



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Nathan Guilherme de Oliveira

**Parâmetros epidemiológicos, espaciais e
qualitativos do perfil da Hanseníase em
município endêmico do Alto Pantanal - MT**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Denise da Costa Boamorte Cortela

**Botucatu
2020**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Nathan Guilherme de Oliveira

**Parâmetros epidemiológicos, espaciais e qualitativos do perfil da
Hanseníase em município endêmico do Alto Pantanal - MT**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Denise da Costa Boamorte Cortela

**Botucatu
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Oliveira, Nathan Guilherme de.

Parâmetros epidemiológicos, espaciais e qualitativos do perfil da Hanseníase em município endêmico do Alto Pantanal - MT / Nathan Guilherme de Oliveira. - Botucatu, 2020

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Coorientador: Denise da Costa Boamorte Cortela
Capes: 40101096

1. Hanseníase. 2. Educação em saúde. 3. Epidemiologia.
4. Pesquisa espacial. 5. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Educação em saúde; Epidemiologia;
Georreferenciamento; Hanseníase.

AGRADECIMENTOS

- ❖ À Dr.^a Ida Maria Foschiani Dias Baptista, pela orientação, conselhos, correções e a maravilhosa oportunidade, mas principalmente pela amizade, boas conversas e por acreditar em mim!
- ❖ À Dr.^a Denise da Costa BM Cortela (UNEMAT), pela orientação na pesquisa em campo e no processamento e interpretações dos dados gerados.
- ❖ À Dr.^a Renata Bilion (ILSL), pela contribuição e ideias que possibilitaram um novo olhar na pesquisa qualitativa.
- ❖ À Rose Margareth Costa, pela enorme amizade construída, além da importante contribuição para que esta pesquisa se tornasse realidade.
- ❖ Aos amigos do Ambulatório de Dermatologia e Pneumologia Sanitária de Cáceres/ MT pela receptividade e acolhimento.
- ❖ Aos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde de Cáceres/ MT muito obrigado! Meu coração transborda de eterna gratidão por tudo que fizeram por mim no município.
- ❖ À Secretaria de Saúde do Município de Cáceres/ MT, em especial a Secretaria de Saúde Silvana Maria de Souza, pela liberação dos dados e permissão para realizar a pesquisa no município.
- ❖ Dr.^a Denise Cortela, seu esposo Dr. Nivaldo e família pela maravilhosa hospedagem no município.
- ❖ Aos docentes do Programa de Pós Graduação em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP/ FMB) pela ampla formação acadêmica.
- ❖ À Bruna Quirino da Silva Jorgetto, secretária do Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP/ FMB) pelo acolhimento e atenção prestada.
- ❖ Aos colegas do grupo de pesquisa em Epidemiologia e Biologia Molecular da Hanseníase e Tuberculose do Instituto Lauro de Souza Lima, Dr.^a Amanda Juliane Finard, Dr.^a Ana Eliza Fusaro, Ms. Eloise de Moraes Brasil e ao IC. Gabriel Henrique Fioroni pelo companheirismo e colaboração em várias etapas da execução desse projeto.
- ❖ À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (bolsa de estudo N° 88882.432931/2019-01), Fundação Paulista de Combate à Hanseníase (N°198/2019) e ao Programa de Doenças Tropicais da Faculdade de Medicina de Botucatu pelo auxílio financeiro essencial para realização da pesquisa em campo.

RESUMO

A Hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil, em especial no estado de Mato Grosso onde são diagnosticados grande parte do número de casos novos do país. Nesse cenário, surgem os estudos epidemiológicos que buscam compreender de forma quantitativa os fatores que predisõem a manutenção da transmissão nessas localidades, assim como os estudos qualitativos que contribuem para o entendimento das percepções dos usuários e prestadores de serviço de saúde sobre a doença. Assim, realizamos um estudo de coorte retrospectiva e análises espaciais dos casos notificados com hanseníase no período de 2008 a 2018 e uma análise de conhecimento sobre a hanseníase juntos aos profissionais de saúde, os casos notificados, contatos intrafamiliares e membros da comunidade, com a finalidade de analisar as fragilidades operacionais e de educação em saúde na hanseníase nos serviços públicos de saúde do município de Cáceres/MT. Neste estudo, foi observado uma maior proporção de homens, um predomínio de pacientes da cor preta e com idade economicamente ativa. Um importante aumento de casos com incapacidades físicas no momento do diagnóstico e no final do tratamento também foi verificado, com forte associação com idade e classificação operacional MB. Esse dado é fundamentado pela detecção passiva de casos da doença no município e pela centralização dos serviços no Centro Referencial de Saúde verificado pelas análises geoespaciais. Na análise de conhecimento, foi observado que as percepções sobre hanseníase no município não se diferem entre grupos de indivíduos entrevistados e sob certos aspectos, até mesmo entre profissionais de saúde, conceitos antigos da doença são mantidos. Como exemplos destacamos: a necessidade de isolamento, transmissão pelo uso ou compartilhamento de objetos pessoais com os doentes, além da dificuldade em aceitar que existe cura para a hanseníase. Identificamos também casos de pacientes que afirmaram ocultar que tinham ou tiveram a doença por medo do preconceito e de todo estigma gerado em torno da mesma. Concluimos que o município de Cáceres/MT apresenta problemas na descentralização dos serviços de saúde, acarretando dificuldades na suspeição diagnóstica e na busca ativa de casos e por conseguintes dificuldades em promover ações educativas que eliminem o estigma e interrompa a cadeia de transmissão da hanseníase.

Palavras chaves: Hanseníase, Epidemiologia, Georreferenciamento, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Leprosy is a public health problem in Brazil, especially in the state of Mato Grosso, where most of the new cases in the country are diagnosed. In this scenario, epidemiological studies are done to quantitatively understand the factors that predispose to the maintenance of transmission in these locations, as well as qualitative studies that contribute to the understanding of the perceptions of users and health care service about the disease. Thus, we carried out a retrospective cohort study and spatial analyzes of cases reported with leprosy in the period from 2008 to 2018 and an analysis of knowledge about leprosy with health professionals, the notified cases, household, and community members, with that of analysis as operational and health education weaknesses in leprosy in public health services in the municipality of Cáceres/MT. In this study, a larger proportion of men was observed, a predominance of black patients and economically active age. An important increase in cases of physical disabilities at the early of diagnosis and the end of treatment was also observed, with a strong association with age and MB operational classification. This data is based on the passive detection of cases of the disease in the municipality and the centralization of services in the Reference Health Center verified by the geospatial analyzes. In the knowledge analysis, it was observed that the perceptions about leprosy in the municipality do not differ between groups of individuals interviewed and under certain aspects, even among health professionals, old concepts of the disease are maintained. As examples, we highlight the need for isolation, transmission through the use or sharing of personal objects with patients, in addition to the difficulty in accepting that there is a cure for leprosy. We also identified cases of patients who claimed to hide the disease for fear of prejudice and all the stigma generated around it. We conclude that the municipality of Cáceres/MT presents problems in the decentralization of health services, causing difficulties in the diagnostic suspicion and in the active search for cases and for consequent difficulties in promoting educational actions that eliminate stigma and interrupt the leprosy transmission chain.

Keywords: Leprosy, Epidemiology, Georeferencing, Health Education.

Sumário

1.0 Introdução.....	9
2.0 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Hanseníase: agente etiológico	10
2.2 Classificação clínica, operacional e tratamento da Hanseníase.....	12
2.3 Diagnóstico Laboratorial da Hanseníase	14
2.4 Breve contextualização histórica e social da Hanseníase	15
2.5 Pesquisas qualitativas na avaliação de conhecimento em saúde da Hanseníase.....	18
2.6 Geografia dos processos de saúde-doença	19
2.7 Cenário epidemiológico da Hanseníase no Brasil.....	21
2.8 Características históricas, epidemiológicas e demográficas da Hanseníase no estado de Mato Grosso	23
2.9 Características históricas e sociais do município de Cáceres	27
2.9.1 Zona rural de Cáceres	28
2.9.2 Perímetro urbano de Cáceres	29
2.9.3 Situação de saúde de Cáceres	31
3.0 Referências bibliográficas:.....	34
4.0 Justificativa Geral	38
5.0 Objetivo Geral do Estudo.....	39
6.0 Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa	39
CAPÍTULO 1.....	41
1.0 Objetivos específicos do capítulo	42
2.0 Casuística e Métodos.....	42
2.1 Universo de estudo	42
2.2 Desenho do estudo	42
2.3 Coleta de dados	42
2.4 Análises estatística	44
2.5 Georreferenciamento	44
2.6 Critérios de inclusão e exclusão	45
3.0 Resultados.....	46
3.1 Comparação das características demográficas entre os pacientes com Hanseníase e a população geral de Cáceres/ MT.....	46
3.2 Perfil operacional e clínico da Hanseníase no município de Cáceres/MT	47
3.3 Grau de Incapacidade Física (GIF)	51
3.4 Análise espacial	53
4.0 Discussão.....	57
5.0 Referências bibliográficas	65
CAPÍTULO 2.....	68
1.0 Objetivos específicos	69

2.0 Casuística.....	69
2.1 Definição e categorização da população do estudo.....	69
2.2 Definições dos conceitos de percepção.....	69
2.3 Definição da população e local de coleta.....	70
2.3.1 Unidades básicas de saúde e Profissionais de Saúde.....	70
2.3.2 Casos notificados e contatos.....	71
2.3.3 População controle / Comunidade.....	72
2.4 Postura na aplicação dos instrumentos de avaliação e materiais.....	73
2.5 Análise dos resultados.....	75
3.0 Descrição e Discussão dos Resultados.....	75
3.1 Percepções dos profissionais de saúde, casos notificados, contatos e comunidade sobre a Hanseníase.....	77
3.1.1 Em relação a transmissão.....	81
3.1.3 Em relação aos sinais e sintomas.....	85
3.1.4 Em relação ao tratamento.....	87
3.1.1 Em relação à cura.....	88
3.1.5 Percepções sobre a doença e o doente.....	90
3.2 Participações dos Profissionais de Saúde em cursos e capacitações em serviço.....	92
4.0 Conclusões e apontamentos finais.....	102
5.0 Referências bibliográficas:.....	103
Apêndices.....	105
Anexos.....	113

1.0 Introdução

A sobrecarga de doenças tropicais negligenciadas (DTN) está fortemente concentrada nas populações mais pobres dos países de baixa e média renda, onde a pobreza é vista como uma causa raiz devido à associação com as condições precárias de vida, de trabalho e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde preventivos e curativos.^(1,2)

Nesse contexto, está inserida a hanseníase, que é uma doença infecciosa crônica do sistema nervoso periférico, pele, olhos e trato respiratório superior, cujo diagnóstico e tratamento tardios podem resultar em incapacidades permanentes, associadas ao estigma social e as dificuldades econômicas.^(3,4)

As estratégias de controle se baseiam na detecção precoce da doença para interromper a cadeia de transmissão e na Poliquimioterapia (PQT) com a finalidade de cura do paciente. No entanto, inúmeros desafios ainda são enfrentados em relação ao entendimento de sua disseminação e no desenvolvimento de ferramentas diagnósticas para sua detecção em estágio inicial.⁽⁵⁾

A despeito do declínio global na prevalência da hanseníase, em virtude do amplo uso da PQT e da busca ativa de casos, a doença ainda é um problema de saúde pública com pelo menos 250.000 casos novos por ano. A maioria dos casos ocorrem em regiões tropicais, sendo que mais de 80% são relatados no Sudeste Asiático e no Brasil.^(6,7)

No Brasil, ações vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) para aumentar a detecção de casos novos, prevenir as incapacidades e fortalecer o sistema de vigilância para a hanseníase. Com base na “Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020”, foi elaborada a “Estratégia Nacional para

o Enfrentamento da Hanseníase: 2019-2022”, cujo objetivo geral é a redução da carga da doença no Brasil, com propostas que englobam as particularidades de cada região do país, e de modo continuado, potencialize as ações de controle e combate no país.⁽⁸⁾

É neste sentido que a eliminação da hanseníase ainda é difícil de ser alcançada em várias regiões do Brasil, em virtude das diferentes realidades socioeconômicas, socioculturais e ambientais, conferindo a doença características particulares a depender da localidade em que se encontra, e que em nível municipal é potencializada principalmente pelas diferenças políticas e de acesso aos serviços de saúde.⁽⁹⁻¹²⁾

Portanto, os estudos epidemiológicos e qualitativos na hanseníase são essenciais para a compreensão do comportamento da doença, auxiliando na elaboração de novas estratégias e ações de combate, e assim, contribuindo para a consolidação de um saber técnico-científico-social efetivo nas ações de eliminação no país.

2.0 Referencial teórico

2.1 Hanseníase: agente etiológico

O *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), o agente causador da hanseníase, é um patógeno intracelular com tropismo pronunciado para células *Schwann* (SC) mielinizadas e não mielinizadas. No interior das células hospedeiras induz a proliferação celular para garantir um nicho de sobrevivência a longo prazo.^(13,14)

Pertencente à ordem *Actinomycetales*, à família *Mycobacteriaceae*, está inserido no gênero *Mycobacterium* (*fungus bacterium*), nomenclatura proposta por Lehman e Neumann em 1986, com a finalidade de incluir os agentes

causadores da Hanseníase e Tuberculose que anteriormente haviam sido classificados como *Bacterium leprae* e *Bacterium tuberculosis*.⁽¹⁵⁾

É um bacilo não móvel, não formador de esporos, reto ou levemente curvado, com extremidades arredondadas, variando de 1 a 8 µm de comprimento e 0,2 a 0,5 µm de diâmetro e se divide por fissão binária. Em microscopia óptica podem ser observados individualizados ou em agrupamentos conhecidos como globias. É uma micobactéria de crescimento lento, cujo tempo de geração varia de 12 a 14 dias aproximadamente, sendo o mais longo registro entre as bactérias.⁽¹³⁾

Em 2008, Han *et. al.*⁽¹⁶⁾ identificaram uma nova espécie denominada *Mycobacterium lepromatosis* (*M. lepromatosis*), como responsável por uma forma rara, porém grave, da doença chamada “Hanseníase Lepromatosa Difusa”. Até então, acreditava-se que a hanseníase era causada exclusivamente pela infecção por *M. leprae*.

O conhecimento sobre a biologia e a patogênese de *M. lepromatosis* é restrito, pois assim como o *M. leprae* essa espécie também não é cultivável.⁽¹⁶⁾ Pela genômica comparada foi verificado que ambas as espécies estão intimamente relacionadas e derivam de um ancestral comum que foi submetido a um processo de redução no tamanho do genoma e perda de conteúdo genético. As duas espécies ao longo da evolução continuaram a perder genes, mas em diferentes regiões do genoma, sendo que *M. leprae* parece ser o mais recente na escala de evolução.⁽¹⁷⁾ (Figura 1)

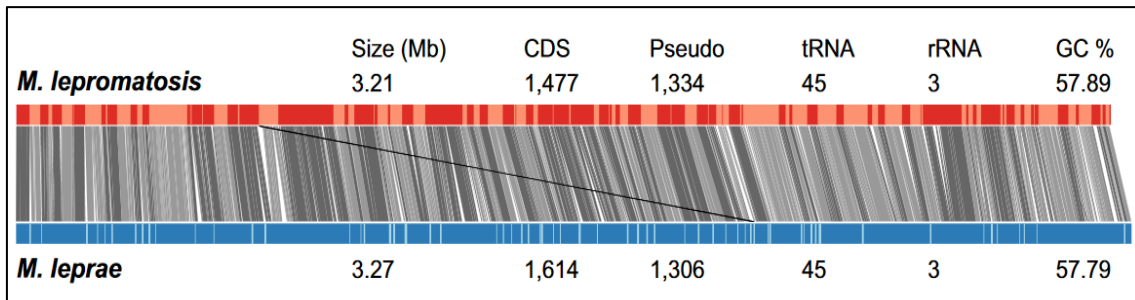


Figura 1: Sintenia genômica e principais características de *M. leprae* e *M. lepromatosis*. Os 126 contigs de *M. lepromatosis* distinguem-se com cores vermelhas e laranja. As listras azuis claras indicam as repetições dispersas em *M. leprae*. A linha preta indica uma variação estrutural confirmada em ambas. Retirado de Singh et. al., 2015. ⁽¹⁷⁾

2.2 Classificação clínica, operacional e tratamento da Hanseníase

O diagnóstico clínico da hanseníase é baseado em alguns sinais cardinais como a presença de anestesia em lesões cutâneas, o espessamento de nervos periféricos e a demonstração do *M. leprae* no esfregaço de linfa ou cortes histológicos de tecidos.⁽¹⁸⁾

Ridley e Jopling em 1966, propuseram uma classificação baseada nestes sinais cardinais e em achados laboratoriais, estabelecendo um espectro onde os extremos são representados pelos tipos polares Tuberculóide (TT) e Virchoviana (VV) e as formas intermediárias pelos Dimorfos, subdivididos em Dimorfos - tuberculóide (DT), Dimorfos Dimorfos (DD) e Dimorfos - Virchoviano (DV).⁽¹⁹⁾

A forma tuberculóide é limitada pela boa resposta imunológica do hospedeiro. As lesões cutâneas são isoladas e assimétricas e as placas eritematosas bem delimitadas, com bordas externas elevadas e centro normal com apresentação de importante alteração de sensibilidade. Na forma virchoviana, o *M. leprae* tem multiplicação e disseminação por via hematogênica em virtude da ausência de resposta celular do hospedeiro. As lesões cutâneas são múltiplas e simétricas, caracterizando-se por máculas hipocrômicas,

eritematosas ou acastanhadas, com bordas mal definidas, geralmente sem anestesia. Já o grupo dimorfo apresenta manifestações diversas, pelas diferentes respostas celulares do hospedeiro ao *M. leprae*. As lesões cutâneas de dimorfo-tuberculoide assemelham-se aos tuberculoide, sendo mais numerosas e menores e os dimorfo-dimorfo apresentam características que permeiam as formas tuberculoide e virchoviana.⁽²⁰⁾

Uma condição também importante na hanseníase são os episódios reacionais, caracterizados como fenômenos agudos, sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase e que são potencialmente responsáveis pela perda funcional de nervos periféricos e agravantes das incapacidades físicas. As reações são resultantes do processo inflamatório e da resposta imunológica dirigida contra os antígenos do *M. leprae*, que se correlacionam com a carga bacilar e o *status* imune do hospedeiro.⁽²¹⁾

Os eventos reacionais que podem ocorrer durante a evolução da hanseníase são: a reação tipo 1, mediada por células e que com frequência acomete os nervos periféricos, e a reação tipo 2 mediada por anticorpos, onde ocorre a destruição de bacilos com liberação de antígenos e formação de imunocomplexos que fixam o complemento, causando inflamação e alterações teciduais.⁽²²⁾

A hanseníase quando não diagnosticada e tratada na fase inicial, pode evoluir com diferentes graus de incapacidades físicas. Os distúrbios de sensibilidade são caracterizados pela ausência ou diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil, que podem comprometer a pele, mucosas, nervos periféricos e, em pacientes com alta carga bacilar, o aparelho visual.^(23,24)

As incapacidades físicas no doente é classificada em: grau 0 quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos e nos pés; grau 1 quando há diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, nas mãos e nos pés e grau 2 quando há incapacidades físicas e deformidades.⁽²⁵⁾

A classificação operacional na hanseníase, é utilizada tendo em vista o tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios : Paucibacilares (PB) - nos casos com até cinco lesões cutâneas, e em Multibacilares (MB) - mais do que cinco lesões.⁽²⁶⁾

O tratamento das formas PB tem a duração de 6 meses com o uso de Rifampicina com dose mensal supervisionada (600 mg) e Dapsona com dose mensal supervisionada (100 mg) e dose diária autoadministrada (100 mg). Nas formas MB, o tratamento ocorre em 12 meses e é acrescido de Clofazimina com administração supervisionada (300 mg) e uma dose autoadministrada (150 mg). É desejável, que nas doses supervisionadas ocorra uma reavaliação clínica, avaliação de contatos e se possível a vacinação pela BCG, além da prestação de apoio psicossocial.⁽²⁷⁾

2.3 Diagnóstico Laboratorial da Hanseníase

O diagnóstico laboratorial da hanseníase apresenta-se como um importante auxiliar no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas, nos casos suspeitos de recidiva, na confirmação diagnóstica e na classificação clínica para fins de tratamento.⁽²⁸⁾

O exame do raspado intradérmico (baciloscopia) é o método mais utilizado por ser de fácil execução, pouco invasivo e de baixo custo. A coloração

de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR) requer ao menos 10^4 organismos por grama de tecido para uma detecção confiável, o que torna sua sensibilidade baixa nos pacientes da forma tuberculóide da hanseníase. Para os casos de difícil diagnóstico, biópsias de pele ou de nervo são coletadas e o diagnóstico é realizado por meio do exame histopatológico e também pela detecção de BAAR no tecido.⁽²⁹⁾

Outra abordagem diagnóstica é a detecção de anticorpos anti-PGL-1, que são encontrados nos tecidos infectados e desencadeiam resposta imune humoral precoce. A detecção de anticorpos IgM anti-PGL-1 pode ser utilizada no processo diagnóstico quando analisados em conjunto com os dados clínicos e se possível outras metodologias diagnósticas. Anticorpos anti-PGL-1 refletem a carga bacilar do indivíduo, mostrando infecção subclínica ou doença, portanto, é útil no diagnóstico da forma MB de hanseníase. O nível de anticorpos em pacientes PB no entanto pode ser muito baixo ou indetectável.⁽³⁰⁾

A Reação da Cadeia da Polimerase (PCR) é uma importante ferramenta no diagnóstico, pois, apresenta a capacidade de detectar a resistência do *M. leprae* aos medicamentos utilizados no tratamento por meio de mutações nos genes *rpoB*, *folP* e *gyrase* e avaliar a viabilidade bacilar por meio do gene 16S RNAr.⁽³¹⁻³³⁾

2.4 Breve contextualização histórica e social da Hanseníase

A hanseníase pode ser encontrada na literatura mundial pelo termo em inglês *Leprosy*, mas também como Lepra, Lèpre, Hansen's disease e Mal de Hansen. O termo hanseníase foi adotado no Brasil em 1976 com a finalidade de romper com o alto teor estigmatizante do termo Lepra.⁽³⁴⁾

Existe uma grande dificuldade em definir a origem exata da hanseníase pelos escritos históricos. Nos escritos antigos houve muita confusão do que realmente era “Lepra”. Na bíblia, por exemplo, esse termo era descrito como uma doença descamativa, como causadora de manchas vermelhas ou brancas em outras partes do texto, e ainda é possível encontrar trechos que se referem à ferimentos.^(23,34)

No capítulo 13 do livro de Levítico, o “manual de instruções” do povo hebreu⁽³⁵⁾ é possível perceber que os sinais descritos não se referem a hanseníase⁽²³⁾:

(...) O homem, quando na pele da sua carne houver inchação, ou pústula, ou empola branca, que estiverem na pele de sua carne como praga de lepra, então será levado a Arão, o sacerdote (...) se o pelo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais funda do que a pele de sua carne, praga de lepra é; o sacerdote, vendoo, o declarará imundo. Mas, se a empola na pele for branca, e não parecer mais profunda que a pele e o pelo não se tornou branco, o sacerdote encerrará o que tem a praga por sete dias (...) e eis que, se a praga se recolheu, e a praga na pele se não estendeu, então o sacerdote o declarará por limpo; apostema é; e lavará os seus vestidos, e será limpo. Vendo pois o sacerdote carne viva, declará-lo-á imundo; a carne imunda lepra é (...) se a lepra florescer todo na pele o quanto pode ver os olhos do sacerdote (...) em carne viva, será imundo. Se também a carne cuja a pele houver alguma úlcera se sarar e em lugar do apostema, vier inchação branca ou empola branca, tirando o vermelho (...) praga de lepra é; pelo apostema brotou. Quando na pele de carne houver queimadura, e no que é sarado da queimadura houver empola branca, tirando a vermelho ou branco (...) lepra é; floresceu pela queimadura (...)⁽³⁶⁾

Tem-se então, que o termo grego “Lepra” na bíblia, que traduziu o *Tsara'ath* do hebraico, está mais relacionado com união de doenças dermatológicas, tais como Vitiligo, Pênfigo, Dermatofitoses, Psoríase, do que com a hanseníase propriamente dita.^(23,34)

