos indivíduos.

Uma recomendação que se pode retirar dos resultados deste estudo é: reconhecer a importância da informação dirigida à população geral quanto às características principais da hanseníase, sua prevenção, tratamento e cura, de modo a auxiliar os indivíduos acometidos a conseguirem identificar mais precocemente os sinais e os sintomas, contribuindo para minimizar o estigma e, até mesmo, as reações sociais negativas oriundas desta doença. Esses resultados apontam, em primeiro lugar, a necessidade de prever períodos maiores em atividades de informação e educação para a saúde dirigida aos pacientes e à população em geral. Em segundo lugar, deve-se observar a qualidade das ações educativas, contemplando sua avaliação constante. Os profissionais de saúde não devem restringir suas atitudes educativas apenas aos conhecimentos científicos e a seus próprios pontos de vista, e sim tentar aproximar-se ao máximo das percepções da população sobre a doença.

Dessa forma, o desafio que se apresenta, é elevar os níveis de educação em saúde e em hanseníase, de modo que os indivíduos atuem como sujeitos capazes de preencher as lacunas de informação, favorecendo o entendimento da doença e, conseqüentemente, diminuindo o preconceito associado aos seus portadores. Espera-se que os conhecimentos produzidos por este estudo possam subsidiar os gestores e os profissionais de saúde na reformulação da atenção à hanseníase no município de Almenara.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 7, p. 149-170.
- ALVES, M. C. G. P. Plano de amostragem. In: BARROS, M. B. A. *et al.* (Org.). **As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 46-55.
- AMADOR, M. P. S. C. **Soroprevalência para hanseníase em áreas endêmicas do Estado do Pará**. 2004. 126 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.
- AMARAL, E. P. **Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- _____. **Projeto Hanseníase Cluster 4: DECIT 2008, Micro Almenara**. In: SEMINÁRIO ESTADUAL DE AVALIAÇÃO EM HANSENÍASE, MINAS GERAIS, 2009. "Buscando novas estratégias para o controle da hanseníase". Belo Horizonte, 2009. 27 slides.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 701-707, nov. 2008.
- ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 281-292, jul. 1994. Suplemento 2.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Tradução de Guilherme Cezarino. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 519 p. Título original: **Survey Research Methods**.
- BAKIRTZIEF, Z. **Águas passadas que movem moinhos: as representações sociais da hanseníase**. 1994. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BARATA, R. B. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 870-886, out./dez. 2006.
- BARROS, M. B. A. Introdução. In: _____ *et al.* (Org.). **As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 19-33.
- BRANDÃO, P. Assistência ao portador de hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 782-783, nov. 2008.

BRASIL. 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 Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p.

_____. **Portaria Conjunta nº 125**, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. **Taxa de prevalência de hanseníase**. 2009b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/d09.def>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. **Distribuição da hanseníase no Brasil**. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200>. Acesso em: 14 abr. 2011.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Tradução de Ruth Joffily. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., [1986?]. 252 p. Título original: **Dynamique de la recherche em sciences sociales**.

CASTIEL, L. D. **Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores**. São Paulo: Unimarco Editora, 1996a. 176 p.

_____. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 91-100, fev. 1996b.

CAVALIERE, I. A. L.; GRZYNSZPAN, D. Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimento e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-362, abr./jun. 2008.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 195 p.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, out. 1999.

COELHO, A. R. O sujeito diante da hanseníase. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 364-372, fev. 2008.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 123 p.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 51-59, dez. 2008. Suplemento 2.

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 e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio/ago. 2004.

FELICIANO, K. V. O. *et al.* Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en Recife, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 3, n. 5, p. 293-302, may 1998.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Opiniões sobre a doença entre membros da rede social de pacientes de hanseníase em Recife. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 1, n. 2, p. 112-117, feb. 1997.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. cap. 2, p. 49-56.

FRANÇA, J. L. *et al.* **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 5. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. 211 p.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.

GOLDENBERG, P. *et al.* Diabetes *mellitus* auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 37-45, jan./mar. 1996.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S., FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes *mellitus*: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 18-28, abr. 2003.

GONÇALVES, M. J. F.; OLIVEIRA, H. M. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

GRAMSCI, A. **Concepção Dialética da História**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. 341 p.

