

Gabriela de Cássia Ribeiro

**Fatores relacionados à prevalência
de incapacidades físicas em Hanseníase
na microrregião de Diamantina,
Minas Gerais**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012**

Gabriela de Cássia Ribeiro

**Fatores relacionados à prevalência
de incapacidades físicas em Hanseníase
na microrregião de Diamantina,
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: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2012

Ribeiro, Gabriela de Cássia.
R484f Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em
Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais [manuscrito]./
Gabriela de Cássia Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2012.
121f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Hanseníase/epidemiologia. 2. Hanseníase/prevenção & controle. 3.
Fatores Socioeconômicos. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Estudos
Retrospectivos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos
Félix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
III. Título.

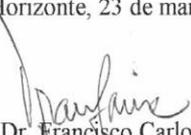
NLM: WC 335



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP.: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

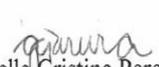
ATA DE NÚMERO 363 (TREZENTOS E SESENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GABRIELA DE CÁSSIA RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aos 23 dias do mês de março de dois mil e doze, realizou-se no Anfiteatro Roseni da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*FATORES RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS*", da aluna Gabriela de Cássia Ribeiro, candidata ao título de "Mestre em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Vânia Del'Arco Paschoal e Andréa Gazzinelli, sob a presidência do primeiro. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Gabriela de Cássia Ribeiro, aprovada e apta a receber o título de mestre em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de março de 2012.


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Orientador


Prof. Dr.ª Vânia Del'Arco Paschoal


Prof. Dr.ª Andréa Gazzinelli


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02/04/2012



Dedicatória



*Dedico este trabalho a todas as pessoas
que foram entrevistadas.*

*Pessoas que são muito maiores que
informações epidemiológicas, mas ímpares, únicas.*

*Que possuem diferentes crenças, culturas,
religiões, concepções sobre a vida e que mesmo assim,
me receberam no íntimo de seus lares
compartilhando comigo momentos difíceis,
que muitas vezes não gostariam de lembrar.*



Agradecimentos

Um dia, em uma fase um pouco difícil da minha vida,

ouvi uma frase que me fez refletir:

“Agradeça sempre, não reclame e as coisas começarão a mudar”.

*Neste momento de grande alegria e conclusão desta etapa, só posso dizer **Obrigada**:*

*À **DEUS***

Fonte de vida, inspiração, que nos concedeu inteligência,

capacidade e força para lutar por um mundo melhor;

*Às minhas amadas “**vó e mãe**”*

Pelo amor em tempo integral, que nunca mediram esforços

para que eu pudesse realizar todos os meus desejos;

*Ao orientador **Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana***

Pelo incentivo de sempre, pela facilidade em transmitir seus conhecimentos,

pela oportunidade que me deu de mostrar o meu trabalho e

por não desistir de mim, mesmo sabendo que a distância

poderia dificultar nossa caminhada.

*Às professoras **Vânia Del’Arco Paschoal e Andréa Gazinelli***

Por terem aceitado participar da banca e

pelas valiosas contribuições para a conclusão deste trabalho

*À minha linda família, os “**RIBEIRO**”*

Pelo simples fato de existirem na minha vida, me proporcionando

muitos momentos de felicidade;



Agradecimentos

*Ao **Léo***

Que chegou na metade desta jornada, mas esteve ao meu lado em todos os momentos, inclusive nos mais angustiantes. Pelo carinho, dedicação ao nosso namoro, pelas dicas de informática, pelo seu sorriso!

Seu amor me tornou mais forte.

*Aos meus **amigos***

*E em especial à **Fuza**, por sempre estarem ali para o que der e vier, para diversão e até mesmo para compreender as minhas ausências.*

*À querida **turma do Mestrado***

Por tudo que vivemos juntos, as trocas de conhecimentos, palavras de incentivo e até o bate-papo na cantina no intervalo das aulas.

*Às amigas **Angélica e Luanna***

Em meio a tantas turbulências construímos uma amizade verdadeira, sei que será para toda a vida, independente de onde estivermos.

*À **Bidó e Dui***

Pela hospitalidade, cedendo um cantinho da casa de vocês para facilitar as minhas idas e vindas.



Agradecimentos

Aos amigos do Departamento de Enfermagem da UFVJM

Fica até difícil agradecer vocês que tanto colaboraram para a concretização deste projeto. Sempre solícitos desde que cheguei, atenderam meus pedidos, me substituíram quando precisei e toleraram minhas viagens.

À Dra. Ana Regina Coelho de Andrade (SES/MG) e Raquel Galicioli (SRS/D)

Por tão gentilmente disponibilizarem o banco de dados do SINAN - Hanseníase.

Aos Secretários de Saúde, Enfermeiros e ACS dos municípios da microrregião de Diamantina

Por me autorizarem a realizar a pesquisa, me receberem tão bem em suas cidades e acompanharem durante as entrevistas.

Ao Zé Leandro

Companheiro de "rally".

Sem sua valorosa contribuição a coleta de dados seria muito mais difícil.

A todos

Que de alguma forma, mesmo que sutilmente, contribuíram para a realização desta pesquisa,

o meu MUITO OBRIGADA!!!!





*"O conhecimento exige uma presença curiosa
do sujeito em face do mundo.
Requer uma ação transformadora
sobre a realidade.
Demanda uma busca constante.
Implica em invenção e em reinvenção".*

Paulo Freire



RESUMO

RIBEIRO, G. C. **Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais.** 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

A hanseníase é importante para a saúde pública devido ao seu poder incapacitante, atingindo, principalmente, a faixa etária economicamente ativa. Quando o diagnóstico é tardio, podem apresentar lesões neurais e incapacidades físicas. A microrregião de Diamantina apresentou, em 2008 e em 2009, 50,0% e 31,0% de seus casos novos com grau 2 de incapacidade física, respectivamente. O objetivo deste trabalho foi analisar os fatores relacionados à ocorrência de incapacidades físicas entre os casos notificados de hanseníase nos municípios da microrregião de Diamantina. Optou-se por uma pesquisa epidemiológica do tipo coorte retrospectiva, descritiva e analítica. Foram entrevistados os pacientes que realizaram tratamento de hanseníase entre os anos de 2005 e 2010. A amostra foi constituída por 71 participantes. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, contendo informações das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal de Minas Gerais, parecer ETIC 0512.0.203.000-10, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Realizou-se uma caracterização da microrregião, elegendo-se os fatores socioeconômicos, demográficos, clínico-epidemiológicos e de acesso aos serviços de saúde, durante o diagnóstico e tratamento da hanseníase. Verificaram-se problemas de preenchimento do SINAN em variáveis como episódios reacionais e grau de incapacidade na cura. Encontraram-se em municípios silenciosos, próximos a hiperendêmicos, 73,2% de casos multibacilares, 78,9% de diagnósticos com algum grau de incapacidade física, leve predominância do sexo feminino e baixa renda familiar. Praticamente inexistia a busca ativa para detecção da hanseníase. A população buscou tardiamente as unidades de saúde, após aparecimento das primeiras manifestações da doença. A Estratégia de Saúde da Família se destacou como os principais locais de diagnóstico e tratamento; o tempo necessário para realização do diagnóstico foi em torno de um mês e os pacientes foram assistidos por mais de dois profissionais de saúde. Poucas informações sobre auto-cuidado, inexistência de atividades educativas em grupo. Na análise bivariada houve relação estatística entre escolaridade ($p=0,032$), número de nervos acometidos ($p=0,006$) e dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde ($p=0,031$), com a variável dependente, grau de incapacidade física no diagnóstico. Percebeu-se pequena evolução no sentido de melhora das incapacidades físicas quando comparados os momentos de diagnóstico e cura, com uma tendência a estagnação. Conclui-se que existe uma forte influência do nível de instrução da população para o reconhecimento dos principais sintomas da hanseníase. Apesar da melhoria de acesso aos serviços de saúde, com advento da implantação da Estratégia de Saúde da Família, há ainda uma necessidade de maior organização das ações de atenção à hanseníase. É imperativo um maior investimento em espaços de educação em saúde, voltados para a realidade das localidades, para que a população e os profissionais reconheçam precocemente os sinais da hanseníase, evitando diagnósticos tardios e com incapacidades físicas.

Palavras-chave: Hanseníase. Epidemiologia. Fatores Socioeconômicos. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

RIBEIRO, G. C. **Factors related to the prevalence of physical disability in Leprosy in the microregion of Diamantina, Minas Gerais.** 2012. 121 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Leprosy is important for public health because of its disabling power, affecting mainly the economically active age group. When the diagnosis is late, neural injuries and physical disabilities may occur. The micro-region of Diamantina presented in 2008 and 2009, 50.0% and 31.0% of their new cases with grade 2 of disability, respectively. The purpose of this study was to analyze the factors related to the occurrence of disability among the reported cases of leprosy in Diamantina and region. We chose to study a retrospective epidemiological cohort, descriptive and analytical. We interviewed the patients who underwent treatment for leprosy between 2005 and 2010. The sample consisted of 71 participants. A data collection instrument was prepared containing information of Information System for Notifiable Diseases chips and the interviews. The survey was approved by the Council of Ethics in Research/Universidade Federal de Minas Gerais seem 0512.0.203.000-10 ETIC, in accordance with Resolution 196/96 of the National Council of Ethics in Research. A characterization of the micro region was conducted electing whether socioeconomic, demographic, clinical, epidemiological factors as well as access to health service for the leprosy diagnosis and treatment. There were problems filling the Information System for Notifiable Diseases on variables such as reactive episodes and degree of disability in healing. It was found in silent towns, near hyper-endemic ones, 73.2% of multibacillary cases, 78.9% of diagnoses with some degree of physical disability, a slight predominance of females and low family income. Virtually, active search for detection of leprosy didn't exist. The population sought health facilities late, after the first symptoms of the disease appeared. The Family Health Strategies stood out as the major sites of diagnosis and treatment, and the time required for the diagnosis was around one month and patients were assisted by more than two health professionals. There was little information about self-care, and lack of educational activities in groups. In bivariate analysis there was a statistical relationship among education ($p=0,032$), number of affected nerves ($p=0,006$) and difficulty of transportation to health services ($p=0,031$), with the dependent variable, degree of disability at diagnosis. A small trend was noticed towards improvement in physical disability when comparing the times of diagnosis and cure, with a tendency to stagnation. We conclude that there is a strong influence on the level of education among the population in recognizing the main symptoms of leprosy. Despite the improvements to access at health services with the advent of the Family Health Strategies implementation, greater organization of leprosy care actions is still needed. It is imperative greater investment in areas of health education focused on the reality of the localities, so that people and professionals recognize early signs of leprosy, therefore avoiding late diagnosis and physical disabilities.

Key-words: Leprosy. Epidemiology. Socioeconomic Factors. Health Services Accessibility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Características dos diferentes graus de incapacidade física...	27
Figura 1	- Mapa da microrregião de Diamantina.....	38
Figura 2	- Desenho esquemático dos casos incluídos e excluídos do estudo na microrregião de Diamantina entre 2005 e 2010.....	40
Figura 3	- Área de clusters de hanseníase no Brasil.....	68
Gráfico 1	- Distribuição de casos novos de hanseníase por município de notificação da microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	46
Gráfico 2	- Primeiros sinais e sintomas percebidos pela população do estudo na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	56

LISTA DE TABELAS

1	- Número de casos novos notificados e taxas de detecção de hanseníase/100.000 habitantes distribuídos por municípios de notificação na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	47
2	- Características socioeconômicas e demográficas das pessoas com diagnóstico de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	48
3	- Situação de inserção no mercado de trabalho e contribuição previdenciária das pessoas com diagnósticos de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	49
4	- Número de pessoas e tipo de residência das pessoas com diagnóstico de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	50
5	- Informações sobre o preconceito em relação à hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	51
6	- Características clínico-epidemiológicas dos casos notificados de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	53
7	- Distribuição do número de nervos acometidos, lesões cutâneas e contatos examinados dos casos notificados de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	55
8	- Variáveis relacionadas ao acesso ao diagnóstico de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	57
9	- Condições de deslocamento durante o tratamento de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	59
10	- Variáveis relacionadas ao vínculo com os serviços de saúde na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	60
11	- Distribuição das ações de prevenção de incapacidades físicas na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	61
12	- Análise bivariada da relação de grau de incapacidade física no diagnóstico e variáveis socioeconômicas, demográficas, clínico-epidemiológicas e de acesso ao diagnóstico.....	63
13	- Correlação entre os graus de incapacidade física no momento do diagnóstico e da alta na microrregião de Diamantina, 2005-2010.....	65

LISTA DE SIGLAS

ACH	-	Ações de Controle da Hanseníase
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
ALM	-	American Leprosy Missions
APS	-	Atenção Primária à Saúde
BCG	-	Bacillus Calmette-Guérin
COEP	-	Comitê de Ética na Pesquisa
EACS	-	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
INSS	-	Instituto Nacional de Seguridade Social
MB	-	Multibacilares
MG	-	Minas Gerais
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PB	-	Paucibacilares
PI	-	Prevenção das Incapacidades
PNCH	-	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	-	Poliqumioterapia
ROM	-	Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina
SES/MG	-	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRS/D	-	Superintendência Regional de Saúde de Diamantina
SS	-	Serviço de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UFVJM	-	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
WHO	-	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos.....	18
1.1.1	Objetivo geral.....	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	História e políticas de controle da hanseníase.....	20
2.2	Ações de prevenção de incapacidades físicas em hanseníase.....	25
2.3	Fatores que influenciam a ocorrência de incapacidades físicas.....	30
2.3.1	Acesso aos serviços de saúde e organização das ações de controle e prevenção da hanseníase.....	30
2.3.2	Condições socioeconômicas e demográficas.....	32
2.3.3	Diferenças de gênero.....	33
2.3.4	Estigma social.....	34
3	PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1	Delineamento.....	37
3.2	Cenário de estudo.....	37
3.3	População de estudo.....	38
3.4	Coleta de dados.....	39
3.4.1	Fases de coletas de dados.....	40
3.5	Variáveis de estudo.....	41
3.5.1	Variável dependente.....	41
3.5.2	Variáveis independentes.....	41
3.5.3	Variáveis descritivas.....	42
3.6	Tratamento e análise dos dados.....	43
3.7	Aspectos éticos.....	43
4	RESULTADOS	45
4.1	Características socioeconômicas e demográficas.....	47
4.2	Características clínico-epidemiológicas.....	51
4.3	Acesso ao diagnóstico e vínculo com os serviços de saúde durante o tratamento de hanseníase.....	55
4.4	Ações de prevenção de incapacidades físicas em hanseníase.....	61
4.5	Análise bivariada.....	62
5	DISCUSSÃO	66
6	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	105
	ANEXOS	113



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Possui grande importância para a Saúde Pública, devido à sua magnitude e seu poder incapacitante, atingindo, principalmente, a faixa etária economicamente ativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION¹/WHO, 2010).

Ainda não há consenso sobre sua origem; discute-se se é asiática ou africana. O que se sabe é que é conhecida há mais de três mil anos nestes continentes e, inclusive, na Europa. Atualmente é encontrada nas regiões tropicais e subtropicais e está relacionada com a pobreza (EIDT, 2004).

É considerada uma doença endêmica em alguns países, inclusive o Brasil, que se configura no cenário internacional como o segundo país em números absolutos da doença. Em 2008 contabilizou 38.914 casos novos, com coeficiente de detecção de 20,59/100.000 habitantes. Dados de 2009 mostram uma pequena redução na taxa de detecção (19,64/100.000 habitantes), o que corresponde a 37.610 casos diagnosticados. Neste ano, os casos novos foram detectados em 57,4% do território nacional; destes, 55,2% eram da população masculina e 56,9% classificados como multibacilares (BRASIL, 2011; GROSSI, 2010; WHO, 2010).

Apresenta, como principais sinais e sintomas, manchas de pele, com alterações de sensibilidade, como formigamento e dormência nódulos e infiltrações; queda de pêlos localizada ou difusa, principalmente das sobrancelhas; ptose palpebral; ausência de sudorese local; dor, perda de sensibilidade e/ou espessamento de nervos periféricos, em especial dos olhos, mãos e pés. Estas diferentes manifestações clínicas se devem à relação parasita/hospedeiro, podendo ser modulada pelo longo período de incubação, que vai de dois a sete anos (BRASIL, 2002a, 2008a).

Baseando-se nestas características clínicas a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou, desde o ano de 2000, e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil

¹ Organização Mundial da Saúde. (Tradução nossa).

adotou, a partir de 2002, um método simplificado de diagnóstico, a partir da contagem do número de lesões cutâneas para a classificação operacional da hanseníase. Pacientes com até cinco lesões de pele são classificados como paucibacilares (PB) e aqueles com seis ou mais lesões cutâneas, como multibacilares (MB). A realização da baciloscopia, através do esfregaço intradérmico, também é importante ferramenta de auxílio-diagnóstico. O principal objetivo dessa classificação é o melhor manejo e escolha adequada do tratamento (BRASIL, 2002a, 2010a).

O tratamento da hanseníase é realizado pelo uso da poliquimioterapia (PQT), que consiste em uma combinação medicamentosa, dependente da classificação operacional do paciente. A primeira dose do medicamento é oferecida a cada 28 dias e supervisionada pela equipe de saúde; as outras são diárias e autoadministradas (BRASIL, 2010a). A PQT foi introduzida mundialmente pela OMS em 1982 e tornou-se um marco no controle da doença, uma vez que reduz o tempo de tratamento e as taxas de prevalência (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

Quando há falha no tratamento ou atraso do diagnóstico, podem ocorrer lesões neurais e conseqüente aparecimento de deformidades físicas. Segundo o MS, a classificação desta incapacidade se dá por uma escala de zero a dois, que varia de acordo com o nível de acometimento nervoso. O grau 0 de incapacidade caracteriza-se por nenhum tipo de problema nos olhos, mãos e pés, devido à hanseníase; o grau 1 pela diminuição ou perda de sensibilidade destas regiões corporais e o grau 2 por lesões mais sérias como perda de acuidade visual, opacidade corneana, lesões tróficas ou traumáticas nas mãos e pés, bem como presença de garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos (BRASIL, 2010a).

Estas complicações são responsáveis por diversos problemas como limitações físicas e sociais, diminuição de capacidade para o trabalho, problemas psicológicos, estigma e preconceito (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

O estado de Minas Gerais, a fim de cumprir com a meta de eliminação da hanseníase nos países endêmicos proposta pela OMS, implementou medidas para melhor controle da doença. Dentre essas medidas, encontram-se a análise da magnitude de incapacidades resultantes da hanseníase e a avaliação da proporção de casos com grau de incapacidade 2 (MINAS GERAIS, 2006). Além disso, a estruturação dos serviços de saúde, as ações educativas e de qualificação

profissional se tornaram importantes ferramentas para lidar adequadamente com as questões relacionadas às incapacidades (BRASIL, 2006).

No entanto, segundo dados da própria Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), 1.284 casos novos detectados em 2008 eram multibacilares (65,2%) e 213 (10,8%) apresentaram nível 2 de incapacidade física. Esses valores são considerados altos e são preditores de diagnósticos realizados tardiamente (MINAS GERAIS, 2009).

Números ainda mais alarmantes apresentam a microrregião de Diamantina - localizada no Vale do Jequitinhonha/MG - que teve no ano de 2008 taxa de detecção de 9,2/100.000 habitantes, correspondendo, em números absolutos, a 16 diagnósticos. Destes, 50% tinham grau de incapacidade tipo 2. Em 2009 foram descobertos 29 casos, com taxa de detecção de 16,58/100.000 e 31% de incapacidade física grau 2 ao diagnóstico (MINAS GERAIS, 2009, 2010).

Além disso, em um trabalho sobre a hanseníase no Vale do Jequitinhonha, realizado por Lana *et al.* (2008), ficam evidentes os problemas nos serviços de saúde, no que tange à prevenção, controle e detecção precoce da doença nesta região, fato esse que vem reforçar a realidade encontrada: muitos casos multibacilares e com algum grau de incapacidade física.

Diante destes fatos, o presente estudo pretendeu responder a seguinte questão: **Quais são os fatores que se relacionam com a ocorrência de diagnósticos de hanseníase com incapacidades físicas na microrregião de Diamantina?** Esta pergunta norteou toda a pesquisa, uma vez que buscou analisar os fatores que favoreceram ao aparecimento de incapacidades físicas nos indivíduos acometidos pela hanseníase, bem como as trajetórias percorridas por eles até o diagnóstico e o tratamento.

Para isso, partiu-se de pressupostos como a desigualdade de acesso e de utilização dos serviços de saúde pelos usuários, podendo acarretar detecção tardia da hanseníase e presença de alterações neurais. Espera-se que, com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e conseqüente descentralização das ações de saúde, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) siga seus princípios e diretrizes como: equidade, integralidade e universalidade (FUZIKAWA, 2007). A Atenção Básica passa a ser a porta de entrada para os acometidos pela doença e de seus familiares, assistindo-os tanto no que se refere às dimensões biológicas, quanto às sociais e psicológicas (BARBOSA, 2009; BRASIL, 2008b).

No entanto, ainda não é o que se observa, pois a grande maioria das unidades básicas de saúde (UBS) ainda não está preparada para atender estes pacientes de forma integral, pautando-se por atividades fragmentadas e descontinuadas (HELENE *et al.*, 2008).

Além da dimensão acesso e utilização de serviços de saúde, pode-se relacionar como fatores que contribuem para ocorrência de incapacidades físicas, os aspectos clínicos/epidemiológicos da hanseníase; as características socioeconômicas e demográficas, principalmente a baixa escolaridade, situações de pobreza e movimentos migratórios e; as diferenças entre gêneros, que demonstram maior incidência de incapacidades entre os homens (BRASIL, 2002a). Ressalta-se ainda a presença do estigma/segregação social, ainda tão arraigados à história da hanseníase, à realidade de seus portadores e de todos aqueles que os rodeiam (LANZA, 2009).

Portanto, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar uma maior articulação local entre os gestores, profissionais de saúde e comunidade em geral, no intuito de planejar e organizar as ações de detecção precoce, controle e, sobretudo, a prevenção das incapacidades físicas relacionadas à Hanseníase.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à ocorrência de incapacidades físicas entre os casos notificados de hanseníase nos municípios da microrregião de Diamantina.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência da incapacidade física entre os casos notificados de hanseníase;
- Classificar os casos notificados de hanseníase quanto ao grau de incapacidade e aspectos clínico-epidemiológicos;
- Analisar os fatores associados à ocorrência de casos novos de hanseníase com incapacidades.



Referencial
teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História e políticas de controle da hanseníase

Com o nome de lepra, morféia ou ainda mal de Lázaro, a hanseníase é uma doença conhecida mundialmente há mais de três mil anos. Porém, apesar dos avanços investigativos, ainda existem pontos obscuros, no que concerne à sua origem (EIDT, 2004).