Já no século XIX, nos movimentos sanitários, a hanseníase ganha atenção especial com as transformações políticas e econômicas advindas do Iluminismo e da Revolução Industrial. Reformadores sociais começaram a

questionar os custos sociais do industrialismo e do crescimento urbano, atribuindo responsabilidade aos governos de arcar com a saúde pública e o bem-estar social.⁽³⁷⁻³⁹⁾

Nesse cenário, diversos países da Europa adotaram ações por meio da produção de enquetes e censos, com a finalidade de estudar as doenças decorrentes do trabalho, avaliar o impacto das reformas urbanas e portuárias na saúde, mensurar a melhoria nas condições das prisões e manicômios, considerar a construção de dispensários, asilos e hospitais, bem como implantar melhorias no abastecimento de água e esgoto.⁽⁴⁰⁾

Para esse fim, hospitais foram inaugurados com a finalidade da descoberta da cura doença e a produção de conhecimento baseado na experimentação, com forte apoio dos governos, impondo um esquema de isolamento e centralização dos doentes.⁽⁴¹⁾

Por meio desta “medicina experimental”, o *M. leprae* foi identificado como o agente causador da hanseníase pelo cientista norueguês Gerhard Armauer Hansen. Essa descoberta foi acompanhada por inúmeras tentativas de cultivo artificial do bacilo, de estudos sobre a transmissão experimental da doença a partir da inoculação do bacilo no homem e em animais, contudo, sem resultados satisfatórios.⁽⁹⁾

As descobertas científicas nesse período põem fim aos conhecimentos empíricos da doença, embora muitas questões ainda precisariam (e precisam) ser respondidas. Destaca-se que o *M. leprae* foi primeira bactéria relacionada a uma doença humana, pois só nove anos mais tarde, Robert Koch relaciona o *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) como o agente da tuberculose.⁽³⁴⁾

É fato que a definição do que é hanseníase para a sociedade em geral ainda hoje está embasada nos preconceitos e teorias empíricas do passado. Mesmo com esse divisor entre o empírico e o científico, o estigma da hanseníase permanece fortemente enraizado na sociedade e faz com que o paciente tema o diagnóstico e não procurem auxílio médico.⁽⁴²⁻⁴⁵⁾

Um futuro sem hanseníase somente se dará pelo desenvolvimento econômico e social sustentável, acompanhado pelas melhorias do saneamento e de educação em saúde. Isso garantirá um progresso contínuo, fazendo com que respostas específicas à saúde pública consolidem as conquistas e contribuam com os programas de eliminação da doença.^(46,47)

2.5 Pesquisas qualitativas na avaliação de conhecimento em saúde da Hanseníase

Ao assumirmos o conceito de integralidade em saúde, não apenas como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), mas como o cuidado de pessoas, grupos e coletividade, tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere⁽⁴⁸⁾, vemos que para uma melhor investigação científica é necessário uma abordagem que atinja toda a magnitude deste universo que o indivíduo está inserido. É nesse contexto que se reconhece a importância das pesquisas qualitativas em saúde, principalmente para apoiar os estudos quantitativos limitados aos padrões epidemiológicos.^(49,50)

Nas pesquisas em saúde, a utilização de abordagens qualitativas e quantitativas proporcionam a articulação entre o singular, o indivíduo e o coletivo que estão presentes nos processos de saúde-doença. Os resultados de uma

pesquisa quantitativa tem potencial de gerar novas perguntas, que podem ser aprofundadas em uma pesquisa qualitativa e vice-versa.^(49,50)

Nesse âmbito, várias abordagens teórico-conceituais podem ser utilizadas para analisar os dados qualitativos: (i) análise de discurso, (ii) análise de conteúdo, (iii) hermenêutica-dialética e (iv) análise clínico-qualitativa. Alguns softwares permitem analisar dados qualitativos de forma quantitativa, tais como, ALCESTE, NVIVO e DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.^(49,51)

A “análise de conteúdo” de Laurence Bardin (1979), mais conhecida como “Análise de conteúdo de Bardin”, está fundamentada na contagem da frequência de características que aparecem nas temáticas das mensagens. É uma técnica que tem por objetivo a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação e as categorias construídas pela análise possibilitam ao pesquisador fazer a discussão dos resultados.⁽⁴⁹⁾

Estudos qualitativos realizados no Brasil, Índia e Nepal, no contexto da hanseníase, utilizam-se de várias abordagens para a interpretação dos resultados, e têm possibilitado o entendimento da doença a partir da perspectiva do paciente ou da comunidade em que está inserido. Indicando os principais pontos que precisam ser trabalhados para fortalecimento das ações de educação em saúde e consecutivamente do controle da doença.⁽⁵²⁻⁵⁴⁾

2.6 Geografia dos processos de saúde-doença

Se de um lado a epidemiologia tem como preocupação compreender e explicar o processo saúde-doença nos indivíduos e em populações, a “Geografia da Saúde” procura identificar na estrutura espacial e nas relações sociais, as possíveis associações com os processos de adoecimento e morte nas

coletividades. Ambas se completam e contribuem para a compreensão dos padrões dos processos de saúde-doença, pois nada na saúde é aleatório, tudo é plausível de uma ação e reação.⁽⁵⁵⁾

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a geografia em saúde pode auxiliar a Vigilância em Saúde e, portanto, avaliar a existência de um aglomerado de agravos à saúde ocorrendo no espaço (daí o termo geoprocessamento). Por meio dos dados processados é possível obter mapas para identificar áreas com maior incidência de doenças, considerando que este é fortemente influenciado pela qualidade das informações de saúde e pela variabilidade aleatória dos indicadores.⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾

Pelo geoprocessamento é possível avaliar as desigualdades que ocorrem no acesso aos serviços básicos de saúde, e para tanto é preciso compreender a disponibilidade do serviço e de seus profissionais, o tipo e a quantidade de serviços e recursos, a sua localização geográfica, e a cultura médica local.⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾

Na hanseníase, o georreferenciamento tem sido utilizado como importante ferramenta na compreensão da doença e respaldado achados epidemiológicos e de bioestatística. Estudos tem mostrado por meio dessas abordagens que de fato a doença possui uma forte presença nas regiões de alta vulnerabilidade social e com focos endêmicos em regiões com dificuldades ao acesso à saúde.⁽⁵⁸⁻⁶²⁾

Os dados de georreferenciamento na hanseníase também tem auxiliado a compreensão dos fatores que favorecem a transmissão, tais como, o comportamento das pessoas não tratadas na disseminação da doença dentro

dos bairros em que residem e por meio das rotas migratórias para outras unidades federadas.⁽⁵⁸⁻⁶²⁾

2.7 Cenário epidemiológico da Hanseníase no Brasil

Segundo o último Boletim Epidemiológico da Hanseníase (2020) entre os anos de 2014 a 2018, foram diagnosticados no Brasil 140.578 casos novos de hanseníase. No acumulado do período, em todas as faixas etárias, o sexo masculino teve a maior proporção de casos.⁽⁶³⁾

No Brasil em 2018, a região Nordeste apresentou as maiores taxas de detecção de casos novos por 100 mil habitantes, entretanto, é o estado do Mato Grosso na região Centro-Oeste que reportou o maior número de casos do país, conforme mostra a figura 2.^(64,65)

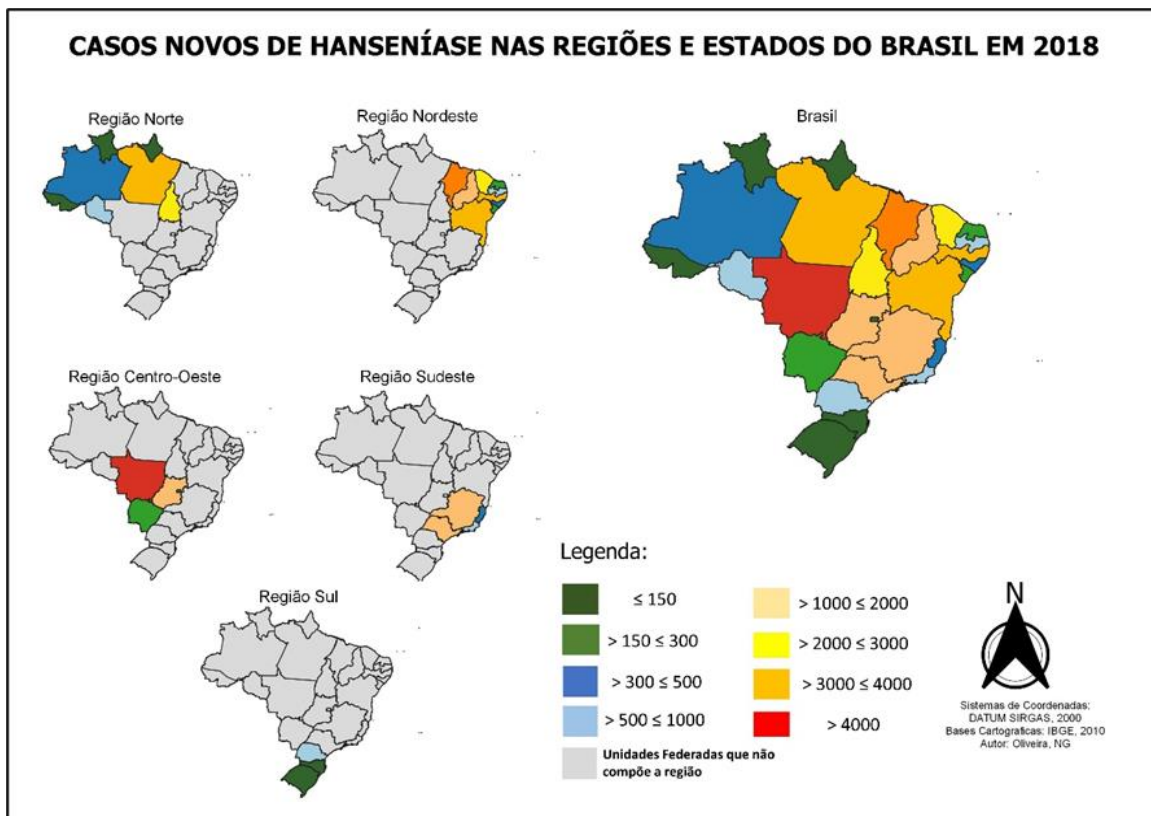


Figura 2: Representação quantitativa dos casos novos diagnosticados no ano de 2018 nas regiões e seus respectivos estados. Mapa elaborado pelo autor (Oliveira, NG). Modificado segundo: Boletim Epidemiológico-Hanseníase, 2020.⁽⁶³⁾

Ainda em 2018 a proporção de casos MB foi de 77,2%, apresentando um incremento de 26% quando comparado com o ano de 2009, cuja taxa foi de 57,2%. Por se tratar da forma infectante da doença, esses casos representam um alerta para a necessidade de investigação ativa da doença.^(65,66)

Em 2019, 16 estados brasileiros apresentaram redução na avaliação de contatos e é nesse contexto que o Brasil emerge com um dos piores cenários em vigilância epidemiológica devido a falha na avaliação dos contatos intradomiciliares e sociais das pessoas atingidas pela hanseníase.⁽⁶⁵⁾

Falhas na vigilância epidemiológica no Brasil, são evidenciadas quando se verificam casos em menores de 15 anos. A ocorrência nessa faixa etária indica transmissão ativa e recente em uma população. Esse indicador portanto, permite acompanhar a magnitude da doença e auxiliar no processo de tomada

de decisão, contribuindo para a melhoria dos processos organizacionais de vigilância epidemiológica.^(67,68)

Destaca-se, no Brasil, um elevado número de casos com incapacidades físicas no momento do diagnóstico, sendo que a região Centro-Oeste em 2019, apresentou um aumento do número de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade (GIF2). Casos novos com GIF2 evidenciam diagnóstico tardio, devido ao maior grau de comprometimento físico ocasionado pela hanseníase.⁽⁶³⁾

2.8 Características históricas, epidemiológicas e demográficas da Hanseníase no estado de Mato Grosso

O final da década de 1970, foi um período de maior disseminação da hanseníase no Brasil em virtude das migrações interestaduais, favorecidas pela circulação em novas rodovias por famílias de agricultores, oriundos principalmente do Paraná em busca de boas terras e fugindo das modernizações agrícolas.⁽⁶⁹⁾

O Mato Grosso foi um dos principais estados a receber parte importante dessa massa de migrantes, com cerca de 112.000 pessoas, que formaram assentamentos ao longo da BR-158 ao norte e da BR-163 que atravessa o extremo leste do estado. Com o passar dos anos esses assentamentos tornaram-se sedes municipais, que atualmente são os municípios, por vezes, mais endêmicos para hanseníase no Mato Grosso.⁽⁶⁹⁾

Os números da hanseníase no início da década de 1970, apresentavam um coeficiente de detecção de 3/10.000 habitantes e no final da década de 1980 aumentaram significativamente para 10/10.000 habitantes.⁽⁷⁰⁾

Muito embora os fluxos migratórios sejam um fator potencializador da hanseníase no estado do Mato Grosso, é apropriado ressaltar que o estado sempre possuiu importante soma de casos internos e muito antes da década de 70 os números da doença já alertavam para a necessidade do seu combate no estado. Isso pode ser observado no fragmento do texto do Diretor Geral do Hospital dos Lázaros em 1927.

“A situação da lepra no estado se espalha de modo assustador, sendo seus principais focos: Rondonópolis, Cáceres, Ladário e Poconé. Somam-se a essa legião de doentes já existentes outros vindos de outros estados, inicialmente São Paulo, Minas Gerais e países vizinhos como o Paraguai. Calcula-se em mais de 700 o número de doentes. Foram identificados numerosos focos de lepra em moradores à margem do rio Guaporé”.⁽⁷¹⁾

No início da década de 80, com a introdução da PQT, Rondonópolis, Cáceres e Cuiabá tornaram-se municípios pilotos para implantação deste novo tratamento e a partir de 1986, ocorreu a implementação da capacitação em serviço para os profissionais de saúde, com a finalidade de ampliar a cobertura do serviço em todo o estado.^(72,73)

Já na década de 90, o estado de Mato Grosso elabora seu Plano de Eliminação Estadual, alinhando suas ações ao Plano Nacional de Eliminação da hanseníase (PNCH) até o ano 2000, cujo objetivo principal era aumentar a cobertura de serviços de saúde e de ações para potencializar as capacitações em serviço para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública. No entanto, nem o país e nem o estado conseguiram atingir essa meta.^(72,73)

Entre os anos de 2000 a 2006, houve um aumento de 128,4% na cobertura de unidades de saúde com ações para o combate à doença e que ofereciam PQT no Mato Grosso. Os dados de detecção de casos no ano de 2001, também mostraram uma elevação de 25% em relação a 2000. Nos anos subsequentes observou-se também um aumento no número absoluto de casos (72,73), como pode ser observado na figura 3.

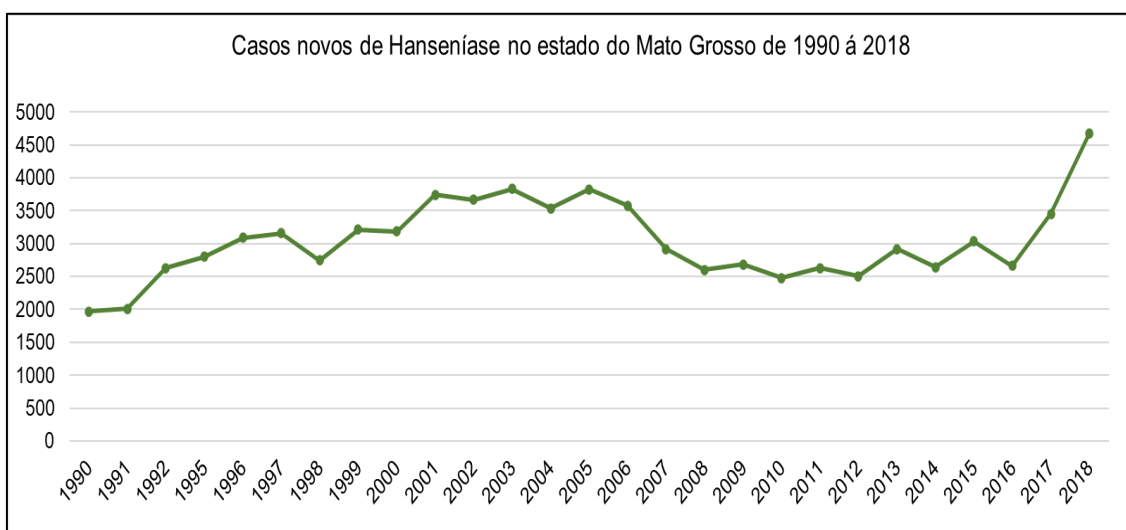


Figura 3: Número de casos novos de hanseníase notificados no período de 1990 a 2018, no estado do Mato Grosso. Figura elaborada pelo autor (Oliveira NG). Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS-SES/MT). (72)

A população atingida pela hanseníase no estado Mato Grosso é, em sua maioria, do sexo masculino, de cor parda, com idade na faixa economicamente ativa, sem ensino fundamental completo e que reside em regiões urbanas. (74,75)

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso (SES-MT), os determinantes históricos e socioeconômicos relacionados com a ocupação de novos espaços geográficos, com os meios de produção agrícola e a presença de profundas desigualdades sociais, justificam o grande contingente de pessoas infectadas pela doença e expressam a existência de importantes iniquidades

sociais. Atualmente, no Mato Grosso, o fluxo migratório ainda é intenso, e a movimentação de pessoas infectadas e sem tratamento mantém os elos da cadeia de transmissão da hanseníase.^(74,75)

Em 2006, segundo o relatório de situação epidemiológica da hanseníase no estado do Mato Grosso, 93,47% da população residia em municípios com taxa de detecção de 5 casos para 10 mil habitantes e 51,30% dos casos novos apresentavam a forma avançada da doença, com 3,42% de incapacidades físicas severas e 5,65% dos casos eram em crianças menores de 15 anos.^(74,75)

Do ponto de vista político e administrativo (figura 4), o Mato Grosso possui 13 microrregiões de saúde, sendo que cada uma possui um Escritório Regional de Saúde (ERS), em um município polo, ou em municípios que apresentam melhor aporte à saúde como, por exemplo, a presença de hospitais regionais.⁽⁷⁶⁾

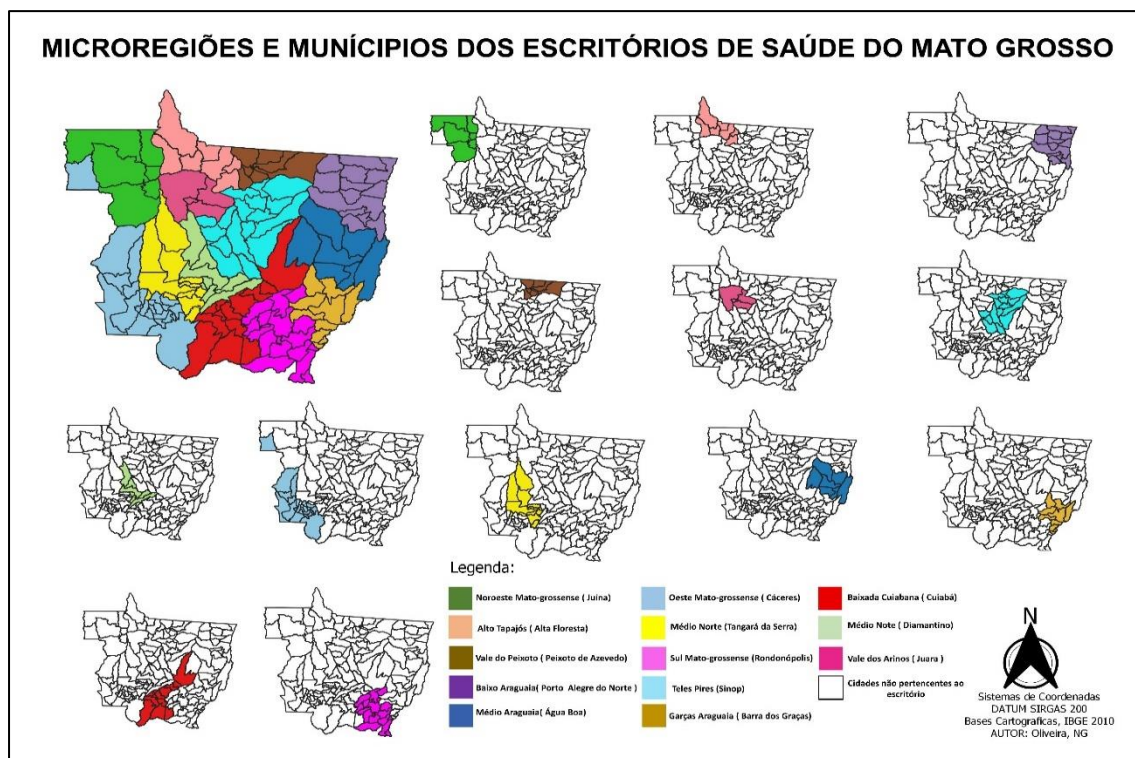


Figura 4: Microrregiões do estado do Mato Grosso. Mapa elaborado pelo autor (Oliveira, NG), modificado segundo: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT).⁽⁷⁵⁾

O ERS do Oeste Mato-Grossense compreende 11 municípios, sendo Cáceres o município sede.⁽⁷⁷⁾

Até 2015 o município de Cáceres era responsável por 27% dos casos novos diagnosticados com hanseníase nesta microrregião e com uma taxa de prevalência de 5,85 e de detecção de 38,7 por 10 mil habitantes.^(77,78)

2.9 Características históricas e sociais do município de Cáceres

Cáceres é um município situado na mesorregião Centro-Sul Mato-grossense, na microrregião do Alto Pantanal, a uma distância de 215 Km de Cuiabá, a capital do estado. Possui uma área territorial de 24.577,15 Km², recoberta por vegetação típica do Pantanal, concentrando seu perímetro urbano à margem direita do Rio Paraguai, o que dá a ela o apelido de “A princesinha do Paraguai”.^(79,80)

Sua história se consolida em meados do século XIX impulsionada pela abertura da navegação fluvial do rio Paraguai. A Vila Maria do Paraguai, como era chamada neste período, vivia do ciclo da indústria extrativista da poaia, da borracha e da bovinocultura, que a levou a um crescente e próspero desenvolvimento econômico.^(80,81)

A partir do século XX, as mudanças foram mais rápidas devido a construção da ponte Marechal Rondon sobre o rio Paraguai, o que incrementou toda a logística com outras cidades. Assim, o município começa a receber migrantes, principalmente do Mato Grosso do Sul, Goiás e da região sudeste do país, alterando a sua fisionomia socio-econômica-cultural que a caracteriza nos dias atuais.^(80,81)

2.9.1 Zona rural de Cáceres

O município possui uma vasta área de zona rural, que mantém as principais atividades econômicas do município e da pecuária extensiva.^(81,82) (figura 5)

A zona rural de Cáceres consolida-se a cada ano, principalmente após a criação dos projetos de assentamento a partir da forte presença do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrícola (INCRA). Entre os anos de 1995 a 2006, as intervenções do INCRA na estrutura fundiária do município, resultaram em uma média de 1,5 assentamentos criados a cada ano.^(81,82)

Em 2007, o município somava uma área de zona rural de 74.625 ha distribuídos para 1.885 famílias, o que resultou em uma média de 40 ha/ família, assentadas desde a proximidade do perímetro urbano do município, bem como

ao longo das principais rodovias e da linha de fronteira com a Bolívia, caracterizando uma única e nova dinâmica demográfica nessas áreas. ^(81,82)

Outra forte característica é o reflorestamento de Teca, uma espécie arbórea da família *Verbenaceae* que apresenta alto valor comercial e está mudando as configurações ambientais e se tornando uma sólida fonte econômica para a população Cacerense. ^(81,82)

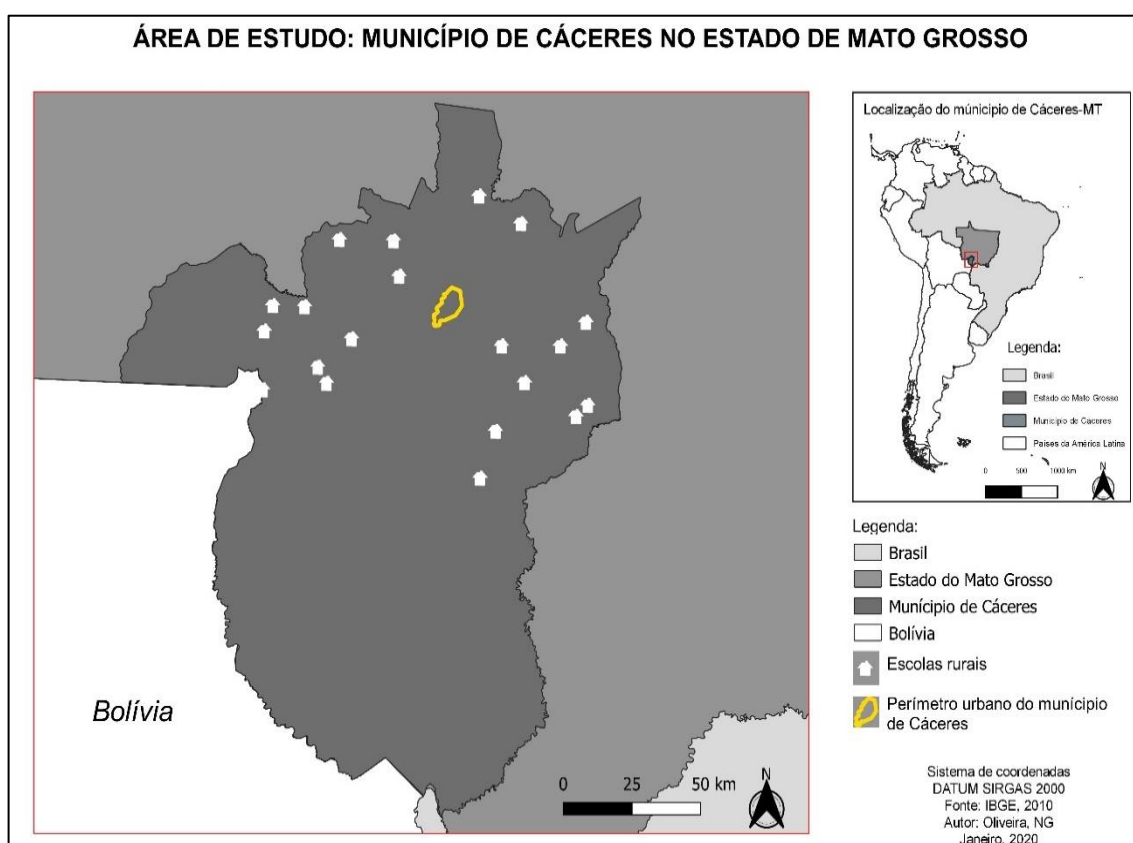


Figura 5 – Localização do município de Cáceres no estado do Mato Grosso. As escolas rurais indicam os principais assentamentos agrícolas. Mapa elaborado por Oliveira, NG Fonte: Google Maps 2020 (<https://www.google.com.br/maps/caceres>) e Prefeitura Municipal de Cáceres-MT.