GRESSLER, L. A. **Pesquisa educacional: importância, modelos, validade, variáveis, hipóteses, amostragem, instrumentos**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1983. 140 p.

GUSMÃO, A. P. B.; ANTUNES, M. J. M. Ter hanseníase e trabalhar na enfermagem: histórias de lutas e superação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 820-824, nov./dez. 2009.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p.

HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 101-113, jan./fev. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. Ministério do Planejamento e Orçamento. Diretoria de Pesquisas. Departamento de Emprego e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Manual de Entrevista**. 1998. 366 p.

_____. **Censo Demográfico 2000**. 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 set. 2010.

_____. **Cidades. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. **Cidades. Serviços de saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. **Cidades. Minas Gerais. Almenara**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

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

JUNQUEIRA, T. B.; OLIVEIRA, H. P. Lepra/hanseníase - passado - presente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 263-266, jul./dez. 2002.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out./dez. 1994.

LANA, F. C. F. *et al.* Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 188-123, jul./dez. 2004.

_____. Análise da tendência epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/Minas Gerais - período: 1998-2004. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 107-112, abr./jun. 2006.

LANA, F. C. F. *et al.* Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 539-544, set. 2009.

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.

LEVY, S. N. *et al.* **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

LINS, A. U. F. A. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 171-194, jan./mar. 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 3. reimpr. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MAIA, M. A. C. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 26-30, jan./jul. 2000.

MANZINI-COVRE, M. L. Cidadania, cultura e sujeitos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A cidadania em construção**: uma reflexão transdisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994. cap. 6, p. 123-145.

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. **Revista Brasileira de Estatística**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 145, p. 81-92, jan./mar. 1976.

MENDES, C. M. Conhecimento científico versus manutenção de crenças estigmatizantes - reflexões sobre o trabalho do psicólogo junto aos Programas de Eliminação da Hanseníase. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 1, p. 140-151, mar./ago. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle da Hanseníase. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase**. Belo Horizonte, 2009. 77 f. Mimeografado.

_____. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase**. Belo Horizonte, 2010. 32 f. Mimeografado.

MINAYO, M. C. S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileiro. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Coord.). **Salud y Equidad**: una mirada desde las ciencias sociales. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 55-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/MS. **Descrição da doença**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31199>. Acesso em: 15 jan. 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2010. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br>. Acesso em: 28 jun. 2010.

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. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 62-67, jan./fev. 2010.

MORAIS, J. P. *et al.* Visão da população do município de São Paulo quanto à ocorrência da hanseníase e seu comportamento para a prevenção. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 201-205, jul./set. 2009.

MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE/MORHAN. **Hanseníase tem cura!** 2011. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/hans_informacoes_gerais.htm>. Acesso em: 15 jun. 2011.

OLIVEIRA, F. J. A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. cap. 4, p. 81-94.

OPROMOLLA, D. V. A. (Ed.). **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. 123 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (período do plano: 2006-2010)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 27 p. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase (2011-2015)**: diretrizes operacionais (atualizadas). Tradução de Priscila Leiko Fuzikawa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p. Título original: **Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015)**: operational guidelines (updated).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Tradução da Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para o controle da lepra**. 2. ed. Washington, 1989. 124 p. Título original: **A guide to leprosy control World Health Organization**.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/PNUD. **Desenvolvimento Humano e IDH**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 16 ago. 2010.

QUEIROZ, M. S.; CARRASCO, M. A. P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-490, jul./set. 1995.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hanseníase**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 120 p.

RISSIN, A. *et al.* Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2006.

SANTANA, S. C. de *et al.* Papel das ações educativas e o controle da hanseníase no município de Ariquemes, Rondônia. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 181-192, abr./jun. 2008.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 738-743, nov. 2008.

SANTOS, C. B. *et al.* Utilização de um Sistema de Informação Geográfica para descrição dos casos de tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.

SANTOS, D. C. M. *et al.* A hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

SARNO, E. N. A hanseníase no laboratório. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 277-290, jun. 2003. Suplemento 1.