No livro do Antigo Testamento, em Levítico, existe toda uma orientação sobre a hanseníase, seus principais sinais e sintomas e cuidados com o doente. No entanto, tudo que se tinha eram ideias fantasiosas e preconceitos que envolviam a patologia. Devido ao desconhecimento do seu processo de contágio e diagnóstico, era considerada como um “mal do espírito”, demonstrando o quanto o corpo padecia pelos males da alma. Na verdade, o texto englobava todas as doenças que apresentavam manifestações cutâneas na época. As pessoas acometidas eram banidas do convívio social, a fim de se controlar a endemia (CASTRO; WATANABE, 2009; CUNHA, 2002).

No Brasil, a história da hanseníase se confunde com o descobrimento. Não há registro de ocorrência entre os índios, mas sabe-se que já existia a doença em Portugal e nas Ilhas Africanas. Os primeiros casos da doença foram notificados no Rio de Janeiro, no ano de 1600. Com o aumento da endemia, os doentes eram discriminados, perseguidos e isolados da sociedade. Nos séculos XVIII e XIX, hospitais-colônia, dispensários e asilos, começaram a ser construídos no país, por meio de terras e materiais doados por religiosos e pessoas da sociedade civil. A construção das Santas Casas de Misericórdia também foi importante para cuidar dos pobres e doentes (CUNHA, 2002; EIDT, 2004; MARZLIAK *et al.*, 2008).

Durante muito tempo acreditou-se que o isolamento social do portador da hanseníase fosse o bastante para garantir a quebra do ciclo de transmissão, pois se partia do pressuposto de que a internação compulsória livraria a sociedade sadia de contrair a doença. Os locais de reclusão eram denominados leprosários, onde ficavam os doentes; os preventórios, onde ficavam seus contatos mais próximos, e os dispensários, responsáveis por abrigar os filhos sadios de pessoas doentes. Como não havia medicamentos específicos e eficazes, essa prática se tornou, em

um dado momento histórico, mais importante que o próprio tratamento (CASTRO; WATANABE, 2009; MACIEL *et al.*, 2003).

No início do século XX a hanseníase passa a fazer parte de programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. A adoção de tal política é comprovada pelo trecho do relatório feito por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, em 1903, para o Ministro da Justiça e Negócios Interiores:

A propagação se faz por contágio, isto é, pelo contato imediato ou mediato com o doente, que é a única fonte. O contágio é lento e varia segundo a forma da moléstia [...]. Não se conhecem ainda as vias de penetração dos bacilos no organismo humano; supõe-se que penetrem pela mucosa nasal, por via genital e por via cutânea (CRUZ², 1905, *apud* CUNHA, 2002, p. 241).

Mesmo com um conhecimento insuficiente sobre a doença, a questão da hanseníase ganhou destaque entre as autoridades sanitárias do Brasil e a campanha higienista passou a adotar a notificação compulsória dos casos novos, o exame periódico dos comunicantes e o isolamento em colônias, como estratégias de controle da doença (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Nesta mesma época o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, identificou o bacilo causador da hanseníase, o *Mycobacterium leprae*, bactéria intracelular obrigatória com predileção pelas células cutâneas e nervosas periféricas (ARAÚJO, 2003; EIDT, 2004; SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Dois eventos históricos tornaram-se importantes para uma mudança progressiva da mentalidade e maior informação sobre a hanseníase: o início da utilização das sulfonas para tratamento da hanseníase em 1940 e o VI Congresso Internacional de Leprologia em Madri, em 1953. A partir de então, foi preconizado o tratamento ambulatorial, a internação seletiva, a assistência aos doentes e às suas famílias, além do incentivo à pesquisa. Em consonância com as diretrizes internacionais, o isolamento social foi extinto no Brasil em 1962, apesar das dificuldades e resistências alçadas pelos próprios profissionais de saúde. No Estado de São Paulo as colônias abriram suas portas apenas em 1967 (MARZLIAK *et al.*, 2008).

² CRUZ, O. **Relatório apresentado ao Exmo Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores.** Rio de Janeiro: Departamento da Imprensa Nacional, 1905.

A doença representa, ainda hoje, um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. Isto se deve às suas particularidades como a influência socioeconômica, em razão do fato de atingir pessoas em idade economicamente ativa. Possui ainda complicações como sequelas físicas e psicológicas, que contribuem para a redução da auto-estima, para a auto-segregação e o preconceito sofrido pelo hanseniano (AMARAL; LANA, 2008; EIDT, 2004).

A hanseníase é, pois, uma doença infecciosa crônica, que tem as vias aéreas como principal porta de entrada e de eliminação do bacilo. Possui um amplo espectro de manifestações clínicas e tem um período de incubação, em geral, de dois a sete anos, considerado longo para uma doença bacteriana. O início dos sintomas costuma ocorrer em indivíduos de 20 a 30 anos de idade, sendo rara em crianças de menos de cinco anos (ARAÚJO, 2003; MARTELLI *et al.*, 2002; WHO, 2005).

Quando ocorre em menores de 15 anos, demonstra a capacidade da persistência da transmissão, bem como o quanto é precoce a exposição ao bacilo, o que faz com que este evento seja considerado pelo MS um importante indicador para avaliação da magnitude da doença. Considera-se baixa a letalidade da hanseníase; entretanto a presença de crianças e adolescentes contaminados pode determinar, como consequência, o aparecimento de jovens e adultos com diversas sequelas físicas, emocionais e sociais (LANA *et al.*, 2007).

Em decorrência do acometimento da pele e do sistema nervoso periférico, surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paresias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (MARTELLI *et al.*, 2002).

Como fator agravante de tal realidade, estimativas demonstram que somente 1/3 dos seus portadores são notificados e que, dentre esses, significativa parcela faz tratamento irregular ou o abandona, tornando, via de consequência, os bacilos resistentes às medicações, do que pode resultar dificuldades no tratamento e redução na qualidade de vida (EIDT, 2004; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Diante desse cenário a OMS, em 1991, lançou, durante a Assembleia Mundial de Saúde, o “Plano de Eliminação da Hanseníase enquanto problema de Saúde Pública”, reduzindo sua prevalência para menos de um caso para cada 10.000 habitantes, até o ano 2000. Houve uma redução global de aproximadamente 85% da

prevalência da doença; porém a meta inicial não foi cumprida por alguns países, inclusive o Brasil. A proposta apresentou como problema a dificuldade de compreensão, pelas pessoas em geral, e até mesmo por parte das autoridades sanitárias, do termo “eliminação, como problema de saúde pública”, atribuído à ausência de casos e não à redução da prevalência dos casos, segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS (LANA *et al.*, 2000; LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

Tal plano teve como evolução natural a elaboração da “Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010”, objetivando tratar os desafios ainda presentes e diminuir a carga sanitária da doença (WHO, 2005). O Brasil, adotando análoga linha de ação, criou um “Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal (2006-2010)”, seguindo os preceitos da OMS e reforçando a detecção de casos novos, o fortalecimento da vigilância epidemiológica da rede de referência e contra-referência e a capacitação dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2006; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

No ano de 2009 a OMS, a fim de garantir os avanços alcançados, publica o documento “A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (Período do Plano: 2011-2015)”, que continua seguindo os princípios da detecção precoce dos casos novos e quimioterapia eficaz. Enfatiza, mormente, a redução de casos diagnosticados com a presença de incapacidade física grau 2, pois entende que este indicador constitui fator essencial à redução da ocorrência dos danos neurais (OMS, 2010).

Apesar dos esforços acima mencionados o Brasil ocupa hoje, mundialmente, o segundo lugar em número de casos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia. Embora a prevalência tenha sido reduzida desde 2004, a detecção de casos não tem apresentado declínio considerável nos últimos anos, tendendo à estabilização (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; MOREIRA *et al.*, 2009; WHO, 2005).

Em 1991, o estado de Minas Gerais era o primeiro do Brasil em número de casos, com coeficiente de prevalência de 22,2/10.000 habitantes. Nessa época, implantou políticas emergenciais para o controle da hanseníase e, durante o período que compreendeu os anos de 1991 a 2006, obteve uma redução de 25% da carga epidemiológica da doença. Ao final de 2006 apresentava taxa de prevalência de

1,2/10.000 habitantes, ainda assim, conforme a SES/MG, a cada ano deixava-se de diagnosticar 1.000 pacientes (AMARAL, 2008; LANA *et al.*, 2009).

A Portaria nº 3.125, publicada em 7 de outubro de 2010, do Ministério da Saúde, define ações de controle da Hanseníase. Tem como objetivo fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social. Referido documento traz, em seu escopo, novas orientações sobre os critérios de diagnóstico, classificação de incapacidades físicas e tratamento (BRASIL, 2010a).

Conforme dispõe a citada portaria, para se realizar o diagnóstico necessário se faz que a pessoa apresente “lesões ou alterações de pele com diminuição ou alteração de sensibilidade, acometimento ou espessamento de nervos periféricos e/ou baciloscopia de esfregaço intradérmico positiva” (BRASIL, 2010a).

Os casos PB são identificados como aqueles que apresentem até cinco lesões de pele; estes se encontram divididos em dois subtipos, quais sejam o indeterminado e o tuberculóide. Os MB, por sua vez, referem-se aos portadores com mais de cinco lesões de pele, sendo classificados pelas formas dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2010a).

Tal divisão baseia-se na classificação de Madri, proposta em 1953 e adotada pela OMS em 1982, para fins de acelerar o diagnóstico e consequente início do tratamento. Classificação também existente é a Ridley e Jopling, de 1966, que leva em consideração a imunidade do hospedeiro. São descritas as formas tuberculóide e a borderline ou dimorfos que, por sua vez, se subdividem em dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV). Para se realizar o diagnóstico, a partir desta classificação, faz-se necessário o exame histopatológico, o que dificulta a sua utilização (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2010a).

As vias aéreas constituem-se como a principal fonte de transmissão da hanseníase; porém, fatores como sua distribuição em conglomerados, famílias ou comunidades, com características genéticas comuns, sugerem a possibilidade de predisposição genética da doença (ARAÚJO, 2003).

Sabe-se, hoje, que a hanseníase tem cura, e o seu tratamento é realizado por meio da PQT, atendendo a classificação operacional, seis meses para os paucibacilares e 12 meses para os multibacilares. As doses do medicamento são autoadministradas diariamente e, a cada 28 dias, o indivíduo se encontra com a

equipe de saúde para receber a dose supervisionada e para avaliação do tratamento. Neste momento, também são verificados a evolução de suas lesões, o aparecimento de comprometimento neural e dos estados reacionais, além do fornecimento de orientações para o autocuidado. Essas ações são necessárias para a prevenção das incapacidades e deformidades físicas (BRASIL, 2002a, 2010a).

2.2 Ações de prevenção de incapacidades físicas em hanseníase

O primeiro movimento brasileiro no sentido de prevenir as deformidades e incapacidades físicas, relacionadas à hanseníase, deu-se através do Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, que trazia em seu conteúdo a orientação de que o tratamento da doença deveria observar a prevenção das incapacidades pelos métodos não-cirúrgicos e correção das deformidades permanentes (BRASIL, 1962).

A Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase (CERPHA), hoje extinta, foi a primeira a agrupar diversas organizações não-governamentais no Brasil, para o apoio às atividades de prevenção de deformidades e reabilitação de incapacidades. Funcionava como uma extensão do trabalho da American Leprosy Missions (ALM), que desde 1906 arrecada recursos para o financiamento das ações de combate à Hanseníase em todo o mundo (VIRMOND, 2008).

Na década de 70, outro marco relacionado à preocupação com as incapacidades foi a vinda do Dr. José de Jesus Arvelo, da Venezuela para o Brasil. Tratava-se de um renomado especialista no assunto. Referido médico foi responsável pela formação de vários profissionais de saúde da época, que se tornaram multiplicadores dos cuidados específicos ao tratamento do portador de hanseníase. Sendo assim, ao final de 1977 existiam 92 médicos, 27 enfermeiros e 99 profissionais de nível técnico treinados (BRASIL, 1976; VIRMOND, 2008).

No mesmo ano, em São Paulo, foi realizada uma investigação pioneira sobre as deformidades físicas, oportunidade na qual se avaliou em que grau de incapacidade se encontravam todos os doentes de um determinado centro de saúde. Foi implantado um programa de prevenção, através da participação ativa do paciente e do tratamento supervisionado pela equipe de saúde. Referido trabalho, aliado a outros da época, foi de extrema importância; no entanto, caracterizava-se por ser ainda pontual e segmentado em todo o país (VIRMOND, 2008).

A conjuntura descrita não se difere muito do que encontramos nos dias de hoje. Um estudo produzido por Silva Sobrinho *et al.* (2007), em 11 municípios do Paraná, encontrou um importante percentual de pessoas acometidas pela hanseníase em idade produtiva e, neste contexto, 79,8% delas apresentavam algum grau de incapacidade. Observou-se também que as sequelas eram mais frequentes nos membros inferiores como garras, ressecamentos, fissuras, feridas plantares, dentre outras. Tais achados denunciam diagnóstico tardio e dificuldades para organização do serviço na região estudada.

As incapacidades físicas podem ser responsáveis por sequelas permanentes no indivíduo, haja vista o fato de atingirem os receptores nervosos responsáveis pela dor, visão e sensibilidade tátil, tornando-os mais susceptíveis a acidentes, queimaduras, feridas e, até mesmo, amputações, resultando em comprometimento da qualidade de vida do portador da doença. Fator de igual relevância são os danos psíquicos, morais e sociais aos quais são expostos os doentes, seus familiares e a comunidade à qual pertencem (BRASIL, 2008b).

A presença de lesões neurais também sugere a ocorrência da prevalência oculta, que corresponde aos casos que deveriam ser diagnosticados e não o são ou são tardiamente, contribuindo para a perpetuação desta condição (EIDT, 2004).

O acometimento nervoso ocorre em todas as formas da hanseníase e, para a resolução ou redução deste problema, são essenciais o diagnóstico precoce, o início imediato do tratamento e a prevenção de incapacidades. Afirma-se que, apesar da possibilidade de cura, se no momento do diagnóstico, já for detectado dano neural, o indivíduo terá maiores chances de desenvolver as deficiências físicas (MOSCHIONI *et al.*, 2010; SILVA SOBRINHO *et al.*, 2007). Por essa razão, o MS recomenda a avaliação do paciente quanto ao seu grau de incapacidade no início do tratamento e na alta, bem como a avaliação dos nervos a cada três meses ou na ocorrência de neurites (BRASIL, 2008b).

Para se determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. Para tal procedimento recomenda-se o uso dos monofilamentos de Semmes-Weinstein, também conhecidos como estesiômetros.

Até o ano de 2002 as incapacidades físicas em hanseníase eram classificadas em grau 0, 1, 2 e 3, considerando uma escala que variava de nenhum comprometimento físico, comprometimento leve, moderado e grave, respectivamente (ALVES *et al.*, 2010; VIEIRA; SILVA, 2002). Após esta data, houve

a fusão entre os dois últimos graus de incapacidade e os critérios para classificação, hoje estabelecidos, estão descritos no QUADRO 1 a seguir:

QUADRO 1
Características dos diferentes graus de incapacidade física

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a seis metros de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: BRASIL, 2010a.

Os graus de incapacidade física dependem da forma clínica apresentada pelo indivíduo, sendo que as formas multibacilares são responsáveis por um maior número de complicações. Na hanseníase virchowiana, as reações neurais são mais precoces e agressivas; na dimorfa, a evolução é mais lenta. Gomes, Frade e Foss (2007), ao investigar as características epidemiológicas de portadores de hanseníase com úlceras cutâneas, perceberam que a maioria era virchowiana e que 72% dessa população possuíam grau 2 de incapacidade.

Sem dúvida, esse grau de incapacidade configura-se como o mais grave e com maior possibilidade de causar sequelas permanentes. Neste momento, ganha maior destaque mundial, pois a OMS, através da “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (Período do Plano: 2011-2015)”, propõe que este componha a lista de indicadores essenciais para medir a qualidade da assistência prestada e monitorar o progresso dos programas de eliminação da hanseníase. A meta proposta é a redução da taxa de detecção de casos novos com grau 2 de incapacidade por 100.000 habitantes em 35%, até o ano de 2015, quando comparado com os valores encontrados ao final de 2010 (OMS, 2010).

Lana *et al.* (2008), em estudo realizado no Vale do Jequitinhonha, encontraram 12,1% dos casos notificados de hanseníase com grau 2 de incapacidade (número considerado alto de acordo com os parâmetros do MS) e um predomínio das formas multibacilares. Esses achados sugerem diagnósticos

realizados tardiamente e ocorrência da prevalência oculta, contribuindo para a cadeia de transmissão da doença.

Por outro lado, Gonçalves, Sampaio e Antunes (2009), demonstram uma redução na prevalência dos graus de incapacidade 1 e 2, quando comparados os momentos do diagnóstico e da alta e piora do quadro neurológico em apenas 1,3% dos pacientes acompanhados em seu estudo. Os autores atribuem esses resultados a uma elevada frequência das avaliações neurológicas, ao rigor clínico das classificações da doença, ao uso acertado da PQT e prescrição de corticoterapia em doses adequadas ocorridas no serviço de saúde em questão.

Ainda na década de 90, Ferreira (1998) apontava que os casos detectados pelos métodos passivos como notificações, demanda espontânea e encaminhamentos, têm mais probabilidade de apresentar deformidades do que aqueles diagnosticados pelos métodos ativos e exame de contatos. O aumento da idade, o fato de ser do sexo masculino e portador das formas multibacilares também pode, segundo o mesmo autor, levar ao atraso no diagnóstico.

Como parte do monitoramento da função neural, encontra-se a prevenção das reações hansênicas ou estados reacionais, que são complicações da hanseníase. Referidas reações estão relacionadas ao sistema imunológico e podem aparecer antes do início do tratamento, como causa do diagnóstico; durante o acompanhamento, ou após a alta, acometendo principalmente os pacientes multibacilares. A reação tipo 1 ou reversa se caracteriza pelo aparecimento de novas lesões de pele, placas infiltradas, espessamento e dor de nervos periféricos. A reação tipo 2 se manifesta mais frequentemente através do eritema nodoso, com presença de febre, mal-estar geral, dores articulares e sintomas sistêmicos (BRASIL, 2010a).

Outro tipo de manifestação são as neurites silenciosas, em que o paciente não apresenta dor ou hipersensibilidade à palpação nervosa, porém existe a perda de função sensitiva ou motora (LEITE; LIMA; GONÇALVES, 2011).

A presença de estados reacionais, além de favorecer a ocorrência das incapacidades físicas, também é responsável por retratamento da hanseníase por suspeita de recidiva e abandono do tratamento merecendo, assim, uma atenção especial dos profissionais de saúde, para detecção precoce e tratamento correto (SAMPAIO *et al.*, 2009; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Diante do exposto, fica clara a necessidade de investimento em ações de Prevenção das Incapacidades (PI) físicas em hanseníase. Estas medidas tem como principal meta inviabilizar a ocorrência de danos físicos, sociais, econômicos emocionais e espirituais no paciente e em sua família (BRASIL, 2008c).

As ações de PI necessitam ter laços estreitos com toda a equipe de saúde, decidindo, em conjunto, quais intervenções realizarem; devem-se criar estratégias para a aderência do paciente ao tratamento, fazendo com que ele participe ativamente do processo de prevenção de lesões futuras e complicações em caso de lesões instaladas (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005).

Uma das principais formas de empoderamento do paciente é a orientação para o autocuidado. Dentre elas, estão os cuidados com os pés, com o tipo de calçados, hidratação da pele e dos olhos, dentre outras. Quando o indivíduo incorpora tais ações em seu dia-a-dia e passa a reconhecer seus próprios resultados, lhe é conferida maior autonomia e independência no tratamento. Os profissionais de saúde são peças-chave nesse processo (BRASIL, 2008d).

Neste sentido se verifica a grande importância da Educação em Saúde, tanto voltada para o profissional, como para a população em geral e para os portadores da doença, a fim de sensibilizar e modificar hábitos e atitudes relacionados à Hanseníase.

As equipes de saúde devem receber capacitações direcionadas à avaliação do grau de incapacidade dos doentes, especialmente aqueles da Atenção Básica de Saúde, uma vez que a proposta do MS é a descentralização das ações voltadas para a hanseníase. Todos os profissionais têm que ser capazes de abordar uma pessoa acometida pela hanseníase sob enfoque integral, com linguagem simples, que garanta ao paciente um conhecimento sobre os principais sinais e sintomas, as formas de prevenção de complicações e os fatores sociais, ambientais e culturais que envolvem a doença (MARCIANO *et al.*, 2008; SILVA SOBRINHO *et al.*, 2007).

Entretanto, encontram-se, ainda, algumas dificuldades relacionadas à qualificação dos profissionais de saúde como, por exemplo, a rotatividade de pessoal, principalmente daquele que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Outro fator consiste na própria história da doença, marcada por segregação e isolamento. Objetivando suprir essa necessidade, surgiram algumas experiências exitosas, como a do Estado do Rio de Janeiro, que capacitou instrutores

permanentes para multiplicar o conhecimento sobre a hanseníase (CORRÊA; IVO; HONER, 2006; SILVA SOBRINHO *et al.*, 2007).

Para se obter sucesso nas ações de prevenção das incapacidades físicas, as práticas educativas necessitam atingir o paciente, a sua família e a comunidade ao seu redor, com o escopo de promover a saúde e, conseqüentemente, romper com a cadeia de eventos que levam ao diagnóstico tardio e às deformidades físicas. A enfermagem, neste contexto, assume grande evidência, vez que tem como foco de atuação a dedicação integral à saúde.

2.3 Fatores que influenciam a ocorrência de incapacidades físicas

2.3.1 Acesso aos serviços de saúde e organização das ações de controle e prevenção da hanseníase

Travassos e Martins (2004) fazem uma reflexão sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde. Embora este termo seja, muitas vezes, confundido com presença dos serviços e recursos de saúde, deve ser considerada também a importância de sua disponibilidade no momento e no lugar em que a pessoa necessita. Dessa forma, o acesso se define pela utilização de um serviço e não pela existência deste.

A reorganização do Sistema de Saúde no país fortalece a Atenção Primária à Saúde (APS) e esta se torna o espaço estruturante para as ações de saúde, que tem como estratégia o combate às iniquidades sociais (PENNA *et al.*, 2010).

O controle da hanseníase inclui-se nestes movimentos de construção do SUS, em todas as suas instâncias (OLIVEIRA, 2008), tendo como desafio fazer valer os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, propostos pelo sistema, além de resgatar as perspectivas de vida do indivíduo, integrando as dimensões biológica, social e de necessidade de acesso aos serviços de saúde (BARBOSA, 2009).

O maior movimento no Brasil, no sentido de organização dos serviços de saúde em relação à hanseníase, foi a política de descentralização das ações de controle e prevenção da doença, com o intuito de hierarquização da atenção. Tal política se fortaleceu durante a 44ª Conferência Mundial de Saúde em 1991,

momento em que se pretendia eliminar a hanseníase até o ano 2000 (LANZA, 2009).