2.9.2 Perímetro urbano de Cáceres

O perímetro urbano de Cáceres compreende uma área de 69.835.961 m² do total do município (figura 6) e está localizado à margem esquerda do rio Paraguai e contém oficialmente 43 bairros constituídos essencialmente de imóveis residenciais (60,15%). ^(79,82)



Figura 6 – Perímetro urbano de Cáceres MT junto aos seus 43 bairros. Mapa elaborado por Oliveira, NG. Fonte: Google Maps 2020 (<https://www.google.com.br/maps/caceres>)

A área mais urbanizada ainda preserva prédios do primeiro império (figuras 7 e 8), e que atualmente constitui o centro histórico do município. A partir da década de 1960, há uma expansão desordenada e rápida da área urbana para regiões mais afastadas do rio e que hoje é a região periférica da cidade.^(81,82)

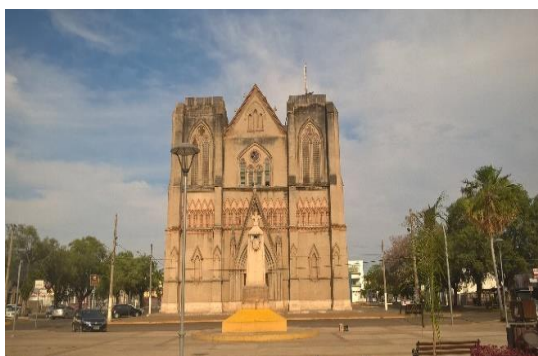


Figura 7 – Catedral de São Luiz junto ao Marco Jauru, no centro histórico do município. Fonte: Arquivo pessoal.



Figura 8 – Prédios comerciais no centro histórico de Cáceres. Fonte: Arquivo pessoal.

Segundo os dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010), Cáceres possui 88.427 habitantes, sendo 71.772 na zona urbana. ⁽⁷⁹⁻⁸²⁾ A população tem uma distribuição homogênea entre indivíduos do sexo masculino e feminino, como se verifica na figura 9. ⁽⁸³⁾

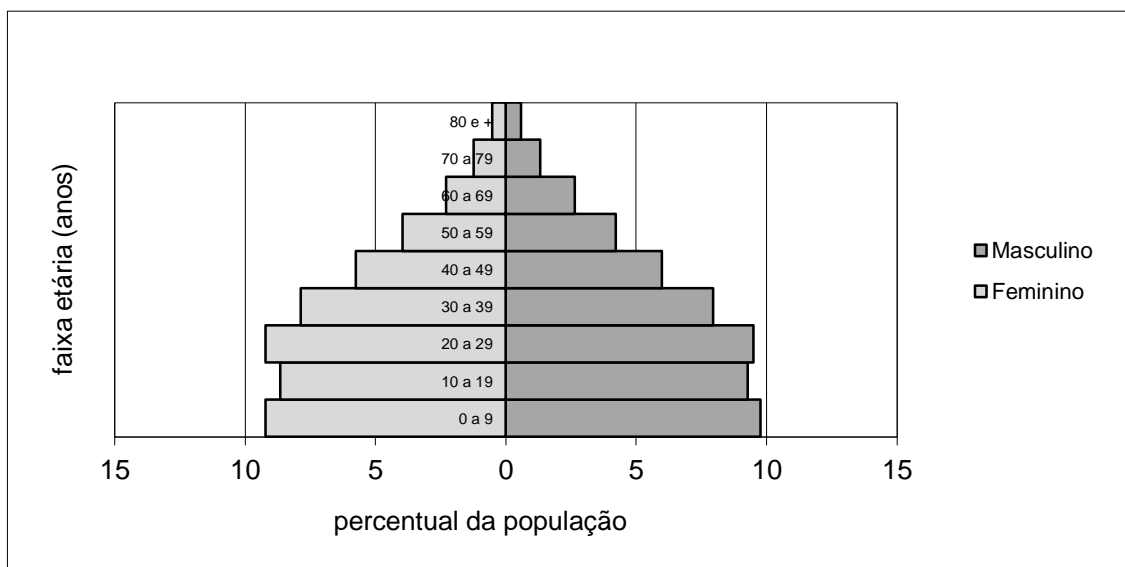


Figura 9 – Pirâmide etária de Cáceres em 2010. Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT). ⁽⁸²⁾

2.9.3 Situação de saúde de Cáceres

A partir de 2004, por meio do Programa da Saúde da Família (PSF), Cáceres passou a contratar médicos e enfermeiros destinados exclusivamente ao programa. Entretanto, em 2006 uma importante queda no número de profissionais foi observada, principalmente entre os agentes de PSF (figura 10). ^(78,83)

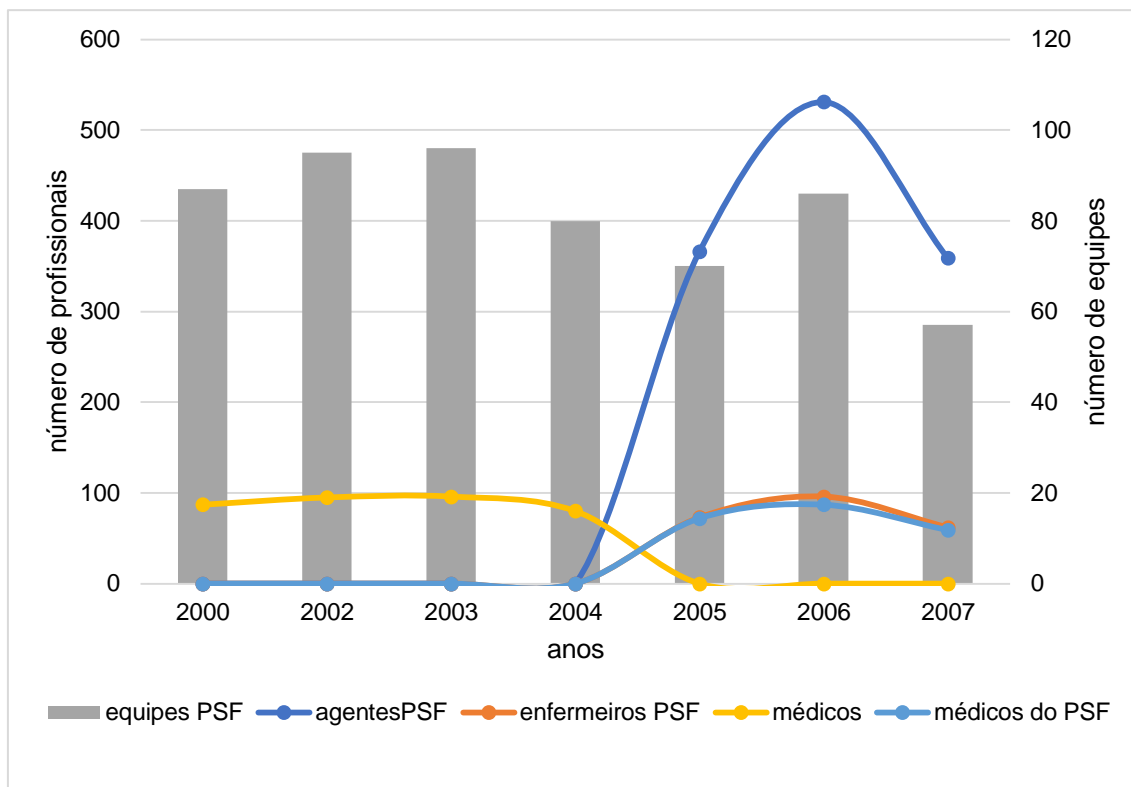


Figura 10 – Evolução da quantidade de profissionais das Unidades Básicas de Saúde em Cáceres, 2010. Figura adaptada por Oliveira, NG. Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT).⁽⁸²⁾

Atualmente, o município possui 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com áreas de cobertura que se concentram principalmente nas regiões mais periféricas da zona urbana (figura 11).^(78,83)

ÁREA DE COBERTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO PERÍMETRO URBANO DE CÁCERES

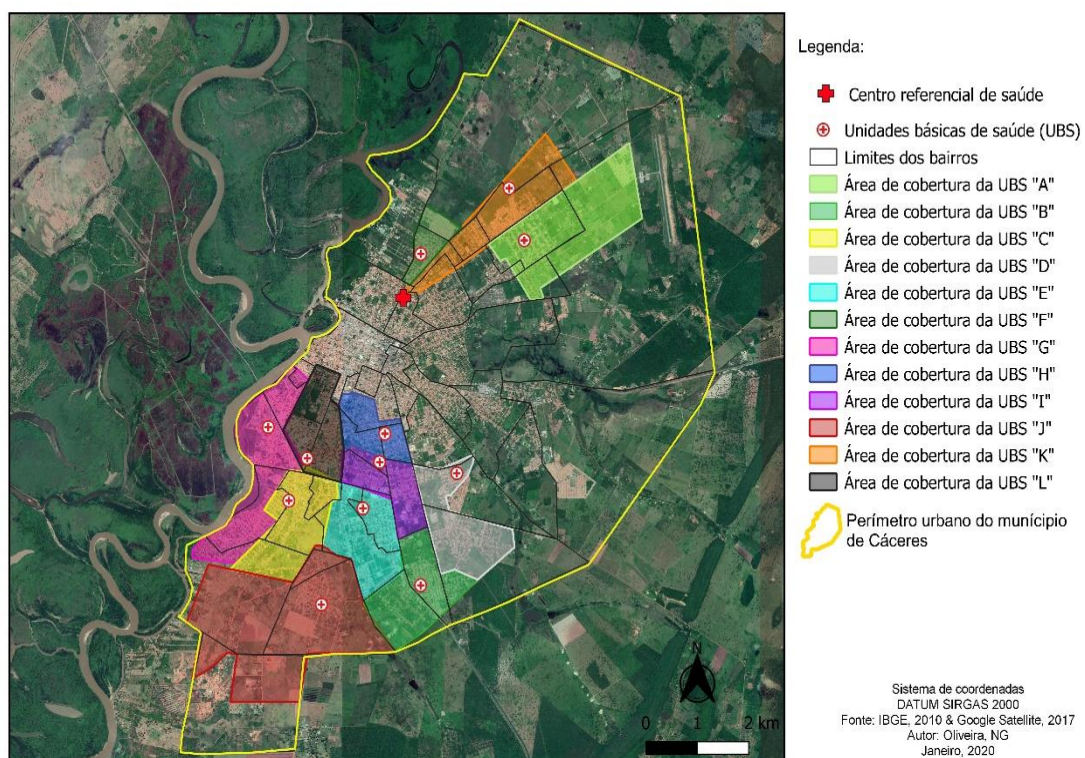


Figura 11 – Áreas de coberturas das Unidades Básicas de Saúde de Cáceres-MT. *Considerado apenas áreas de coberturas com uma UBS. Nomes foram alterados para preservar a identidade da unidade. Mapa elaborado por Oliveira, NG. Baseado em informações cedidas Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT)

3.0 Referências bibliográficas:

1. Stolk WA, Kulik MC, le Rutte EA, Jacobson J, Richardus JH, de Vlas SJ, et al. Between-Country Inequalities in the Neglected Tropical Disease Burden in 1990 and 2010, with Projections for 2020. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016;10(5):1–13.
2. Blas E, Kurupo AS. Neglected tropical diseases: equity and social determinants and public health programmes [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2010. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>
3. Stigter LDH, Geus L, Heynders M. Leprosy: Between acceptance and segregation. Community behaviour towards persons affected by leprosy in eastern Nepal. *Lepr Rev* [Internet]. 2000;71(4):492–8. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0034494336&partnerID=40&md5=4b75fd795b4878a02700bf50a575a1a8>
4. Rodrigues LC, Lockwood DNJ. Leprosy now: Epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011;11(6):464–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70006-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70006-8)
5. Mesah-Awere D, Bratschi MW, Sterinmann P, Fairley KJ, Gillis TP. Symposium Report: developing strategies to block the transmission of leprosy. *Lepr Rev*. 2015;2(86):156–64.
6. Pannikar V. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy. *Lepr Rev*. 2009;80:353–4.
7. World Health Organization. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden [Internet]. Vol. 92, Weekly epidemiological record. Geneva; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf?sequence=1>
8. BRASIL.Ministerio da Saúde. Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase: 2019 - 2022 [Internet]. Brasília; 2019. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/27/Estrategia-Nacional-CGHDE-Consulta-Publica-27mar.pdf>
9. Sarno EN. Hansen's disease in the laboratory. Interview. 2003;10(supplement 1):277–90.
10. Lockwood DNJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *230 Bull World Heal Organ*. 2005;83(3):235–230.
11. Duarte-Cunha M, Souza-Santos R, de Matos HJ, de Oliveira MLW. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: Uma abordagem espacial. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1143–55.
12. BRASIL.Ministério da Saúde. Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília; 2016. 58 p. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/diretrizes_hanseníase.pdf
13. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, Truman RW, Williams DL. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19(2):338–81.
14. Rambukkana A. Molecular basis for the peripheral nerve predilection of mycobacterium leprae. *Curr Opin Microbiol*. 2001;4(1):21–7.
15. Ishikawa CM, Matushima ER, Souza CWO, Timenetsky J, Renazi-Paiva MJT. Micobacteriose em peixes. *Microbiol*. 2001;27(2):231–42.
16. Han XY, Seo YH, Sizer KC, Schoberle T, May GS, Spencer JS, et al. A new Mycobacterium species causing diffuse lepromatous leprosy. *Am J Clin Pathol*. 2008;130(6):856–64.
17. Singh P, Benjak A, Schuenemann VJ, Herbig A, Avanzi C, Busso P, et al. Insight into the evolution and origin of leprosy bacilli from the genome sequence of Mycobacterium lepromatosis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112(14):4459–64.
18. Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Med (Ribeirao Preto Online)*. 1997;30(3):325.
19. Ridley DS. Classification of Leprosy According to Immunity. *Int J Lepr*. 1966;34(3):255–73.
20. Lastória JC, Abreu MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagnóstico e Trat*. 2012;17(4):173–9.
21. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Hanseníase: Episódios Reacionais [Internet]. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2003. Available from: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hanseníase-episodios-reacionais.pdf
22. Opromolla DV. Recidiva ou reação adversa? Hansen int [Internet]. 1994;19(1):10–6. Available from: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/413-1470-1-PB.pdf>
23. Opromolla DV. Noções de Hansenologia. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2000. 1–4 p.
24. Helene LMF, Leão VM, Minakawa MM. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de

- hansenianos de uma UBS de São Paulo. *Hansen int.* 2001;26(1):5–13.
25. Núcleo de Comunicação da Divisão de Vigilância epidemiologica de Santa Catarina (DIVE/SC). Informativo Epidemiológico [Internet]. Vol. Edição esp. Florianópolis; 2018. Available from: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/boletim2017/informativohanseniase/InformativoHanseniase2017.pdf>
 26. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase [Internet]. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 2–89 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf
 27. BRASIL. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; 2010. p. 1–19.
 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase. [Internet]. 1st ed. Vol. 7 edição., Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 51 p. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf%5Cnhttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseniase.pdf
 29. Kurabachew M, Wondimu A, Ryon JJ. Reverse transcription-PCR detection of *Mycobacterium leprae* in clinical specimens. *J Clin Microbiol.* 1998;36(5):1352–6.
 30. Bühner-sékula S. Sorologia PGL-I na hanseníase. *Rev da Soc Bras Dermatologia.* 2008;41(Suplemento II):3–5.
 31. Turankar RP, Pandey S, Lavania M, Singh I, Nigam A, Darlong J, et al. Comparative evaluation of PCR amplification of RLEP, 16S rRNA, rpoT and Sod A gene targets for detection of *M. leprae* DNA from clinical and environmental samples. *Int J Mycobacteriology* [Internet]. 2015;4(1):54–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmyco.2014.11.062>
 32. De Wit MYL, Faber WR, Krieg SR, Douglas JT, Lucas SB, Montreewasuwat N, et al. Application of a polymerase chain reaction for the detection of *Mycobacterium leprae* in skin tissues. *J Clin Microbiol.* 1991;29(5):906–10.
 33. Madeira S. Aspectos Micobiológicos da *Mycobacterium leprae*. In: Opromolla DVA, editor. *Noções de Hansenologia*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2000. p. 13–5.
 34. Sampaio SAP, Rivitti EA. Hanseníase. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, editors. *Dermatologia*. 3rd ed. São Paulo: Artmed; 2007. p. 625.
 35. Zuck BR. Uma teologia do Levítico: Comunhão com o Santo. In: Zuck BR, editor. *Teologia do Antigo Testamento*. Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembléias de Deus; 2015. p. 71.
 36. Levíticos. In: *Bíblia sagrada: com ilustrações em cor dos mestres antigos*. São Paulo: Imprensa Bíblica Brasileira - Stampley Enterprises; 1979. p. 125–7.
 37. Foucault M. Michel Foucault Microfísica do Poder. 4th ed. Rio de Janeiro: GRAAL; 1998. 79–111 p.
 38. Foulcaut M. O nascimento da clinica. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria; 1977. 1–199 p.
 39. Filho CB. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 29–233 p.
 40. Sevchenko N. A história da vida privada no Brasil - República: da Belle Époque à Era da Rádio. São Paulo: Companhia das Letras; 1998. 8–9 p.
 41. Irgens LM. Leprosy in Norway: an interplay of research and public health work. *Int J Lepr.* 1973;41(2):189–98.
 42. Lopes VAS, Rangel EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde em Debate.* 2014;38(103):817–29.
 43. Teixeira PF. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate.* 2009;33(83):380–7.
 44. Borenstein, Sussiking Miriam, Padilha, Itayara, Costa, Ealaine, Gregório, Vitória Regina Petters, Koerich, Ana Maria Espindola, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por institucionalizados em Santa Catariina (1940-1960). *Rev Bras Enferm.* 2008;61:708–12.
 45. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, et al. Articles Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. *Lancet.* 2014;7:1226–36.
 46. Qian M-B, Chen J, Bergquist R, Li Z-J, Li S-Z, Xiao N, et al. Neglected tropical diseases in the People's Republic of China: progress towards elimination. *Infect Dis Poverty.* 2019;8(1):1–16.
 47. Zwolska Z, Augustynowicz-Kopeć E. Leprosy - one of the many forgotten tropical diseases. *Postepy Hig Med Dosw.* 2017;71:69–77.
 48. Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - Uma revisão conceitual. *Cienc e Saude Coletiva.* 2007;12(2):335–42.
 49. Taquette SR. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *Atas - Investig Qual em Saúde.*

- 2016;2(2010):524–33.
50. Brüggemann OM, Parpinelli MÂ. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2008;42(3):563–8.
 51. Santos FM. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Berdin. *Rev Eletônica da Educ*. 2012;6(1):383–7.
 52. Jung SH, Han HW, Koh H, Yu SY, Nawa N, Morita A, et al. Patients help other patients: Qualitative study on a longstanding community cooperative to tackle leprosy in India. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(1):e0008016.
 53. Heijnders ML. Experiencing leprosy: perceiving and coping with leprosy and its treatment. A qualitative study conducted in Nepal. *Lepr Rev*. 2004;75(4):27–327.
 54. Nations MK, Lira GV, Catrib AMF. Stigma, deforming metaphors and patient's moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(6):1215–24.
 55. Curson P. Geography, Epidemiology and Human Health. In: Clarke JL, editor. *Geograph and population*. Oxford: Pergamon Press; 1986. p. 93–101.
 56. Peiter PC, Barcellos C, Rojas LBI, Gondim GMM. Espaço geografico e Epidemiologia. In: Ministério da Saúde, editor. *Abordagens espaciais na Saúde Pública - Volume 1*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2006. p. 11–38.
 57. Mooney G. What does equity in health means? *World Heal Stat Q*. 1987;40:296–303.
 58. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*. 1997;5(1):133–49.
 59. Lapa TM, Albuquerque FPM, Carvalho MS, Silveira Júnior JC. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2575–83.
 60. de Alencar CHM, Ramos AN, Neto SAS, Murto C, Alencar MJF, Barbosa JC, et al. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: Uma abordagem espacial, 2001 a 2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1685–98.
 61. Penna MLF, Oliveira MLVDR, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev*. 2009;80(3):332–44.
 62. Garcia DR, Ignotti E, Cortela DCB, Xavier DR, Barelli AP. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(2):168–72.
 63. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de Hanseníase*. Brasília; 2020.
 64. BRASIL. Casos novos de hanseeníase por estados e regiões no Brasil, 1990 a 2010. Brasília: SINAN/MS; 2011. p. 2013.
 65. BRASIL. *Boletim Epidemiológico. Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, editors*. Brasília; 2020. 1–52 p.
 66. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3º*. Brasília; 2019. 740 p.
 67. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, metas e indicadores 2013-2015 [Internet]*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília; 2014. Available from: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/volume-1---2-edicao.pdf>
 68. Schneider PB, Freitas BIBM. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):2–11.
 69. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2007;16(2):75–84.
 70. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatórios Técnicos*. Brasília: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária; 1998.
 71. Nascimento H. *Lepa em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924 -1941)*. Universidade Federal do Mato Grosso; 2001.
 72. Secretaria de Vigilância do Mato Grosso. *Relatório de Avaliação do Projeto prioritário: tolerância zero Mato Grosso sem Hanseníase*. Cuiabá; 2002.
 73. Secretaria de Vigilância do Mato Grosso. *Projeto prioritário: tolerância zero. Mato Grosso sem Hanseníase*. Cuiabá; 2001.
 74. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso*. Governo do Estado de Mato Grosso. Cuiabá; 2018.
 75. BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2007.
 76. Governo do estado de Mato Grosso. *A regionalização da saúde no Mato Grosso, Em busca da integralidade da*

- atenção. Cuiabá: Governo do estado de Mato Grosso; 2002. 27–283 p.
77. Secretaria de Estado em Saúde de Mato Grosso. Informações Regionais de Saúde do Estado de Mato Grosso 2011-2012. Cuiabá: Coordenadoria de Gestão da Informação em Saúde; 2013. p. 1–39.
 78. Secretaria de Estado em Saúde de Mato Grosso. Repositório de dados dos Sistemas de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso [Internet]. 2020. Available from: <http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw/>
 79. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Monografias Municipais - Centro-oeste/Mato Grosso, Cáceres. Brasília: IBGE; 2010. p. 2–32.
 80. Chaves OR, Arruda EF. História e Memória : Cáceres. Cáceres: Editora UNEMAT; 2011. 1–307 p.
 81. Prefeitura Municipal de Cáceres. Prefeitura de Cáceres-Plano estratégico 2013-2017. Cáceres; 2017. p. 3–34.
 82. Prefeitura Municipal de Cáceres. Plano diretor de desenvolvimento-PDD. Cáceres: Prefeitura Municipal de Cáceres; 2010. p. 1–98.
 83. BRASIL. Ministério da Saúde. DATA SUS. Cadernos de Informações de Saúde [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mt.htm>

4.0 Justificativa Geral

A Hanseníase permanece um importante agravo de saúde no município de Cáceres e a taxa de detecção de casos novos em 2018 foi de 22,37/100.000 habitantes. O município foi também classificado no parâmetro endemicidade como “Muito alto” (20,00 a 39,99/100 mil hab.), sendo que o Ministério da Saúde preconiza 1 caso para cada 10.000 habitantes. Os casos diagnosticados são tardios e apresentam deformidades funcionais visíveis, resultando na interrupção das atividades laborais.