_____ *et al.* **Estudos complementares para subsidiarem intervenções visando o controle da hanseníase em municípios do cluster n. 4 (ES, BA e MG)**. Departamento de Ciência e Tecnologia/Decit, 2008. 49 p.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, out./dez. 1997.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Tradução de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 108 p. (Coleção Tendências, 6). Título original: **Illness as metaphor**.

SOUZA, B. C. C. *et al.* **A informação como meio de prevenção da hanseníase**: um estudo na cidade de Barreiras-BA. 2006. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/doencas/hansenias e/hansenia_bianca.htm>. Acesso em: 20 jan. 2011.

TESTE de Fisher. [19--]. Disponível em: <www.ufpa.br/dicas/biome/bioqui.htm>. Acesso em: 1 jun. 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

VALLA, V. V. (Org.). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000. 115 p.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, out./dez. 2002.

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 35-47, set. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Hanseníase. Ficha nº 101**. 2010a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html>>. Acesso em: 16 out. 2010.

_____. Global leprosy situation. **Weekly Epidemiological Record (WER)**, Geneva, v. 85, n. 35, p. 337-348, aug. 2010b.

_____. **Leprosy**. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/leprosy/en/>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

Apêndice

APÊNDICE

IMPRESSO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS NA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO 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 e prevalência de infecção

Questionário n° _____

Município: _____

Setor censitário: _____

PSF: _____

IVS: _____

Responsável pela entrevista: _____

Responsável pela coleta de sangue: _____

Data: ___/___/_____

47 - Esta pessoa mora ou morou com o(a) Sr(a)?

a) () Sim

b) () Não \Rightarrow **Avance para a questão 49**

48 - Há quanto tempo que esta pessoa mora ou morou com o(a) Sr(a)? _____

49 Na época em que esta pessoa esteve doente o(a) Sr(a) foi convidado a comparecer no serviço de saúde para realizar exames?

a) () Sim

b) () Não

50 - Há cicatriz vacinal de BCG?

a) () Sim

() Uma cicatriz

() Duas cicatrizes

b) () Não

51 - Como o(a) Sr(a) soube que esta pessoa tem ou teve hanseníase?

52 - Qual foi a sua reação ao saber desta informação?

53 - Por que o(a) Sr(a) teve essa reação?

54 - O(a) Sr(a) percebeu alguma mudança nesta pessoa?

a) () Sim

b) () Não \Rightarrow **Avance para a questão 56**

55 - O(a) Sr(a) poderia dizer qual foi a mudança?

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

a) () Sim

b) () Não \Rightarrow **Avance para a questão 58**

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

a) () Sim

b) () Não

BLOCO D - ASPECTOS DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

58 - Quando o (a) Sr (a) está doente ou precisando de atendimento, costuma procurar algum serviço de saúde?

a) () Sim

b) () Não

59 - Quando tem algum problema de saúde, qual serviço do município que procura para o primeiro atendimento?

a) () Posto Central / Policlínica	h) () Farmácia
b) () Posto de Saúde / PSF	i) () Convênio – Ex: IPSEMG, UNIMED
c) () Hospital – Pronto socorro	i) () Outro _____
d) () Consultório médico particular	j) () Não sabe

60 - Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde?

a) () Menos de um mês	d) () De 9 meses a 1 ano
b) () De 3 a 6 meses	e) () Mais de 1 ano
c) () De 6 a 9 meses	f) () Não recorda

61 - Qual o motivo desta procura?

a) () Sintomas Clínicos	h) () Parto
b) () Vacinação	i) () Medicação
c) () Controle de hipertensão arterial	j) () Acidente
d) () Controle de diabetes	k) () Reabilitação
e) () Preventivo e exame de mamas	l) () Outros _____
f) () Grupo educativo	n) () Não lembra
g) () Pré-natal	

62 - Quando o(a) Sr (a) procura o serviço de saúde é atendido?

a) () sempre ⇒ Avance para a questão 64	c) () raramente
b) () às vezes	d) () nunca

63 - Se às vezes, raramente ou nunca, qual o motivo do não atendimento ou oferta do serviço da última vez que isso aconteceu?