Partindo desse pressuposto, a Atenção Básica de Saúde constitui-se em porta de entrada para o acolhimento da população alvo, bem como daquela que integra todos os programas de controle e prevenção, como melhor estratégia para o diagnóstico precoce e eliminação da doença (BRASIL, 2008b). Nesse modelo de atenção, as práticas voltadas para o diagnóstico e tratamento estão próximas à comunidade e disponíveis em todos os dias da semana. Além disso, as ações de hanseníase são combinadas com outros programas existentes nos serviços de saúde (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; LANZA, 2009).

Vale ressaltar que a ideia de descentralização da assistência não exclui o atendimento ao portador de hanseníase nos níveis de maior complexidade. Os pacientes podem ser encaminhados aos Centros de Referência, dependendo de sua condição clínica e nos casos de recidiva (BRASIL, 2010a). Para que haja esta atenção integral necessário se faz um bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Talvez esta última seja um obstáculo para a estruturação do fluxo, conquanto se saiba que muitos profissionais de saúde não obtêm resposta do encaminhamento realizado e, quando o têm, este é informal, é verbal (HELENE *et al.*, 2008).

Configura-se indispensável um planejamento cuidadoso e equitativo para enfrentamento da situação, considerando-se as reais necessidades locais, tendentes a reduzir, assim, as disparidades de saúde dos diferentes grupos populacionais e sociais. Trata-se de um programa complexo que, se implantado à revelia, pode comprometer o sistema de vigilância em saúde e a qualidade da assistência prestada (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; LAPA *et al.*, 2006).

Sem dúvida, com o advento das equipes de ESF e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)³, houve um maior acesso dos usuários nos serviços de saúde, inclusive aos programas de Hanseníase, permitindo maior percepção da doença, maior esclarecimento sobre a forma de transmissão, de tratamento e de cura (LAPA *et al.*, 2006).

³ Conforme artigo 3º da Portaria nº 154, de 15 de maio de 2009 (BRASIL, 2009).

Entretanto, Barbosa (2009) verificou que, apesar de 94,2% das unidades básicas de saúde do país possuírem alguma ação de hanseníase implantada, estes números não refletem a real cobertura, de acordo com os parâmetros do MS. A maioria dessas unidades não oferece cuidados de prevenção e reabilitação adequados, gerando necessidade de ampliação das ações de controle da doença junto às equipes de saúde da família.

Helene *et al.* (2008) demonstram que a implantação da ESF não garante, efetivamente, ações interdisciplinares, no que concerne ao cuidado dos doentes e ex-doentes de Hanseníase. Através da análise dos depoimentos adquiridos em sua pesquisa, evidenciam a presença de muitos profissionais que realizam as atividades de forma isolada, sem comunicação e fragmentadas. Relatam também que as ações de tratamento de incapacidades e educação em saúde foram pouco citadas pelos pesquisados.

Segundo Arantes *et al.* (2010), quando os entrevistados de seu estudo foram questionados sobre as dificuldades encontradas para o tratamento da hanseníase, a maioria mencionou a demora do diagnóstico (em média cinco meses). Outros fatores mencionados referem-se às filas das unidades de saúde, à burocracia e às informações desconhecidas, à abstenção do trabalho pelo profissional de saúde e ao meio de transporte escasso para se chegar ao local de tratamento, que não era a UBS da área de abrangência.

Diante destes fatos, fica claro que o Brasil ainda necessita avançar, no que tange ao acesso ao diagnóstico precoce da hanseníase, bem como na organização dos serviços de saúde e estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e os acometidos pela doença.

2.3.2 Condições socioeconômicas e demográficas

Nos países endêmicos para hanseníase a sua distribuição difere-se de acordo com os estados, regiões e microrregiões; porém, está sempre atrelada aos espaços urbanos, considerados bolsões de pobreza. Dessa forma, pode-se inferir que as condições socioeconômicas, demográficas e culturais exercem uma grande influência na propagação da endemia hanseníase (AMARAL; LANA, 2008; LANZA, 2009).

Alguns fatores podem ser citados como contribuintes para esse processo, como: baixa escolaridade, condições precárias de moradia e de saneamento básico, desemprego, analfabetismo, falta de higiene, alimentação inadequada, movimentos migratórios desordenados e elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente (BRASIL, 2002a; LANZA, 2009).

Magalhães e Rojas (2007), ao realizarem um levantamento da distribuição espacial da Hanseníase no Brasil, perceberam uma expansão da endemia hansênica na região norte do país, particularmente naquelas áreas em que o processo de povoamento se acelerou pela construção de rodovias federais e consequentes assentamentos rurais. As autoras também fazem uma relação entre as taxas de detecção da doença e o Índice de Exclusão Social contido no Atlas de Exclusão Social de 2003 e constatam que os municípios com mais de 10 casos novos por 10.000 habitantes também apresentam piores condições socioeconômicas.

Paradoxalmente, Amaral e Lana (2008) encontraram uma maior concentração de casos em áreas consideradas de baixo e médio risco para hanseníase na microrregião de Almenara. Levantaram duas hipóteses para explicar tal evento: possivelmente as áreas de menor risco possuem serviços de saúde mais organizados e, conseqüentemente, diagnósticos mais precoces; e ainda, a pequena diferença dos índices de vulnerabilidade entre as áreas que estão inseridas em uma região carente poderia ter gerado um viés na pesquisa.

Independentemente dos resultados, ressalta-se a importância do investimento em estudos que façam análises espaciais e geográficas capazes de evidenciar as regiões endêmicas para hanseníase e de fortalecer as políticas públicas de saúde locais.

2.3.3 Diferenças de gênero

Embora vários estudos demonstrem maior ocorrência da hanseníase entre homens do que em mulheres, este fato ainda não se consolidou na literatura, bem como não se sabe ainda os motivos pelos quais ele acontece.

Segundo Lana *et al.* (2003), hoje as mulheres circulam mais em ambientes onde antes eram majoritariamente masculinos e, conseqüentemente, entram mais em contato com pessoas infectadas.

A identificação dos efeitos da hanseníase entre os gêneros constitui estratégia de investigação de como os indivíduos compreendem a doença em suas diferenças biológicas, sociais e culturais. Em relação à saúde, homens e mulheres apresentam necessidades específicas. Sabe-se que o acometimento pela hanseníase é um fator desencadeante de mudanças na estrutura familiar e, quando o ente adoecido é a mulher, esta fica em desvantagem duas vezes: discriminada em função do gênero e pelo fato de estar doente (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

Oliveira, Gomes e Oliveira (1999), ao compararem a vivência da hanseníase entre homens e mulheres, com foco na sexualidade, relatam percepções diferentes entre os sexos. Os homens demonstram maior preocupação com a dificuldade de realizar o ato sexual, enquanto as mulheres sofrem mais com as mudanças físicas que a doença pode acarretar.

Lana *et al.* (2008) atribuem a presença de um maior número de incapacidades físicas entre o sexo masculino na população de seu estudo, à grande atenção dada pelas mulheres para a estética corporal e também à existência de mais programas nos serviços de saúde voltados para a saúde da mulher, limitando o acesso dos homens.

2.3.4 Estigma social

A Hanseníase é uma doença milenar, que carrega em seu bojo uma histórica marcada por medo, preconceito e isolamento social. Isso se deve ao fato de ser uma doença infecto-contagiosa, que pode provocar lesões incapacitantes e deformidades físicas.

No ano de 1975 o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a mudança da terminologia “lepra” para hanseníase, no intuito de diminuir a carga de preconceito trazida pelo termo. No entanto, essa alteração na definição da doença não veio acompanhada de práticas educativas capazes de modificar as relações de segregação social que a envolvem (FEMINA *et al.*, 2007).

Apesar de se tentar reduzir o caráter estigmatizante da doença há, ainda hoje, na sociedade, imagens e ideias negativas da mesma, contribuindo para que os portadores da hanseníase ocultem seu problema, a fim de não serem discriminados (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

Ancorada na afirmação acima, Lana (1997) relata que os processos discriminatórios ligados à hanseníase não acompanham a evolução dos conhecimentos acerca da doença. Eles ainda se apoiam naquilo que a doença representa para o censo comum, sem considerar a realidade de uma patologia curável.

Nesse sentido, a doença ultrapassa o plano orgânico, vindo a interferir na vida do indivíduo de modo mais amplo, bem como em suas relações com outras pessoas (SANTOS; PARDO, 2006).

O não comparecimento espontâneo das pessoas nos serviços de saúde, devido ao receio das repercussões sociais causadas pelas manifestações da hanseníase, oportuniza um possível diagnóstico tardio, contribuindo, diretamente, para a ocorrência das incapacidades físicas (LANA, 1997).

Por fim, aliada ao processo de segregação social, verifica-se que a percepção das manifestações iniciais da hanseníase ainda é precária por parte dos pacientes. Os primeiros sinais e sintomas da doença são comuns e se confundem com outras patologias frequentes no país. Além disso, evoluem de forma sutil e lenta, fazendo com que o paciente procure o serviço de saúde somente na ocorrência das complicações (SANTOS *et al.*, 2007).



Percurso
metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo coorte retrospectiva, descritiva e analítica.

Os estudos de coorte retrospectiva são indicados para analisar patologias de elevado período de incubação e baixa frequência, como é o caso da hanseníase na microrregião de Diamantina. Além disso, consiste na seleção de pessoas ou grupos sociais específicos que foram comprovadamente expostos a fatores de risco em potencial (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

A combinação dos estudos descritivos e analíticos em hanseníase mostra-se de grande relevância, uma vez que o primeiro, apesar de ser considerado como dados preliminares, é capaz de gerar hipóteses, reconhecer os grupos populacionais de maior risco de adoecimento, estabelecer prioridades para intervenção e avaliar o impacto do programa em execução. Já o segundo tipo de investigação faz a correlação da doença com suas verdadeiras causas e identifica os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da hanseníase, por meio dos testes estatísticos (BARATA, 1997; LOMBARDI, 1990).

3.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado na microrregião de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. A região possui, aproximadamente, 175.000 habitantes, distribuídos em 15 municípios: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro (FIG. 1).



FIGURA 1 - Mapa da microrregião de Diamantina

No entanto, dos 15 municípios que compõem a microrregião, cinco - Congonhas do Norte, Felício dos Santos, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves - se mostraram silenciosos para o diagnóstico de hanseníase entre os anos de 2005 e 2010. Sendo assim, o estudo foi realizado nos 10 municípios que fizeram notificações de hanseníase neste período.

3.3 População de estudo

A população escolhida para participar do estudo foi aquela dentro da qual se encontram todos os casos novos de hanseníase notificados entre os residentes dos municípios que integram a microrregião de Diamantina, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2010.

Optou-se por estabelecer um período mais longo de análise, devido à necessidade de se obter um número amostral adequado e, também, pela

importância de se considerar que as incapacidades físicas, relacionadas à hanseníase, são altamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços de saúde conseguindo, assim, uma aproximação da realidade concreta dos serviços de saúde, no que se refere às ações de prevenção e controle da doença.

3.4 Coleta de dados

Para a etapa da coleta de dados foi elaborado um roteiro estruturado (APÊNDICE A) que contemplou os dois momentos da pesquisa: análise das notificações de casos novos de hanseníase na microrregião de Diamantina entre os anos de 2005 e 2010, e entrevista com aquelas pessoas que foram encontradas em seus municípios de residência e que aceitaram participar do estudo. O instrumento foi dividido em cinco blocos, sendo que o primeiro corresponde à fase de coleta de dados através das notificações e os seguintes, às entrevistas.

A construção do questionário teve como base o “Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil”, elaborado por Barbara Starfield, no ano de 2000, e validado para utilização no Brasil (BRASIL, 2010b).

Segundo a proposta de Starfield, a avaliação dos serviços da APS consiste na utilização de quatro atributos essenciais, sendo eles: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade/vínculo, integralidade/elenco de serviços e coordenação da atenção. Outros três atributos auxiliam no processo de qualificação dos serviços: orientação comunitária, atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) e competência cultural. Estas características podem ser avaliadas separadamente, porém estão intimamente relacionadas (BRASIL, 2010b).

Quando um serviço possui os quatro atributos essenciais, considera-se que suas práticas são de APS e que é capaz de prestar assistência integral à sua comunidade adscrita no âmbito biopsicossocial (BRASIL, 2010b).

Estes atributos são avaliados a partir das perspectivas dos usuários, profissionais de saúde e gestores. Esta avaliação tem como base a mensuração de qualidade de serviços de saúde, a partir de aspectos da estrutura, processo e resultados propostos por Donabedian em 1966, com reimpressão em 2005 (DONABEDIAN, 2005).

Foi utilizado ainda, como referência, o “Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da Tuberculose no Brasil”,

organizado por Villa e Ruffino-Netto (2009). Este instrumento também foi uma adaptação do PCATool-Brasil, conta com 108 questões voltadas para avaliação específica dos serviços voltados para a assistência ao doente com tuberculose (TB).

3.4.1 Fases de coletas de dados

Primeira fase - Levantamento de informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - base de dados da Hanseníase

Após a autorização da Coordenadoria do Programa de Dermatologia Sanitária da SES/MG (ANEXO A), e da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina (SRS/D) (ANEXO B), o programa SINAN foi disponibilizado para a coleta dos dados secundários. Esta fase da pesquisa foi realizada pela pesquisadora e duas colaboradoras, durante o mês de dezembro de 2010. Devido a algumas inconsistências no banco do SINAN, foram analisados também os arquivos da Referência Técnica em hanseníase da SRS/D.

Todos os registros de casos novos, encontrados entre os anos de 2005 e 2010, foram incluídos, totalizando 115 registros. Destes, oito foram excluídos do estudo por ter sido detectado erro de diagnóstico no momento da investigação; os outros (107 casos) foram incluídos, conforme demonstra FIG. 2.



FIGURA 2 - Desenho esquemático dos casos incluídos e excluídos do estudo na microrregião de Diamantina entre 2005 e 2010

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Dentre os 107 casos novos incluídos no estudo, 71 se reverteram em entrevistas com aqueles que realizaram ou que ainda estavam em tratamento de hanseníase; 36 não participaram do estudo por motivos diversos, como mudança para cidades localizadas fora da região estudada, não localização do indivíduo e óbito.

Esta primeira fase teve por objetivo identificar os casos novos de hanseníase na microrregião, localizar os indivíduos, verificar a frequência de incapacidades físicas na região, bem como outras características clínicas da doença.

Segunda fase - Entrevista com os participantes do estudo

Foram realizadas 71 entrevistas com os indivíduos que tiveram notificação de hanseníase no período de estudo, independente do seu grau de incapacidade física. Não houve nenhuma recusa.

As entrevistas ocorreram entre os meses de fevereiro e abril de 2011. Foram percorridos os 10 municípios que possuíam registros de hanseníase, as zonas urbanas e, principalmente, as áreas rurais, onde grande parte das pessoas residia.

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora aos indivíduos em suas residências, nas unidades de saúde ou em outros locais de sua preferência, com duração média de 25 minutos.

3.5 Variáveis de estudo

3.5.1 Variável dependente

Grau de incapacidade física no diagnóstico.

3.5.2 Variáveis independentes

Informações gerais e características clínico-epidemiológicas

Município de notificação; data do diagnóstico; data do início do tratamento; classificação operacional; forma clínica no diagnóstico; grau de incapacidade física na alta; modo de entrada e saída do serviço; modo de detecção; número de nervos acometidos; número de lesões cutâneas; presença de episódios reacionais e número de contatos examinados.

Características socioeconômicas e demográficas

Sexo; idade; cor; estado civil; ocupação; situação de ocupação atual; necessidade de afastamento do mercado de trabalho devido à hanseníase e quanto tempo de afastamento; renda familiar; escolaridade; contribuição com Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); condições de moradia e número de pessoas residentes no domicílio; preconceito.

Acesso ao diagnóstico e tratamento de hanseníase

Primeiros sinais e sintomas; tempo entre o início dos primeiros sintomas e primeira consulta; procura pelo serviço após perceber primeiros sintomas; serviço de saúde que realizou diagnóstico; número de vezes e por quanto tempo visitou o serviço até o diagnóstico; tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento; local de tratamento; número de profissionais de saúde que visitou até o diagnóstico; dificuldade de deslocamento até a unidade de tratamento; utilização de transporte motorizado e pago para comparecimento à unidade de tratamento.

3.5.3 Variáveis descritivas

Vínculo com os serviços de saúde durante o tratamento de hanseníase

Local de recebimento das doses supervisionadas; profissional de saúde que administra as doses supervisionadas; serviço de saúde que realiza o tratamento e ocorrência de visitas domiciliares.

Elenco das ações de prevenção de incapacidades e coordenação dos serviços

Frequência das consultas de acompanhamento; avaliação da sensibilidade; avaliação da força muscular; orientações individuais para o autocuidado; orientações individuais quanto aos efeitos dos medicamentos; atividades educativas em grupo sobre a hanseníase e encaminhamentos para especialistas (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, ortopedista, etc.).

3.6 Tratamento e análise dos dados

Foi construído um banco de dados no programa estatístico Epiinfo, versão 6.0. Logo após a alimentação do banco e verificação de possíveis inconsistências, os dados foram exportados para o programa Microsoft Excel 2010 e, em seguida, para o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18.0.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados. Logo após, para a análise bivariada, foram utilizados os testes do Qui-quadrado e Fisher para as variáveis categóricas e o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis numéricas. Para avaliar a evolução dos graus de incapacidade física nos momentos do diagnóstico e da alta, foi empregado o Teste de Homogeneidade Marginal, por se tratar de uma mesma variável em momentos cronológicos distintos. Todos eles tiveram como referência estatística o valor de $p < 0,05$.

Foi feita uma busca de artigos científicos em bases de dados nacionais e internacionais, bem como de publicações de órgãos oficiais, a fim de subsidiar a discussão dos resultados obtidos.

3.7 Aspectos éticos

A fim de seguir as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que trata dos estudos com seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi enviado para análise ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e, posteriormente, submetida ao Comitê de Ética na Pesquisa (COEP) da UFMG. A pesquisa foi aprovada pelo COEP/UFMG, através do parecer número ETIC 0512.0.203.000-10, em novembro de 2010 (ANEXO C).

Para a utilização das informações contidas no banco de dados do SINAN/Hanseníase, foram enviadas cartas para a Superintendência Regional de Saúde de Diamantina e para a Coordenadoria de Dermatologia Sanitária da SES/MG, que se posicionaram favoráveis à pesquisa. Da mesma forma, através de cartas, solicitou-se a permissão das secretarias municipais de saúde dos municípios da microrregião de Diamantina que foram escolhidos para participar do estudo.

Todos os municípios envolvidos consentiram e enviaram documento de autorização (ANEXO D).

Os profissionais de saúde dos municípios ficaram responsáveis pela mediação do contato entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora, convidando-os, previamente, para participarem do estudo. Para isso, foram realizadas reuniões com estes profissionais, antes da abordagem dos sujeitos.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, após autorização, assinaram um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foram informados que os dados obtidos seriam utilizados especificamente para os propósitos da pesquisa.

Foi assegurado aos indivíduos o sigilo; para tanto, todas as fichas, registros, formulários e demais dados coletados foram organizados por números, reduzindo, sensivelmente, a possibilidade da quebra do sigilo e estabelecendo proteção à confidencialidade das informações. Os sujeitos da pesquisa não foram remunerados.



Resultados

4 RESULTADOS

Inicialmente, foram analisadas 107 fichas de notificações de casos novos de hanseníase na microrregião de Diamantina, a partir do SINAN - banco de dados da hanseníase. Dentre os 15 municípios que compõem a microrregião, 10 tiveram notificações no período compreendido entre 2005 e 2010 (GRAF. 1).

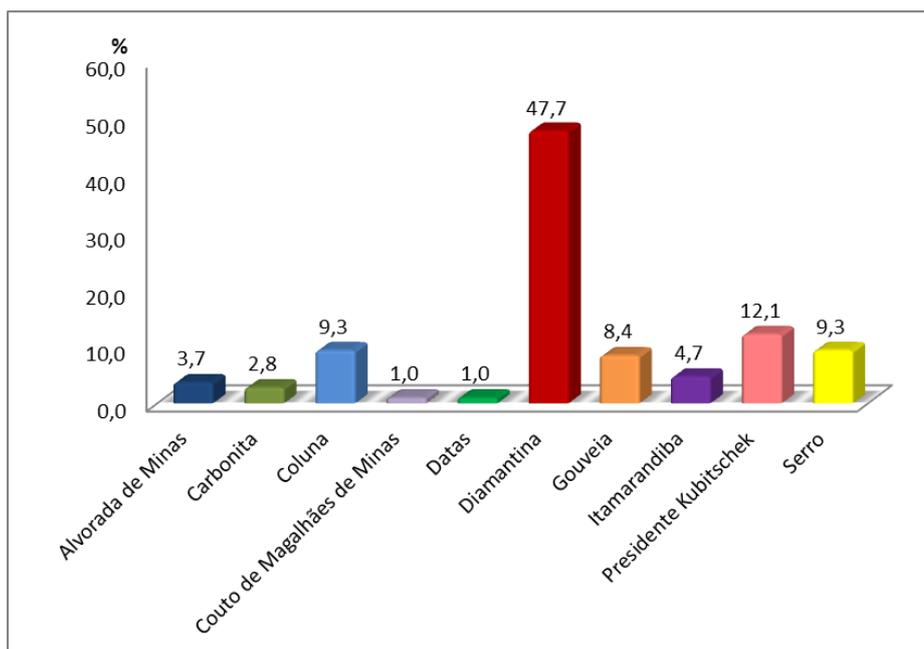


GRÁFICO 1 - Distribuição de casos novos de hanseníase por município de notificação da microrregião de Diamantina, 2005-2010

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - banco de dados da hanseníase, 2005-2010.

Os municípios de Congonhas do Norte e São Gonçalo do Rio Preto tiveram uma notificação em 2005, e Felício dos Santos, Santo Antônio do Itambé e Senador Modestino Gonçalves se mantiveram silenciosos nos anos de estudo.

O município de Diamantina apresentou a maior porcentagem dos casos, contribuindo com 47,7% (n=51) das notificações. Logo após aparecem os municípios de Presidente Kubitschek, Serro e Coluna com 12,1% (n=12), 9,3% (n=11) e 9,3% (n=10), respectivamente.

A TAB. 1 ilustra o número de casos notificados pelos municípios e seus respectivos coeficientes de detecção de hanseníase divididos pelos seis anos de estudo.

TABELA 1
Número de casos novos notificados e taxas de detecção de hanseníase/100.000 habitantes distribuídos por municípios de notificação na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Municípios	2005		2006		2007		2008		2009		2010		Total	
	N.	Tx. dt.	N.	Tx. dt.	N.	Tx. dt.								
Alvorada de Minas	1	30,3	-	-	1	31,1	1	27,9	1	27,9	-	-	4	19,5
Carbonita	-	-	1	10,5	-	-	1	9,4	1	9,3	-	-	3	5,1
Coluna	5	57,1	-	-	-	-	-	-	5	52,3	-	-	10	18,5
Couto de Magalhães de Minas	1	24,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,0
Datas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17,5	-	-	1	3,1
Diamantina	4	9,0	7	15,8	10	22,6	11	23,8	13	28,0	6	13,0	51	18,8
Gouveia	2	16,9	3	25,3	2	16,8	1	8,4	-	-	1	8,6	9	12,7
Itamarandiba	2	6,7	1	3,3	1	3,3	-	-	1	2,9	-	-	5	2,6
Presidente Kubitschek	-	-	2	67,6	1	33,8	2	65,0	4	129,6	3	101,4	12	66,7
Serro	-	-	1	4,5	-	-	1	4,7	5	23,2	4	19,2	11	8,4
Total	15	10,6	15	10,6	15	10,5	17	11,3	31	20,6	14	9,7	107	12,3

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - banco de dados da hanseníase, 2005-2010.