Dentre as dificuldades existentes para a eliminação da doença no município, estão a permanência pensamento retrógrado criado a partir do conhecimento empírico sobre a doença em décadas passadas, que produzem estigmas, medos e preconceitos em relação a doença, ao tratamento e especialmente no tocante aos doentes.

Portanto, avaliamos as características epidemiológicas e os fatores associados a manutenção da alta endemia com propósito de estabelecer novas estratégias que visam a melhoria dos procedimentos nos programas de controle da hanseníase.

Outro aspecto importante foi estabelecer as possíveis relações entre a distribuição da doença na comunidade, as capacitações de profissionais de saúde e a instituição de medidas educativas com enfoque no conhecimento da doença.

Esse estudo foi dividido em 2 capítulos a saber:

Capítulo 1: Perfil clínico, epidemiológico e espacial de pacientes com hanseníase atendidos em um município endêmico do centro-oeste do Brasil, 2008-2018

Capítulo 2: Percepção das ações educativas em saúde e do conhecimento sobre hanseníase em município de alta endemicidade.

5.0 Objetivo Geral do Estudo

Caracterizar e analisar o perfil clínico-epidemiológico dos casos novos de hanseníase no período de 2008 a 2018 no município de Cáceres/MT e avaliar as ações do Programa de Hanseníase, segundo a percepção dos profissionais de saúde, casos, contatos e membros da comunidade.

6.0 Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima/ Bauru, parecer N.º 3.419.641 em 27 de Junho de 2019 (Anexo 1).

Há possibilidade de a hanseníase se extinguir, sem que conheçamos todos os seus segredos, mas também é possível que ela não acabe justamente porque não a conheçamos como deveríamos.

Dr. Dilton Vladimir de Araújo Opromolla, 2001

CAPÍTULO 1

PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E ESPACIAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE ATENDIDOS EM UM MUNICÍPIO ENDÊMICO DO CENTRO- OESTE DO BRASIL, 2008-2018

1.0 Objetivos específicos do capítulo

I. Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico dos casos notificados de hanseníase no período de 2008 a 2018 no município de Cáceres/ MT.

II. Verificar os fatores associados para a manutenção da transmissão da hanseníase no período.

III. Analisar a distribuição espacial dos indicadores epidemiológicos de hanseníase no período do estudo.

2.0 Casuística e Métodos

2.1 Universo de estudo

O município de Cáceres/ MT está situado na mesorregião Centro-Sul Mato-grossense, na microrregião do Alto Pantanal, a uma distância de 215 km de Cuiabá.⁽¹⁾

2.2 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo realizado a partir de dados obtidos da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Município de Cáceres/ MT, no período de 2008 a 2018.

2.3 Coleta de dados

Os indicadores epidemiológicos, clínicos e demográficos foram coletados conforme o Formulário de Investigação e Notificação do SINAN (Anexo 2), incluindo as variáveis idade, sexo, cor, ano de diagnóstico, estado

civil, endereço, *forma clínica, classificação operacional multibacilar (MB) e paucibacilar (PB), tipo de tratamento, estados reacionais (tipo 1 e tipo 2), grau de incapacidade no momento do diagnóstico e no final de tratamento e unidade de saúde notificadora.

* A variável forma clínica utilizada aqui, está em acordo com a classificação de Madrid, oficialmente adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil. A classificação de Madrid estratifica os pacientes em: Indeterminado (I), Tuberculóide (T), Dimorfo (D) e Virchoviano (V).

Dados incompletos e ou duvidosos foram reavaliados após consulta nos prontuários dos pacientes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas durante a realização do estudo qualitativo ou no Centro Referencial de Saúde (CRS) local onde está situado o Ambulatório de Dermatologia e Pneumologia Sanitária de Cáceres (ADPS), responsável pelo monitoramento, tratamento dos casos reacionais, educação em saúde, treinamento e vigilância epidemiológica da hanseníase.

Para a estratificação dos dados sociodemográficos e ou socioeconômicos foram mantidas as nomenclaturas ou categorias empregadas pelo Sistema de Notificação de Agravos (SINAN), do Portal Data SUS (<http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do site: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>.

2.4 Análises estatística

Para a estatística descritiva foi utilizado o Software Epi Info versão 7 (*Center For Disease Control And Prevention*), representando os dados em forma de gráficos e tabelas.

Na estatística inferencial as variáveis categóricas foram apresentadas como porcentagem e as contínuas como mediana, primeiras e terceiras quartis. Para avaliação das variáveis categóricas independentes foram utilizados os testes de Qui-quadrado ou Exato de Fisher, enquanto que para as contínuas o teste U de Mann-Whitney. Para avaliação de variáveis categóricas dependentes foi utilizado o teste de McNemar. Para a análise multivariada foi aplicado o método de Regressão Logística Binária, incluindo-se no modelo final aquelas variáveis que tiveram valores de p inferiores a 0,1 na análise bivariada. Foram considerados significativos os valores de p inferiores a 0,05.

2.5 Georreferenciamento

Os endereços foram transformados em coordenadas (longitude e latitude) com o auxílio do Software Google Earth e do Web Site Google Maps (<https://www.google.com.br/maps/preview>) e então foram plotados em uma planilha Excel 2016 da Microsoft®. A análise foi realizada no Software Qgis 3.8 Zanzibar para elaboração dos mapas descritivos. Os *shapefiles* utilizados na construção dos mapas foram extraídos do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>).

As áreas de cobertura das UBS foram obtidas na Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres/MT e a partir desses dados foram redesenhadas e transformadas em *shapefile* no Software Google Earth.

Um mapa foi gerado para mostrar a situação da epidemia nos bairros do município e para esta análise adotamos a seguinte classificação das taxas de detecção de casos novos por 10 mil habitantes: baixa ($<0,2$), média ($0,2-0,9$), alta ($1,0-1,9$), muito alta ($2,0-3,9$) e situação hiperendêmica ($\geq 4,0$).⁽²⁾

Um mapa de fluxo foi também gerado para mostrar a distância percorrida entre o local de residência dos pacientes e o CRS e as UBS. Os residentes são todos pacientes que apresentaram algum grau de incapacidade física. O local do estudo foi dividido em 4 regiões: Centro, Leste, Oeste e Sul. As UBS possuem um raio de influência máximo de 1 quilômetro (km).⁽³⁾

2.6 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os casos notificados pela Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres no período de 2008 a 2018, que tiveram hanseníase nas formas MB ou PB, de ambos os sexos e sem idade pré-estabelecida.

Na análise geoespacial, todos os casos da zona rural foram excluídos pela dificuldade de recuperação dos endereços completos. Na zona urbana foram excluídos os casos com ausência e ou informações incompletas sobre o local de residência.

3.0 Resultados

3.1 Comparação das características demográficas entre os pacientes com Hanseníase e a população geral de Cáceres/ MT

No período de 2008 a 2018 foram registrados 495 casos de hanseníase no município de Cáceres/ MT.

A análise da comparação (Tabela 1.0) mostrou que o diagnóstico da doença foi predominante em indivíduos do sexo masculino. Menor incidência de hanseníase foi observada na população jovem e maior incidência na população com idade maior que 40 anos. Foi também observado que os pacientes com hanseníase têm maior chance de serem da cor preta se comparado com a população geral.

Tabela 1.0 Comparação das características demográficas entre os pacientes com hanseníase e a população geral do município de Cáceres/MT.

<i>Variável</i>	<i>Extratificação</i>	<i>População geral (n= 87.942)</i>	<i>Pacientes com hanseníase (n=945)</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	44.098 (50,1)	294 (59,4)	<0,01
	Feminino	43.844 (49,9)	201 (40,6)	
<i>Cor</i>	Branca	25.341 (28,8)	141 (28,5)	0,93
	Preta	7.359 (8,4)	73 (14,8)	<0,01
	Parda	53.612 (60,9)	274 (55,5)	0,01
	Amarela	1.002 (1,1)	04 (0,8)	0,63
	Indígena	247 (0,3)	02 (0,4)	0,92
<i>Faixa etária (anos)</i>	0 – 19	31.816 (36,2)	32 (6,5)	<0,01
	20 – 39	29.239 (33,2)	157 (31,7)	0,5
	40 – 59	18.492 (21,0)	204 (41,2)	<0,01
	≥ 60	8.395 (9,5)	102 (20,6)	<0,01

3.2 Perfil operacional e clínico da Hanseníase no município de Cáceres/MT

Na classificação operacional, uma maior proporção foi observada na forma MB (54%), sendo mais frequente em homens (36%). Na forma PB foi verificada uma pequena diferença de porcentagem entre homens (24%) e mulheres (22%). Um total de 50,9% casos notificados eram das formas clínicas Dimorfa e Virchoviana.

Na CRS e nas UBS a proporção de casos notificados em relação a classificação operacional e clínica foi equilibrada. No entanto, as UBS apresentaram uma maior proporção de indivíduos não classificados e/ou não informados.

Com referência ao exame baciloscópico, foi observado uma proporção de 49,5% de resultado negativo e um total de 12% dos casos suspeitos que não realizaram o exame. (Tabela 2.0)

Tabela 2.0 Distribuição da frequência dos casos segundo a classificação operacional, forma clínica e baciloscopia (2008-2018)

<i>Variável</i>	<i>Extratificação</i>	<i>CRS</i>	<i>%</i>	<i>UBS</i>	<i>%</i>	<i>Total da população</i>	<i>%</i>
<i>Classificação operacional</i>	Paucibacilares	151	46,0	75	44,0	226	46,0
	Multibacilares	174	54,0	95	56,0	269	54,0
	TOTAL	325	100,0	170	100,0	495	100,0
<i>Forma clínica</i>	Indeterminada	61	19,0	35	21,0	96	19,0
	Tuberculoide	83	26,0	33	19,0	116	23,0
	Dimorfa	131	40,0	61	36,0	192	39,0
	Virchoviana	43	13,0	17	10,0	60	12,0
	Não classificados	3	1,0	14	8,0	17	4,0
	Não informados	4	1,0	10	6,0	14	3,0
	TOTAL	325	100,0	170	100,0	495	100,0
<i>Baciloscopia</i>	Positiva	115	35,4	58	34,10	173	34,90
	Negativa	164	50,4	81	47,60	245	49,50
	Não realizada	35	10,8	22	12,95	57	11,60
	Não informados	11	3,4	9	5,30	20	4,00
	TOTAL	325	100,0	170	100,0	495	100,0

Na figura 1, é possível observar uma importante diminuição na notificação de casos PB em 2014 e de forma muito expressiva nos anos de 2017 e 2018. Em contrapartida, houve um aumento da notificação de casos da forma clínica Dimorfa.

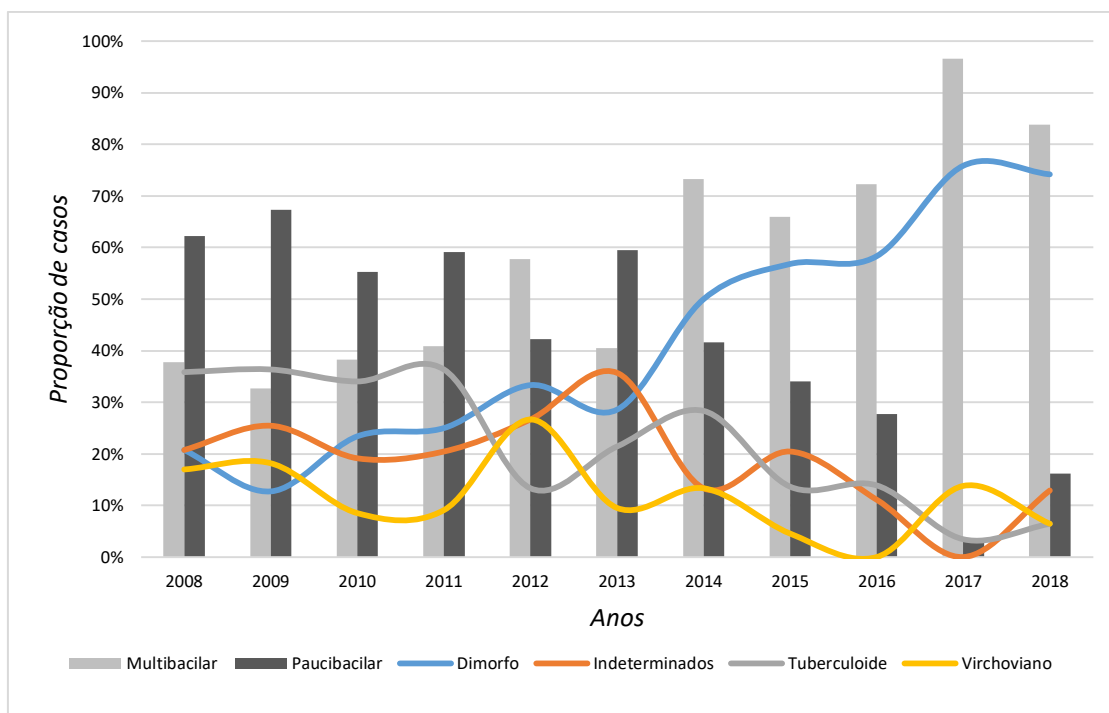


Figura 1. Proporção dos casos de hanseníase segundo a classificação operacional e clínica durante no período de 2008 a 2018. Não inclusos casos “ignorados” ou “não classificados”.

Quanto ao modo de detecção dos casos notificados, 52% deram entrada às unidades de saúde por “Demanda Espontânea”. O CRS atendeu 36% dos casos, os demais (16%) distribuídos pelas UBS do município.

Na tabela 3.0, destacamos que 2,8% dos casos foram atendidos como suspeita de recidiva. É possível também verificar que 82,6% receberam alta por cura, 4,8% são relatados como transferência para outros municípios e 4,1% abandonaram o tratamento.

3.0 Distribuição da frequência absoluta e relativa do modo de detecção, entrada e alta dos casos nas UBS e no CRS

Variáveis	n CRS	%	n UBS	%	Total	%
<i>Modo de detecção</i>						
Demanda espontânea	180	55,3	77	45,3	257	51,9
Encaminhamento	101	31,1	65	38,3	166	33,5
Exame de coletividade	7	2,2	10	5,9	17	3,4
Exame de contato	10	3,1	7	4,0	17	3,4
Outros ¹	27	8,3	11	6,5	38	7,8
Total	325	100,0	170	100,0	495	100,0
<i>Modo de entrada</i>						
Caso novo	277	85,2	153	90,0	430	87,0
Recidiva	9	2,8	5	2,9	14	2,9
Outros ²	39	12,0	12	7,1	51	10,1
Total	325	100,0	170	100,0	495	100,0
<i>Tipo de alta</i>						
Cura	277	85,10	132	77,6	409	82,6
Abandono	6	2,00	14	8,2	20	4,1
Transferência para outro município	18	5,50	6	3,6	24	4,8
Outros ³	24	7,40	18	10,6	42	8,5
Total	325	100,00	170	100,00	495	100,0

(1) Não informados e outros modos. (2) Transferência entre UBS estaduais e municipais, outros reingressos e não informados.

(3) Transferência para outros estados, países e não informado.

Na tabela 3.1, foi verificado que 51,6% dos casos notificados foram classificados como MB, sendo que 48,0% desses chegaram por demanda espontânea e 78,6% com suspeita de recidiva.

3.1 Distribuição da classificação operacional sobre os modos de detecção e entrada nas unidades de saúde

Variáveis	Paucibacilares	%	Multibacilares	%	Total	%
<i>Modo de detecção</i>						
Demanda espontânea	128	56,6	129	48,0	257	51,9
Encaminhamento	77	34,1	89	33,1	166	33,5
Exame de coletividade	6	2,7	11	4,1	17	3,4
Exame de contato	7	3,1	10	3,6	17	3,4
Outros ¹	8	3,5	30	11,2	38	7,8
Total	226	100,0	269	100,0	495	100,0
<i>Modo de entrada</i>						
Casos novos	208	48,4	222	51,6	430	87,0
Recidiva	3	21,4	11	78,6	14	2,9
Outros ²	15	33,3	36	80,0	51	10,1
Total	226	45,7	269	54,3	495	100,0

(1) Outros modos e não informados. (2) Transferência entre UBS do município ou estado e não informados.

No período de estudo, o município apresentou uma taxa média de detecção de casos de 51,21 por 10 mil habitantes, sendo o ano de 2014 com a maior taxa de detecção média do período (87,5). Na figura 2 é observado, há uma posterior redução das taxas nos anos seguintes.

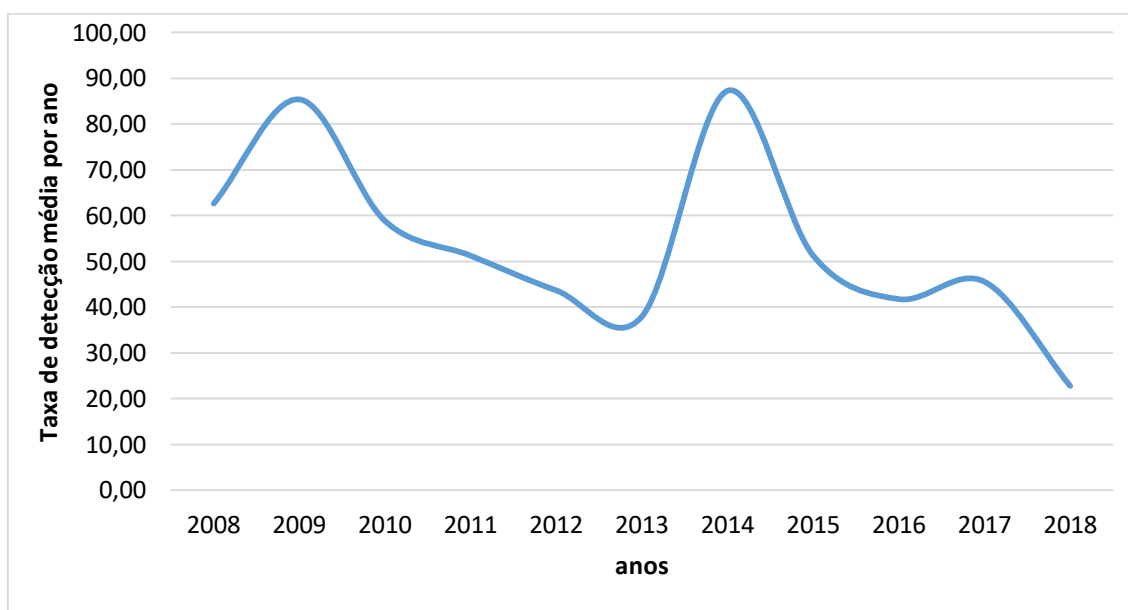


Figura 2. Taxa de detecção média no período de estudo em Cáceres/MT

Na figura 3, é possível observar o tempo de início do tratamento dos casos notificados. No CRS 83% iniciaram o tratamento dentro de um mês, 11% no período de seis meses, 3% de um a dois anos e outros 3% demoraram mais de dois anos. Nas UBS, 88% dos pacientes começaram o tratamento em até 1 mês após o diagnóstico e uma proporção menor de casos iniciaram o tratamento em até 6 meses (6%).

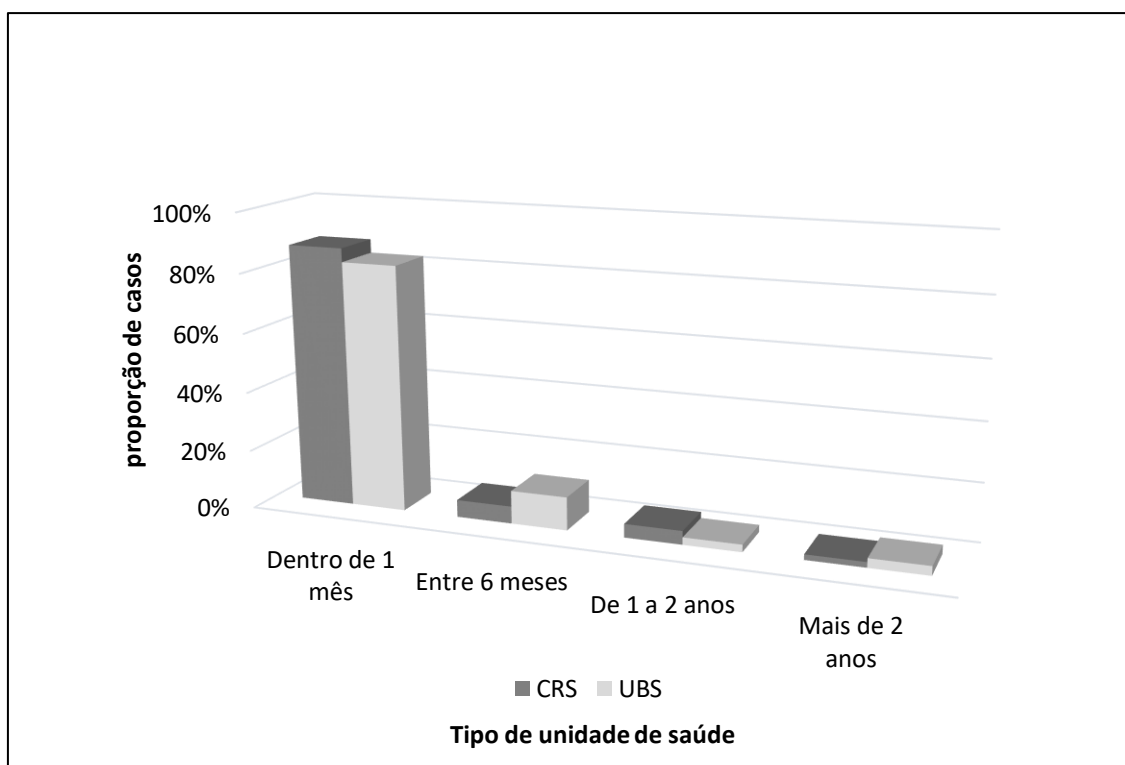


Figura 3 – Proporção do tempo do início do tratamento após o diagnóstico do caso novo segundo a unidade de saúde.

3.3 Grau de Incapacidade Física (GIF)

No momento do diagnóstico, 426 (86,06%) pacientes foram avaliados quanto ao Grau de Incapacidade Física (GIF). No momento do diagnóstico 231 (54,2%) pacientes já apresentavam GIF. No final do tratamento, somente 277 pacientes foram submetidos a esta avaliação, sendo que 175 (63,2%) apresentavam GIF.