d) () Não consegui vaga/ senha	g) () Falta de medicamento na farmácia
e) () Profissional não estava atendendo	h) () Local fechado
f) () Não tinha o serviço procurado	i) () Equipe não cordial
g) () Serviço ou equipamento não estava funcionando	j) () Greve no serviço
e) () Esperou muito e desistiu	h) () Outro motivo

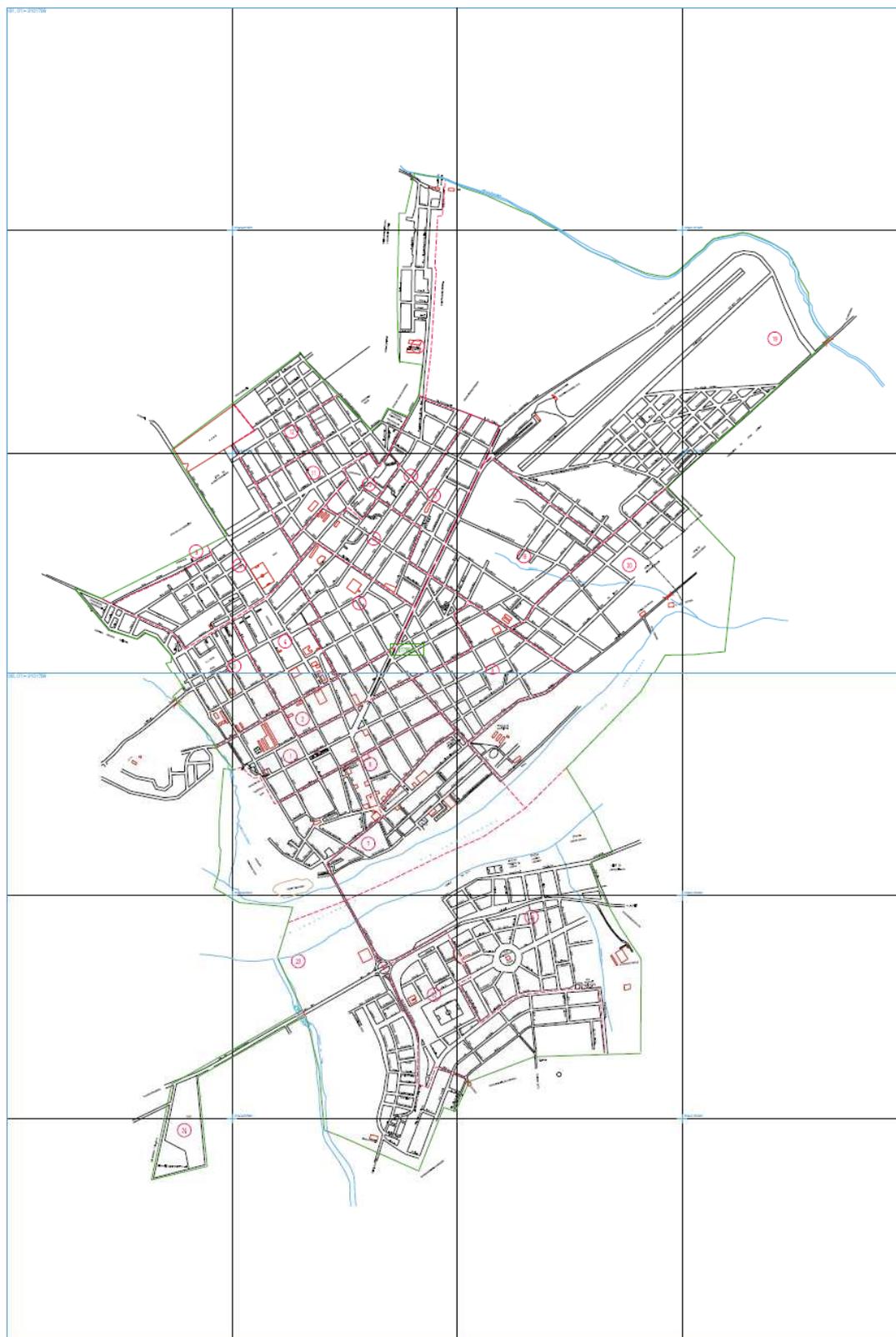
64 - Quanto tempo o(a) Sr(a) aguardou para ser atendido?

a) () Menos de 30 minutos	d) () de 2 horas a 3 horas
b) () de 31 a 60 minutos	e) () mais de 3 horas
c) () de 1 hora a 1 hora e 59 minutos	f) () Não recorda

Anexos

ANEXO A

CARTOGRAMA DE ALMENARA-MG - SETOR CENSITÁRIO



Fonte: IBGE, 2000.