Nota: Tx. dt.: Taxa de Detecção; - dado rigorosamente zero.

O ano de 2009 apresentou o maior número de notificações de hanseníase, (31 casos), e o maior coeficiente de detecção do período, 29,0 casos/100.000 habitantes. Os outros anos tiveram, em média, 15 casos registrados e coeficientes de detecção variando entre 9,7 e 20,6/100.000 habitantes. Quando os municípios foram analisados separadamente, no que tange às suas taxas de detecção, verificou-se uma discrepância entre os valores deste indicador, variando desde 2,9/100.000 habitantes em Itamarandiba até 129,6/100.000 habitantes em Presidente Kubitschek.

4.1 Características socioeconômicas e demográficas

A amostra final foi composta por 71 pessoas que responderam às entrevistas. A TAB. 2 demonstra as características socioeconômicas e demográficas que foram selecionadas para estudo.

TABELA 2
Características socioeconômicas e demográficas das pessoas com diagnóstico de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	37	52,1
Masculino	34	47,9
Total	71	100,0
Faixa etária		
18 a 59 anos	40	56,3
60 anos ou mais	31	43,7
Total	71	100,0
Cor		
Branca	21	29,5
Preta	19	26,8
Parda	31	43,7
Total	71	100,0
Estado Civil		
Solteiro	15	21,1
Casado	39	54,9
Separado/Divorciado	7	9,9
Viúvo	10	14,1
Total	71	100,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	15	21,1
Ensino fundamental incompleto	44	62,0
Ensino fundamental completo ou mais	12	19,9
Total	71	100,0
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	23	32,4
> 1 a 3 salários mínimos	48	67,6
Total	71	100,0
Ocupação		
Aposentado/dona de casa	33	46,5
Trabalhador formal/informal/estudante	38	53,5
Total	71	100,0
Situação atual		
Aposentado/dona de casa	43	64,2
Trabalhador formal/informal/estudante	18	26,8
Desempregado	6	9,0
Total	71	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Apesar de ter havido maior representatividade do sexo feminino (52,1%), a diferença foi pequena em relação aos homens (47,9%).

A faixa etária mais frequente foi a dos adultos (56,3%), seguida dos idosos (43,7%). Não houve casos em menores de 18 anos na amostra estudada.

Os participantes se referiram da cor parda em 43,7% das entrevistas, seguidos pelos brancos (29,5%) e negros (26,8%).

Aproximadamente 55,0% eram casados ou viviam em união estável; 21,1% eram solteiros; 14,1% eram viúvos e 9,9% eram separados ou divorciados.

Observou-se que, de modo geral, as pessoas não chegaram a concluir o ensino fundamental, (83,1%). Destas, 15 indivíduos (21,1%) são analfabetos. Aproximadamente 20,0% atingiram o 2º e 3º graus de instrução.

Em relação à situação econômica dos entrevistados, uma porcentagem considerável (32,4%) sobrevive com renda menor ou igual a um salário mínimo. Os outros (67,6%) recebem até três salários, em sua maioria.

Quanto ao tipo de ocupação que exerciam à época do diagnóstico, 46,5% eram donas-de-casa ou aposentados. 53,5% realizavam atividades fora do ambiente domiciliar, como trabalhadores rurais, empregados formais, informais ou eram estudantes.

Esta realidade modificava-se quando foram questionados sobre a situação de ocupação no momento da entrevista. Houve um aumento do número de donas-de-casa e aposentados (64,2%) e redução do número de pessoas inseridas no mercado de trabalho formal ou informal e estudantes (26,9%). Contribuiu para isso o percentual de desempregados (9,0%).

A TAB. 3 ilustra a contribuição à previdência social e as condições de inserção no mercado de trabalho das pessoas que responderam às entrevistas.

TABELA 3

Situação de inserção no mercado de trabalho e contribuição previdenciária das pessoas com diagnósticos de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Inserção no mercado de trabalho no momento do diagnóstico de hanseníase		
Sim	33	46,5
Não	38	53,5
Total	71	100,0
Necessidade de afastamento do trabalho após diagnóstico		
Sim	11	33,3
Não	22	66,6
Total	33	100,0
Tempo de afastamento do trabalho		
15 dias a 1mês e 29 dias	2	18,2
2 a 11 meses e 29 dias	6	54,5
1 ano e mais	3	27,3
Total	11	100,0
Contribuição com Previdência Social		
Sim	47	66,2
Não	24	33,8
Total	71	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A maior parte dos indivíduos (53,5%) não estava inserida no mercado de trabalho, mesmo que recebesse algum tipo de renda. O restante, (46,5%), era economicamente ativo. Destes, um terço (33,3%) necessitou de se afastar do trabalho, devido a complicações da doença, sendo que 54,5% daqueles que se afastaram, fizeram-no por um período de dois a 11 meses e 29 dias. Três pessoas tiveram que se licenciar do trabalho por mais de um ano.

No que concerne à contribuição com algum tipo de previdência social, 66,2% afirmaram contribuir. Muitos dos entrevistados citaram que recolhiam ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais como fonte de previdência.

Também foram questionados sobre o número de pessoas que co-habitam com os pacientes de hanseníase, bem como o tipo de residência que possuem (TAB. 4).

TABELA 4
Número de pessoas e tipo de residência das pessoas com diagnóstico de hanseníase da microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Número de pessoas na residência		
1 a 4 pessoas	50	70,4
Mais de 4 pessoas	21	29,6
Total	71	100,0
Tipo de residência		
Própria	66	93,0
Alugada	4	5,6
Instituição asilar/abrigo	1	1,4
Total	71	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Quanto ao número de pessoas na residência, 70,4% dos entrevistados moravam sozinhos ou com até quatro pessoas; 29,6% residiam com mais de quatro familiares. Quase a totalidade (93,0%), possuía casa própria.

Os entrevistados foram questionados se sofreram preconceito após terem realizado o diagnóstico da hanseníase; os resultados constam da TAB. 5.

TABELA 5
Informações sobre o preconceito em relação à hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Preconceito após diagnóstico de hanseníase		
Sim	14	19,7
Não	57	80,3
Total	71	100,0
Responsáveis		
Família	4	28,6
Amigos/vizinhos	6	42,9
Profissional de Saúde	1	7,1
Colegas de trabalho	3	21,4
Total	14	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Aproximadamente 80,0% da população de estudo revelaram não ter sofrido nenhum tipo de discriminação. Porém, junto a esta informação, relatavam que preferiam manter o silêncio sobre a doença, informando apenas aos contatos intradomiciliares. Dos quase 20,0% que relataram história de preconceito a maior parte se deu por vizinhos/amigos (42,9%), família (28,6%), colegas de trabalho (21,4%) e uma pessoa (7,1%) ainda referiu preconceito por profissional de saúde.

4.2 Características clínico-epidemiológicas

A TAB. 6 faz uma comparação entre as características clínico-epidemiológicas do total de notificações contidas no SINAN (n=107) para a microrregião de Diamantina e as entrevistas realizadas (n=71). Esta estratégia objetivou verificar se a população de estudo representava bem o universo de casos notificados, minimizando-se, assim, a possibilidade de viés na pesquisa. Houve uma equivalência entre as proporções dos dados analisados, mostrando que as perdas não interferiram na consistência das informações, diferindo apenas no percentual de cura e de abandono. Desta forma, neste tópico, procedeu-se a uma descrição das variáveis para o total de registros do SINAN; isto é, dos 107 casos notificados, ficaram 71 casos entrevistados para análise uni e bivariada.

Evidenciou-se uma alta percentagem de pacientes já diagnosticados sob a forma MB da hanseníase, 72,9% (n=78). Consequentemente, a forma clínica dimorfa

foi a mais frequente em 57,0% dos casos. Os virchowianos contribuíram com 12,1% (n=13). Apenas 28 indivíduos foram notificados quando ainda estavam no pólo PB da doença e a maior parte destes apresentou a forma clínica Indeterminada, sendo 19 casos em números absolutos.

TABELA 6
Características clínico-epidemiológicas dos casos notificados de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	SINAN (n=107)		Entrevistas (n=71)	
	N	%	N	%
Classificação Operacional				
Paucibacilar	28	26,2	19	26,8
Multibacilar	78	72,9	52	73,2
Ignorado	1	0,9	-	-
Total	107	100,0	71	100,0
Forma clínica				
Indeterminada	19	17,8	15	21,1
Tuberculóide	6	5,6	3	4,2
Dimorfa	61	57,0	38	53,5
Virchowiana	13	12,1	11	15,5
Ignorado	8	7,5	4	5,6
Total	107	100,0	71	100,0
Modo de Entrada				
Caso Novo	97	90,7	66	93,0
Transferência	8	7,5	5	7,0
Recidiva	1	0,9	-	-
Ignorado	1	0,9	-	-
Total	107	100,0	71	100,0
Modo de detecção				
Encaminhamento	19	17,8	12	16,9
Demanda espontânea	63	58,9	43	60,6
Exame de contatos	13	12,1	9	12,7
Ignorado/outra forma de entrada	12	11,2	7	9,8
Total	107	100,0	71	100,0
Grau de incapacidade física no diagnóstico				
Grau 0	24	22,4	15	21,1
Grau 1	50	46,7	36	50,7
Grau 2	33	30,8	20	28,2
Total	107	100,0	71	100,0
Grau de incapacidade física na alta*				
Grau 0	24	25,8	21	34,4
Grau 1	35	37,6	24	39,3
Grau 2	18	19,4	11	18,1
Ignorado	16	17,2	5	8,2
Total	93	100,0	61	100,0
Episódios reacionais				
Tipo 1	4	3,7	2	2,8
Tipo 2	5	4,7	4	5,6
Não	51	47,7	34	47,9
Ignorado	47	43,9	31	43,7
Total	107	100,0	71	100,0
Modo de saída do serviço*				
Cura	77	82,8	58	95,1
Abandono	7	7,5	1	1,6
Morte	3	3,2	-	-
Transferência	6	6,5	2	3,3
Total	93	100,0	61	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - banco de dados da hanseníase, 2005-2010.

Nota: *Não foram incluídos nesta análise os pacientes em tratamento; - dado rigorosamente zero.

Mais de 90,0% dos pacientes foram notificados como casos novos, destes 58,9% (n=63) foram detectados através da demanda espontânea, 17,8% através de encaminhamento de outros profissionais e apenas 12,1% foram identificados por meio do exame de contatos.

Quanto à avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico, 77,5% apresentaram algum grau de incapacidade física. Apenas 24 pessoas (22,4%) não tinham comprometimento. O grau 2 de acometimento físico, considerado incapacitante, contribuiu com 30,8% dos casos diagnosticados.

Observou-se que 14,0% dos pacientes não foram avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta. Das avaliações que foram feitas, em 8,2% a notificação foi preenchida no campo "ignorado". Aproximadamente 50,0% das pessoas fecharam o tratamento com algum grau de comprometimento físico, apesar de ter havido uma redução do grau 2 de incapacidade quando comparados os momentos do diagnóstico e alta.

A ocorrência de episódios reacionais foi outra informação bastante negligenciada nas notificações. Em 47 fichas (43,9%) o campo se encontrava em branco. Em 47,7% dos casos não houve registro de ocorrência de episódios reacionais e, em apenas 8,4% das notificações, tinham a informação de episódios reacionais do tipo 1 ou 2.

Houve diferença entre o percentual de cura da amostra total (82,8%) e os entrevistados (95,1%). A taxa de abandono também diferiu, sendo 7,5% nas notificações e 1,6% entre a população de estudo.

Da mesma forma, ocorreu uma diferença entre as medianas do número de nervos acometidos em relação aos dados levantados a partir do SINAN e das entrevistas, sendo sete e três, respectivamente (TAB. 7).

TABELA 7
Distribuição do número de nervos acometidos, lesões cutâneas e contatos examinados dos casos notificados de hanseníase na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	SINAN (n=107)			Entrevistas (n=71)		
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Número de nervos acometidos	7	3	9	3	1	6
Número de lesões cutâneas	5	2	6	5	2	6
Número de contatos examinados	3	1	7	3	1	5

Nota: SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

O número de lesões cutâneas e o número de contatos examinados foram bem preenchidos nestas notificações, aproximando-se de 100,0%. Apresentaram uma média de cinco lesões cutâneas e três contatos examinados.

4.3 Acesso ao diagnóstico e vínculo com os serviços de saúde durante o tratamento de hanseníase

Os participantes das entrevistas foram interrogados quanto aos primeiros sinais e sintomas percebidos e que os levaram a procurar assistência de um profissional de saúde. Esta questão foi aberta, permitindo ao entrevistado relatar tudo que apresentava. Houve uma variedade de manifestações que foram categorizadas conforme ilustra o GRAF. 2.

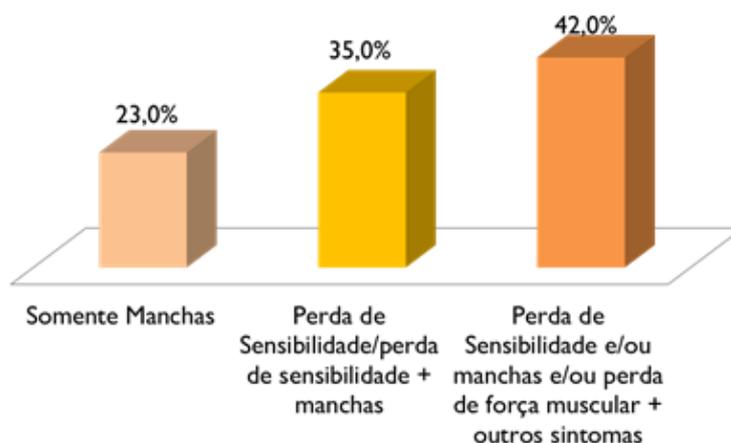


GRÁFICO 2 - Primeiros sinais e sintomas percebidos pela população do estudo na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Apenas 23,0% dos indivíduos procuraram o serviço de saúde quando perceberam somente manchas cutâneas. A maioria, 77,0%, relatou possuir sinais e sintomas que caracterizavam ou favoreciam a ocorrência de incapacidades físicas. Destes, 35,0% tinham perda de sensibilidade associadas ou não a manchas e 42,0% apresentavam manchas, perda de sensibilidade e/ou perda de força muscular, além de outros acometimentos como intensas dores articulares, edemas e feridas em extremidades, infiltrações e até mesmo garras em membros superiores.

Diante desta realidade, a TAB. 8 traz informações sobre a “porta de entrada” da rede de serviços de saúde utilizada pelos pacientes, bem como as questões relacionadas à facilidade/dificuldade de acesso ao diagnóstico de hanseníase.

TABELA 8
Variáveis relacionadas ao acesso ao diagnóstico de hanseníase
na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Procura pelo serviço de saúde após 1º sintomas		
Sim	53	74,6
Não	18	25,4
Total	71	100,0
Primeiro serviço de saúde que procurou		
ESF/EACS	56	78,9
Ambulatório de referência/Consultório particular/hospital/outros	15	21,1
Total	71	100,0
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico		
ESF/EACS	45	63,4
Ambulatório de referência/Consultório Particular/hospital/outros	26	36,6
Total	71	100,0
Local de realização do tratamento		
ESF/EACS	49	69,0
Ambulatório de referência	22	31,0
Total	71	100,0
Tempo decorrido entre a procura pelo serviço de saúde e primeira consulta		
1 a 4 dias	45	63,4
5 dias ou mais	26	36,6
Total	71	100,0
Quantas vezes foram necessárias procurar o serviço de saúde para realizar o diagnóstico		
1 a 3 vezes	54	76,1
4 ou mais vezes	17	23,9
Total	71	100,0
Quanto tempo demorou para realizar o diagnóstico		
Imediato a 6 meses	61	85,9
7 meses ou mais	10	14,1
Total	71	100,0
Tempo decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento		
Imediato a 30 dias	45	76,3
Mais de 30 dias	14	23,7
Total	59	100,0
Quantos profissionais de saúde atenderam até o diagnóstico		
1	17	23,9
2 ou mais	54	76,1
Total	71	100,0

Nota: EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Apesar deste reconhecimento tardio dos primeiros sinais e sintomas, 74,6% relataram que logo após perceberem procuraram o serviço de saúde. Aproximadamente 80,0% se referiram à ESF/EACS como primeiro contato. Os

outros 21,1% procuraram outros locais de assistência à saúde, como ambulatório de referência, consultórios particulares e até mesmo hospitais.

Da mesma forma, a ESF/EACS teve maior frequência no que se refere ao local de realização do diagnóstico, 63,4%. Porém, houve um aumento da porcentagem de diagnósticos realizados em outros locais, como o ambulatório de referência (36,6%), evidenciando que alguns dos pacientes que buscaram primeiramente à ESF/EACS, foram encaminhados para o serviço de referência. É importante ressaltar que o único ambulatório de referência em hanseníase na microrregião está localizado no município de Diamantina. Quanto ao local de tratamento 69,0% permaneceram nas ESF/EACS e 31,0% no ambulatório de referência.

A fim de analisar a facilidade ou não do acesso ao diagnóstico de hanseníase pela população de estudo, foram questionados quanto ao tempo decorrido entre a procura pelo serviço de saúde e a primeira consulta. A maior parte, (63,4%), aguardou de um a quatro dias para o atendimento; 36,6% tiveram que esperar cinco dias ou mais. Observou-se que, daqueles que esperaram mais de cinco dias, 56,0% eram do município de Diamantina. A média foi de três dias esperados, com desvio-padrão de 1,77.

Os entrevistados, em sua maioria, relataram que foi necessário procurar o serviço de saúde de uma até três vezes para chegar a um diagnóstico conclusivo (76,1%). E ainda, 23,9% retornaram ao serviço mais de quatro vezes para descobrir que tinham hanseníase.

Entretanto, 85,9% disseram que o tempo para se realizar o diagnóstico foi imediato ou em até seis meses. Porém, chamam atenção as 10 pessoas, (14,1%) que frequentaram o serviço por mais de sete meses para que fosse diagnosticada a doença.

Analisando as datas de notificação e de início de tratamento, verificou-se que 76,3% iniciaram o tratamento de hanseníase logo após terem sido notificados ou até 30 dias, e 23,7% só começaram a se tratar após um mês de diagnóstico de hanseníase.

Os pacientes foram assistidos por dois ou mais profissionais de saúde (76,7%) para a realização do diagnóstico de hanseníase.

Outra questão pertinente ao acesso ao tratamento se deve às condições de deslocamento dos pacientes (TAB. 9).

TABELA 9
Condições de deslocamento durante o tratamento de hanseníase
na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Dificuldade de deslocamento até o local de tratamento		
Sim	33	46,5
Não	38	53,5
Total	71	100,0
Necessidade de transporte motorizado para chegar ao local de tratamento		
Sim	35	49,3
Não	36	50,7
Total	71	100,0
Necessidade de pagar pelo transporte motorizado para chegar ao local de tratamento		
Sim	24	68,6
Não	11	31,4
Total	35	100,0

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Quando questionados sobre a dificuldade de deslocamento, praticamente a metade, 46,5%, relatou ter algum empecilho para chegar até a unidade de tratamento. Aproximadamente a mesma proporção de pessoas (49,3%) precisaram utilizar de transporte motorizado para ir às consultas mensais. Desses, 68,6% necessitaram pagar para chegarem às consultas do acompanhamento mensal.

A TAB. 10 ilustra como se deu o estabelecimento de vínculo com os serviços de saúde pelos pacientes de hanseníase ao longo do tratamento.

TABELA 10
Variáveis relacionadas ao vínculo com os serviços de saúde
na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Local de recebimento das doses supervisionadas		
ESF/EACS	37	52,1
Ambulatório de referência	19	26,8
Domicílio	15	21,1
Profissional de saúde que administra as doses supervisionadas		
Enfermeiro	36	50,7
Médico	20	28,2
Auxiliar/técnico de enfermagem	2	2,8
Agente Comunitário de Saúde	7	9,9
Outro	6	8,5
Local de tratamento mais próximo de casa		
Sim	43	60,6
Não	28	39,4
Visita domiciliar pela equipe da ESF/EACS após diagnóstico		
Sim	58	81,7
Não	13	18,3

Nota: EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Em relação ao local em que estas pessoas recebiam as doses mensais supervisionadas, 52,1% referenciavam as ESF/EACS, 26,8% iam até o ambulatório de referência e 21,1% tomavam os medicamentos no próprio domicílio.

Os enfermeiros se destacaram como os profissionais que mais administravam as doses supervisionadas, 50,7%, seguidos pelos médicos com 28,2% e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) com 9,9%. Os 8,5% que foram categorizados como "outro" se referem à entrega dos medicamentos por mais de um membro da equipe, sendo: médico e enfermeiro ou técnico de enfermagem e enfermeiro e ACS. Os auxiliares/técnicos de enfermagem eram responsáveis pela administração das doses para apenas duas pessoas entrevistadas.

Mais da metade dos entrevistados, 60,6% relataram fazer o tratamento nas ESF em que eram adscritos. No entanto, 39,4% se referenciavam para o ambulatório de referência e outras unidades básicas de saúde mais distantes de sua residência. Apesar disso, 81,7% relataram que após o diagnóstico de hanseníase recebiam, mensalmente, a visita domiciliar da equipe da ESF local, independente de estarem ou não realizando tratamento nesta unidade.

4.4 Ações de prevenção de incapacidades físicas em hanseníase

A TAB. 11 faz um esboço das variáveis que se referem ao modo de organização das ações de prevenção de incapacidades em hanseníase em nível municipal.

TABELA 11
Distribuição das ações de prevenção de incapacidades físicas na microrregião de Diamantina, 2005-2010

Variáveis	N	%
Consulta para acompanhamento		
Sempre	66	93,0
Às vezes	4	5,6
Nunca	1	1,4
Exame de avaliação de sensibilidade		
Sempre	40	56,3
Às vezes	20	28,2
Nunca	11	15,5
Exame de avaliação de força muscular		
Sempre	24	33,8
Às vezes	27	38,0
Nunca	20	28,2
Orientações sobre autocuidado		
Sempre	29	40,8
Às vezes	15	21,1
Nunca	27	38,0
Orientações sobre os efeitos dos medicamentos		
Sempre	19	26,8
Às vezes	23	32,4
Nunca	29	40,8
Atividades educativas em grupo sobre hanseníase		
Sempre	3	4,2
Às vezes	4	5,6
Nunca	64	90,1
Encaminhamento para especialistas		
Sempre	9	12,7
Às vezes	10	14,1
Nunca	11	15,5
Não precisou	41	57,7

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

A grande maioria das pessoas relatou ser submetida a consultas mensais para acompanhamento do caso (93,0%). Em relação ao exame de avaliação de sensibilidade periférica, 56,3% sempre tiveram e 28,2% informaram que não ocorriam todos os meses. O exame de avaliação de força muscular era realizado, porém com menos frequência.