Nesse contexto, avaliamos os fatores associados ao desenvolvimento de GIF. Em 247(49,8%) casos avaliados, 135 pacientes (54,7%) tinham GIF no momento do diagnóstico e 157 (63,6%; $p=0,02$) no final do tratamento (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados ao desenvolvimento de incapacidade no final do tratamento em 247 pacientes com hanseníase do município de Cáceres – MT

	<i>Sem incapacidade (n=90)</i>	<i>Com incapacidade (n= 157)</i>	<i>Valor de p</i>
Idade (anos)	37 [29 – 51]	51 [39 – 58]	<0,01
Sexo masculino	47 (52,2)	96 (61,1)	0,17
Zona rural	15 (16,7)	37 (23,6)	0,16
Cor			0,47
Branca	23 (25,6)	43 (27,4)	
Preta	17 (18,9)	24 (15,3)	
Parda	49 (54,4)	87 (55,4)	
Amarela	0 (0,0)	03 (1,9)	
Indígena	01 (1,1)	0 (0,0)	
Anos de escolaridade			<0,01
0	06 (6,7)	16 (10,2)	
1 – 8	44 (48,9)	104 (66,2)	
9 – 11	21 (23,3)	20 (12,7)	
≥ 12	13 (14,4)	05 (3,2)	
Classificação operacional			<0,01
Paucibacilar	61 (67,8)	71 (45,2)	
Multibacilar	29 (32,2)	86 (54,8)	
Baciloscopia positiva	30 (39,0)	52 (39,4)	0,95
Incapacidade no momento do diagnóstico	30 (33,3)	105 (66,9)	<0,01
Tratamento completo realizado	85 (94,4)	150 (96,2)	0,53
Presença de fenômeno reacional	09 (12,5)	30 (26,8)	0,02

Na análise multivariada (Tabela 5), foi observado que para cada ano a mais de vida, aumenta-se em 3% a chance do paciente apresentar GIF. E que pacientes com hanseníase MB tem 2,7 vezes mais chance de desenvolver GIF.

A análise também mostrou que ter incapacidade no momento do diagnóstico aumenta em 3,8 vezes a chance de haver também GIF no final do tratamento.

Tabela 5. Análise multivariada dos fatores associados a presença de incapacidade no final do tratamento em 247 pacientes com hanseníase do município de Cáceres – MT.

	Odds ratio (IC95%)	Valor de p
Idade	1,03 (1,01 – 1,06)	<0,01
Anos de escolaridade		
0 (referência)
1 – 8	3,17 (0,75 – 13,40)	0,11
9 – 11	1,62 (0,21 – 12,36)	0,63
≥ 12	1,64 (0,32 – 8,42)	0,54
Classificação operacional (PB – referência)	2,72 (1,27 – 5,80)	<0,01
Incapacidade no momento do diagnóstico	3,80 (1,81 – 7,96)	<0,01
Presença de fenômeno reacional	1,49 (0,57 – 3,91)	0,4

PB = paucibacilar C95% = intervalo de confiança de 95%

3.4 Análise espacial

Para essa análise um total de 440 casos do perímetro urbano e com informações completas do local de residência foram georreferenciados.

Na figura 3, é possível verificar a taxa média de detecção da hanseníase nos bairros do município de Cáceres. Um total de 28 (67,44 %) bairros foram classificados como “Hiperendêmico”, 4 (9,30%) como “Muito Alto”, 2 (4,65%) “Alto”, 3 (6,97%) “Médio” e 6 (13,95%) “Baixa endemicidade”.

A presença de UBS foi verificada em boa parte dos bairros hiperendêmicos. As áreas mais periféricas do município, com bairros de média e alta endemicidade, possuem poucas unidades de saúde.

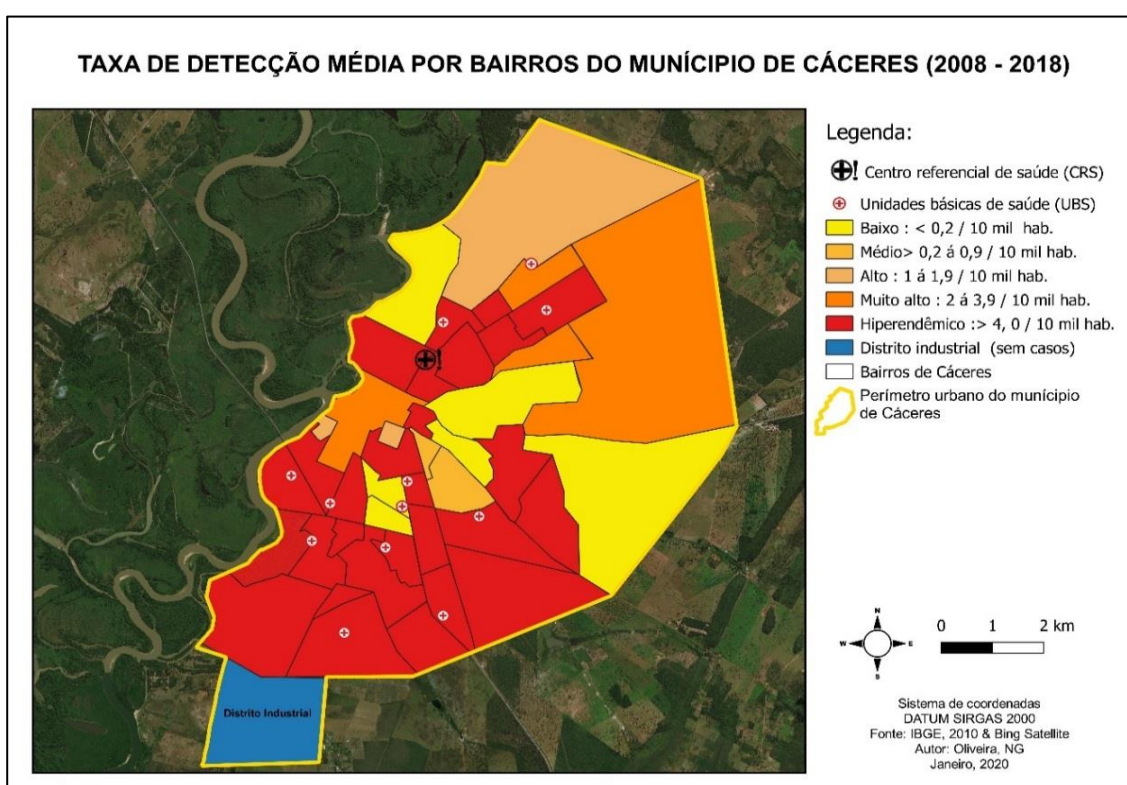


Figura 3 – Coeficiente de detecção por 10 mil habitantes nos bairros de Cáceres/MT no período de 2008 a 2018.

Na figura 4, são representados os bairros de maior densidade demográfica e que foram classificados como regiões “Hiperendêmicas” e de “Alta endemicidade” (demostrados na figura anterior), no entanto em regiões de menor densidade demográfica foi constatado bairros de “Média” e “Muito alta endemicidade”. Na mesma figura, é possível observar também que grande parte dos casos estão em bairros de baixa renda familiar.

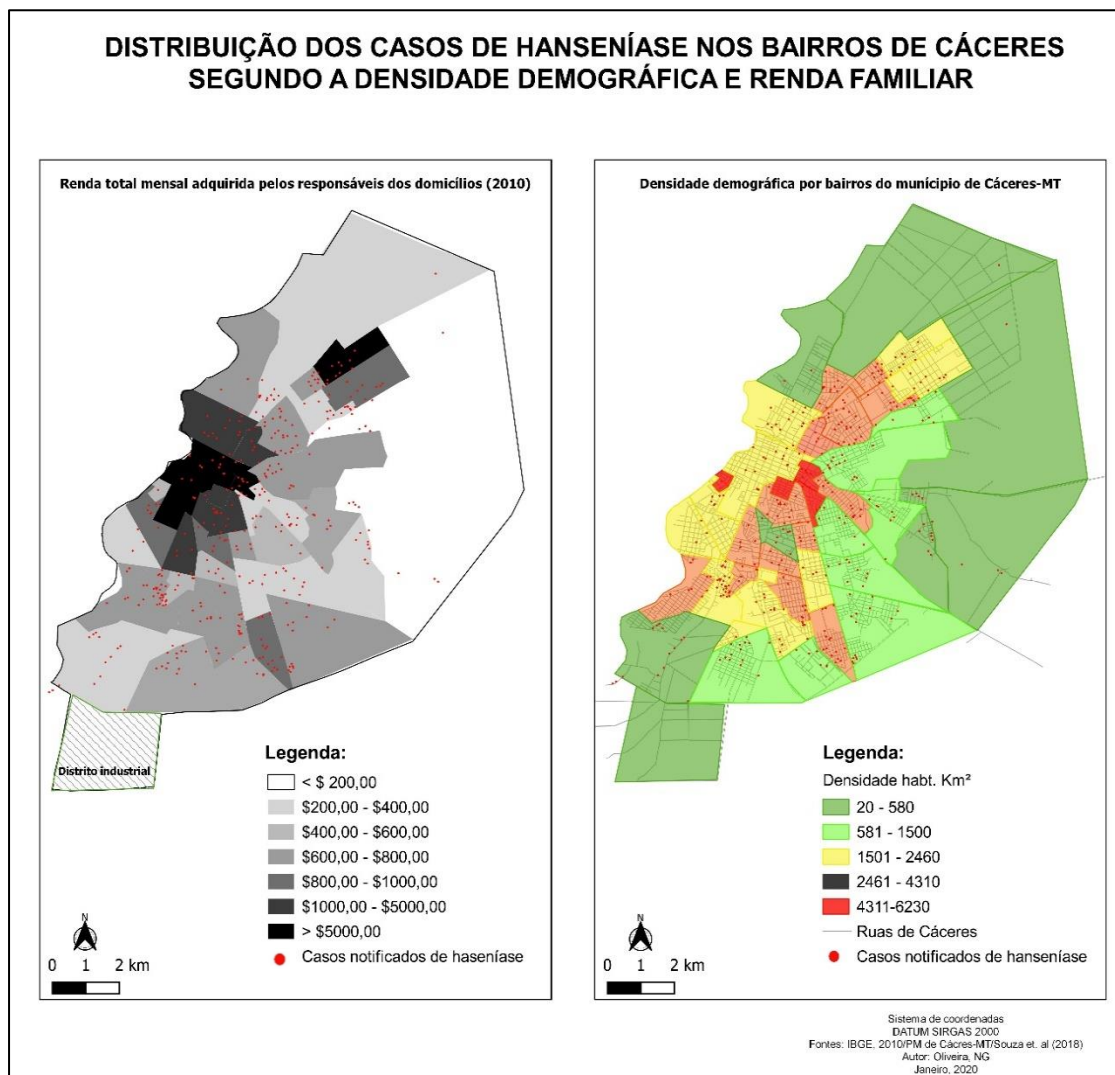


Figura 4 – Distribuição de casos segundo a densidade demográfica e renda por bairros do município de Cáceres/MT. Mapa elaborado pelo autor (Oliveira, NG). Fonte: Prefeitura Municipal de Cáceres/MT e Souza et.al (2018).

Na figura 5, foi verificado que a distribuição de casos notificados realizada pela classificação operacional foi homogênea em toda área urbana. É possível observar a presença de casos multibacilares com distância de menos de 50 metros dos casos paucibacilares. (Figura 5)

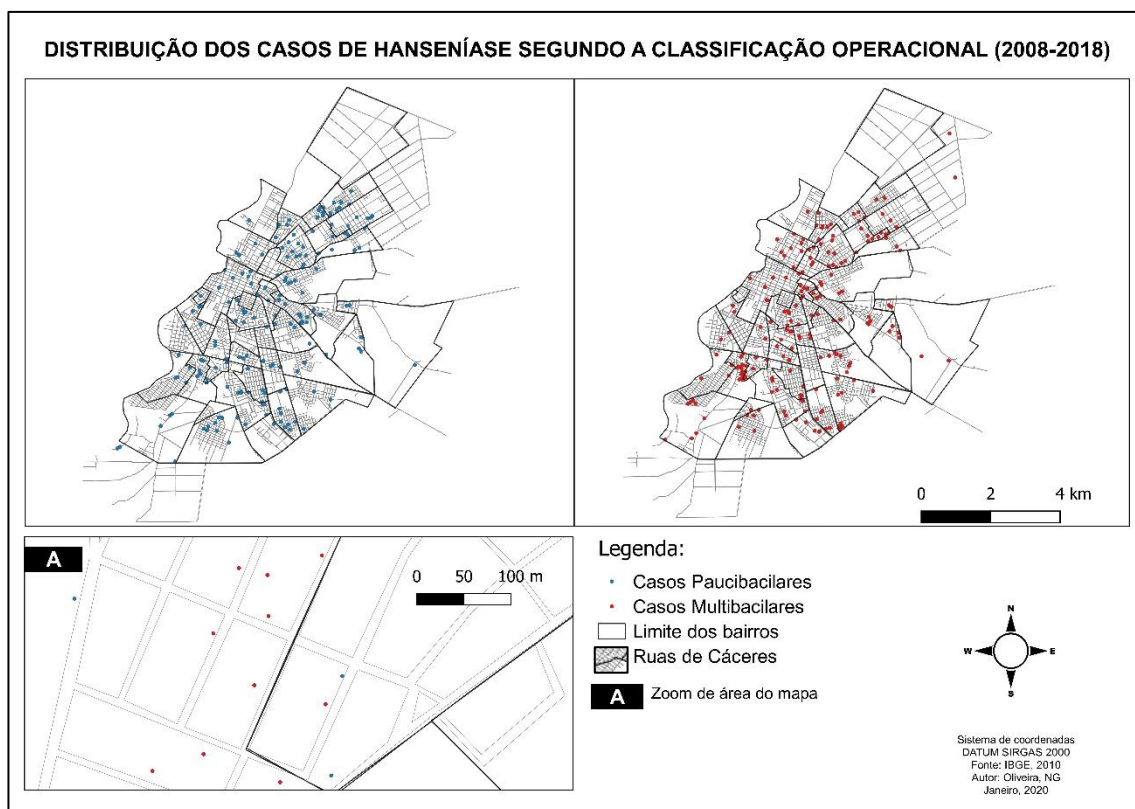


Figura 5 – Distribuição de casos segundo a classificação operacional.

Na análise espacial dos casos com GIF foram incluídos 192 (79,7%) que residiam na área urbana da cidade e excluídos 55 casos com endereço incompletos ou moradores de área rural.

Os casos com GIF (40,1%) estavam concentrados na região central da cidade, sendo que 17% residiam no raio máximo de influência (1 km) das UBS. Os casos de GIF nas áreas oeste, leste e sul apresentaram uma proporção de 28,0%, 24,4% e 16,2% respectivamente.

A análise espacial mostra 11 diferentes fluxos, sendo que 4 (36,4%) tinham mais de 5 casos e os demais (63,6%) menos que 5. Somente 1 fluxo foi formado por 1 caso.

Como pode ser observado na figura 5, o fluxo formado pelo CRS corresponde 76% dos casos notificados com GIF, sendo os demais formados

por casos atendidos pelas UBS (24%). Cada fluxo representa a distância percorrida por um ou mais pacientes em busca de atendimento, entre a região de residência e o local de notificação dos casos com GIF. A distância média percorrida pelas pessoas que buscaram tratamento no CRS e nas UBS foi de 2,31 e 1,69 km, respectivamente, enquanto a maior distância percorrida foi de 5,37 km e se refere a um paciente do CRS.

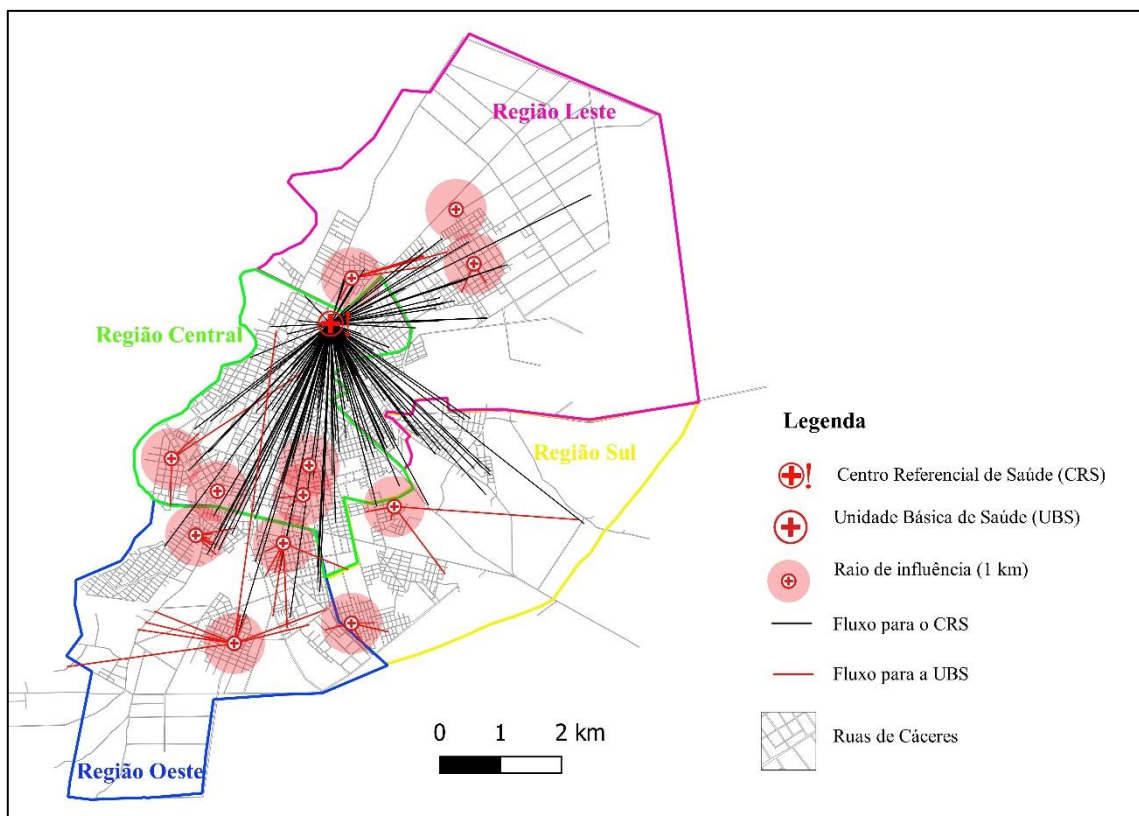


Figura 5 – Fluxo dos casos com incapacidades físicas segundo as unidades de saúde notificadora.

4.0 Discussão

Os dados apresentados mostraram uma maior proporção de casos do sexo masculino atingidos pela hanseníase no município de Cáceres. Isso tem relação direta com a dificuldade que os serviços de saúde encontram para alcançar a população masculina em virtude da ausência de um programa de autocuidado que os sensibilize. Esses dados não se restringem somente ao

cenário da hanseníase, mas também das doenças cardiovasculares, metabólicas, reumáticas e crônicas. Esse também é um fator que explica a maior porcentagem de homens com incapacidade física na hanseníase. ^(4,5)

Embora os homens frequentem pouco as Unidades Básicas de Saúde (UBS), eles aderem melhor aos serviços de Pronto-Socorro, Pronto-Atendimento e farmácias, pois nesses locais encontram facilidades para suas necessidades e o atendimento é rápido. É neste sentido que os serviços prestados pelas UBS têm procurado as melhores estratégias para este público.⁽⁵⁾ Portanto, as ações de saúde ao combate e prevenção da hanseníase devem alinhar-se com os desafios da adesão e do diagnóstico precoce na população masculina.

Nossos dados mostraram que a hanseníase atingiu significativamente indivíduos de idade economicamente ativa, variando entre 20 a 60 anos. Segundo Miranzi *et. al* (2009)⁽⁶⁾ essas informações reforçam a necessidade do diagnóstico precoce, visto que o desenvolvimento de reações e incapacidades físicas favorecem a exclusão temporária ou permanente do mercado de trabalho.

Outro aspecto importante, é que devido ao longo período de incubação da doença, a ocorrência de casos em jovens (≤ 19 anos) na nossa população evidencia a presença de focos de transmissão ativa da doença no município.

O perfil clínico-epidemiológico da população deste estudo expõe a manutenção da alta frequência de casos MB e da forma clínica Dimorfa, revelando alta transmissibilidade e maiores chances de comprometimento neurológico nos pacientes em virtude da grande carga bacilar. Esses casos alertam para a necessidade de investigação dos contatos intradomiciliares, pois

quando comparado aos contatos de casos PB, a probabilidade de adoecimento é quatro vezes maior.^(2,7)

Uma importante proporção de casos detectados por demanda espontânea, o aumento expressivo de casos MB a partir de 2014 e uma queda na taxa de detecção de casos PB constatada a partir do mesmo ano, evidencia a fragilidade dos serviços de saúde em Cáceres. Assim como exposto por Cunha *et. al.*⁽⁸⁾, acreditamos que as fragilidades dos serviços de saúde neste município colaboram para a manutenção de importante endemia oculta, que talvez não seja tão oculta assim, mas de pessoas não assistidas quanto ao seu direito.

Um outro ponto relevante é a porcentagem de casos não classificados clinicamente (possivelmente relacionados com a quantidade de baciloscopia não realizadas e/ou ignoradas) pelas UBS, revelam que internamente esses serviços possuem dificuldades no diagnóstico clínico dos casos de hanseníase, havendo necessidade de fortalecer os conceitos para o manejo clínico e operacional na hanseníase.

Desde a introdução da Poliquimioterapia (PQT), uma redução significativa no número de casos da hanseníase no mundo vem sendo observada. No entanto, a detecção precoce dos novos casos também se faz imprescindível para eliminação da doença como um problema de saúde pública.⁽⁹⁾

Do mesmo modo que Wong⁽¹⁰⁾ e Lira *et. al.*⁽¹¹⁾ evidenciamos nesse estudo, a presença de casos de hanseníase com abandono de tratamento. Os motivos precisam ser melhor investigados, no entanto, isso parece estar relacionado com a dificuldade da manutenção do tratamento por longos períodos

em virtude da alteração nas atividades laborais que o mesmo acarreta, e também pela ausência de uma abordagem em educação em saúde por parte dos profissionais de saúde, para convencer sobre a importância da realização integral do tratamento.

Segundo Magalhães *et. al.* ⁽²³⁾, uma porcentagem significativa de casos MB deixando o serviço de saúde por meio de transferência para outros municípios, podem explicar a manutenção e evolução da hanseníase no estado de Mato Grosso. Nesse âmbito, entendemos que existe a necessidade de implementar ações para o estabelecimento de plataformas que permitam uma interlocução entre os serviços de saúde em nível municipal-estadual-federal e o acompanhamento desses pacientes durante todo o seu tratamento.

O Brasil possui um cenário epidemiológico complexo, que exige do sistema de saúde uma maior organicidade para desenvolver ações efetivas de redução ou de eliminação dos riscos à saúde, ampliando assim a capacidade de resposta do sistema.^(12,13) Isto fica claro neste estudo em razão do grande número de casos novos provenientes da demanda espontânea.

Nesse estudo observamos também, a necessidade de investimentos em ações de busca ativa, pois, estudos realizados em outras regiões do Brasil têm demonstrado que nas ações de busca ativa por novos casos de hanseníase, sempre há importante detecção de casos em menores de 15 anos e também de casos MB diagnosticados por “Exames de Coletividades” e “Exames de Contato”.^(15–18)

Na hanseníase, um outro ponto de destaque é a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico, durante o tratamento e no

momento da alta. Isso se deve ao fato de que a reação imunológica do indivíduo frente ao agente etiológico leva à degradação dos nervos e, conseqüentemente, às incapacidades físicas.^(14,15)

No período de 2009 a 2018, foram diagnosticados 29.684 casos novos de hanseníase no estado do Mato Grosso, sendo, 9.043 (30,5%) com grau de incapacidade 1 e 2 (GIF1 e GIF2) e mais frequentes nas faixas etárias de 30 a 59 anos, respondendo por mais de 55% dos casos.⁽¹⁶⁾

Neste estudo, a ocorrência de GIF também esteve associada a pessoas em idade da faixa economicamente ativa. Como demonstrado por Rodrigues *et. al.*, 2000 e Monteiro *et. al.*, 2013^(17,18) também observamos que quanto maior a idade no diagnóstico, maiores são as chances desenvolver incapacidades. Essas informações fortalecem a importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase pelas unidades de saúde do município de Cáceres, pois a presença de GIF está amplamente relacionada com o diagnóstico tardio.