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

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

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 microrregião de Almenara - MG.

A pesquisa tem o objetivo de avaliar a atuação dos serviços de saúde e o conhecimento da população da microrregião 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.

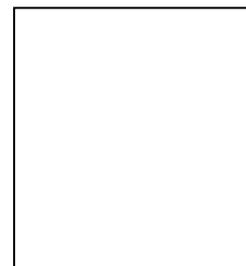
Caso você concorde em participar do estudo será solicitado que responda a um questionário que será aplicado por pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFMG. Este questionário será composto de perguntas de identificação e de questões para avaliar o seu conhecimento sobre a doença.

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 - BH - MG
CEP: 30130-100. Tel: 031.3409.9862

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627.
Unidade Administrativa II - 2º andar - sala 2005
CEP: 31270-901. Belo Horizonte - MG. Tel: 031.3409.4592

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG



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 aprovou, no dia 04 de agosto de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o 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**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over a horizontal line.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO MUNICÍPIO DE ALMENARA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPTO ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: demi@enf.ufmg.br

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2009

Prezado Secretário de Saúde

Venho por meio deste, solicitar sua autorização e apoio para a realização da pesquisa “Transmissão e controle da hanseníase em municípios da microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença”, coordenada pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

Este estudo faz parte de um projeto maior do Ministério da Saúde, aprovado pelo DECIT 2008, o qual estabelece áreas endêmicas (clusters) da hanseníase no Brasil, que objetiva permitir a realização de ações focalizadas nas regiões, racionalizando e maximizando a utilização de recursos na pesquisa e no desenvolvimento de intervenções em serviços. Dentre estas áreas podemos citar o cluster 4, composto por 138 municípios sendo 21 municípios no estado da Bahia, 44 municípios no Espírito Santo e 73 municípios em Minas Gerais. Na GRS Pedra Azul, oito municípios foram considerados prioritários para a realização de intervenções subsidiadas para o controle da endemia, são eles: Almenara, Felisburgo, Jacinto, Jequitinhonha, Monte Formoso, Ponto dos Volantes, Santa Maria do Salto e Santo Antonio do Jacinto.

Trata-se de um projeto que procura dar continuidade às investigações das pesquisas “Distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas” e “Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais” realizadas nessa microrregião nos anos de 2007 e 2008.

O presente estudo tem como objetivos:

- a) Analisar qual o conhecimento que a população da microrregião de Almenara possui sobre os aspectos clínicos epidemiológico da hanseníase, sobre as atividades realizadas para o controle da doença no município e sobre a sua importância no controle da endemia;
- b) Comparar os resultados encontrados para as percepções da comunidade local em relação às diferentes regiões (setores censitários), prevalência da doença na microrregião e outras variáveis intervenientes;

- c) Realização do teste *ML Flow* para verificação da soropositividade dos contatos domiciliares dos casos notificados como hanseníase e da prevalência oculta da doença na população geral;
- d) Comparar a prevalência da soropositividade dos contatos domiciliares com a da população geral do município;
- e) Analisar se existe relações entre a soropositividade dos contatos domiciliares e as características clínicas e epidemiológicas de seus casos índices.

Esta pesquisa será realizada através da aplicação de questionários semi-estruturados a uma amostra da população, estratificada por setores censitários. Também será realizado um inquérito sorológico nos contatos domiciliares de casos de hanseníase e em uma amostra da população geral do município.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sa para a realização do estudo proposto que deverá ser apresentada ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos científicos colocando-os à disposição da instituição e que o trabalho da pesquisa não trará qualquer ônus financeiro para o município.