As informações sobre as orientações para o autocuidado foram bastante controversas, uma vez que 40,8% informaram recebê-las todos os meses e outros

38,0% nunca a receberam. Outros 40,8% também nunca tiveram informações sobre os efeitos colaterais da PQT.

Os entrevistados, em sua maioria (90,1%) informaram nunca terem sido convidados para ações coletivas de educação em saúde com o tema hanseníase. Mais da metade deles, 57,7% nunca precisou ser encaminhada para especialistas e 15,5% relataram que nunca foram encaminhados ou não conseguiram, apesar de haver necessidade.

4.5 Análise bivariada

Para a análise bivariada foi eleita como variável dependente o grau de incapacidade no diagnóstico de hanseníase, registrada no SINAN. Esta variável foi correlacionada com os fatores socioeconômicos e demográficos, clinico-epidemiológico e de acesso ao diagnóstico, ou seja, aquelas que poderiam possivelmente explicar a ocorrência do grande número de diagnósticos tardios na microrregião de Diamantina.

Os resultados da TAB. 12 mostram que três características tiveram uma influência estatisticamente significativa em relação à ocorrência das incapacidades físicas relacionadas à hanseníase na região.

O grau de escolaridade da população entrevistada mostra uma relação estatística significativa ($p=0,032$), pois 33,9% dos que tinham o nível de instrução mais baixo foram diagnosticados com grau 2 de incapacidade.

A análise também revela que 42,4% daqueles que relataram dificuldade de deslocamento até o serviço de saúde foram notificados tardiamente, apresentando grau 2 de incapacidade ($p=0,031$).

TABELA 12
Análise bivariada da relação de grau de incapacidade física no diagnóstico e variáveis socioeconômicas, demográficas, clinico-epidemiológicas e de acesso ao diagnóstico

(Continua)

	Grau de incapacidade física no diagnóstico			p*
	Grau 0 N (%)	Grau 1 N (%)	Grau 2 N (%)	
Escolaridade				
Sem escolaridade/ensino fundamental incompleto	11 (18,6)	28 (47,5)	20 (33,9)	0,032**
Ensino fundamental completo ou mais	4 (33,3)	8 (66,7)	-	
Sexo				
Feminino	7 (18,9)	21 (56,8)	9 (24,3)	0,565
Masculino	8 (23,5)	15 (44,1)	11 (32,4)	
Faixa etária				
18 a 59 anos	8 (20,0)	23 (57,5)	9 (22,5)	0,380
60 anos e mais	7 (22,6)	13 (41,9)	11 (35,5)	
Ocupação				
Aposentado/dona de casa	8 (24,2)	16 (48,5)	9 (27,3)	0,835
Trabalhador formal/informal/estudante	7 (18,5)	20 (52,6)	11 (28,9)	
Ocupação atual				
Aposentado/dona de casa	7 (16,3)	24 (55,8)	12 (27,9)	0,122**
Trabalhador formal/informal/estudante	7 (38,9)	9 (50,0)	2 (11,1)	
Desempregado	-	3 (50,0)	3 (50,0)	
Renda familiar				
Inferior ou igual a 1 salário mínimo	4 (17,4)	12 (52,2)	7 (30,4)	0,860
1 salário mínimo ou mais	11 (23,0)	24 (50,0)	13 (27,0)	
Inserção mercado de trabalho				
Sim	6 (18,7)	18 (56,3)	8 (25,0)	0,699
Não	9 (23,1)	18 (46,2)	12 (30,7)	
Afastamento mercado de trabalho				
Sim	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,4)	0,165**
Não	5 (22,7)	14 (63,6)	3 (13,7)	
Número de pessoas na residência				
1 a 4 pessoas	13 (26,0)	23 (46,0)	14 (28,0)	0,267
Mais de 4 pessoas	2 (9,5)	13 (61,9)	6 (28,6)	
Preconceito				
Sim	4 (28,6)	7 (50,0)	3 (21,4)	0,681**
Não	11 (19,3)	29 (50,9)	17 (29,8)	
Classificação operacional				
PB	6 (31,6)	11 (57,9)	2 (10,5)	0,107
MB	9 (17,3)	25 (48,1)	18 (34,6)	
Forma clínica				
Indeterminada	4 (26,7)	9 (60,0)	2 (13,3)	0,054**
Tuberculóide	2 (66,7)	-	1 (33,3)	
Dimorfa	4 (10,5)	19 (50,0)	15 (39,5)	
Virchowiana	4 (36,4)	5 (45,4)	2 (18,2)	
Modo de detecção				
Passiva	12 (21,8)	30 (54,5)	13 (23,6)	0,498**
Ativa	1 (11,2)	4 (44,4)	4 (44,4)	

Nota: MB - Multibacilar; PB - Paucibacilar; - dado rigorosamente zero.

* Teste do Qui-quadrado; ** Teste de Fisher.

TABELA 12
Análise bivariada da relação de grau de incapacidade física no diagnóstico e variáveis socioeconômicas, demográficas, clinico-epidemiológicas e de acesso ao diagnóstico

(Conclusão)

	Grau de incapacidade física no diagnóstico			p*
	Grau 0 N (%)	Grau 1 N (%)	Grau 2 N (%)	
Qual o primeiro serviço de saúde que procurou				
ESF/EACS	12 (21,4)	27 (48,2)	17 (30,4)	0,748**
Ambulatório de referência/outras	3 (20,0)	9 (60,0)	3 (20,0)	
Serviço de saúde que realizou o diagnóstico				
ESF/EACS	7 (15,6)	25 (55,6)	13 (28,9)	0,301
Ambulatório de referência/outras	8 (30,8)	11 (42,3)	7 (26,9)	
Serviço de saúde que realizou o tratamento				
ESF/EACS	9 (18,4)	26 (53,1)	14 (28,5)	0,686
Ambulatório de referência/outras	6 (27,3)	10 (45,4)	6 (27,3)	
Tempo decorrido entre a procura pelo serviço de saúde e primeira consulta				
1 a 4 dias	9 (20,0)	25 (55,6)	11 (24,4)	0,535
5 dias ou mais	6 (23,1)	11 (42,3)	9 (34,6)	
Quantas vezes foram necessárias procurar o SS para realizar o diagnóstico				
1 a 3 vezes	11 (20,4)	28 (51,9)	15 (27,8)	0,936
4 ou mais	4 (23,5)	8 (47,1)	5 (29,4)	
Quanto tempo demorou para realizar o diagnóstico				
Imediato a 6 meses	13 (21,1)	31 (50,1)	17 (27,8)	1,000**
6 meses a mais de 1 ano	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	
Tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento				
Imediato a 30 dias	11 (24,4)	21 (46,7)	13 (27,9)	0,375**
Mais de 30 dias	1 (7,1)	9 (64,3)	4 (28,6)	
Quantos profissionais de saúde atenderam até o diagnóstico				
1	2 (11,8)	10 (58,8)	5 (29,4)	0,623**
2 ou mais	13 (24,1)	26 (48,1)	15 (27,8)	
Dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde				
Sim	7 (21,2)	12 (36,4)	14 (42,4)	0,031
Não	8 (21,1)	24 (63,2)	6 (15,7)	
	Grau 0	Grau 1	Grau 2	
	Mediana (Min.-Max.)	Mediana (Min.-Max.)	Mediana (Min.-Max.)	p***
Número de nervos acometidos	0,0 (0,0-4,5)	2,0 (1,0-4,0)	4,0 (2,5-7,5)	0,006
Número de lesões cutâneas	4,0 (1,0-7,0)	5,0 (2,0-6,0)	6,0 (4,0-6,0)	0,552
Número de contatos examinados	3,0 (1,7-6,5)	3,0 (1,0-4,5)	2,0 (1,0-5,0)	0,739

Nota: EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; SS - Serviço de Saúde; Min. - Mínimo; Max. - Máximo.

* Teste do Qui-quadrado; ** Teste de Fisher; *** Teste Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Constatou-se também, com significância estatística ($p=0,006$), que a mediana do número de nervos acometidos foi maior entre aqueles que tinham grau 2 de incapacidade (4,0).

As outras variáveis não tiveram uma relação estatística significativa com a variável dependente. Porém, a forma clínica ($p=0,054$) chama atenção pela tendência a apresentar uma correlação positiva, indicando a predominância da classificação dimorfa em todos os graus de incapacidade.

Ao avaliar a evolução dos graus de incapacidade no momento do diagnóstico e durante a alta, observa-se uma tendência à manutenção da incapacidade ($p=0,056$). Segundo os registros do SINAN, 55,7% dos que encerraram o tratamento com grau 0, foram notificados com algum grau de incapacidade física. Entretanto, 46,2% dos pacientes que receberam alta com grau 1 de incapacidade e 10,3% das altas com grau 2, evoluíram quanto ao grau de incapacidade (TAB. 13).

TABELA 13
Correlação entre os graus de incapacidade física no momento do diagnóstico e da alta na microrregião de Diamantina, 2005-2010

	Grau de incapacidade física na alta			p^{****}
	0 (%)	1 (%)	2 (%)	
Grau de incapacidade no diagnóstico				
Grau 0	7 (53,8)	6 (46,2)	-	0,056
Grau 1	12 (41,4)	14 (48,3)	3 (10,3)	
Grau 2	2 (14,3)	4 (28,6)	8 (57,1)	

Nota: - dado rigorosamente zero.

**** Teste de Homogeneidade Marginal.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.



Discussão

5 DISCUSSÃO

Com o propósito de se reconhecer a magnitude da hanseníase na microrregião de Diamantina nos anos de 2005 a 2010, inicialmente utilizou-se o indicador coeficiente de detecção, uma vez que este faz uma correlação entre a ocorrência de casos novos em uma população de um determinado local (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005). Os resultados demonstraram que a microrregião apresentou taxas de detecção anuais que tendem a estabilizar, variando entre alto e muito alto segundo os parâmetros estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2010a). No entanto, alguns municípios como Presidente Kubitschek e Coluna foram classificados como hiperendêmicos. Isso se deve à influência exercida pela razão entre a quantidade de casos e o reduzido número de habitantes dessas cidades (LASTÓRIA; PUTINATTI, 2004).

Dos 15 municípios que compõem a microrregião, cinco estavam silenciosos, ou seja, não realizaram diagnósticos ou o fizeram de forma pontual em apenas um dos anos escolhidos para estudo. O problema dos municípios silenciosos próximos a outros endêmicos, não é uma particularidade da microrregião de Diamantina, ocorrendo até mesmo em áreas de ações prioritárias para o controle da doença.

Amaral e Lana (2008) encontraram em área hiperendêmica do Vale do Jequitinhonha um município que não detectou nenhum caso em oito anos de estudo. Da mesma forma, um relatório de junho de 2011 do estado do Ceará também mostrou que 21,1% dos seus municípios se encontravam silenciosos e que outros 26,1% tinham uma detecção precária dos casos (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2011).

Neste sentido, a redução da taxa de detecção não deve ser analisada isoladamente, pois esta diminuição pode ser um reflexo de falhas operacionais nos serviços de saúde e diagnósticos incorretos. Deve haver uma estabilização entre o coeficiente de detecção e a incidência real, reduzindo o tempo entre as primeiras manifestações da doença e o diagnóstico (PENNA *et al.*, 2010).

É necessário intensificar o controle e a prevenção da hanseníase, pois as localidades que deixam de diagnosticar casos durante um determinado tempo, tendem a não se preocupar com as ações de vigilância e a não organizar seus

serviços de saúde para a resolução do problema (OPROMOLLA; DALBEN; CARDIM, 2006).

Suárez e Lombardi (1997) afirmaram que as próprias características da hanseníase como o longo período de incubação e a difícil observação dos sinais e sintomas pelos acometidos da doença; aliados às deficiências operacionais dos serviços e falta de profissionais de saúde capacitados para realizar o diagnóstico, tornavam-se um entrave para o seu reconhecimento, principalmente nas fases iniciais. Este fato está intimamente relacionado à manutenção da cadeia de transmissão da doença e ocorrência de prevalência oculta, favorecendo ao aparecimento das incapacidades físicas e sociais.

Além disso, sabe-se que a distribuição dos casos de hanseníase, nos países endêmicos, não se dá de forma homogênea, podendo variar entre os diversos estados e regiões, sofrendo forte influência das condições socioeconômicas, demográficas e culturais da população local (AMARAL; LANA, 2008).

Como medida de controle, escolha correta das intervenções específicas e identificação das populações mais vulneráveis para o adoecimento por hanseníase, o MS identificou em todo território nacional os clusters - áreas prioritárias para as ações do PNCH. O estado de Minas Gerais possui quatro destes espaços localizados no triângulo mineiro, noroeste, norte e parte do Vale do Jequitinhonha (FIG. 3). Os cálculos basearam-se nos coeficientes de detecção da doença e distribuição populacional (BRASIL, 2010c).

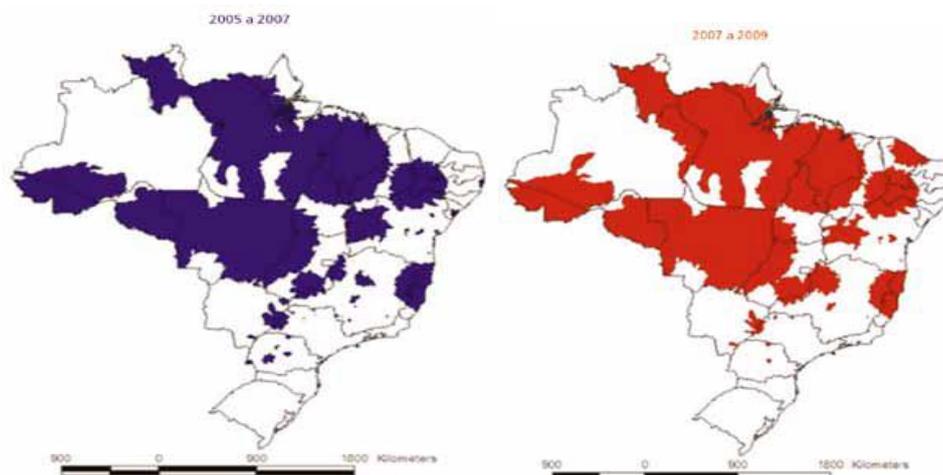


FIGURA 3 - Área de clusters de hanseníase no Brasil
Fonte: BRASIL, 2010c, p. 307.

Apesar desses clusters não possuírem delimitações bem definidas, a microrregião de Diamantina, também, localizada no Vale do Jequitinhonha, não foi inserida em nenhuma dessas áreas. No entanto, apresenta particularidades preocupantes no que se refere aos diagnósticos com incapacidades físicas. Nos anos de 2008 e 2009 respectivamente, 50,0% e 31,0% dos casos novos desta região tinham grau 2 de incapacidade (MINAS GERAIS, 2009, 2010). Os achados deste trabalho reforçam os dados oficiais, pois aproximadamente um terço dos casos novos tinha o grau 2 de incapacidade, no momento do diagnóstico. Este nível de acometimento é considerado o mais grave e causador de comprometimentos físicos, emocionais e sociais.

Um estudo realizado há mais de seis anos, que comparava as microrregiões do Vale do Jequitinhonha, em diferentes aspectos relacionados à detecção da hanseníase, mostrou que a microrregião de Diamantina representava apenas 7,8% do total de casos registrados. Entretanto, possuía uma das maiores porcentagens de diagnósticos com algum grau de incapacidade física, chegando a 94,1% em 2000 (LANA *et al.*, 2004).

Percebe-se então, que apesar da expansão das ESF, o crescente incentivo aos programas de capacitação profissional e maior abertura do sistema de saúde vigente para a população, o problema das incapacidades físicas é antigo e ainda frequente, contribuindo para que a hanseníase permaneça no rol dos problemas de saúde pública.

A OMS por meio da “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (Período do Plano: 2011-2015)” tem como meta a redução do grau 2 de incapacidade no momento do diagnóstico em 35,0%, atingindo a taxa de 1,19/100.000 habitantes. Reforça a necessidade de que os programas de controle de hanseníase, nos diversos países do mundo, garantam uma detecção precoce antes do aparecimento das deformidades físicas e assistência de qualidade em todo processo terapêutico, para que se reduza a carga da doença e promova reabilitação social e econômica de todas as pessoas afetadas (OMS, 2010).

Assim sendo, torna-se imprescindível uma investigação cuidadosa sobre a inter-relação entre os diversos fatores que influenciam a ocorrência da doença, como os socioeconômicos, demográficos, clínico-epidemiológicos e operacionais.

Referindo-se ao sexo, a literatura aponta que mundialmente, os homens apresentam uma tendência duas vezes maior de contraírem a hanseníase que as

mulheres (WHO, 2011). Afirmação esta, evidenciada por alguns estudos como o de Kumar *et al.* (2004) no Nepal, que obteve uma porcentagem de 63,7% de homens dentre seus entrevistados; em Miranzi, Pereira e Nunes (2010) na cidade de Uberaba os representantes do sexo masculino constituíram 55,4% da amostra e; Lima *et al.* (2009) também encontraram 55,1% de homens com diagnóstico de hanseníase em sua pesquisa na região nordeste do Brasil.

Pode-se inferir uma maior exposição dos homens à doença, principalmente nos ambientes de trabalho (MIRANZI; PEREIRA, NUNES, 2010). Outro fator são as diferenças culturais dos diversos países, em que as mulheres têm mais dificuldade de acesso aos principais serviços de saúde e sofrem mais discriminação pela sociedade, o que dificulta o diagnóstico da hanseníase (SCHULLER *et al.*, 2010).

Entretanto, neste estudo houve uma leve predominância do sexo feminino, valores próximos aos encontrados por Batista *et al.* (2011) em investigação no estado do Rio de Janeiro (50,8%) e por Lana *et al.* (2003) em uma cidade hiperendêmica de Minas Gerais (55,3%).

Este aumento da detecção da hanseníase em mulheres, principalmente no Brasil, pode ser explicado por quebra de paradigmas sociais, pois, as mesmas circulam em todos os espaços que antes eram prioritariamente masculinos, possuem maior acesso aos programas e serviços de saúde públicos oferecidos e aumentaram a preocupação com a autoimagem (LANA *et al.*, 2003; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Ao analisar a relação entre sexo e a ocorrência de incapacidades físicas, não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Mas, os homens representaram quase a totalidade daqueles que tiveram a forma clínica virchowiana, ou seja, realizaram menos diagnósticos oportunos e conseqüentemente, com um risco aumentado para o desenvolvimento das complicações da hanseníase (ARANTES *et al.*, 2010; MELÃO *et al.*, 2011). Esses, tendem a frequentar as unidades de saúde para ações curativas e de reabilitação (COUTO *et al.*, 2010), no momento em que a doença se agrava e interfere em suas atividades diárias.

Na Colômbia, ao se comparar casais com hanseníase, observou-se que 43,0% dos maridos tinham a forma virchowiana e sofriam com complicações. Em contrapartida, maior parte das esposas que haviam contraído a doença eram paucibacilares (MELÉNDEZ; FUENTES; RODRÍGUEZ, 2006).

A faixa etária mais frequente foi a dos jovens e adultos, representando pouco mais da metade. Destaca-se também a ausência de notificações em crianças e adolescentes.

As diretrizes para o controle da hanseníase utilizam o indicador “diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos” como uma poderosa ferramenta para análise do comportamento epidemiológico da endemia nas diferentes localidades (OMS, 2010). Quanto mais cedo as pessoas se contaminam, maior a expansão do Bacilo de Hansen, ou seja, mais indivíduos possuem as formas transmissíveis da hanseníase, o que contribui com o ciclo de transmissão e da prevalência oculta (FERREIRA; ALVAREZ, 2005; LANA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2007). Este evento requer investigação epidemiológica e busca ativa imediata dos casos-fonte (SOUZA *et al.*, 2011).

Sendo assim, quando adultos jovens apresentam os primeiros sinais e sintomas dérmicos e/ou neurais, provavelmente foram infectados há vários anos e possivelmente já possuem as formas bacilíferas e potencialmente incapacitantes da hanseníase. A faixa etária entre 20 e 59 anos também foi mais incidente em outros estudos no Brasil, 55,1% em Lima *et al.* (2009), 63,1% em Moraes *et al.* (2010) e 50,8% no estudo de Simpson, Fonsêca e Santos (2010).

Considerando o risco de desenvolvimento de deformidades físicas, as repercussões de estar com hanseníase em idade economicamente produtiva, vão além dos âmbitos pessoal e social, interferem negativamente na economia local (LUSTOSA *et al.*, 2011; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

As ocupações mais frequentes neste estudo - trabalhador rural, empregados formais e informais, aposentados e donas de casa - corroboram os achados de outros autores brasileiros (BATISTA *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2009; SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008). A diferença encontrada no exercício das atividades remuneradas antes e após o diagnóstico de hanseníase também pode ser verificada por Barbosa (2009), em que houve um aumento das aposentadorias e afastamentos do mercado de trabalho devido às complicações da hanseníase.

É importante ressaltar que grande parte destas profissões/ocupações são manuais, pesadas e, congregadas ao poder incapacitante da doença levam a uma futura população de inativos. Aqueles que conseguem permanecer no mercado de trabalho precisam se adaptar a novas funções compatíveis com a sua condição de saúde (BARBOSA, 2009). Porém, a maior parte dos trabalhadores possuem uma

baixa qualificação profissional e sempre conseguem desenvolver atividades mais leves que não exigem o uso da força.

Todavia, os pacientes que necessitarem se afastar, terão direito ao benefício enquanto estiverem em casa, auxílio-doença ou até mesmo aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2008c).

Dois terços da população deste estudo declararam contribuir com a previdência social e, daqueles que tiveram que deixar suas atividades laborais, 27,3% permaneceram mais de um ano longe do trabalho. Não coincidentemente, houve um maior percentual de afastamentos dentre os indivíduos que foram diagnosticados com grau 2 de incapacidade física.

Verifica-se então, uma forma de segregação da sociedade motivada pelas manifestações da doença, impactando profundamente na qualidade de vida destas pessoas, favorecendo o estigma e o preconceito ainda tão presentes na história da hanseníase.

A grande maioria dos entrevistados relatou não ter sofrido nenhum tipo de preconceito após o diagnóstico da hanseníase, porém informou que praticamente só a família sabia da doença. Mesmo com o início do tratamento desde a década de 40 e a difusão da informação de que a doença tem cura, verifica-se um preconceito velado, até mesmo por parte dos pacientes que têm um grande receio de revelarem aos amigos e colegas de trabalho, mantendo um silêncio sobre o assunto (BITTENCOURT *et al.*, 2010; NUNES *et al.*, 2011).