Os casos MB neste estudo foram apontados como aqueles que mais tiveram mais chances de desenvolver GIF, mesmo após o ajustamento na análise multivariada. Quando observamos a variável final de tratamento, o número de pacientes com incapacidades aumentou para 63,6%, reforçando o diagnóstico tardio no município e também a dificuldade dos serviços de saúde em promover ações curativas e preventivas.⁽¹⁹⁾

A relação entre baixa escolaridade e casos de hanseníase com GIF é algo bem consolidado na literatura^(18,20), embora a relação entre a presença de incapacidade e grau de escolaridade não tenha apresentado significância neste estudo. No entanto, destacamos a necessidade de promover educação em saúde acessível e compreensível para todos os níveis de escolaridade, pois, isso

possibilita que as pessoas sejam sensibilizadas quanto aos sinais iniciais da doença, quanto as práticas de auto cuidado e no incentivo pela procura dos serviços de saúde, visando o diagnóstico precoce e a prevenção de incapacidades.

Assim como Garnelo *et. al.*⁽²¹⁾, assumimos que a abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) vão além de uma demarcação territorial para o acesso aos dos serviços de saúde, mas devem ampliar a possibilidade de obtenção real dos cuidados de saúde.^(21,22)

De acordo com Garnelo *et. al.*⁽²¹⁾ existem no Brasil os “vazios assistenciais” constituídos principalmente por áreas longínquas dos centros urbanos. Verificamos que esse cuidado está mais acessível à população do perímetro urbano de Cáceres do que para a população do perímetro rural do município.

A contínua falta de investimentos e de ampliação nas Equipes do Programa Saúde da Família (EqPSF) e principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos últimos anos, cria uma dificuldade de acompanhamento e investigação dos pacientes, transferindo os casos aos Centros Referenciais de Saúde, dificultando assim, as ações de saúde no combate das endemias, sobrecarregando-os e impedindo o progresso da descentralização.⁽²²⁻²⁵⁾

Neste estudo foi observado que embora ocorra no município uma boa cobertura pelas EqESF por meio das UBS, existe ainda uma grande demanda de casos que são notificados pelo CRS, nutrindo, portanto, os problemas. Isso poderia ser facilmente resolvido com a presença dos ACS, principalmente no

fortalecimento na detecção de focos endêmicos nas áreas de baixa densidade demográfica.

Do mesmo modo que Dias *et al.*⁽²⁶⁾, constatamos uma distribuição maior de casos nos bairros mais periféricos, demonstrando assim, que os baixos padrões socioeconômicos se relacionam com a manutenção da endemia hansênica. Programas assistenciais à famílias de baixa renda como o Programa Bolsa Família tem se mostrado efetivo para a diminuição dos agravos⁽²⁷⁾, especialmente na hanseníase⁽²⁸⁾, evidenciando a importância da ampliação da oferta e melhoramento dos programas assistenciais para combate aos agravos em saúde.

Garcia *et al.*⁽²⁹⁾ mostraram que ao longo de 6 anos, novos casos formaram agregados dentro de um raio de 50 metros em um bairro endêmico para hanseníase no município de Cáceres. Também detectamos a mesma distância em outras regiões deste município, fortalecendo o quanto é importante a investigação e o monitoramento dos casos intra e peridomiciliares em municípios endêmicos.

Por meio análise espacial, procuramos investigar como estava estabelecido o fluxo dos pacientes com diagnóstico de GIF em relação a busca pelo atendimento nas UBS. E, portanto, verificamos que o maior fluxo tem como destino o CRS, mostrando que o serviço é ainda parcialmente centralizado e evidenciando a fragilidade das UBS em captar pacientes residindo a uma distância de 1 km.

Alguns fatores podem estar relacionados com a manutenção desse fluxo no CRS: (I) razões históricas, pois atualmente o CRS utiliza as dependências de um hospital dermatológico desativado que serviu ao município por muitos anos;

(II) a preferência pelo atendimento próximo ao seu local de trabalho dos pacientes, pois, a maior proporção de casos desta análise estão na região central onde há o maior número de estabelecimentos comerciais; (III) a centralização da suspeição diagnóstica pelo próprio CRS, mantendo a submissão de muitas UBS e (IV) relacionado a manutenção do estigma da doença, fazendo com que o paciente busque o atendimento em unidades de saúde longe de seu bairro.⁽³⁰⁾

Assim como abordado por Lana *et. al.* (2011)⁽³¹⁾, a descentralização é uma estratégia eficaz para alcançar o controle da doença em áreas endêmicas, pois, as atividades de diagnóstico e tratamento ficam próximas às comunidades, sendo ofertadas juntamente com os demais programas realizados pelos serviços de saúde, disponíveis em todos os dias de funcionamento das unidades de saúde.

Assim, apontamos que a hiperendemicidade no município de Cáceres está vinculada ao diagnóstico tardio de casos novos, evidenciado por pacientes que chegam ao serviço com GIF, as dificuldades nas ações de prevenção e cuidado, favorecendo o aumento importante de GIF no final do tratamento e pela centralização do atendimento no CRS, visto o grande fluxo de casos notificados por esse serviço.

E finalmente concluímos que a distribuição de casos de hanseníase por todo o município nos permite afirmar que Cáceres necessita de forte intensificação nas ações de controle para acelerar o processo de eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública. Além da necessidade de ampliar as pesquisas de bases territorial para entender suas particularidades.

5.0 Referências bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Monografias Municipais - Centro-oeste/Mato Grosso, Cáceres. Brasília: IBGE; 2010. p. 2–32.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3°. Brasília; 2019. 740 p.
3. Prefeitura Municipal de Cáceres. Plano Diretor Municipal Participativo-Diagnóstico Técnico. Cáceres: Prefeitura Municipal de Cáceres; 2017. p. 1–253.
4. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):7–17.
5. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):105–9.
6. Miranzi SC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(1):62–7.
7. BRASIL. Boletim Epidemiológico. Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, editors. Brasília; 2020. 1–52 p.
8. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hércules FM, Duraes SMB, Oliveira MLW-D-R, Matos HJ. The impact of leprosy elimination strategy on an endemic municipality in Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007;23(5):1187–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486240>
9. Naaz F, Mohanty PS, Babsal AK, Kumar D, Gupta UD. Challenges Beyond Elimination in Leprosy Farah. *Int J Mycobacteriology.* 2017;6(3):239–45.
10. Wong M. Can social marketing be applied to leprosy programmes? *Lepr Rev.* 2002;73:308–18.
11. Lira KB, Leite JJG, Castelo Branco de Souza Collares Maia D, Freitas R de MF, Feijão AR. Knowledge of the patients regarding leprosy and adherence to treatment. *Brazilian J Infect Dis* [Internet]. 2012;16(5):472–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2012.04.002>
12. BRASIL. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; 2010. p. 1–19.
13. Oliveira CM de, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate.* 2015;39(104):255–67.
14. Faria CRS de, Fregonesi CEPT, Corazza DAG, Andrade DM de, Mantovani NADT, Silva JR, et al. Grau De Incapacidade Física De Portadores De Hanseníase: Estudo De Coorte Retrospectivo. *Arq Ciências da Saúde.* 2015;22(4):58.
15. Barbosa JC, Ramos Junior AN, Alencar OM, Pinto MSP, Castro CGJ de. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. *Cad Saúde Coletiva.* 2014;22(4):351–8.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Hanseníase no Brasil, Caracterização das Incapacidades Físicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 96 p.
17. Rodrigues ALP, Almeida AP de, Rodrigues B de F, Pinheiro CA, Borges DS, Mendonça MLH, et al. Occurrence of late lepra reaction in leprosy patients: subsidies for implementation of a specific care program. *Hansen Int* [Internet]. 2000;(2511):7–16. Available from: <http://hi.iisl.br/imageBank/487-1670-1-PB.pdf>
18. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2013;29(5):909–20.
19. Alberts C, Smith W, Meima A, Wang L, Richardus J. Potential effect of the World Health Organization's 2011–2015 global leprosy strategy on the prevalence of grade 2 disability: a trend analysis. *Bull Wolrd Heal Organ.* 2011;89(7):495–487.
20. Costa LA, Borba-Pinheiro CJ, Reis JH, Reis SH. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2017;8(3):9–17.
21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate.* 2018;42(spe1):81–99.
22. Noronha JC. Universal health coverage: How to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cad Saude Publica.* 2013;29(5):847–9.

23. Albuquerque MSV , Lyra TM, Farias SF, Medeiros MF, Martelli MPJL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):182–94.
24. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: Elemento nuclear das ações em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013;18(7):2147–56.
25. BRASIL.Ministério da Saúde. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 21–29 p.
26. Dias MCFDS, Dias GH, Nobre ML. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica - SIG. *An Bras Dermatol*. 2005;80(SUPPL. 3):289–94.
27. Carvalho AT, de Almeida ER, Jaime PC. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: Uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saude e Soc*. 2014;23(4):1370–82.
28. Nery JS, Ramond A, Pescarini JM, Alves A, Strina A, Ichihara MY, et al. Socioeconomic determinants of leprosy new case detection in the 100 Million Brazilian Cohort: a population-based linkage study. Vol. 7, *The Lancet Global Health*. 2019.
29. Garcia DR, Ignotti E, Cortela DCB, Xavier DR, Barelli AP. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). *Cad Saúde Coletiva*. 2013;21(2):168–72.
30. Lana FCF, Lanza FM, Carvalho APM, Tavares APN. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. *Rev Enferm da UFSM*. 2014;4(3):556–65.
31. Lanza FM, Lana FCF, Almenara D, Gerais M, Lanza FM, Carlos F, et al. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011;19(1):187–94. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421953025>

Não basta saber ler que 'Eva viu a uva'. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.

Dr. Paulo Freire, 1975

CAPÍTULO 2

PERCEPÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE E DO CONHECIMENTO SOBRE HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DE ALTA ENDEMICIDADE

1.0 Objetivos específicos

I. Analisar a percepção de casos notificados, dos contatos intradomiciliares e de indivíduos da comunidade sobre a hanseníase.

II. Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a hanseníase e das ações de capacitação e educação com enfoque ao controle e diagnóstico precoce da doença.

2.0 Casuística

Esta pesquisa de natureza qualitativa e descritiva foi desenvolvida a partir de entrevistas com profissionais de saúde, casos notificados com hanseníase, seus contatos intradomiciliares e indivíduos da comunidade com enfoque na percepção de práticas de educação e comunicação em hanseníase.

2.1 Definição e categorização da população do estudo

A população para o estudo foi definida por: (i) Casos notificados com hanseníase no período de 2008 a 2018, (ii) Contatos intradomiciliares, (iii) Profissionais de Saúde e (iv) Membros da comunidade. Apenas os profissionais de saúde foram categorizados e a realizamos segundo sua área de formação ou cargo ocupado na unidade de saúde.

2.2 Definições dos conceitos de percepção

Neste estudo, o conceito de percepção foi concebido como sendo uma condensação das sensações que ocorrem concomitantemente e independente que, quando agregada a memória e a cognição, conduzem os sujeitos a formarem os conceitos sobre o mundo e sobre si, invariavelmente, refletindo em

seu comportamento.¹ No contexto de doença, a percepção consiste na maneira como os indivíduos entendem e lidam com sua patologia.²

2.3 Definição da população e local de coleta

2.3.1 Unidades básicas de saúde e Profissionais de Saúde

Esta pesquisa foi executada no município de Cáceres. Foi realizado um contato presencial com a Secretária Municipal da Saúde (SMS) para apresentar a proposta deste estudo. Posteriormente, o projeto de pesquisa e demais documentações foram enviadas via e-mail para a apreciação. Após a aprovação do projeto pela SMS, foram contatadas e convidadas 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Centro Referencial de Saúde a participarem deste estudo. Com o consentimento da coordenação do CRS, foi realizado um sorteio para composição da amostra que seria objeto das entrevistas. Para o sorteio, foi definido que 50% das 14 UBS do município participariam, mais o CRS. Dessa forma, o nome de cada UBS foi escrito em um pequeno papel, dobrado e introduzido em um envelope pardo para a realização do sorteio. Esse estudo teve as seguintes UBS sorteadas: (i) Guanabara, (ii) Cidade Nova - CAIC, (iii) Vitoria Regia, (iv) Rodeio, (v) Jardim Padre Paulo, (vi) Santos Dumont e (vii) Vila Irene.

As UBS, previamente informadas, foram então contatadas por meio de um e-mail enviado pela coordenação da CRS, informando a data da visita e solicitando a separação dos prontuários dos casos de hanseníase atendidos em cada UBS no período do estudo.

Em cada UBS foram entrevistados ao menos, um profissional Médico, um Agente Comunitário de Saúde (ASC), um Técnico de enfermagem, um

Enfermeiro. No CRS, além destes profissionais entrevistamos o Laboratorista e o Coordenador; Em CRS não há Agente Comunitário de Saúde. Os profissionais foram atendidos em uma sala de atendimento adequada para as entrevistas. Não participaram da pesquisa os profissionais que estavam de férias, licença saúde, ou afastados por algum outro motivo.

As entrevistas foram agendadas previamente em cada UBS, e quando havia ausência de algum profissional o pesquisador teve o cuidado de retornar uma segunda vez para realizar a entrevista.

Em pesquisas científicas, a adoção de um procedimento ético que proteja a identidade dos participantes entrevistados é necessária. Com a finalidade de preservar os profissionais de saúde, identificamos os nomes verdadeiros dos entrevistados com sua profissão: Ex. “Agente Comunitário de Saúde”, seguido por uma numeração que se refere a sua identificação no banco de dados como por exemplo, nº 01. Não foi necessária a omissão de nenhum trecho da seleção dos relatos dos entrevistados, pois nenhuma informação pessoal era passível de identificação. No entanto, alguns dados importantes como ocupação e sexo foram cuidadosamente revelados.

2.3.2 Casos notificados e contatos

Os prontuários dos casos notificados foram consultados nas respectivas UBS, sendo então coletadas informações claras e completas (dados pessoais), como endereço, nome dos contatos, número de telefone. Foram também identificados os casos notificados entre os anos de 2008 a 2018 com a finalidade de coleta das informações clínicas e operacionais para realização do estudo

apresentado no capítulo 1 desta dissertação, tais como, forma clínica da doença, classificação operacional, endereço e esquema terapêutico.

Um agendamento prévio foi realizado por telefone com a finalidade de agendar e adequar o horário segundo a necessidade dos entrevistados. O telefonema foi realizado, em sua maioria, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que nesse momento, faziam uma explicação prévia da pesquisa, solicitavam a permissão para uma visita domiciliar e também verificavam a possibilidade de entrevista com os seus contatos intradomiciliares. Nenhum contato foi entrevistado sem o consentimento do caso notificado.

Durante a permanência na residência, optou-se por entrevistar primeiro os contatos, de forma que as respostas dos casos notificados não interferissem nos discursos dos familiares. Sempre que possível, as entrevistas eram realizadas em cômodos separados.

2.3.3 População controle / Comunidade

Esse estudo entrevistou indivíduos que declararam não ter tido hanseníase, não ter convívio com casos de hanseníase e seus contatos. Para tal, realizamos uma abordagem espontânea em uma Feira Municipal, realizada aos sábados no município de Cáceres. O local foi escolhido pela presença maciça de munícipes provenientes de todos os bairros do município, de feirantes, prestadores de serviços em geral e vendedores ambulantes. Para entrevistar os indivíduos, o pesquisador escolhia um local mais restrito e privativo, mesmo que em ambiente aberto.

Definimos como critério de inclusão: (i) residir no município de Cáceres por no mínimo de 1 ano, (ii) não ter parentes de 1º e 2º graus com hanseníase,

(iii) não ter ou ter tido hanseníase. Não participaram deste estudo indivíduos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

2.4 Postura na aplicação dos instrumentos de avaliação e materiais

Iniciou as entrevistas somente após a explicação sobre a importância do estudo, do seu principal objetivo, do esclarecimento de dúvidas, do aceite em participar da pesquisa e da aplicação do TCLE. Para as entrevistas realizadas com menores de 15 anos, foram aplicados o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 2) e as mesmas estavam acompanhadas pelos pais ou responsáveis legais. Para a realização deste estudo, foram utilizadas folhas sulfites, prancha de anotação, caneta, impressora para imprimir os roteiros de entrevista e gravador para registrar as entrevistas.

Os instrumentos de investigação obedeceram a quatro tipos de roteiros de entrevistas semi-dirigidas com conteúdo específico para cada grupo do estudo.⁽¹⁾

Para os profissionais de saúde, as entrevistas continham perguntas que permitissem conhecer sua ocupação e tempo de atuação profissional, investigar seu conhecimento sobre as noções básicas da hanseníase e sobre sua participação e/ou promoção em atividades de educação em saúde (Apêndice 3).

As entrevistas para os casos notificados e contatos intradomiciliares permitiram a coleta de informações relacionadas aos sinais e sintomas da doença, do diagnóstico, tratamento, cura e também das estratégias educativas e de orientação na hanseníase, bem como sua opinião sobre a prestação dos

serviços, informações e receptividade oferecidas a eles pelas respectivas UBSs (Apêndice 4).

Para a comunidade, as entrevistas incluíram informações em relação aos sinais e sintomas da doença, do diagnóstico, tratamento e cura, além de sua participação e opinião sobre as atividades de ações educativas em hanseníase no município (Apêndice 5).

Informações sociodemográficas, como sexo; raça; idade; naturalidade, atividade ocupacional; local de moradia; estado civil e escolaridade foram também obtidas.

Em virtude da existência do vínculo estabelecido entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com as famílias, foi definido que estariam presentes nas residências para a abordagem inicial.

Priorizamos estabelecer um ambiente de conversa espontânea entre entrevistado e entrevistador. A entrevista não seguiu uma ordem rígida propiciando mais conforto ao entrevistado e ao entrevistador e maior oportunidade para o registro de informações.⁽²⁾ Todas as entrevistas foram realizadas somente pelo pesquisador.

Os áudios foram gravados em um equipamento profissional Sony® ICD-PX240. A transcrição foi realizada pelo entrevistador utilizando a ferramenta “Digitação por voz” disponível no Word Online/ Google Docs (<https://docs.google.com/document>). Não houve tratamentos da qualidade do som ou recortes dos respectivos áudios, sendo assim, todos os discursos foram transcritos na íntegra.

2.5 Análise dos resultados

Os dados qualitativos foram analisados por meio das árvores de associação de ideias de acordo com o método proposto por Bardin.⁴ A árvore de associação é uma técnica utilizada para demonstração das informações adquiridas durante uma entrevista e que são apresentadas literalmente em formas fluxos, permitindo assim, a compreensão das singularidades da produção de sentido. O fluxo de ideias é iniciado por uma pergunta feita pelo pesquisador e encerrado com uma nova pergunta ou com as sínteses e afirmações conclusivas do participante.⁵

Para dar visibilidade aos resultados, construímos os fluxos em forma de mapa de associação de sentidos, propostas por Spink e Lima.⁵ O primeiro passo consistiu na transcrição sequencial da entrevista para decidir quais temas seriam incluídos nos mapas. Num segundo passo, foi realizada a transposição dos trechos das entrevistas para o mapa, conservando a sequência da interação entre entrevistador e participante. O terceiro e último passo consistiu na construção das árvores de associação, objetivando o encadeamento de repertórios nos trechos transcritos que se repetem ou são familiarizados entre os entrevistados, apontando ao pesquisador ideias ou conceitos comuns dos fenômenos em estudo.⁶

3.0 Descrição e Discussão dos Resultados

A abordagem utilizada nesse estudo resultou na participação de 132 indivíduos, sendo 40 (30%) casos notificados, 27 (20,5%) profissionais de saúde, 50 (37,9%) contatos e 15 (11,4%) indivíduos da comunidade. Destaca-se uma proporção de indivíduos do sexo feminino (64%) (Tabela 1.0).

Tabela 1.0 Distribuição da frequência relativa e absoluta dos grupos entrevistados segundo a variável sexo.

<i>Grupos</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Casos notificados	20	15,2	20	15,2	40	30,4
Contatos intradomiciliares	16	12,1	34	25,8	50	37,9
Profissionais de saúde	4	3,0	23	17,4	27	20,5
Comunidade	8	6,1	7	5,3	15	11,4
Total	48	36,4	84	62,6	132	100,0

Na população de entrevistados quanto aos casos notificados, contatos e comunidade, 4,63% eram adolescentes, 39,82% eram adultos e 55,55% idosos. Como demonstrado na tabela 1.1, o CRS foi a unidade de saúde com o maior número de entrevistados (24,8%). Não houve a participação de casos notificados na UBS 6, pois estavam fora do período do estudo. Segundo a coordenadora da UBS o primeiro caso teria sido encaminhado a eles no ano em que se realizava as entrevistas (2019), o pesquisador não teve acesso aos motivos.

Tabela 1.1 Distribuição da frequência relativa e absoluta dos grupos entrevistados segundo a procedência da unidade de saúde

<i>Unidade de Saúde</i>	<i>Profissionais de saúde</i>	<i>Casos notificados</i>	<i>Contatos intradomiciliares</i>	<i>total</i>	<i>%</i>
CRS	5	11	13	29	24,8
UBS 1	4	6	9	19	16,2
UBS 2	3	7	9	19	16,2
UBS 3	3	2	3	8	6,8
UBS 4	3	3	4	10	8,5
UBS 5	2	7	7	16	13,7
UBS 6	3	0	0	3	2,6
UBS 7	4	4	5	13	11,11
TOTAL	27	40	50	117	100,0
TOTAL %	23,1	34,2	42,7	100,0	

A figura 1 mostra a frequência de profissionais de saúde entrevistados por tipo de ocupação, sendo, 7 Médicos, 1 Biólogo, 1 Farmacêutico, e 6 Enfermeiros, 6 Técnicos em Enfermagem e 6 ACS.

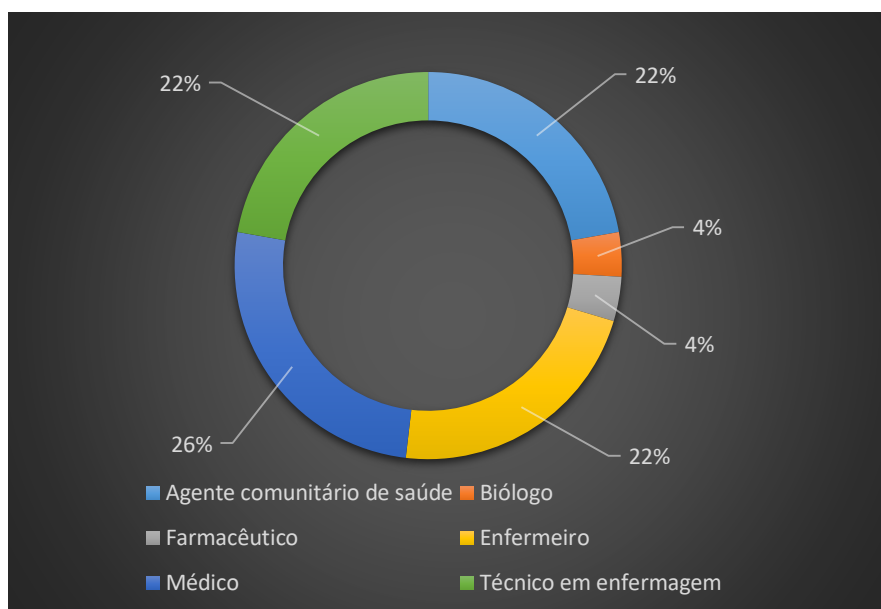


Figura 1 – Frequência dos profissionais de saúde entrevistados por tipo de ocupação.

3.1 Percepções dos profissionais de saúde, casos notificados, contatos e comunidade sobre a Hanseníase

Como está demonstrado na figura 2, os profissionais de saúde de modo geral apresentaram um bom conhecimento técnico sobre a hanseníase, o que é esperado para essa categoria.