Certo de contar com a atenção de V.Sa., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador

Ilmo(a). Senhor(a)
Romércio Oliveira Gobira
Secretário(a) Municipal de Saúde de Almenara
Almenara - MG


03/11/2009
Romércio Oliveira Gobira
Secretário Municipal de Saúde
Almenara - MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMENARA

ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria Municipal de Saúde

Avenida Olindo de Miranda, 1713 – 39900-000 Almenara/MG

Fone (33) 3721 - 2929



Almenara, 04 de junho de 2009.

OFÍCIO SMS/PMA Nº 689/2009

Prezado Senhor,

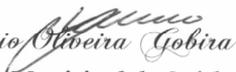
Nossos cumprimentos.

Voltados para o mais legítimo interesse desta Municipalidade e em atendimento ao ofício dessa renomada Universidade, vimos perante esse ilustre Professor manifestar nossos agradecimentos por nosso Município ter sido escolhido para fazer parte deste **PROJETO DE PESQUISA “Transmissão e controle da hanseníase: Relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença.**

Salientamos que somos sabedores da contribuição que este trará para as ações de controle da hanseníase para Almenara, diante disso autorizamos o desenvolvimento do referido Projeto em nossa cidade.

Certos de termos atendido ao solicitado, colocamo-nos à disposição de V.Sa. para qualquer outro chamamento.

Atenciosamente,


Romércio Oliveira Gobira
Secretário Municipal de Saúde

Ilmo. Senhor
PROF. FRANCISCO CARLOS FÉLIS LANA
MD. Coordenador do Projeto
BELO HORIZONTE/MG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPTO ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: demi@enf.ufmg.br

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2009

Prezado Diretor,

Venho por meio deste, solicitar sua autorização e apoio para a realização da pesquisa “Transmissão e controle da hanseníase em municípios da microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a organização dos serviços de saúde e o conhecimento da população sobre a doença”, coordenada pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

Este estudo faz parte de um projeto maior do Ministério da Saúde, aprovado pelo DECIT 2008, o qual estabelece áreas endêmicas (clusters) da hanseníase no Brasil, que objetiva permitir a realização de ações focalizadas nas regiões, racionalizando e maximizando a utilização de recursos na pesquisa e no desenvolvimento de intervenções em serviços. Dentre estas áreas podemos citar o cluster 4, composto por 138 municípios sendo 21 municípios no estado da Bahia, 44 municípios no Espírito Santo e 73 municípios em Minas Gerais. Na GRS Pedra Azul, oito municípios foram considerados prioritários para a realização de intervenções subsidiadas para o controle da endemia, são eles: Almenara, Felisburgo, Jacinto, Jequitinhonha, Monte Formoso, Ponto dos Volantes, Santa Maria do Salto e Santo Antonio do Jacinto.

Trata-se de um projeto que procura dar continuidade às investigações das pesquisas “Distribuição espacial da hanseníase na microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições sócio-econômicas” e “Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais” realizadas nessa microrregião nos anos de 2007 e 2008.

O presente estudo tem como objetivos:

- a) Analisar qual o conhecimento que a população da microrregião de Almenara possui sobre os aspectos clínicos epidemiológico da hanseníase, sobre as atividades realizadas para o controle da doença no município e sobre a sua importância no controle da endemia;
- b) Comparar os resultados encontrados para as percepções da comunidade local em relação às diferentes regiões (setores censitários), prevalência da doença na microrregião e outras variáveis intervenientes;
- c) Realização do teste *ML Flow* para verificação da soropositividade dos contatos domiciliares dos casos notificados como hanseníase e da prevalência

Esta pesquisa será realizada através da aplicação de questionários semi-estruturados a uma amostra da população, estratificada por setores censitários. Também será realizado um inquérito sorológico nos contatos domiciliares de casos de hanseníase e em uma amostra da população geral dos municípios.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sa para a realização do estudo proposto que deverá ser apresentada ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos científicos colocando-os à disposição dessa GRS e que o trabalho da pesquisa não trará qualquer ônus financeiro para os municípios.

Certo de contar com a atenção de V.Sa., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente,



Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador

Ilmo. Senhor
Dr. Gregory Ângelo Ladeia Fortunato
Diretor da GRS Pedra Azul
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

c/cópia
Maria da Glória Botelho
Coordenadora Regional da Área Técnica de Hanseníase
GRS Pedra Azul