No Brasil, as famílias e até os profissionais de saúde tendem a ocultar os pacientes de hanseníase, pois estes desenvolvem um sentimento de culpa e vergonha devido à sua condição (LUSTOSA *et al.*, 2011). Este fenômeno é denominado por Schuller *et al.* (2010) de auto-estigma e torna-se relevante a medida que pode favorecer os diagnósticos tardios com incapacidades físicas (LANA, 1997).

Quase todas as pessoas entrevistadas moravam em casas próprias, convivendo com até quatro parentes, consanguíneos ou não. Nem sempre as condições de moradia eram apropriadas. Outros autores, de diferentes regiões do Brasil, apontaram que a problemática da convivência em aglomerados urbanos, em que um grande quantitativo de pessoas sobrevive em ambientes pequenos e insalubres tornam fatores de risco para a transmissão da hanseníase (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

A cor mais auto-referida pelos entrevistados foi a parda, semelhante a outros estudos e demonstra a miscigenação da população brasileira (FERREIRA; IGNOTTI; GAMBA, 2011; LANA *et al.*, 2003; LIMA *et al.*, 2009; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Associadas aos fatores de exclusão social já citados, estão a renda familiar e a escolaridade das pessoas entrevistadas. Os pacientes de hanseníase com renda familiar e nível de instrução baixos, estão mais propensos a desenvolver as incapacidades físicas, pois têm condições precárias de moradia, nutrição, higiene e acesso aos serviços de saúde (LUSTOSA *et al.*, 2011).

Mais de 60,0% sobrevivem com um a três salários mínimos e outros 32,4% possuem renda menor que um salário. Resultados muito parecidos foram encontrados por Santos, Castro e Falqueto (2008), em que 68,9% tinham um a três salários e 24,4% recebiam menos que um salário mínimo.

Quanto ao grau de escolaridade, em torno de 20,0% eram analfabetos e 62,1% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto com menos de oito anos de estudo. Santos, Castro e Falqueto (2008) também verificaram valores muito próximos, sendo que 55,6% da sua população possuíam nível fundamental e 24,4% eram analfabetos.

Esta relação entre anos de estudo e o acometimento pela hanseníase, tende a se estabelecer mundialmente. Uma investigação feita em dois estados da Nigéria, quase 50,0% da amostra não eram alfabetizados, 19,0% tinham apenas o nível primário e 10,0% conseguiram alcançar níveis secundários e terciários de educação; 18,0% possuíam apenas a formação religiosa voltada para o islamismo (SMITH, 2011).

Smith (2011, p. 43-44) faz uma reflexão sobre esta problemática e afirma: “Exclusão da educação afeta as oportunidades, o acesso ao emprego, formação e renda, impede a conquista da independência econômica e social e aumenta a vulnerabilidade à pobreza”.

Neste sentido, demonstrou-se com significância estatística, que os portadores de hanseníase com oito ou menos anos de estudo, apresentavam uma maior tendência para o desenvolvimento de deformidades físicas, corroborando os achados de Amaral e Lana (2008) em outra região do Vale do Jequitinhonha/MG.

É por meio da educação em saúde que os indivíduos serão sensibilizados quanto aos primeiros sinais da hanseníase, a necessidade de diagnóstico precoce e

prevenção de incapacidades. A prática educacional precisa romper com paradigmas socioculturais, para que um novo conceito da doença seja reconstruído, eliminando o medo e o preconceito presentes no imaginário coletivo (SANTANA *et al.*, 2008).

O grau de compreensão da população-alvo deve ser considerado, neste momento, utilizando de estratégias que permitam uma melhor apreensão das orientações, que sejam eficazes no dia a dia destas pessoas e que respeitem sua cultura e suas crenças (AMARAL; LANA, 2008; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

No que se refere aos aspectos clínico-epidemiológicos, houve predominância dos casos multibacilares e da forma clínica dimorfa, indo ao encontro de estudos realizados em diferentes regiões do país e no mundo (BHUSHAN *et al.*, 2008; CONTE *et al.*, 2009; LANA; CARVALHO; DAVI, 2011; LANA *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2009; OPROMOLLA; DALBEN; GARDIM, 2006; RESENDE; SOUZA; SANTANA, 2009).

O ideal é que se realize os diagnósticos de hanseníase nas formas clínicas classificadas como paucibacilares - indeterminada e tuberculóide. O maior número de notificações no pólo instável da doença e em suas formas transmissoras revela que a detecção está ocorrendo tardiamente na microrregião de Diamantina e com maior possibilidade de desenvolvimento das deformidades físicas.

A investigação quanto às formas de entrada do paciente nos serviços de saúde e de detecção é necessária para que se possa verificar as estratégias de captação desta população. Verificou-se que a forma de detecção mais prevalente entre os casos novos na região é de natureza passiva, como os encaminhamentos e demanda espontânea, em detrimento da detecção ativa. Houve um baixo percentual de contatos intradomiciliares registrados nas fichas de notificação do SINAN e nenhum caso foi detectado por meio de campanhas ou outras formas ativas.

Outros autores como Lana, Carvalho e Davi (2011), comprovaram este fato na microrregião de Araçuaí, também situada no Vale do Jequitinhonha, em que 87,5% dos diagnósticos foram por demanda espontânea ou encaminhamento de outros profissionais de saúde. Estudos no estado de São Paulo demonstraram que a busca ativa ainda é rudimentar em alguns municípios, mesmo aqueles que atingiram a meta de eliminação da doença. A percepção deste evento é importante, uma vez que pode estar ocorrendo um silêncio epidemiológico, mascarando a realidade local (HELENE *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2008).

As formas passivas de detecção não são preconizadas devido à possibilidade de atraso nos diagnósticos. Sabe-se que o exame de coletividade, a busca por contatos intradomiciliares e comunicantes e ainda, a intensificação das campanhas de esclarecimento sobre a hanseníase podem descobrir focos de transmissão ainda não identificados e corrigir falhas operacionais resultando na redução da prevalência oculta (LASTÓRIA; PUTINATTI, 2004).

Contatos em co-habitação com os portadores de hanseníase e principalmente os consanguíneos, têm um maior risco de desenvolver a infecção devido a sua exposição, variabilidade genética e resposta imune (DURÃES *et al.*, 2010; SALES *et al.*, 2011). Segundo Sales *et al.* (2011) as ações de prevenção deveriam ser estendidas a todos os comunicantes e ainda, aliar a vacinação de BCG à quimioprofilaxia.

No Rio Grande do Sul verificou-se que após a intensificação dos exames de contatos intradomiciliares em 2002, houve um aumento de 22,0% da detecção de hanseníase (CAMELLO, 2006).

Outros fatores estão intimamente relacionados à prevenção das incapacidades, além de evidenciarem a conduta adotada durante o tratamento e pós-alta dos pacientes de hanseníase. São eles: o número de lesões cutâneas, número de nervos periféricos acometidos, ocorrência de episódios reacionais e avaliação do grau de incapacidade na alta (BRASIL, 2010a).

Foram relatadas nas fichas do SINAN, em torno de cinco ou mais lesões cutâneas por paciente na microrregião de Diamantina. O número elevado de lesões de pele, no momento do diagnóstico, reforça os resultados encontrados, em que a maior parte possuía as formas multibacilares da doença e algum grau de comprometimento neural.

Aproximadamente 39,0% das notificações analisadas não possuíam informações sobre o número de nervos acometidos. Após análise das fichas de notificação de hanseníase, ao longo dos anos de estudo, percebeu-se que entre os anos de 2005 e 2007 o indicador foi retirado da sessão de dados clínicos da referida ficha (BRASIL, 2008a). Não foi possível levantar os motivos desta exclusão temporária, embora seja de conhecimento geral a influência do acometimento neural em relação ao desenvolvimento de incapacidades.

Este estudo revela a relação estatística entre a presença de nervos espessados ou doloridos e o grau de incapacidade antes de iniciar o tratamento. É

importante que haja avaliação neurológica do paciente no momento do diagnóstico, pois existe um risco aumentado para o desenvolvimento de incapacidades físicas dentre aqueles que já apresentavam algum tipo de acometimento neural (MOSCHIONI *et al.*, 2010; PIMENTEL *et al.*, 2003). Do mesmo modo, os pacientes que iniciam a terapia medicamentosa com algum comprometimento nervoso têm mais tendência a desenvolver neurites no decorso da PQT (PIMENTEL *et al.*, 2003).

Na Índia, Kumar, Girdhar e Gidhar (2004) observaram que os principais fatores para o desenvolvimento das incapacidades físicas grau 2, eram a falta de capacitação dos profissionais para o reconhecimento dos nervos afetados e o diagnóstico tardio.

A ocorrência de episódios reacionais também foi bastante negligenciada nas notificações analisadas. Quase metade dos campos encontrava-se em branco e a outra metade informava a ausência do evento.

A presença das neurites ou surtos reacionais determina a lesão neural e consequentes sequelas físicas que podem ser definitivas. Elas podem ocorrer antes, durante ou após o início da PQT e ainda são pouco entendidas pela literatura. Podem ser confundidas com recidivas da doença, por isso requerem um manejo adequado pelos profissionais de saúde (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2008; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

A dificuldade de uma abordagem adequada para caracterização clínica do paciente acarreta em atraso para uma conduta terapêutica correta, prolonga o período de tratamento e expõe o paciente às complicações (SILVA *et al.*, 2010; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Igualmente negligenciado foi o grau de incapacidade no momento da alta, com lacunas em branco e outras preenchidas no campo “ignorado”. Das notificações que tinham a informação, houve a predominância de algum grau de incapacidade.

Em São José do Rio Preto, foram comparados os atendimentos aos portadores de hanseníase em 2003, através dos dados contidos nos prontuários e nas fichas do SINAN. Verificou-se que 75,0% das notificações não tinham o dado sobre o grau de incapacidade física na alta e que nos prontuários apenas 2,6% dos casos não estavam preenchidos (NARDI *et al.*, 2006).

O fato de muitas notificações não terem a informação sobre os quadros reacionais e grau de incapacidade física na alta, demonstra que existem falhas em todos os segmentos que manipulam estes dados.

As informações podem deixar de ser fidedignas desde os profissionais de saúde que, na correria da rotina diária, deixam de preencher todas as caselas ou não examinam o paciente adequadamente seguindo os protocolos preconizados. Em outra análise, existe uma prática, principalmente, entre os médicos de se delegar essa função a outros membros da equipe de saúde, que acabam por ter dificuldade em codificar todos os dados (GALVÃO *et al.*, 2008; NARDI *et al.*, 2006).

Por conseguinte, o digitador que muitas vezes não tem conhecimentos da área de saúde ou treinamento específico para utilização do sistema de informação, no afã de enviar as notificações devidamente preenchidas para o nível central, pode cometer falhas (NARDI *et al.*, 2006).

Neste sentido, Galvão *et al.* (2008) afirmam que os problemas relacionados à falta de informação, não se devem especificamente ao software, mas a carência de recursos humanos, infra-estrutura, coordenação e gestão do sistema de informação. Essa limitação na alimentação do banco de dados do SINAN compromete as ações de vigilância epidemiológica em hanseníase, bem como coloca em discussão a qualidade da assistência prestada (SILVA SOBRINHO; MATHIAS; LINCOLN, 2009).

A avaliação do tipo de saída do programa de hanseníase, principalmente o percentual de cura, reflete as condições de acompanhamento dos casos (MORAIS *et al.*, 2010). O estudo teve um número de altas por cura considerado regular pelo MS (75,0% a 89,9%) e a taxa de abandono foi boa, <10,0% (BRASIL, 2010a).

Para fins de normatização dos aspectos operacionais que envolvem o diagnóstico da hanseníase, sensibilização da população, acompanhamento durante o tratamento e prevenção das incapacidades físicas, o PNCH propõe ações que sejam integradas à APS. Tem como base cinco diretrizes: vigilância epidemiológica, gestão, ação integral, comunicação e educação e pesquisa (BRASIL, 2011; GROSSI, 2009).

Estas premissas têm o foco na horizontalização e descentralização dos serviços, seguindo os princípios organizativos do SUS. Para que seja realizada uma assistência de qualidade em todos os níveis de complexidade e de acordo com as necessidades específicas de cada população, é necessário que a maioria dos casos de hanseníase sejam tratados próximos às suas residências (BRASIL, 2006, 2010a; PANDEY; PATEL; UDDIN, 2006).

No Brasil, a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) teve início na década de 80 (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003) mas, seu marco histórico foi a publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) 2001, momento em que foi integrada no elenco das atividades da atenção básica (BRASIL, 2002b; FUZIKAWA, 2007; LANZA; LANA, 2011).

Há ainda a recomendação de que estas atividades sejam inseridas em outros programas de saúde, a fim de aumentar a equidade da atenção, reduzir as taxas de abandono e o estigma da doença (DIAS; PEDRAZZANI, 2008; LANZA, 2009; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

Entretanto, o processo de descentralização das ACH, não está ocorrendo de forma adequada e homogênea no território nacional, até mesmo porque o sistema de saúde ainda encontra-se fragmentado (MENDES, 2010). Sabe-se que para ocorrer adequadamente, é necessária a implantação de redes de atenção à saúde, capazes de desenvolver ações de busca ativa, sensibilização da comunidade, exame de contatos, tratamento, prevenção de incapacidades e reabilitação dos acometidos pela doença (BARBOSA *et al.*, 2008; BRASIL, 2010d; FERREIRA *et al.*, 2008; LANZA; LANA, 2011; MENDES, 2010).

A partir dessas considerações, este estudo fez uma análise na tentativa de desvelar as particularidades dos serviços de saúde, envolvendo o acesso ao diagnóstico e a utilização das ações relacionadas ao tratamento e prevenção de incapacidades na microrregião de Diamantina. Esta investigação ocorreu à luz dos atributos de avaliação da atenção primária elaborados por Barbara Starfield (STARFIELD, 2002).

Esta pesquisa foi capaz de responder, sob o ponto de vista dos usuários que realizaram o tratamento de hanseníase, as questões relativas aos atributos essenciais de acesso ao diagnóstico e tratamento, vínculo com o serviço de saúde, elenco e coordenação dos serviços oferecidos para prevenção de incapacidades físicas e reabilitação.

O conceito de acesso é bastante complexo e utilizado muitas vezes de forma equivocada e ambígua (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Há uma variação entre autores, alguns focam nos indivíduos, outros na oferta de serviços e ainda outros consideram o termo “acessibilidade” para explicar o grau de facilidade com que as pessoas conseguem cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Citando Starfield (2002, p. 225):

A “acessibilidade” possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. “Acesso” é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. [...] todos os níveis de serviços devem estar acessíveis.

O que inicialmente determina a utilização dos serviços de saúde pelo usuário é a identificação interna do que é um problema de saúde, sua gravidade e consequências. Esta é a peça mais importante para a geração de demanda, sobressaindo aos fatores sociais e demográficos (BARATA, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Na população estudada, esta assimilação de gravidade se deu tardiamente, pois quando perceberam os primeiros sinais e sintomas da hanseníase já apresentavam perda de sensibilidade periférica associadas a manchas, redução de força muscular e outros sintomas característicos de acometimentos neurais.

Os sinais e sintomas iniciais da hanseníase são inespecíficos, podendo muitas vezes ser confundidos com outras afecções dermatológicas. O processo de adoecer só se torna relevante para muitas pessoas, quando ocorre a perda da capacidade para o trabalho. Como as manifestações cutâneas e neurológicas são mais presentes nas fases polarizadas da doença, os indivíduos tendem a demorar para procurar os serviços de saúde necessários (SANTOS *et al.*, 2007).

Contraopondo a esta questão, Santos, Castro e Falqueto (2008) ao analisar os diagnósticos de hanseníase, referiram que 69,0% de seus entrevistados procuraram o posto de saúde quando ainda apresentavam apenas manchas, 25,5% descobriram durante consulta na unidade de saúde e 5,5% foram encaminhados pelos ACS. Esses achados demonstraram a percepção desta população em relação à doença, bem como o bom trabalho de educação em saúde realizado por estas equipes de ESF.

Mesmo tardiamente, houve uma grande procura pelos serviços de saúde após a detecção dos sintomas iniciais. As unidades mais procuradas foram as ESF/EACS, evidenciando o grande número de diagnósticos e tratamentos realizados nestes locais. O que demonstra o maior acesso da população na atenção básica motivada pelo estabelecimento do SUS nos últimos 20 anos, bem como o seu reconhecimento como porta de entrada (PENNA *et al.*, 2010; STARFIELD, 2002).

Destaca-se, porém, o percentual das notificações realizadas na Policlínica Regional de Diamantina que, além de outras atribuições, funciona como um Centro de Referência para hanseníase. Os municípios de Diamantina, Alvorada de Minas e

Carbonita encaminharam respectivamente 58,6%, 75,0% e 100,0% dos seus pacientes para realizar o diagnóstico nesta unidade. Estes resultados estão na contramão do processo de descentralização das ACH (NSAGHA *et al.*, 2011).

Da mesma forma, na cidade de Araçuaí/MG foi identificado que 70,0% dos seus diagnósticos eram feitos na Policlínica Municipal entre os anos de 1998 e 2007, sugerindo uma forte centralização da assistência à hanseníase e despreparo dos serviços da atenção básica ao lidar com a doença, embora seja uma região com altas taxas de detecção (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Muitas das unidades de saúde da atenção básica referenciam pacientes sem indicação de tratamento em centros de referência e a qualidade destes encaminhamentos é ruim, sem informação da história clínica. Existe um desconhecimento da própria rede em relação às atribuições de um serviço de referência em dermatologia sanitária, o que faz com que aqueles mais graves fiquem em longas filas de espera para realização da consulta (BARBOSA *et al.*, 2008; PIRES *et al.*, 2011).

Por outro lado, a permanência do tratamento em ambulatórios de referência se dá pelas vantagens que os pacientes percebem em relação aos postos de saúde, como realização de exames necessários, acompanhamento constante, facilidade para conseguir o medicamento prescrito e maior preparo das equipes de saúde para o enfrentamento do caso (FERREIRA *et al.*, 2008).

Fazendo-se uma análise temporal do acesso ao diagnóstico, em média as pessoas aguardaram três dias para a primeira consulta e retornaram poucas vezes ao serviço para chegar ao diagnóstico. Todavia, houve em alguns casos, demora entre a notificação do caso e o início do tratamento. O maior determinante para o atraso do início da PQT em alguns municípios do Vale do Jequitinhonha é a falta de medicamentos em estoque, sendo necessário o deslocamento até a SRS/D em estradas muitas vezes não pavimentadas (LANZA, 2009).

Segundo estudo de Arantes *et al.* (2010), 87,0% dos participantes relataram não apresentar dificuldades para iniciar o tratamento. Mas dentre aqueles que encontraram impedimentos, a demora para o diagnóstico foi a mais citada, seguida das dificuldades de transporte.

Os problemas de deslocamento até a unidade de saúde antes e após o diagnóstico, ficam evidentes dentre os que foram notificados com grau 2 de

incapacidade física. As causas mais frequentes foram as dores e lesões em membros inferiores.

Os pacientes de doenças crônicas, normalmente desenvolvem problemas de locomoção, o que pode interferir em sua qualidade de vida, contribuir para a permanência do estigma gerado pela doença e até mesmo determinar o abandono do tratamento.

Aproximadamente 50,0% da população precisaram de algum tipo de transporte motorizado e a maioria destes necessitou pagar por ele. Daqueles que não utilizaram este tipo de transporte, 88,9% realizaram o tratamento na ESF/EACS, demonstrando mais uma vez a facilidade de acesso e a proximidade entre as residências e as unidades de atenção básica. A maior parte dos que utilizaram de transporte motorizado tratou-se na unidade de referência.

Chama atenção a parcela da população que chegou ao diagnóstico após um ano de consultas subsequentes, além do grande número que foram atendidos por dois ou mais profissionais de saúde para concluir o caso de hanseníase. Apesar desse estudo não demonstrar significância estatística para essas variáveis, sabe-se que estes eventos são suficientes para a desestabilização do caso e aparecimento dos comprometimentos físicos.

Neste sentido, Santos *et al.* (2007) detectaram que algumas pessoas levaram três anos entre a primeira consulta e o fechamento do diagnóstico e, puderam afirmar a partir dos relatos dos seus entrevistados que a grande dificuldade advinha do despreparo dos profissionais de saúde. Verificaram também um grande trânsito dos pacientes entre mais de um profissional e receituários diversos.

A falta de preparo de muitos trabalhadores da área de saúde, para lidar com um caso de hanseníase não é incomum e ainda se agrava no setor privado, onde muitos não são capacitados e acompanham pacientes por muito tempo sem desconfiar da doença. E mais, quando chegam a realizar diagnóstico escolhem esquemas alternativos à PQT (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

Assim, ao longo deste processo de descentralização das ACH, torna-se fundamental a capacitação profissional como estratégia de detecção precoce da hanseníase e prevenção de incapacidades. Para tanto, é necessário que haja um planejamento entre gestores e as equipes de saúde, no sentido de se criar uma agenda de capacitações, levantar as reais necessidades dos serviços e sensibilizar os trabalhadores (BARBOSA *et al.*, 2008; LANZA, 2009; MARCIANO *et al.*, 2008).

Diversas metodologias, recursos pedagógicos e diferentes cenários podem ser aplicados para alcance dos objetivos (MARCIANO *et al.*, 2008). Entretanto, muitos destes treinamentos são pontuais, superficiais em conteúdo e não atingem o cerne do problema. Essa limitação faz com que o profissional tenha dificuldade em sua aplicabilidade prática e que não haja transformação no cotidiano dos serviços (GOMIDE *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2008; RICALDONI; SENA, 2006).

Outra vertente do processo de educação para profissionais de saúde é a não valorização das capacitações, utilizando dos cursos para diferentes objetivos como enriquecimento curricular e mudança da rotina de trabalho e não para aumentar os conhecimentos sobre determinado tema (BARBOSA *et al.*, 2008).

Profissionais de saúde não sensibilizados são incapazes de reconhecer as demandas trazidas pela população, não estabelecem prioridades e se distanciam da realidade local.

É neste contexto que se insere o atributo “vínculo” com os serviços da APS, que segundo Starfield (2002), refere-se também ao termo “longitudinalidade”, ou seja, à longa relação pessoal entre usuário e profissional de saúde. Isto implica em uma atenção em que a equipe de saúde torna-se referência para o indivíduo independente do seu estado de saúde, da presença ou ausência de doenças. Presume-se que estes laços interpessoais gerem inúmeros benefícios como menores índices de complicações das condições patológicas crônicas, redução das internações hospitalares e diagnósticos mais precoces (STARFIELD, 2002).

No Brasil, Macinko, Almeida e Oliveira (2003) reforçaram a importância da ESF neste quesito, demonstrando uma maior facilidade de comunicação entre comunidade e equipe, o atendimento por profissional que já conhece a história do paciente e mais tempo para as consultas.

Mais de 60,0% das pessoas referiram ter realizado o tratamento nas unidades de ESF em que são adscritas, a grande maioria recebia mensalmente as visitas domiciliares pelos membros da equipe, principalmente o ACS. Além disso, mais de 20,0% recebiam as doses supervisionadas em domicílio.