Ainda na figura 2, os profissionais do CRS possuem um conhecimento mais afirmativo sobre a doença quando comparado com os das UBS, pois é de sua responsabilidade a manutenção de treinamentos. No entanto, foi observado uma forte fragilidade, comum a todos os profissionais no que diz respeito ao conhecimento sobre o tratamento e a cura da doença, principalmente no que se

refere aos profissionais das UBS que não nomearam os medicamentos utilizados para o tratamento da doença, embora saibam discriminar o tempo de tratamento entre PB e MB. Também apresentaram a crença de cura associada apenas à determinada forma clínica da hanseníase e a ocorrência de sequelas para todos os casos, sem exceção. Esses dados indicam a necessidade de desenvolver não apenas treinamentos e capacitações de forma isolada, mas por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) que é pouco explorada para o Sistema Único de Saúde (SUS).⁽³⁾

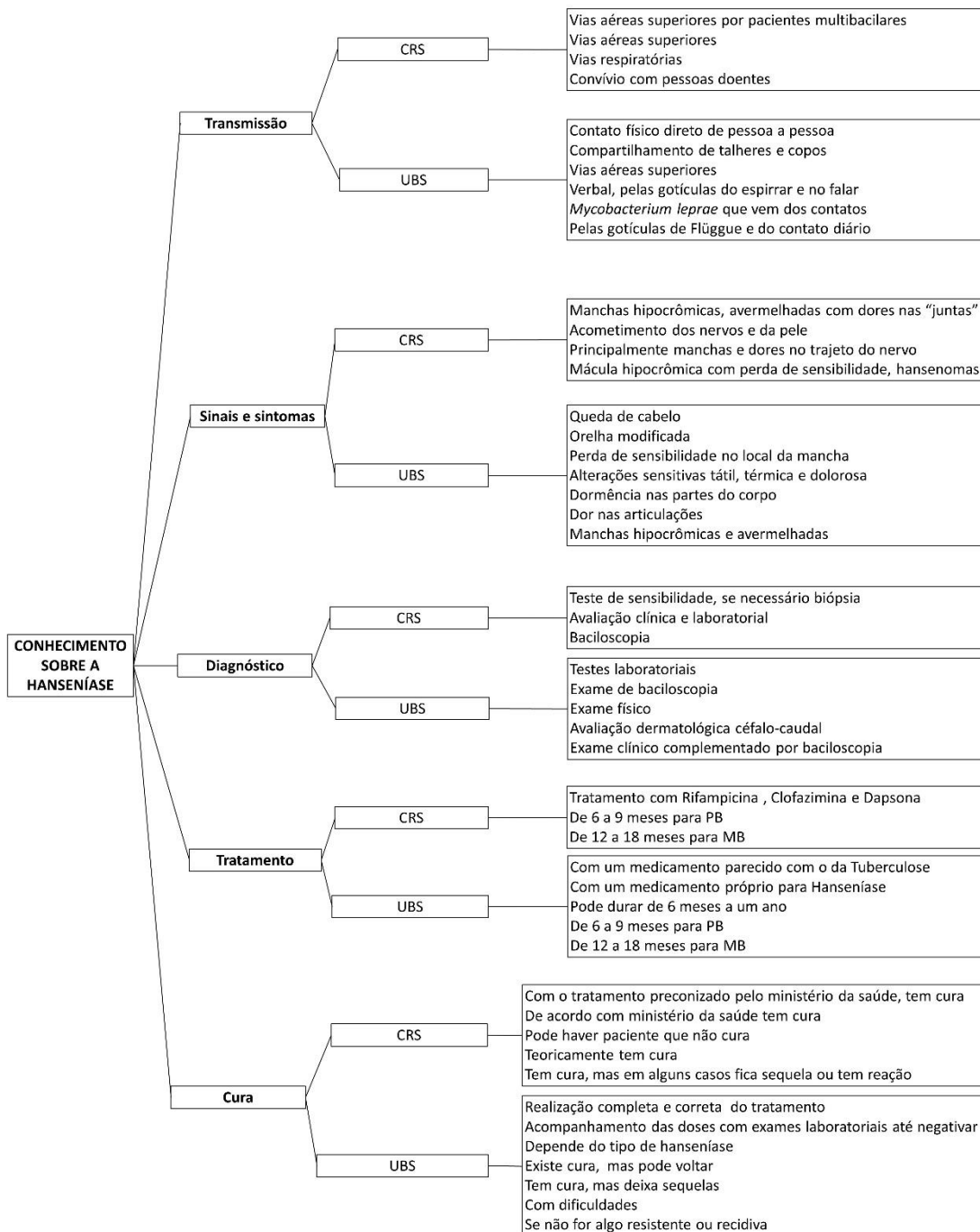


Figura 2 - Árvore associativa do conhecimento sobre a hanseníase dos profissionais de saúde do Centro Referencial de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde.

A figura 3 mostra que o conhecimento da doença entre os casos notificados e seus contatos pouco se difere daquele informado pelos indivíduos da comunidade. Nota-se, entretanto, que certas concepções errôneas se destacam, como por exemplo, **transmissão via ato sexual, exposição ao sol, uso de copos e talheres e mosquitos**. Possivelmente, essas informações estão relacionadas não apenas com falhas importantes em campanhas de divulgação e de educação em saúde em hanseníase no município, mas também devido aos percentuais elevados de lesões secundárias que comprometem a capacidade de trabalho e a qualidade de vida, mantendo o estigma social associado à doença.⁽⁴⁾ As concepções equivocadas também podem estar associadas à falha na comunicação entre profissionais, indivíduos notificados e contatos, indicando a necessidade de linguagem acessível e padronizada.

Destacamos que o desconhecimento da população avaliada sobre a hanseníase é um fator preocupante, pois como mencionado por Nogueira *et. al.* (2014)⁽⁵⁾, a falta de conhecimento pode levar ao diagnóstico tardio, ao desenvolvimento de incapacidades e sequelas, conseqüentemente a um aumento no número de indivíduos infectados.⁽⁵⁾

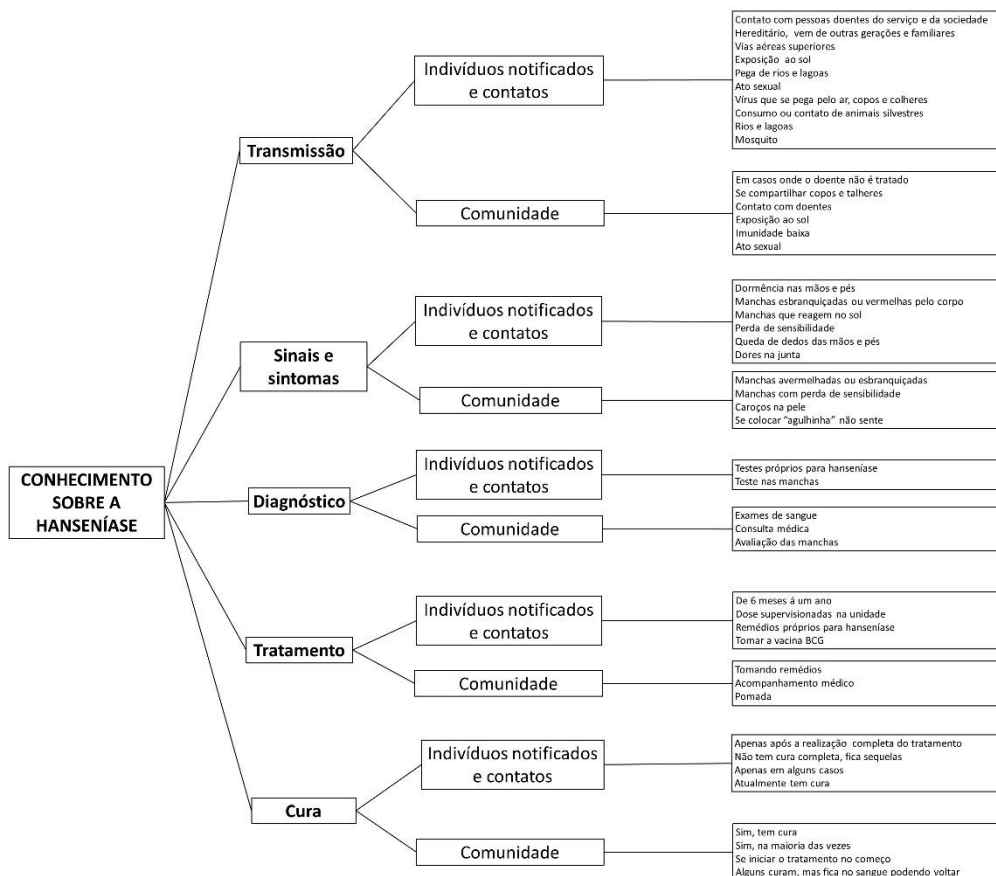


Figura 3 - Árvore associativa do conhecimento dos casos notificados, seus contatos e membros da comunidade sobre a hanseníase.

3.1.1 Em relação a transmissão

Abraão Rotberg em 1975⁽⁶⁾, demonstrou em seu clássico trabalho: *“A pejorativa “lepra” e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América Latina”*, o impacto negativo que a palavra “Lepra” trazia consigo, de forma que por meio da Lei nº 9.010/95, o termo foi alterado para Hanseníase, sendo essa a nomenclatura atual e obrigatória empregada pelos serviços de saúde no Brasil.⁽⁷⁾

No entanto, Cavaliere & Grinszpan (2018)⁽⁸⁾, constataram que mesmo após 25 anos da mudança de nomenclatura da doença, é possível encontrar relatos associados ao conceito antigo da “Lepra”, ou seja uma doença

relacionada à impureza, desonra e de isolamento.^(7,9) Neste estudo, essa informação pode ser observada na narrativa a seguir:

Entrevistador: E qual foi a sua reação (...) quando você soube do diagnóstico? (...)

Olha, eu fiquei assim com medo né? Por causa do que eu tenho as crianças e medo de pegar né? Então eu fiquei.... Aí eu tentando de pesquisar o que te dava, que a gente não tinha experiência! Primeira vez que eu tinha ouvido falar dessa doença! Ainda fomo buscando... aí tem um postinho que orientou nós, como nós vamos fazer, que que nós tinha que separar né? Os pratos, os copos.... Disso, aí a gente fomo....”

(Contato intrafamiliar nº36)

Conceitos equivocados e errôneos da doença também podem ser observados no relato de alguns profissionais da saúde, como se lê no trecho abaixo, e que particularmente neste caso, induziu o contato acima citado a reproduzir as informações equivocadas em seu contexto familiar, mantendo o estigma.

Entrevistador: (...) Como se “pega” Hanseníase?! Como que geralmente a senhora fala para o paciente? (...)

É geralmente são nas primeiras semanas né? Que o paciente ainda não está em tratamento ainda. A gente orienta que... é procura-se evitar lugar muito fechado, tá com mesmo talher, mesmo copo, entendeu? Esses são os tipos de orientação geralmente que eu passo no início do tratamento quando a gente descobre...

(Técnico de Enfermagem nº 04)

A percepção negativa do termo “Lepra” se deve ao uso dessa nomenclatura nos séculos passados para definir qualquer doença ou alterações na pele, tais como, escamações, escabiose, lúpus, escarlatina, eczemas, bem como a própria hanseníase. Destaca-se que o progresso da ciência possibilitou uma melhor compreensão e definição sobre essas doenças, no entanto, o conceito empírico e o uso de maneira indiscriminada do termo “Lepra” já estava bem consolidado no senso comum, permanecendo nos dias atuais.^(9,10)

O estudo de Tronca (2000)⁽¹¹⁾, aborda que a falta de conhecimento científico sobre doenças como a “Lepra”, Sífilis e Aids, permitiu que o entendimento empírico da população se sobressaísse e fosse baseado em credences populares de que tais doenças são penalidades, geralmente provenientes de desejos devassos e de luxúria.

Assim como relatado em Cavaliere & Grinszpan (2018)⁽⁸⁾, este estudo defronta-se com o conceito de que a hanseníase tem uma relação com atividades sexuais e vida promíscua, como se lê nos relatos a seguir:

Entrevistador: Qual foi a sua reação quando você soube que o seu pai e sua mãe estavam com a doença?

Meio constrangedor um pouquinho né? (...)

Entrevistador: Como a senhora acha que ele pegou a Hanseníase?...eles no caso...

Hum...em relação deles sexuais né? Que pega...mas assim que eu ouvi falar...

(Contato intradomiciliar nº 22)

Entrevistador: (...) Como é que se “pega” Hanseníase?

Seria pelo os contatos físicos, no caso sexual, né? E as vezes as vestes né? A roupa e o suor... no meu entendimento... não sei se está certo...

(Membro da Comunidade nº 3)

Entrevistador: E como é que você acha que ele pegou a Hanseníase?

Olha não sei! ... meu pai sempre foi de beber muito... beber... não sei se usava porcaria na época né? Ou se ele usa até hoje, mas eu acho que mais é por causa do álcool, mas pela vida que ele levava assim... bebia quase todo dia! Bebe ainda né? Eu acho que é isso...

(Contato intradomiciliar nº 5)

É conhecido de longa data que a transmissão da hanseníase se dá por meio de contato próximo e prolongado entre doentes não tratados e indivíduos saudáveis. É possível que, na percepção dos contatos a transmissão ocorra por ato sexual, por ser um comportamento que favoreça o contato íntimo.

A transmissão por algumas fontes ambientais, como por exemplo, os tatus naturalmente infectados, são temas de pesquisas atuais, mas até o momento nenhuma ligação epidemiológica do desenvolvimento da hanseníase em humanos foi observado.⁽¹²⁻¹⁴⁾ No entanto, para o senso comum ou até mesmo cultural, acredita-se na possibilidade de transmissão desta doença por consumo ou contato com animais silvestres. Em geral, essas informações populares muitas vezes são sustentadas pela divulgação parcial dessas pesquisas.⁽¹⁵⁾

Entrevistador: E como que a senhora acha que pegou a Hanseníase?

Veio de meu pai né?... meu pai.... só criou nós no mato comendo carne de bicho.... nois não comia carne vaca, essa carne caititudi, de tatu, de paca (...) eu nunca comi carne de vaca quando era pequena...eu fui criado assim no mato...

(Caso notificado nº 15)

Entrevistador: Então, como que o senhor acha que pegou a Hanseníase?

Tinha dois caminhões (...) pousava atolado... pisava lá naquela lama danada lá de... capivara urinava...bichos (...) pelos meus amigos, que tem conhecimento sobre o pantanal, falou que foi lá que eu peguei! (...) ficava só de cuequinha pra poder arrancar o caminhão né? De dentro daquela água fedida lá... (...)outros falava que aquele Tatu bola, no pântano tem demais...diz que aquele lá dá a doença...agora não sei...porque que deu só ne mim?

(Caso notificado nº 10)

Encontramos também relatos associados ao conceito de transmissão por animais silvestres entre profissionais da saúde, como se observa no trecho abaixo:

Entrevistador: (...) O que você entende por transmissão da hanseníase?

(...) sempre gente vê também que agora até os tatus! ... a carne dele já sai... depende do local ele também já é um transmissor né? Ele é um hospedeiro e transmite a hanseníase!

(Técnico de enfermagem nº 16)

Fica claro que a forma com que os casos, contatos e dos membros da comunidade compreendem a doença, não se difere entre si, evidenciando que

as informações veiculadas em mídias impressas e digitais com a finalidade de esclarecimento sobre a hanseníase não são eficientes e necessitam ser repensadas para atingir esses públicos.

O mesmo é observada em relatos de alguns profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de introduzir novas informações que eliminem aquelas oriundas das crenças populares.

3.1.3 Em relação aos sinais e sintomas

Na hanseníase, a interação do hospedeiro com o agente etiológico, pronuncia-se com a perda de sensibilidade, e a ausência de prevenção pode levar a ferimentos e lesões graves no paciente, resultando em incapacidades e deformidades.⁽¹⁶⁾ Essa explicação científica desmistifica a percepção de que há queda dos dedos das mãos e dos pés, espontaneamente.

É importante a conscientização dos pacientes e seus contatos sobre as práticas de autocuidado, bem como a elucidação das dúvidas relacionadas aos possíveis efeitos adversos das medicações e das sequelas no corpo que podem ser causadas pela hanseníase quando o diagnóstico é tardio.⁽¹⁷⁾

Os estudos de Szabo & Bandão (2018)⁽¹⁸⁾ e Correia & Bertolo (2011)⁽¹⁹⁾, mostraram que há uma necessidade dos serviços de saúde, se conscientizarem do quão grave é para o paciente lidar e enfrentar com as alterações sofridas no corpo físico. Importante é que os profissionais de saúde entendam que o medo, o desgosto e o estigma gerado pelas alterações físicas visíveis, refletem diretamente em sensações como o auto preconceito, a necessidade de ocultação e do isolamento da sociedade “sã”.

Nesse estudo, foi observado que os problemas emocionais relacionados com o medo da doença, ajudam a explicar a baixa proporção de avaliação de contatos, a partir das observações clínicas e epidemiológicas que gerou o Capítulo 1.

Observamos também que o paciente prefere ocultar sua doença dos familiares, dificultando, portanto, a identificação e a avaliação de seus contatos pelos serviços de saúde, como pode ser evidenciado no relato a seguir, durante uma entrevista com a mãe e filho:

Entrevistador (...) como que a senhora se sentiu ao saber que estava doente?

Olha eu se sentindo muito triste, muito muito mesmo! Quando ela falou para mim dona [x] a senhora tá com hanseníase! Eu cheguei em casa fiquei muito triste, muito desapontada né? E aí eu não falei para minha família! ... fiquei quieta tomando os remédios guentei firme né? Tinha dia que eu ficava triste, eu estava... por que que a senhora tá tão triste hoje? Eu não queria falar para não desgostar! Então eu continuei.... Eles [familiares] vieram saber que eu tinha hanseníase quando eu sarei!

(Caso notificado nº 15)

Entrevistador: (...) na época (...) sua família foi examinada?

Não, só geralmente ela! Meu pai, noís filho não examinou

(Contato intradomiciliar nº 8, filho do caso notificado nº 15)

A escolha dos pacientes pela ocultação da doença ou a procrastinação pela procura pelo serviço de saúde, como no relato a seguir, pode explicar a importante proporção de casos que chegam às unidades de saúde já com incapacidades físicas instaladas. Um fator preocupante é a manutenção da cadeia de transmissão da doença, pois, o paciente não tratado é um potente agente transmissor da doença em ambientes intra e extradomiciliar.

Entrevistador: quando foi que você percebeu que estava doente?

(...) Na verdade eu percebi desde a adolescência né?! ... Só que nunca liguei, fui ligar só depois quando as campanhas tava bem forte...fui fazer o exame, no intuito de... no susto mesmo.... aí que foi (diagnosticado)

(Caso notificado nº 6)

3.1.4 Em relação ao tratamento

Na população do estudo não houve nenhum relato de casos notificados que buscaram por tratamentos alternativos para hanseníase, como por exemplo, rezas ou benzeduras, diferente do que foi mostrado nos estudos de Bakirtzief (1994)⁽²⁰⁾ e de Nakai (2002).⁽²¹⁾

Na pesquisa de Cortela *et. al.* (2020)⁽²²⁾, a boa aceitação da PQT pelos pacientes foi explicada por estar relacionada com medo das sequelas causadas pelo não tratamento da doença. No relato a seguir, fica evidente a importância da realização do tratamento pelo paciente da forma correta:

Entrevistador: E assim, o senhor procurou algum outro tipo de tratamento? (...) um remédio caseiro (...)

Pra hanseníase não! Eu bebia para outra coisa... só tomei o do médico lá [PQT].... Eu tomava [remédios caseiros] para outras coisas... hanseníase não!

(Caso notificado nº 10)

Se faz importante que a cada 28 dias, o paciente retorne à unidade de saúde para receber uma nova cartela com as doses autoadministradas, bem como para a administração da dose supervisionada. É neste momento, que o

serviço de saúde deve “aproveitar” para avaliar o paciente e elucidar suas dúvidas e, se possível, solicitar a vinda de seus contatos para avaliação.⁽²³⁾

Nesse sentido, salientamos a importância de entender o contexto e a realidade de vida do paciente com a finalidade de se evitar o não comparecimento à UBS, o que comprometeria a continuidade do tratamento.

No relato do paciente nº 29, ficou demonstrado que suas atividades laborais interferiram diretamente na realização correta do tratamento. Esse é um fator relevante para a proporção de abandono de tratamento que observamos nos achados epidemiológicos.

Entrevistador: Em algum momento a senhora deixou de procurar o serviço de saúde, por algum motivo ou não?

Sim, com certeza quando eu tava no rio [pescando] mesmo, com esse problema eu não parei de trabalhar né? Nós se não trabalhar não come, nós é diarista, não trabalha de carteira assinada né?

(Caso notificado nº 29)

3.1.1 Em relação à cura

Em relação à cura, para os profissionais de saúde, foi possível perceber dúvidas de como lidar com os pacientes quando há existência de quadros reacionais:

(...) Ai eles [pacientes] questiona: mas como assim curou a hanseníase, né? E porque eu tô tomando a Prednisona, porque eu tô tomando Talidomida né? (...) Só que assim, eles ficam com essa dúvida...né? Se eu estou curado, porque que eu estou no ambulatório? Porque que eu tô assim? (...)

(Enfermeiro nº 15)

Assim como Cruz (2016)⁽²⁴⁾, reconhecemos a dificuldade para todos envolvidos no manejo da hanseníase em assumir a cura da doença nos casos

reacionais, principalmente quando ocorre após o tratamento completo e alta por cura.

Quando entendemos que o conceito de saúde é o pleno gozo do bem estar físico, social e emocional⁽²⁵⁾ torna-se ainda mais difícil declarar a cura dos casos. Deste modo, acreditamos que se faz necessário ampliar as discussões em educação para os profissionais abordando essa problemática.

Entrevistador: (...) cura da hanseníase?

(...)Olha...aqui eu comecei a ver que tem paciente que já tá no terceiro, quarto tratamento e não se chega a uma cura...ai eu já comecei a questionar porque não tem a cura, porque na literatura fala que cura! (...) Em alguns pacientes que tá no terceiro tratamento... outras com reações que nunca saem do medicamento... sei lá! (...) Ai você fica pensando...por quê né? No manual fala que tem cura, depois do tratamento a pessoa pode se livrar dos medicamentos, mas seria isso mesmo? ...
(Enfermeiro nº 16)

Cura da hanseníase? É, desde que o paciente realize o tratamento da forma da correta né? Palci [Paucibacilar] as 6 doses... multi [Multibacilar] as 12 doses né? O intervalo.... E não seja algo resistente, é... uma recidiva entre outras coisas, é... o paciente chega à cura né? Mesmo que as vezes ele tem algumas incapacidades em decorrência do agravo de saúde dele.

(Enfermeiro nº 11)

(...) de acordo com o ministério da saúde, né? A hanseníase tem cura! Né? E é isso que a gente passa para o paciente...só que tem paciente que fica questionando a gente, principalmente em questão da reação hansênica (...) quando essa reação hansênica acontece antes do tratamento ou durante o tratamento até que não é muito questionável! É questionável depois que recebe alta de cura né?

(Enfermeiro nº 15)

É ainda mais evidente, a dificuldade para os pacientes se aceitarem curados, quando ainda estão em continuidade do tratamento das reações após alta por cura, ou pelas sequelas provenientes das incapacidades físicas. A seguir, mostramos alguns relatos dos pacientes e de seus contatos.

(...) Tomei um ano, só que aí desse agora [acompanhamento] não tratei mais... Só foi um ano... agora consulta pa médico, ih... já fiz té fisioterapia, fiz de tudo, mas não curou esse diagnóstico dessa doença... da hanseníase! (...)

(Caso notificado nº 13)

Mas não tem tratamento para hanseníase, não existe! Eu tomei os remédios e sinto a mesma coisa!

(Caso notificado nº 15)

Entrevistador: E o senhor acredita que essa doença tem cura?

Ah! Acredito sim, depende se começar tratamento antes (...) que minha esposa não ficou 100% porque ela tem aí é... sequela daquele cansaço de tudo, que tudo que falaram para ela ia fica ... ficou! Mas acho que tem cura! (...) eu digo porque ela, (...) não pode trabalhar, não pode lavar roupa, não pode esforçar, sente dor nas costas, ela sente várias tipos de coisas... mas antes ela não tinha isso (...) ela era uma mulher que pescava, andava, subia serra lá, barranco de rio, e depois disso acabou, não aguentou mais pescar, não aguenta fazer nada....

(Contato intradomiciliar nº 41)

3.1.5 Percepções sobre a doença e o doente

Segundo Reis & Fradique (2002)⁽²⁶⁾ a percepção da doença é definida como a forma que os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e a doença, levando em consideração suas experiências individuais e coletivas.^(27,28)

É neste sentido que encontramos percepções diferentes sobre a doença e sobre o doente, conforme apresentado na figura 4. Se para uns a doença traz uma sensação de “tranquilidade”, para outros, ela é assustadora e sinônimo de tristeza.

No entanto, foi possível observar que para os membros da comunidade a percepção do que é a doença e de quem é doente está baseado nos conhecimentos do senso comum e dessa forma encontramos relatos que se referem ao termo “Lepra” e ao termo “isolamento”, evidenciando a dificuldade

dos serviços de saúde de levar educação em saúde para a população Cacerense.