Neste sentido, é reconhecida a importância da visita domiciliar e do ACS, como peças-chave na estrutura organizacional da ESF, na construção do vínculo e na constituição do elo para troca frequente de informações entre serviço e comunidade (BRASIL, 2008d; LARA, 2008).

Porém, em se tratando da hanseníase, pressupõe-se que quando o paciente recebe seus medicamentos mensais em sua casa, ele deixa de comparecer à unidade de saúde para acompanhamento do caso e avaliação pela equipe. O momento da entrega das cartelas de PQT deve ser aproveitado para a avaliação de sensibilidade cutânea e neural, prevenção de incapacidades físicas e promoção de educação em saúde (BRASIL, 2010a; LANZA, 2009; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003).

Felizmente, a maior parte da amostra de estudo recebia suas doses supervisionadas na ESF ou ambulatório de referência, sendo que o profissional mais citado para tal foi o enfermeiro seguido pelo médico, este exclusivamente no serviço de referência.

A atuação da enfermagem destaca-se no atendimento ao paciente de hanseníase, uma vez que tem em sua essência o cuidado ao ser humano de forma integral e em todos os seus ciclos de vida (RESENDE; SOUZA; SANTANA, 2009).

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro vão além daquelas preconizadas em protocolos ministeriais, pois a prática fundamentada no processo de enfermagem tem por objetivo maior levar qualidade de vida à população, não restringindo apenas ao processo terapêutico. É o profissional que realiza as articulações entre os outros membros da equipe e possui grande interação com o médico no momento do diagnóstico (SILVA *et al.*, 2009).

A integração desempenhada pelo enfermeiro entre as ações de promoção de saúde, prevenção de incapacidades, tratamento e reabilitação do paciente acometido pela hanseníase, é muito importante para os serviços de saúde sejam eles da APS ou de referência, pois contribuem para a relação de vínculo e redução da cadeia de transmissão da doença, representando o princípio de integralidade do SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Partindo deste princípio que se alicerça o atributo “elenco de serviços”. Este se refere a todo o rol de serviços prestados a determinada comunidade de acordo com a incidência e prevalência dos problemas de saúde detectados, incluindo o manejo das situações específicas, encaminhamento para níveis secundários e terciários e internação domiciliar (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003; STARFIELD, 2002). Apresenta como principais vantagens as ações preventivas e como desafio, o reconhecimento das circunstâncias em que realmente se justifica uma intervenção (STARFIELD, 2002).

Neste caso, foram avaliadas as atividades voltadas para a prevenção das incapacidades físicas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a, 2010a). Dentre elas, estão as consultas mensais para acompanhamento, que foram frequentes em mais de 90,0% dos casos, independente do município pesquisado.

Quanto à avaliação de sensibilidade cutânea e força muscular, os resultados foram ao encontro da legislação vigente. A avaliação neurológica deve ser realizada no início do tratamento e a cada três meses quando não houver queixa. Em caso de aparecimento de sintomas como nevralgia, fraqueza muscular e parestesia; após a cirurgia de descompressão neural e; durante o uso de corticóides, esta frequência deve ser aumentada (BRASIL, 2010a).

Entretanto, 11 pessoas relataram nunca ter passado por uma avaliação de sensibilidade, outras 20 nunca fizeram exame de força muscular. Esta realidade se deve à falta de equipamentos necessários ao diagnóstico clínico da hanseníase, como o estesiômetro, em algumas cidades. Em outras, apesar de haver os materiais necessários, os profissionais de saúde não se sentem aptos ao seu manuseio, refletindo novamente o despreparo destes trabalhadores para lidar com a hanseníase (LANZA, 2009).

Em relação às orientações para o autocuidado, houve uma grande parte da amostra que informou nunca ter recebido ou apenas recebia esporadicamente. O autocuidado é direcionado pela equipe de saúde a fim de fazer com que o paciente saia desta condição de expectador e torne-se sujeito do seu processo de cura (BATISTA *et al.*, 2011).

O “cuidar de si” mostra-se de extrema relevância para a boa evolução terapêutica da hanseníase, uma vez que são através de processos simples, do cotidiano como o cuidado com os pés e mãos que se previnem as lesões e incapacidades físicas.

Da mesma maneira, quando questionados sobre os efeitos adversos da terapia medicamentosa, 40,8% relataram nunca ter recebido este tipo de orientação. Resultados semelhantes foram encontrados por Batista *et al.* (2011), quando perceberam que nenhum de seus entrevistados sabia os nomes dos medicamentos que compõem a PQT, alguns tinham informação sobre os efeitos indesejados e grande parte não sabia sobre o tempo de duração do tratamento e das doses mensais. A falta de trocas de informações entre profissionais e pacientes pode favorecer ao abandono do tratamento.

Segundo Reiners *et al.* (2008) as equipes de saúde tendem a transferir toda a responsabilidade inerente ao tratamento para os pacientes, não se importando, muitas vezes, com a qualidade das orientações prestadas e divulgando apenas as que julgam necessárias, sem muito preocuparem com suas dúvidas e angústias. Existe a necessidade de se compreender mais profundamente as questões que envolvem a aderência ou não aos tratamentos, pois as falhas não se relacionam somente aos pacientes, também abrangem os serviços de saúde, à própria doença e às relações sociais.

A partir de então, retoma-se a discussão sobre a importância da abertura de espaços de educação em saúde para a população em geral e acometidos pela hanseníase. Na amostra estudada, quase a totalidade das pessoas informaram não haver este serviço nas unidades em que realizou tratamento.

Estes momentos permitem que o paciente converse sobre a doença, exponha suas indagações e troque suas experiências com os profissionais de saúde (NUNES *et al.*, 2011). Lanza (2009) encontrou no Vale do Jequitinhonha ações educativas bastante pontuais, que atingiam basicamente aqueles que frequentavam os serviços de saúde. E ainda, Kelly-Santos, Monteiro e Ribeiro (2010) comprovam que a distribuição de materiais educativos aos portadores de hanseníase, para fins de prevenção do aparecimento de lesões e incapacidades físicas, ainda é muito precária no Brasil.

Segundo a Portaria nº 3.125 de 2010 (BRASIL, 2010a), a divulgação das informações sobre hanseníase deve seguir a Política de Educação Permanente do país, com orientações sobre o estímulo ao auto-exame e autocuidado, suporte psicológico durante e após o tratamento, prevenção e reabilitação das incapacidades e investigação dos contatos domiciliares.

Recomenda-se que estas atividades sejam diversificadas, utilizando de diversas metodologias como propagandas em rádio, nas igrejas, escolas e distribuição de panfletos, para que se tenha um maior impacto (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Todas estas ações são determinadas pelas características individuais da própria comunidade (VISSCHEDIJK *et al.*, 2003). Lanza *et al.* (2011) e Santana *et al.* (2008) ressaltam ainda a necessidade do caráter permanente da sensibilização da população, em todas as atividades das unidades de saúde, incluindo as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

O atributo “Coordenação dos serviços” tem o sentido de continuidade da assistência em outro lugar do sistema de saúde, tendo como referência a APS para direcionamento e racionalização dos recursos (STARFIELD, 2002). Quanto ao encaminhamento dos pacientes para especialistas em outros níveis de complexidade como: fisioterapeutas, ortopedistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dermatologistas e oftalmologistas, as respostas ficaram bem distribuídas entre as categorias. Praticamente, a proporção de pessoas que conseguiram encaminhamentos sempre que necessitaram foi a mesma daquelas pessoas que informaram ter tido dificuldade. Outras, em menor número, relataram que nunca foram encaminhadas.

O maior percentual de respostas foi entre aqueles que consideraram não ter precisado de consultas com especialistas ao longo do tratamento. Apesar de não ter significância estatística, 27,0% destas pessoas apresentaram grau 2 de incapacidade física.

Helene *et al.* (2008) verificaram que a maior parte dos profissionais de saúde tem dificuldade ao lidar com os pacientes de hanseníase que necessitam de atendimento especializado, pois muitos não conhecem todo o fluxo, principalmente o significado da etapa de contra-referência. Os profissionais que conhecem, queixam a ausência de manuais e protocolos nos serviços para orientação dos encaminhamentos.

Ao longo desta investigação foram discutidos alguns aspectos que envolvem problemática das incapacidades físicas em hanseníase na microrregião de Diamantina. Fez-se um percurso por aqueles relacionados ao diagnóstico tardio como: socioeconômicos, demográficos, clínico-epidemiológicos e de acesso; até aqueles relacionados à conduta terapêutica, como: vínculo, elenco e coordenação de serviços oferecidos.

Os achados desta investigação demonstraram uma tendência à manutenção da incapacidade física ao longo do tratamento.

Na microrregião de Araçuaí/MG Lana, Carvalho e Davi (2011) observaram a mesma tendência, sendo que 13,8% reduziram o grau de incapacidade, 5,3% pioraram e a grande maioria 80,9% não teve alteração na classificação de deformidade.

Em contraposição, Nardi *et al.* (2006) perceberam que em um município do estado de São Paulo, houve 42,5% de melhora da incapacidade, 9,2% de

inalteração do quadro, 9,8% de piora e os outros não tinham nenhum comprometimento físico.

O comportamento das incapacidades físicas ao longo do tratamento é bastante influenciado pela presença ou ausência de acometimentos neurais no momento do diagnóstico (MANTELLINI; GONÇALVES; PADOVANI, 2009). Uma vez instaladas, é mandatório que medidas sejam adotadas para que não haja progressão dos comprometimentos físicos durante e após terapia medicamentosa e sim, redução da classificação quanto ao grau de incapacidade.

Por conseguinte, os gestores e profissionais de saúde necessitam compreender que as ações de PI devem ocorrer paralelamente às medidas de controle da doença. Embora existam dificuldades na sua implementação, precisam ser efetivas e estarem disponíveis desde o momento do diagnóstico, no período de tratamento e pós-alta (VIRMOND; VIETH, 1997).

Sendo assim, a prevalência das incapacidades físicas somente se reduzirá associando-se à detecção oportuna e ao uso correto do medicamento, as intervenções não-medicamentosas, como a monitorização neural frequente e educação em saúde (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).



Conclusão

6 CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, foram feitas análises na tentativa de responder a questão inicial sobre a alta prevalência de diagnósticos de hanseníase com algum grau de incapacidade física na microrregião de Diamantina, área considerada não prioritária para a intensificação das ações de controle da hanseníase.

De antemão, observou-se que as informações contidas nas fichas do SINAN apresentaram muitos problemas de preenchimento, lacunas em branco e dados ignorados, principalmente sobre os episódios reacionais e avaliação de incapacidade física na alta. A ausência dos dados compromete a avaliação adequada dos programas e serviços de saúde e, conseqüentemente, a adoção de medidas oportunas de acordo com as realidades locais.

A partir desta análise do SINAN, evidenciou-se a incipiência da atenção à hanseníase, pois dentre os 15 municípios que compõem a microrregião, cinco não realizaram notificação ao longo dos anos de estudo. Municípios silenciosos são vizinhos dos hiperendêmicos, refletindo o quanto o diagnóstico da doença pode ser negligenciado pelos profissionais de saúde e gestores.

Como consequência, verificou-se a alta ocorrência de diagnósticos por meio das formas passivas de detecção, predominância das formas multibacilares e transmissíveis da doença, além da alta porcentagem de incapacidades físicas, confirmando a literatura.

Destaca-se a relação estatística entre o número de nervos acometidos descobertos no momento do diagnóstico e o desenvolvimento das incapacidades físicas. Reforça-se então, o maior risco de deformidades físicas quando o diagnóstico é tardio.

Os resultados desta investigação revelam também que o baixo nível de instrução da população entrevistada consiste em um dos determinantes para a ocorrência de incapacidades pessoas acometidas pela hanseníase na microrregião de Diamantina.

A baixa escolaridade, aliada ao acometimento da hanseníase em pessoas economicamente ativas, à necessidade de afastamento do mercado de trabalho e precária renda familiar, geram um ciclo de pobreza e confirmam a força das

iniquidades sociais e econômicas que tanto assolam o Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

A falta de informação sobre as manifestações iniciais da hanseníase, talvez tenha sido o principal fator para a demora da população em procurar os serviços de saúde, retardando a detecção e favorecendo o aparecimento dos acometimentos físicos. Neste sentido, reforça-se a importância da educação em saúde sobre hanseníase para os pacientes, familiares e comunidade em geral, com o objetivo de melhorar o acesso ao diagnóstico da doença.

Propõe-se que as ações educativas sejam frequentes nas unidades de saúde, que o assunto seja inserido nos programas de atenção à saúde em todos os ciclos de vida, que sejam problematizadoras e condizentes com a realidade local para que sensibilizem a população, contribuindo para a construção de um novo conceito sobre a hanseníase e o tema incapacidades.

Os relatos dos entrevistados evidenciaram a inexistência de atividades educativas em grupo e orientações sobre autocuidado após o diagnóstico de hanseníase em praticamente todos os municípios do estudo. Estas ações são preconizadas pelo PNCH e imprescindíveis para a prevenção de complicações, contudo, ainda não são vistas como prioridade pelo modelo de saúde vigente.

A capacitação em todos os níveis de atenção aproxima os profissionais de saúde às peculiaridades que envolvem o diagnóstico da hanseníase e contribuem para a percepção precoce da doença em determinada localidade, motivando a intervenção adequada.

Outro entrave para o acesso ao diagnóstico e tratamento foi a dificuldade para deslocamento até a unidade de saúde, mostrando-se positiva à ocorrência das incapacidades físicas. Demonstrou-se que, aquelas pessoas com grau 2 de incapacidade, tinham problemas para chegar ao serviço de saúde.

Algumas pessoas demoraram mais de um ano para realizar o diagnóstico após procurarem o primeiro profissional de saúde. E mais, uma grande porcentagem necessitou ser assistida por dois ou mais profissionais para chegarem ao diagnóstico final. O tempo para a detecção e início do tratamento de hanseníase é crucial para a qualidade de vida do paciente, pois esta demora pode desencadear o aparecimento das deformidades físicas.

A ESF teve um papel importante para o ingresso do paciente ao programa de hanseníase, uma vez que esta unidade acolheu a maior parte das pessoas,

reafirmando que apesar de ainda rudimentar, existe um movimento no sentido à descentralização da atenção à hanseníase. À contramão deste processo, encontravam-se os municípios de Diamantina, Alvorada de Minas e Carbonita que centralizaram a assistência ao paciente de hanseníase no serviço de referência.

O profissional enfermeiro se destacou nos cuidados ao paciente de hanseníase, principalmente na ESF, contribuindo para a relação de vínculo e confiança ao longo do tratamento.

Entretanto, observou-se um contrassenso no decorrer do tratamento, pois muitos pacientes que apresentavam grau 2 de incapacidade não foram encaminhados para a unidade de referência, o que evidencia a negligência quanto aos cuidados necessários à prevenção e reabilitação dos acometimentos neurais.

As limitações do estudo se devem ao reduzido tamanho do universo da pesquisa, às perdas e óbitos que ocorreram ao longo do período analisado.

Nem todos os pressupostos testados foram comprovados para esta microrregião, mas ainda assim, considera-se que este trabalho tenha atingido seus objetivos. Sua relevância está no fato de ter se tornado o primeiro trabalho a descrever um perfil da hanseníase especificamente para a microrregião de Diamantina.

Destaca-se também que parte dos resultados foi obtida a partir das perspectivas dos usuários que vivenciaram todo o processo de adoecimento, tratamento e cura e, se tornaram sujeitos do processo de avaliação dos serviços da Atenção Básica.

Espera-se que este estudo seja um primeiro passo para ampliação do campo de pesquisas em hanseníase nesta região. E mais, vislumbra-se um empenho dos gestores locais e regionais para a organização do PNCH, a fim de criar estratégias de melhor atendimento à população, detecção precoce e prevenção das incapacidades físicas.



Referências

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos da Metodologia Epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI, 2003. p. 149-177.
- ALVES, C. J. M. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 4, p. 460-461, jul./ago. 2010.
- AMARAL, E. P. **Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara - Minas Gerais**: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- 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. esp., p. 701-707, nov. 2008.
- ARANTES, C. K. *et al.* Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce de hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.
- BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 531-537, out. 1997.
- _____. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida, 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.
- BARBOSA, J. C. *et al.* Olhares sobre as ações do programa de controle da hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, abr./jun. 2008.
- BARBOSA, J. C. **Pós-alta em hanseníase no Ceará**: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas. 2009. 157 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BATISTA, S. *et al.* Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-106, mar./abr. 2011.

BHUSHAN, P. *et al.* Diagnosing multibacillary leprosy: a comparative evaluation of diagnostic accuracy of slit-skin smear, bacterial index of granuloma and WHO operational classification. **Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology**, Mumbai, v. 74, n. 4, p. 322-326, jul./aug. 2008.

BITTENCOURT, L. P. *et al.* Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-190, abr./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 968**, de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate à lepra no país e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1962. 5 p. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/Decreto968.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2010.

_____. **Conferência para avaliação da política de controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 1976. 131 p.

_____. 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.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 89 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 111).

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 21).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 140 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos:** direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Como ajudar no controle da hanseníase?** Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. 60 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **Portaria nº 154**, de 15 de maio de 2009. Inclui, na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, os tipos de equipes EACSSB_M1 e EACSSB_M2. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 3 p. Disponível em: <<http://www.cosemspa.com.br/arquivos/PORTARIA%20154%20Incluir%20na%20Tabela%20de%20Tipo%20de%20Equipes%20do%20SCNES,%20os%20tipos%20de%20equipes%20EACSSB%20M1%20e%20EACSSB%20M2.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

_____. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105834-3125.html>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009:** uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 368 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. **Portaria nº 594**, de 29 de outubro de 2010. Inclui, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de Atenção Integral em Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html>. Acesso em: 27 ago. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase - CGPNCH:** janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 88 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 15-19, jul./dez. 2006.

CASTRO, S. M. S.; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-487, jun. 2009.

CONTE, E. *et al.* Situação epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 4, p. 149-154, out./dez. 2009.

CORRÊA, C. M. J.; IVO, M. L.; HONER, M. R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 21-28, jul./dez. 2006.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, abr./jun. 2010.

CUNHA, A. C. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 753-756, nov. 2008.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank Quarterly**, United States, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DURÃES, S. M. B. *et al.* Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 339-345, jun. 2010.

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.

FEMINA, L. L. *et al.* Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 37-48, jan./jun. 2007.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 41-49, mar. 2005.

FERREIRA, J. Validade do grau de incapacidades como indicador de diagnóstico tardio da hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, n. esp., p. 79-84, 1998.

FERREIRA, M. L. L. T. *et al.* A demanda de um Centro de Referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 243-256, abr./jun. 2008.

FERREIRA, S. M. B.; IGNOTTI, E.; GAMBA, M. A. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 756-764, ago. 2011.

FUZIKAWA, P. L. **Avaliação da descentralização das ações de controle de hanseníase no município de Betim/MG: prevenindo incapacidades?** 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GALVÃO, P. R. S. *et al.* An evaluation of the SINAN health information system as used by the Hansen's disease control programme, Pernambuco State, Brazil. **Leprosy Review**, London, v. 79, n. 2, p. 171-182, jun. 2008.

GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C.; FOSS, N. T. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 433-437, out. 2007.

GOMIDE, M. *et al.* Rede social e rede básica de saúde: o papel formador da Pesquisa Operacional em hanseníase. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 103-104, 2009.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, n. 5, p. 464-469, set./out. 2008.

_____. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 267-274, abr. 2009.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico Hanseníase**. jun. 2011. 5 p. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins%3Fdownload%3D813%253Ahanseniase-junho-de-2011+GOVERNO+DO+ESTADO+DO+CEARÁ.+Secretaria+de+Saúde.+Informe+Epidemiológico+Hanseníase.+jun.+2011&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESiXKXGHtqCoHFYssNIJuhTQCp1wx_9TV3xT5Kv5mO0X8YoHhDNV-ZreA0l0umS2GAR3O12SExDFKzegUX-xefAzanHdrQHtDGjfAsNrs1inNuvy7gzA7CKJQJ53qcmXLGc4s5kK&sig=AHIEtbTOK6XNajULvCDQPPGkHb85hUa72Q>. Acesso em: 10 out. 2011.

GROSSI, M. A. F. O controle da hanseníase no Brasil exige consolidação do processo de construção de redes integradas de atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-11, 2009. (Editorial).

_____. **Situação epidemiológica no mundo e no Brasil. Reunião Anual de Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 46 p. (slides). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacao_hans_brasil_mundo_cida.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2010.

HELENE, L. M. F. *et al.* Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 744-752, nov. 2008.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G. Collection of educational materials on Hansen's disease: a tool for memory and communicative practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 37-51, jan./mar. 2010.

KUMAR, A.; GIRDHAR, A.; GIRDHAR, B. K. Nerve thickening in leprosy patients and risk of paralytic deformities: a field based study in Agra, India. **Leprosy Review**, London, v. 75, n. 2, p. 135-142, jun. 2004.

KUMAR, R. B. C. *et al.* Gender difference in socio-epidemiological factors for leprosy in the most hyper-endemic district of Nepal. **Nepal Medical College Journal**, Kathmandu, v. 6, n. 2, p. 98-105, dec. 2004.

LANA, F. C. F. **Políticas Sanitárias em Hanseníase: história social e a construção da cidadania**. 1997. 304 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião Araçuaí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan./mar. 2011.

LANA, F. C. F. *et al.* Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - período 92/97. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 121-132, jul./dez. 2000.

_____. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-137, jul./dez. 2003.

_____. 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. 118-123, jul./dez. 2004.

_____. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 696-700, nov./dez. 2007.

_____. Physical disabilities resulting from hansen's disease in Vale do Jequitinhonha/State of Minas Gerais, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 993-997, nov./dez. 2008.

_____. 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. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a10.htm>>. Acesso em: 2 maio 2010.

LANZA, F. M. **Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase**: 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.

LANZA, F. M. *et al.* Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista Enfermagem do Centro Oeste de Minas**, São João del Rei, v. 1, n. 2, p. 164-175, abr./jun. 2011.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 187-194, jan./fev. 2011.

LAPA, T. M. *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2575-2583, dez. 2006.

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

LASTÓRIA, J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 6-11, jan./jun. 2004.

LEITE, V. M. C.; LIMA, J. W. O.; GONÇALVES, H. S. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 659-665, abr. 2011.

LIMA, L. S. *et al.* Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 74-83, 2009.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Hanseníase: uma doença muito complexa para um paradigma simples de eliminação. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**, v. 3, n. 83, p. 230, mar. 2005.

LOMBARDI, C. Pesquisa epidemiológica em hanseníase. In: _____. **Hanseníase**: epidemiologia e controle. São Paulo: Convênio IMESP/SAESP, 1990. p. 63-70.

LUSTOSA, A. A. *et al.* The impact of leprosy on health-related quality of life. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 5, p. 621-626, set./out. 2011.

MACIEL, L. R. *et al.* Memória e história da hanseníase no Brasil através de depoentes (1960-2000). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 308-336, 2003. (Suplemento 1).

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-256, set./dez. 2003.

MAGALHÃES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 75-84, jun. 2007.

MANTELLINI, G. G.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Incapacidades físicas em hanseníase: coisa do passado ou prioridade na prevenção? **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 33-39, 2009.

MARCIANO, L. H. S. C. *et al.* Proposta pedagógica para aprimorar os conceitos básicos em hanseníase: álbum seriado como um recurso no processo de orientação. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 17-24, jul./dez. 2008.

MARTELLI, C. M. T. *et al.* Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 273-285, dez. 2002.

MARZLIAK, M. L. C. *et al.* Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 39-44, 2008. Suplemento 1.

MELÃO, S. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 1, p. 79-84, jan./feb. 2011.

MELÉNDEZ, E.; FUENTES, J.; RODRÍGUEZ, G. Lepra Conyugal. **Revista de Salud Pública**, Santafé de Bogotá, v. 8, p. 24-32, may 2006. Supplementum 1.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62 p.

_____. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase - Minas Gerais**. Belo Horizonte, out. 2009.

_____. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase - Minas Gerais**. Belo Horizonte, ago. 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, S. G. *et al.* Avaliação das ações de controle da hanseníase no município de Governador Valadares, Brasil, no período de 2001 a 2006. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 17-25, jul./dez. 2010.

MOREIRA, F. L. *et al.* Hanseníase em Alfenas: aspectos epidemiológicos e clínicos na região sul do estado de Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-143, 2009.

MOSCHIONI, C. *et al.* Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 19-22, jan./fev. 2010.

NARDI, S. M. T. *et al.* Sistemas de informação e deficiências físicas na hanseníase. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, ano 3, n. 27, p. 3-7, mar. 2006.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; ZANETTA, D. M. T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 157-166, jul./dez. 2005.

NASCIMENTO, G. R. C. *et al.* Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 743-750, out./dez. 2011.

NSAGHA, D. S. *et al.* Elimination of leprosy as a public health problem by 2000 AD: an epidemiological perspective. **PanAfrican Medical Journal**, Kampala, v. 4, n. 4, p. 25, may 2011.

NUNES, J. M. *et al.* Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1311-1318, 2011. Suplemento 1.

OLIVEIRA, M. H. P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C. M. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 85-91, jan. 1999.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 1998.

OLIVEIRA, M. L. W. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 141-146, 2008.

OPROMOLLA, P. A.; DALBEN, I.; CARDIM, M. Análise geoestatística de casos de hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 907-913, out. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase (Período do plano: 2011-2015)**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2010. 44 p.

PANDEY, A.; PATEL, R.; UDDIN, M. J. Leprosy control activities in India: integration into general health system. **Leprosy Review**, London, v. 77, n. 3, p. 210-218, sep. 2006.

PENNA, M. L. F. *et al.* Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, p. 6-10, 2010. Suplemento 2.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 716-725, nov. 2008.

PIMENTEL, M. I. F. *et al.* O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 561-568, set./out. 2003.

PIRES, C. A. A. *et al.* Demanda de uma Unidade de Referência estadual em Hanseníase no norte do Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, ano 10, p. 36-44, jan./mar. 2011.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2299-2306, dez. 2008. Suplemento 2.

RESENDE, D. M.; SOUZA, R. M.; SANTANA, C. F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2009.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov./dez. 2006.

SALES, A. M. *et al.* Leprosy among patient contacts: a multilevel study of risk factors. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, San Francisco, v. 5, n. 3, p. e1013, mar. 2011.

SAMPAIO, P. P. *et al.* Programa de Controle da Hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 273-287, 2009.

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, 2008.

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

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

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.

SANTOS, V. C.; PARDO, M. B. L. Percepções de portadores de hanseníase sobre a doença, seu tratamento e as repercussões em seu cotidiano: um estudo no município de Nossa Senhora do Socorro - Sergipe. **Revista Saúde e Ambiente**, Joinville, v. 7, n. 1, p. 30-38, jun. 2006.

SCHULLER, I. *et al.* The way women experience disabilities and especially disabilities related to leprosy in rural areas in South Sulawesi, Indonesia. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, v. 21, n. 1, 2010.

SILVA SOBRINHO, R. A. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1125-1130, dez. 2007.

SILVA SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F.; LINCOLN, P. B. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. **Ciências, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 19-26, jan./mar. 2009.

SILVA, A. R. *et al.* Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 40, n. 6, p. 657-660, dez. 2007.

_____. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 691-694, nov./dez. 2010.

SILVA, F. R. F. *et al.* Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 290-297, abr./jun. 2009.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T. da; SANTOS, V. R. C. dos. Perfil do doente de hanseníase no Estado da Paraíba. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 33-40, jul./dez. 2010.

SMITH, N. The face of disability in Nigeria: a disability Survey in kogi and Niger states. **Disability, CBR and Inclusive Development**, Asia Pacific, v. 22, n. 1, p. 35-47, 2011.

SOUZA, V. F. M. *et al.* Relato de três casos novos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Itaguaí, Rio de Janeiro: evento de alerta para investigação epidemiológica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 1011-1015, set./out. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUÁREZ, G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 31-34, jul./dez. 1997.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 3, p. 287-292, maio/jun. 2010.

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. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

VIEIRA, C. S. C. A.; SILVA, E. M. Ações de prevenção de incapacidades em hanseníase no ambulatório regional de Taubaté nos anos 90. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 14-22, jan./jun. 2002.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 6, p. 610-612, jun. 2009.

VIRMOND, M. C. L. Alguns apontamentos sobre a história da prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase no Brasil. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 13-18, 2008. Suplemento 1.

VIRMOND, M. C. L.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 3, p. 358-363, jul./set. 1997.

VISSCHEDIJK, J. *et al.* Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1567-1581, nov./dec. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period 2006-2010**. Geneva: WHO, 2005. 19 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. Global leprosy situation, 2010. **Weekly Epidemiological Record**, Geneva, v. 35, n. 85, p.337-348, aug. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy services**. Geneva: WHO, 2011. 17 p.



Apêndices

14. Modo de entrada no serviço:

- 1 () Caso Novo 2 () Transferência 3 () Recidiva
4 () Outros Reingressos 5 () Ignorado

15. **Em caso de “1” para questão 14.** Modo de detecção:

- 1 () Encaminhamento 2 () Demanda Espontânea
3 () Exame de coletividade 4 () Exame de contatos
5 () Outros: _____

16. Modo de saída do serviço:

- 1 () Cura 2 () Abandono 3 () Morte
4 () Transferência

17. Número de nervos acometidos: _____

18. Número de lesões cutâneas: _____

19. Episódios reacionais:

- 1 () Não 2 () Tipo 1 3 () Tipo 2
Tratamento realizado: _____

20. Número de contatos examinados: _____

21. Data da saída: ___/___/___

B. Características socioeconômicas e demográficas:

22. Sexo:

- 1 () Feminino 2 () Masculino

23. Idade:

- 1 () 18-29 anos 2 () 30-39 anos 3 () 40-49 anos
4 () 50-59 anos 5 () 60 anos ou mais

24. Raça/cor:

- 1 () Branca 2 () Preta 3 () Amarela
4 () Parda 5 () Indígena

25. Estado civil:

- 1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Separado/Divorciado
4 () Viúvo 5 () Outro: _____

26. O Sr (a). estava trabalhando quando descobriu que tinha Hanseníase?

- 1 () Não 2 () Sim

27. **(Em caso de “sim” para a questão 26).** O Sr (a). precisou se afastar do trabalho por causa da Hanseníase?

- 1 () Não 2 () Sim

28. **(Em caso de “sim” para a questão 27).** Quanto tempo ficou afastado (a)?

- 1 () menos de 15 dias 2 () 15 dias a 2 meses
3 () 2 meses a 1 ano 4 () mais de 1 ano

29. Ocupação (especificar): _____

30. Situação atual:

- 1 () Desempregado 2 () Empregado 3 () Autônomo
4 () Do lar

43. Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da Hanseníase, por quantos profissionais de saúde passou para descobrir que estava doente?

- 1 () 1 2 () 2 a 3 3 () 4 a 5 4 () mais de 5

D. Informações sobre o tratamento:

44. Está em uso de tratamento supervisionado?

- 1 () Não 2 () Sim

45. **Em caso de “sim” na questão 44.** Tempo de tratamento medicamentoso:

- 1 () 1 mês até 3 meses 2 () > 3 meses até 6 meses
3 () > 6 meses até 9 meses 4 () > 9 meses a 12 meses 5 () > 12 meses

46. Onde recebe (ia) as doses supervisionadas?

- 1 () ESF/EACS 2 () UBS 3 () Ambulatório de referência
4 () Domicílio

47. Qual é/era o profissional de saúde que administra/administrava a dose supervisionada?

- 1 () Enfermeiro 2 () Médico 3 () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
4 () ACS 5 () Outro: _____

48. O(a) Sr.(a) faz/fez o tratamento na unidade de saúde mais próxima da sua casa?

- 1 () Não 2 () Sim

49. Os profissionais da unidade de saúde que acompanham/acompanhavam seu tratamento costumam/costumavam visitá-lo (a) em sua moradia?

- 1 () Não 2 () Sim

50. O(a) Sr.(a) tem/tinha dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?

- 1 () Sempre 2 () Quase sempre 3 () Às vezes
4 () Quase nunca 5 () Nunca

51. Quando o(a) Sr.(a) vai/ia à unidade de saúde para consultar precisa/precisava utilizar algum tipo de transporte motorizado?

- 1 () Sempre 2 () Quase sempre 3 () Às vezes
4 () Quase nunca 5 () Nunca

52. Quando o(a) Sr.(a) vai/ia à unidade de saúde para consultar, paga/pagava pelo transporte?

- 1 () Sempre 2 () Quase sempre 3 () Às vezes
4 () Quase nunca 5 () Nunca

53. Já sofreu algum tipo de preconceito por ter Hanseníase?

- 1 () Não 2 () Sim

54. **Em caso de “sim” na questão 52.** Por parte de quem?

- 1 () Família 2 () Colegas de trabalho 3 () Amigos
4 () Profissionais de saúde da unidade
5 () Outros _____

E. Organização das Ações de Prevenção e Controle da Hanseníase

Para as questões 54 a 60 responda:

- 1 () Sempre 2 () Quase sempre 3 () Às vezes
4 () Quase nunca 5 () Nunca

Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pelo serviço de saúde que você faz/fez tratamento?

55. () Consulta para acompanhamento
56. () Avaliação da sensibilidade
57. () Avaliação da força muscular
58. () Orientações individuais para o autocuidado
59. () Orientações individuais quanto aos efeitos dos medicamentos
60. () Atividades educativas em grupo sobre a Hanseníase
61. () Encaminhamentos para especialistas (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, ortopedista, etc.)

APÊNDICE B



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

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil - E-mail: demi@enf.ufmg.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **“FATORES RELACIONADOS À PREVALÊNCIA DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE NA MICRORREGIÃO DE DIAMANTINA”**, por residir em um município da microrregião de Diamantina - MG e ser portador de Hanseníase. A pesquisa é coordenada pelo professor Dr. Francisco Carlos Félix Lana e desenvolvida por Gabriela de Cássia Ribeiro, aluna do Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Seus principais sinais e sintomas são lesões na pele e nos nervos. Quando ela não é tratada, essas lesões podem evoluir para incapacidades e deformidades físicas. Essa doença é transmitida no contato de uma pessoa doente sem tratamento com outra pessoa, por meio das vias respiratórias. Para que a transmissão ocorra, geralmente é preciso que haja um convívio frequente e prolongado com o doente.

Este estudo tem como objetivo analisar a ocorrência de diagnóstico de Hanseníase com incapacidade física na microrregião de Diamantina, bem como conhecer os fatores responsáveis por este evento. Nosso grande propósito é a partir dos resultados dessa pesquisa promover um maior conhecimento da Hanseníase na região e contribuir para a formulação de ações educativas e prevenção e controle da doença.

Caso você concorde com o estudo, será convidado (a) responder uma entrevista estruturada contendo questões de identificação pessoal, socioeconômicas e perguntas relativas à sua trajetória até o diagnóstico da Hanseníase e ao serviço de saúde disponível.

Os dados coletados serão de uso da equipe de pesquisadores e estarão disponíveis, a qualquer momento, para serem utilizados pela Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, pelos municípios da microrregião de Diamantina e sua respectiva Gerencia Regional de Saúde. Os dados serão utilizados especificamente para os propósitos da pesquisa. Será garantido o sigilo e o anonimato dos indivíduos e para tanto, todas as fichas registros, formulários e demais dados a serem coletados serão organizadas por números, reduzindo sensivelmente a possibilidade da quebra do sigilo e estabelecendo proteção à confidencialidade das informações. Os sujeitos da pesquisa não serão remunerados, sua participação não será obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de

participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A investigação seguirá a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovada pelo COEP da UFMG após aprovação da Secretaria de Saúde dos municípios selecionados da microrregião de Diamantina e pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

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.

Atenciosamente,

Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador da Pesquisa

Gabriela de Cássia Ribeiro
Pesquisadora

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Endereço de contatos dos pesquisadores:

Av. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia. Escola de Enfermagem - Belo Horizonte - Minas Gerais. 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 Belo Horizonte - Minas Gerais. CEP: 31270-901. Tel: 031.3409.4592.



Anexos

ANEXO A

Carta de Autorização da Secretaria do Estado de Minas Gerais



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
Gerência Regional de Saúde de Diamantina

OF: NUVIEP/GRSD 156/2010

Diamantina, 24 de setembro de 2010.

Assunto: Liberação de Banco de dados para fins de pesquisa

Prezado Senhor,

Em resposta à solicitação datada de 15/06/2010, vimos por meio deste autorizar que a pesquisadora Gabriela de Cássia Ribeiro utilize os relatórios técnicos do Programa SINAN – base de dados da Hanseníase - nas dependências desta Gerência Regional de Saúde, para fins de realização da pesquisa “Incapacidade Física grau 2 em Hanseníase: análise dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio na microrregião de Diamantina”.

Atenciosamente,

Raquel Galcioli
Referência Técnica Regional – Hanseníase

Wandeir José Botelho
Diretor Regional de Saúde de Diamantina

Ilmo Sr
FRANCISCO CARLOS FELIX LANA
Professor da Escola de Enfermagem da UFMG
Coordenador da Pesquisa

ANEXO B

Carta de Autorização da Secretaria Regional de Saúde de Diamantina

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Saúde: Construindo um Novo Tempo

Memo. Circular/SE/CE/S-nº 074/10

Belo Horizonte, 27 de agosto de 2010.

Ilmo Sr.
Wandeir José Botelho
Diretor Regional de Saúde de Diamantina

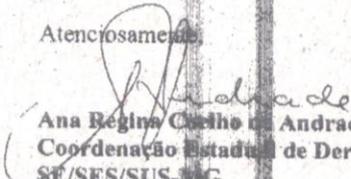
Assunto: Parecer sobre solicitação.

Prezado Senhor,

Venho através deste, emitir parecer favorável sobre solicitação de autorização para liberação de banco de dados para pesquisa coordenada pelo Prof. Francisco Carlos Félix Lana.

A disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Ana Régina Coelho de Andrade
Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária
SE/SES/SUS-MG

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



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

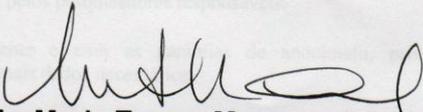
Parecer nº. ETIC 0512.0.203.000-10

**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 24 de novembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado **"Incapacidades físicas em hanseníase: incidência e fatores relacionados na microrregião de Diamantina"** 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.



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

*Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br*

ANEXO D

Carta de Autorização dos Municípios Participantes do Estudo



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Datas
Secretaria Municipal de Saúde de Datas

Diamantina 27 de julho de 2010

OF. Nº 0369/2010
INFORMAÇÃO/FAZ
SECRETARIA DE SAÚDE

Prezado Senhor,

Com nossos cordiais cumprimentos, em resposta a correspondência datada de 20 de julho de 2010, autorizamos a realização da pesquisa "Incapacidade Física Grau II em Hanseníase: análise dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio na microrregião de Diamantina.

Na oportunidade solicitamos que ao término da pesquisa seja encaminhada a esta Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina um relatório referente aos resultados adquiridos.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atenciosamente,


Rogério Geraldo Pontes
CPF: 740.020.666-49
Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS
Diamantina -MG

Ilmo. Srº
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
D.D Coordenador da Pesquisa
Universidade Federal de Minas Gerais
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP:30.130-100 – Belo Horizonte-MG

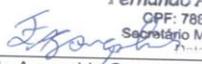
Secretaria Municipal de Saúde -Rua da Glória, 132/ Diamantina- CEP: 39100-000.
Fone (38)3531-9460/ FAX: 3531-9482 – E-mail: [smdiamantina@iknet.com.br](mailto:smsdiamantina@iknet.com.br).

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fernando Aparecido Gonçalves, Secretário Municipal de Saúde de Datas, autorizo Gabriela de Cássia Ribeiro realizar a pesquisa sobre Hanseníase no município.

Atenciosamente,

Datas, 27 de setembro de 2010.


Fernando Ap. Gonçalves
CPF: 788.428.836-20
Secretário Munic. de Saúde
Datas - MG
Fernando Aparecido Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde de Datas

DE : SECRETARIA DE SAUDE

FAX : 3835331788

03 AGO. 2010 14:06 Pág. 1



**Prefeitura Municipal de
Couto de Magalhães de Minas**

Estado de Minas Gerais
Rua Sebastião Francisco Mota, 45 - Tel.: (38) 3533-1244

Ofício Nº.: 095/2010
Serviço: Sec. Mun. de Saúde
Assunto: Informação/FAZ

Ao Dr. Francisco Carlos Félix Lana,

Venho por meio deste primeiramente cumprimentar-lhe e informar que a equipe de saúde do município de Couto de Magalhães de Minas sente-se lisonjeada em autorizar a realização da pesquisa Incapacidade Física grau II em Hanseníase pela pesquisadora Gabriela de Cássia Ribeiro.

Desde já agradeço pela oportunidade e coloco-me a disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente,


Luciane Lúcia Pereira
Secretária Mun. de Saúde
MG. 10.295.147
Couto de Magalhães de Minas - MG
Luciane Lúcia Pereira
Sec. Mun. de Saúde

Couto de Magalhães de Minas, 03 de agosto de 2010



Prefeitura Municipal de Coluna
Praça Herculano Torres, 13
CEP: 39770-000 – Estado de Minas Gerais

Departamento Municipal de Saúde

Ofício nº 56/2010
Data: 22/09/2010
Assunto: Autorização

O Departamento Municipal de Saúde de Coluna autoriza a pesquisadora Gabriela de Cássia Ribeiro, realizar, neste município, a pesquisa “Incapacidade Física Grau II em Hanseníase: Análise dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio na microrregião de Diamantina”.

Atenciosamente,


Jaqueline Gomes de Souza
Cirurgiã Dentista - CRM-MG 10882
Secretaria Municipal de Saúde
Jaqueline Gomes de Souza
Secretaria Municipal de Coluna



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Januário Ribeiro, n.º 414 – Centro – Carbonita – MG
Fone/Fax: (38) 3526-1113 – 3526-1262
E-mail: saudecarbonit@yahoo.com.br

Carbonita, 09 de agosto de 2010
Ofício PMC/SMS/225/2010

ASSUNTO: Autorização (FAZ)

Prezados Senhores,

Atendendo sua solicitação em relação a realização da pesquisa "Incapacidade Física Grau II em Hanseníase: análise dos fatores relacionados ao diagnóstico tardio na microrregião de Diamantina", autorizamos a realização de entrevistas com os participantes da pesquisa através de visitas domiciliares as quais poderão ser realizadas durante as visitas dos ACS às suas famílias.

Solicitamos que após realizada a pesquisa, os dados fossem repassados a esta Secretaria Municipal de Saúde para que possamos conhecer a prevalência de diagnósticos de Hanseníase com grau de incapacidade II neste município de Carbonita.

Sem mais para o momento, colocamos-nos à disposição de V.Sas. para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,


SILMA DE LOURDES OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde

À
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
BELO HORIZONTE/MG

At.: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana – Coordenador
Gabriela de Cássia Ribeiro - Pesquisadora



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS
ESTADO DE MINAS GERAIS

Autorização

Autorizo a pesquisadora **Gabriela de Cássia Ribeiro** a realizar sua pesquisa sobre Hanseníase no município de Alvorada de Minas.

Alvorada de Minas, 21 de setembro de 2010


Danilo Cléssio Ferreira
Secretário Mun. de Saúde
Alvorada de Minas

Danilo Cléssio Ferreira
Secretário Municipal de Saúde

RUA PIO XII, Nº 14, CENTRO, 39140000, ALVORADA DE MINAS.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOUVEIA

Rua Coronel Sica, 89 - Centro - CEP: 39.120-000 - MG

Fax: (38) 3543-1192 - Fone: (38) 3543-2218 -

Email: saude@gouveia.mg.gov.br



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KUBITSCHEK
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RUA POUSO ALTO, 325 - CEP: 39135-000 - CENTRO.

TEL.: 38 3545-1163 - FAX: 38 3545-1267 - E-mail: saude@presidentekubitschek.mg.gov.br

OFÍCIO Nº 211/2010

GOUVEIA, 30 DE JULHO DE 2010

Assunto: Informação faz

Prezada Srta.,

Em resposta ao ofício proveniente da UFMG enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Gouveia/ MG, datado de 20 de julho de 2010, vimos informar que esta secretaria concorda com a realização do estudo proposto por V. Sa. sobre grau de incapacidade da Hanseníase, nos termos especificados no mesmo.

Sem mais para o momento, apresentamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Evanir de Oliveira Nunes Piqui

Evanir de Oliveira Nunes Piqui
SECRETÁRIA

**Ilma Srta.
Gabriela de Cássia Ribeiro
Pesquisadora
Belo Horizonte/ MG**

Presidente Kubitschek, 26 de julho de 2010.

Ofício nº132 /2010
Assunto: Encaminhamento (FAZ)
Serviço: SMS

Prezados Senhores,

Em resposta a solicitação datada de 20/07/2010 venho através deste autorizar que a pesquisa de "Incapacidade Física Grau II em Hanseníase" seja realizada em nosso município. Colocamo-nos a inteira disposição para o assunto em questão. Lembrando que nos seja comunicado a data com antecedência para nos organizarmos pois alguns destes pacientes se ausentam do município para tratamento.

Atenciosamente.

Célia de Oliveira e Silva
Secretária Municipal de Saúde

Ilm^{os}. Sres.
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador
Gabriela de Cássia Ribeiro
Pesquisadora
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CEP: 39150-000 - SERRO - ESTADO DE MINAS GERAIS

Autorização

Gabriela,

Eu, **Mirtes da Conceição Ribeiro**, Secretária Municipal de Saúde do Serro, autorizo a realização da pesquisa "Incapacidade Física Grau II em Hanseníase.

Sendo o que tenhamos para o momento, aguardamos e desejamos boas vindas.

Por ser verdade firmo o presente.

Mirtes da Conceição Ribeiro
Secretária Municipal de Saúde