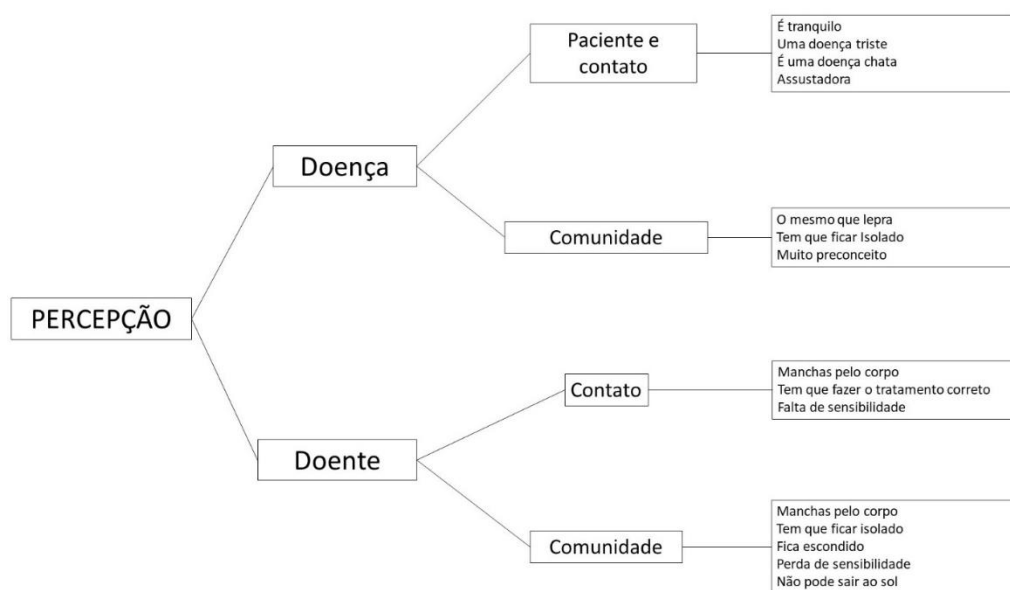


Figura 4- Árvore associativa da percepção dos casos notificados, contatos intradomiciliares e membros da comunidade sobre a doença e o doente.

Outro fator importante, é a percepção de alguns homens de que que a doença pode atrapalhar as atividades laborais, ou que essas podem ser um fator que dificulta a realização correta do tratamento, como se lê nos relatos a seguir:

Esse negócio de assim, que trabalhei, que nem falou que não posso ficar no sol, ai trabalhei assim mesmo que não tem jeito né? Continuei trabalhando assim, ai a pele [fica] mais escuro(...)Cada tratamento e fiquei trabalhando assim mesmo...num tinha jeito(...) que eles falam que não pode trabalhar, mas não... num dá nada ... (...) não tem jeito! Ai tem que trabalhar...
(Caso notificado nº26)

Eu briguei com o médico! Mandou suspender meu (...), meu acostamento ... aí voltei lá no INSS não quiseram me dar mais...fiquei bastante constrangido...
(Caso notificado nº24)

Já as mulheres comparecem mais nas unidades de saúde, pois apresentam maior preocupação com sua saúde, bem como, com a imagem de

seu corpo.^(29,30) Nesse estudo, foi possível verificar que elas foram protagonistas importantes na identificação dos sinais e sintomas no corpo dos homens, como pode ser observado nos relatos a seguir:

Entrevistador: (...) Como percebeu que estava doente?

(...) e ela [esposa] começou a pegar no meu pé! Que era hanseníase, que eu tinha que fazer tratamento... ai eu fui lá e no real era mesmo!

(Caso notificado nº 34)

(...) Ele [esposo] tava ali lavando a mão na... na pia, aí eu falei assim e essa mancha no seu braço não desapareceu né? E ele falou: pois é! Eu falei será que não é hanseníase? Falou [esposo] ah... Não é não! ... Aí, mas vamos procurar um médico né? Aí ele resolveu (...)í procurar o médico e a suspeita se confirmou!...

(Contato intradomiciliar nº 1)

Minha esposa estava em casa viu que era uma manchinha de nada né? Depois...viu que não tava muito avançado e já foi procurando o postinho né?

(Caso notificado nº 9)

Não, na hora que eu vi ele aí o corpo dele machado ai já falei ... isso aí é perigoso ser hanseníase...

(Contato intradomiciliar nº 42)

Eu não desconfiei nada, esse joelho já era dormente, mas fazia tempo já! ... daí eu tava na casa daquele [amigo] (...) ... daí eu falando: caramba meu joelho adormecido...diz que daí a mulher dele: i...Bela da hanseníase! ...

(Caso notificado nº 32)

3.2 Participações dos Profissionais de Saúde em cursos e capacitações em serviço

Neste estudo, os ACS e os Técnicos de enfermagem apresentaram um maior tempo de serviço nas unidades de saúde, sendo, 19 e 9 anos respectivamente, enquanto os enfermeiros 7 anos e médicos 3 anos; Um

proporção de 85% dos profissionais de saúde afirmaram ter participado de atividades de educação em saúde para hanseníase; outros 15% afirmaram nunca ter participado de atividades desta natureza.

Ainda neste contexto, apenas 29% dos profissionais de saúde promoveram alguma atividade em educação na hanseníase, sendo que os enfermeiros apresentaram maior proporção (7%) deste grupo. Dos profissionais que promoveram alguma atividade de educação em saúde na hanseníase, 67% eram do CRS, que é justamente a unidade responsável por assumir esse papel nas ações de educação e serviços em saúde na hanseníase.

Na figura 5, foi possível demonstrar que os objetivos dos cursos e das capacitações profissionais no município estavam apenas pautados na compreensão técnica da doença.

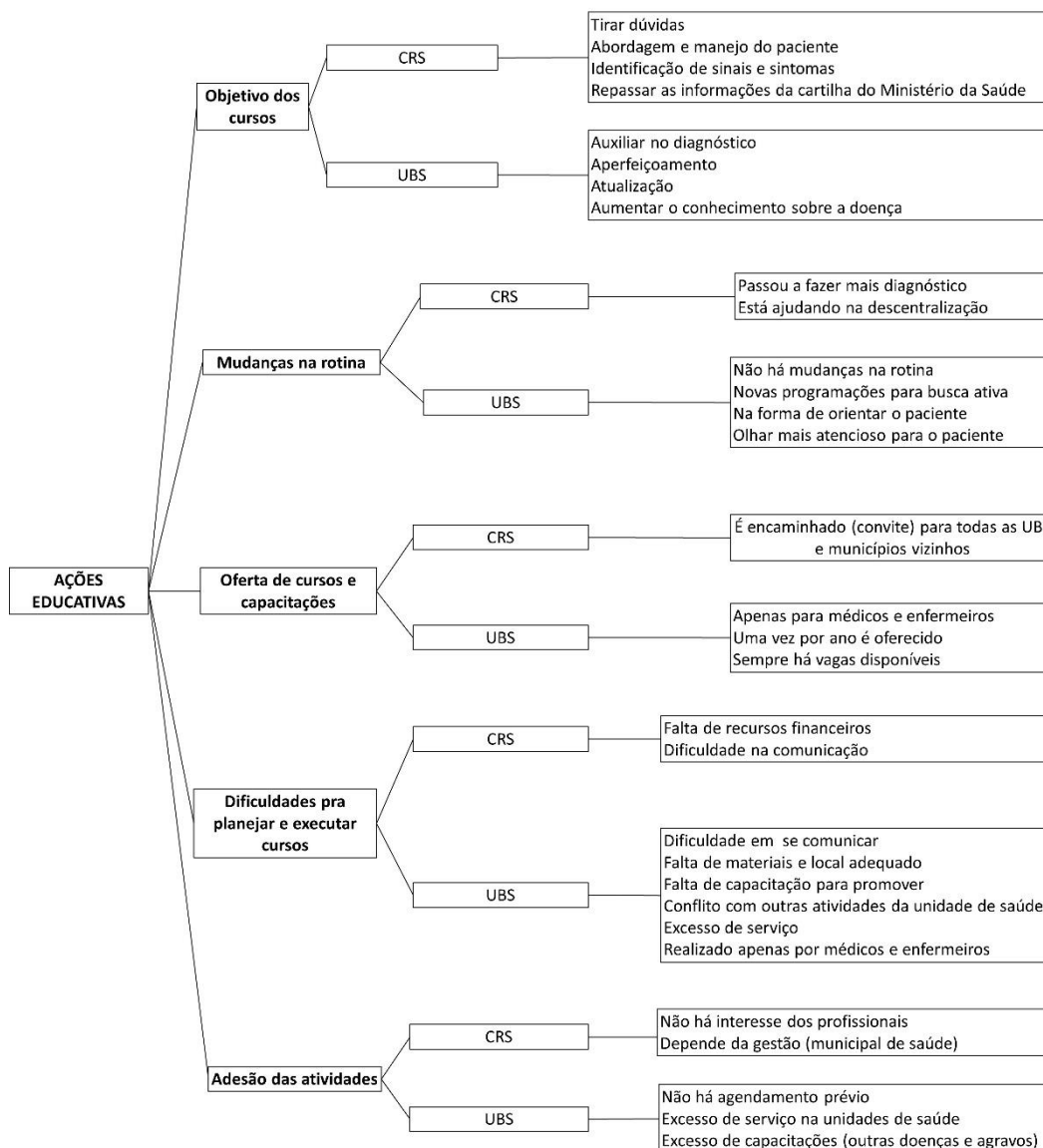


Figura 5 –Árvore associativa da percepção dos Profissionais de Saúde sobre a participação em ações educativas.

Dessa forma, acreditamos na necessidade de reformular ações que busquem o entendimento das dificuldades particulares dos personagens envolvidos, afim de estruturar melhor as ações de educação em saúde e as capacitações profissionais para a realidade local. Esse estudo, ainda constatou que alguns profissionais não se sentem satisfeitos com o formato dos cursos, pois, se reconhecem com dificuldade na orientação dos pacientes.

Para outros profissionais, os cursos não apresentam sugestões de como ajudar os pacientes em sofrimento, não ajudam com as dúvidas sobre a doença e por vezes, os levaram para um caminho de desinteresse pelo trabalho, como se lê nos relatos a seguir.

Entrevistador: Como (...) esses cursos (...) influenciaram na sua atuação com os pacientes, contatos, outros profissionais de saúde...em relação ao diagnóstico da doença, encaminhamento do paciente?

Não ensina nada (...) como é que a gente tinha que orientar parte da relação ao paciente né? Tipo falar que tem cura, tudinho, que o tratamento é um pouco longo também né? Não é rápido! E que mesmo que após tratado (...) ela pode ter a remissão e que pessoas próximas dela têm que fazer o exame...

(Médico nº10)

Essas atualizações são muito importantes, porque elas ajudam né? às vezes esclarecer alguma dúvida, que a gente tinha já a longo prazo... às vezes elas esclarece né?! (...) eu sempre questioneei porque os pacientes sofrem tanto? Por que que tem sequelas? os que fica tratando? os que tão em reação há tanto tempo? não sai dessa reação, e ai vem a óbito... então assim, se hoje eu tivesse uma outra oportunidade, eu não trabalharia com hanseníase (...) por que eu não me identifiquei, eu sofro vendo o sofrimento dos pacientes, medo de ficar sem saída as vezes, o que falar para ele... de dar um retorno...

(Enfermeiro nº 16)

Entrevistador: Você gostaria de falar mais alguma coisa assim... sobre Hanseníase?

Eu tenho vontade assim...de fazer um curso de se aprofundar mais.... eu já assisti várias aulas vídeos né?...só que ainda a gente já ...a gente ainda fica com dúvida né?...eu vejo assim o sofrimento dos pacientes em relação a dor!

(Técnico em enfermagem nº 15)

**Entrevistador: E você saberia me dizer quantas vezes você realizou?
[Cursos]**

Nossa várias (...), mas eu sinto falta de... di assim, porque a gente faz capacitação de um dia, entendeu? é uma coisa mais superficial, entendeu?! Eu sinto falta assim de mais empenho, mais...mais é... coisas assim, reais mesmo (...) cada paciente que chega tem coisa diferente para gente, tem que tá lendo, estudando, mas assim, eu sinto muita falta sim.... porque no início, lá atração a gente tinha mais capacitação assim mais duradouros...

(Enfermeiro nº 21)

Um fator fundamental para o sucesso da comunicação e educação de saúde em hanseníase é a participação conjunta dos serviços de saúde com as demais instituições e entidades da sociedade civil, promovendo a participação de diferentes atores sociais no planejamento e execução das Ações de Combate à Hanseníase (ACH), favorecendo a democratização e a descentralização das ações, além de potencializar a divulgação de informações sobre a hanseníase dirigidas à população em geral e às pessoas atingidas pela doença.^(23,31,32)

Os relatos a seguir demonstram que o envolvimento de diferentes personagens e instituições têm gerado frutos bem significativos no município:

Entrevistador: E você já organizou treinamentos e capacitações em hanseníase para outros profissionais de saúde?

Aqui, como eu falei só foi feito o mutirão (...) basicamente o pessoal da UNEMAT [Universidade estadual do Mato Grosso] (...) no caso como sou do Mais Médico, não tem essa função, então a gente cede o espaço e orienta mais ou menos como que tem ser a montagem do...a apresentação deles aqui, aos usuários no caso...

(...) Você notou algum resultado?

No caso teve uma! Ao surgimento de alguma mancha assim, com características de perda de sensibilidades, que retornasse mais usuários da unidade preocupados com esse tipo de alteração...

(Médico nº 7)

Minha equipe é pequenininha né? É uma técnica, uma agente comunitária (...) sempre auxiliar administrativa tá junto! De serviços gerais a gente coloca também! (...) pacientes, a comunidade sempre a gente tá fazendo conversando com eles aí fora (...) eles

têm um olhar muito, muito crítico entendeu? Às vezes a gente nem reparou, e eles: ó fulano, você viu fulano, ó fulano, principalmente ali na triagem eu sempre falo dá uma olhadinha, conversa na triagem, pergunta se tá tudo bem né? (...) então tem resultados positivos sim...

(Enfermeiro nº 21)

Assim, como nos estudos de Almeida *et. al* (2016)⁽³³⁾ e de Guanaes-Lorenzi & Pinheiro (2015)⁽³⁴⁾, observamos neste estudo a necessidade de ampliar a inclusão e o reconhecimento do profissional ACS.

É possível encontrar nos relatos abaixo, a desvalorização sentida pelos ACS. Eles descrevem os problemas em virtude do excesso de trabalho gerado pela diminuição no número de contratação desses profissionais nos serviços de saúde e também relatam as dificuldades para promover ações de conscientização e busca ativa.

Entrevistador: (...) quais as dificuldades que a senhora encontra para organizar esses cursos e capacitações, palestras (...) sobre hanseníase?

É porque assim, a gente fica sobrecarregado né? A gente tinha sete Agentes de Saúde né? agora a gente só... não! Só duas... então tem um estagiário de medicina, de enfermagem aí vem (...) às vezes a gente de repente pode programar (...) Mas pode ser que dá choque com outras coisas, então é muito evento para pouco Agente de Saúde.

(ACS nº 20)

A senhora pretende organizar novos cursos, treinamentos e capacitações (...)

(...) geralmente a gente passa naquele setor [microrregião da cobertura da UBS sobre responsabilidade do ACS], às vezes muita das vezes, a gente guarda até o conhecimento né? a gente não caba passando aquele tudo que a gente... né? (...) porque todo mundo tem a capacidade de falar (...) não precisa ser o médico, a gente mesmo, mas a gente ainda tem dificuldades em sabe por quê? Porque a população, ela... elas têm muita credibilidade no enfermeiro, no médico, eles não acredita muito no trabalho do Agente de Saúde cê entendeu? Eu acho que ainda tem que quebrar esse tabu, que o agente de saúde também recebe capacitação para que ele possa passar essa informação né? a gente não vai fazer dar uma palestra uma orientação para paciente que ele [o ACS] não tem...que a gente vem buscar isso é um outro profissional para poder ir, tirar dúvida daquele paciente né? jamais vai deixar ele [o paciente] com dúvida né? ou vou passar a informação não correta...

(ACS nº 5)

O ACS, no contexto da hanseníase é a “chave” principal para o sucesso das ações de controle e seu papel está alicerçado nas realidades das famílias da área de cobertura da UBS nos bairros onde moram, gerando uma proximidade com os pacientes, aumentando as chances de detectar novos casos, além de possibilitar o acesso às particularidades dos pacientes.⁽³⁵⁾

Observamos ainda, que o ACS possui um maior tempo em serviço e participação nas ações de educação em saúde. É uma figura com importante inserção na realidade do município. Estudos anteriores relataram a importância de um personagem que vive e entende da realidade local^(34,36), se tornando uma figura central para as ações de controle em regiões de alta endemicidade da hanseníase. Isso pode ser evidenciado no relato a seguir:

Assim, ficou muito mais fácil de você né? Identificar a pessoa que está com hanseníase né? Porque assim, no caso a minha família já teve hanseníase, meu pai teve né? Só que do meu pai assim, ele não tinha mancha era parte só dormência, não tinha mancha nenhuma....

(ACS nº 9)

Um outro aspecto importante deste estudo é a alta rotatividade dos profissionais, que é um problema crescente, em virtude de melhores ofertas e condições de trabalho, que são fatores decisivos para que esses profissionais optem por desistir da prestação de serviços nos programas da Estratégia da Saúde da Família.⁽⁴³⁾

Sendo assim, torna-se urgente a necessidade de melhorar as condições de trabalho e modificar a forma de contratação destes profissionais. Nos relatos a seguir, é possível perceber o quanto a rotatividade retarda o progresso das ações das unidades públicas de serviço de saúde.⁽³⁷⁾

(...) outra coisa é as vezes a troca de profissionais, tipo, a gente está com um novo médico.... então, capacitou bastante o médico que trabalhava com a gente, um trabalho legal e agora tô com o médico novo, recém formado... Então assim, porque a agente sabe assim que tem que ter uma equipe completa, uma equipe que realmente assim, treinada, todo de igual para igual, para todo mundo falar a mesma língua né?

Entrevistador: O diagnóstico da hanseníase?

Então, cai nisso né? Que eu falei né? ... então o diagnóstico tá assim, cada dia mais difícil, até mesmo falo assim, que até mesmo da condição de trabalho... cê vê que essa sala por exemplo ela é extremamente escura, não é? Então, pra visualizar, ver uma mancha ...tiver uma parte diferente... num membro... Então assim, cada dia mais difícil....

(Enfermeiro nº 21)

A desmotivação e o desinteresse dos profissionais como pontuam Batista & Gonsalves (2011)⁽³⁸⁾, reside na necessidade de conscientizá-los e prepará-los para uma melhor abordagem e para o enfrentamento das dificuldades diante da realidade e das necessidades que possui o serviço público de saúde.

(...) essa troca de profissionais que as vezes coloca pessoas que não tem conheci.... não vou falar que é conhecimento...as vezes não tem experiência né? Para lidar com a patologia e as vezes muitos deles não têm nem perfil para estar trabalhando na saúde pública e está aí e está dificultando sim o trabalho da gente...

(Enfermeiro nº 21)

(...) os novos profissionais não têm esse interesse de busca ativa...de perceber, de observar...né? Mesmo dentro da unidade não olha o paciente como um todo...Então precisa deste olhar...

(Coordenador de unidade nº 14)

Atualmente, observa-se que os profissionais são formados para atuar em clínica, no entanto, sem conscientização necessária de considerar a qualidade de vida dos pacientes, a gestão dos serviços de saúde e a atenção básica que provoque um olhar atento para a vigilância.^(39,40)

A formação tradicional dos profissionais de saúde no Brasil, faz com que se crie as tais “políticas específicas” chamadas de “programas de ação” ou “ações programáticas” que partem de uma assistência individualista. Ainda assim, para implantar essa “ação programática”, cria-se uma linha de capacitações, que consiste basicamente em “prescrever trabalho”, que ao invés de atuar como assistência para as esferas gestoras, acabam por avolumar cursos, treinamentos e capacitações.^(39,40)

No relato de uma coordenadora de UBS é possível constatar a distância entre a teoria e a prática:

Então é... os cursos, eles são muito teórico por mais que tenham a prática, eles só mostram assim, o que é a doença e como fazer esse tratamento... eu tive muita dificuldade quando eu comecei a acompanhar o primeiro paciente aqui porque eu não sabia como montar um prontuário, eu sabia todas as fichas que eram necessárias, mas não sabia como montar esse prontuário! Como fazer esse acompanhamento paciente!

Então esse [mostra o prontuário mais recente] a gente foi criando com o tempo... Teve alguns mais incompletos, hoje a gente já faz uns mais organizados né? Ainda tem muita dificuldade com hanseníase (...) na realidade agora tá muito difícil, a gente tem uma sobrecarga de trabalho muito grande né? Então assim, às vezes quando os cursos são marcados, são cursos longos tipo de 3 dias de curso e a gente não pode se ausentar por tanto tempo da unidade(...)

A grande problemática deste modelo de “educação em saúde” está no fato de que é possível identificar os problemas, mas não compreender todo o universo que sustenta o problema em si. Talvez respostas eficazes, venham de modelos que ampliem ao máximo um sistema orgânico e afetivo entre profissionais de saúde, gestores, coordenadores e usuários.^(39,41)

Neste âmbito, os resultados apresentados até aqui, demonstraram que somente existe preocupação com a transferência de conhecimento e cumprimentos dos protocolos. Fica claro que existe uma necessidade de ações efetivas que promovam interações entre os profissionais e que assimile

verdadeiramente as necessidades e as dificuldades relacionadas a logística, as questões financeiras e os reais motivos que levam a profunda desmotivação observada nesses profissionais.

Por fim, deixamos outros relatos para reforçar a importância de se obter um modelo assertivo de educação em saúde, que possam realmente avaliar a absorção de conhecimento por parte dos profissionais de saúde.

A [funcionária] usa bastante [material] do Ministério da Saúde, até porque ela tem uma cartilha para seguir né? Ela encaminha para todas os coordenadores das unidades saúde... até dos municípios vizinhos sobre a aula... sobre o treinamento, a última vez foi até cada UBS ... para não ficar difícil para eles virem, mas o retorno não foi bom!

(Médico nº 17)

(...) Um exemplo, o paciente agendou sexta-feira, então ele veio aqui sexta-feira passada pra agendar consulta para atender...então, se eles avisam antes, a gente nem agendaria, ficaria com esse tempo livre (...) Eles avisam assim, se tem um curso eles: "amanhã vai ter um curso!", Pra gente tirar os agendamentos é difícil! ...ai acaba não indo... eu não sei porque eles fazem isso! pra ninguém ir né? ou eles não têm um cronograma mais organizado?! Mas eu percebi isso, que eles avisam tudo de última hora ... e aqui a gente trabalha com agendamento...tem que desmarcar os pacientes, avisar né? (...)

Entrevistador: (...) como influenciou (cursos) nas rotinas de trabalho (...)

É foi um curso prático né?, que eu não coloquei em prática nesta unidade... por falta assim, as vezes da minha parte, ou porque assim, (...) quando eu fiz o curso, no local que eu fiz já tinha os instrumentos... tipo todos os instrumentos de exame físico do paciente... e aqui nesta unidade não tem... Mas, a gente pode dar um jeito né? Mas ainda eu não fiz isso...

(Médico nº 23)

(...) e assim, como a gente acaba sendo referência da cidade, então querendo ou não, sobra para a gente, por mais que a gente tente descentralizar, muitas vezes o enfermeiro fala assim: ah eu não sei nem como que faz... e aí vem para cá, e eles [pacientes] ficam aqui ...a gente fica até meio que (...) chateado (...)

(Profissional de saúde do CRS nº 18)

4.0 Conclusões e apontamentos finais

Os serviços de saúde do município de Cáceres possuem importante fragilidade na divulgação da hanseníase para os próprios usuários e para a comunidade em geral. Isto decorre da dificuldade que o CRS tem quanto a aplicação integral de ações de saúde para as UBS, que estão também fortemente relacionadas com a falta de recursos financeiros e do desinteresse por boa parte dos profissionais de saúde.

Nesse âmbito, é notório a necessidade de reformulação nas ações de educação em saúde pelo CRS, buscando mapear do conhecimento sobre os assuntos abordados nos cursos e a partir desse movimento melhorar a logística da aplicação e divulgação, com a finalidade de democratizar o acesso as informações nas Unidades Básicas de Saúde.

Por fim, as fragilidades que afetam a assertividade e a integralização das ações de saúde nesse município em todos os grupos de entrevistados têm ampliado os preconceitos em torno da doença, alargado as dificuldades para a realização de busca ativa de casos novos e conseqüentemente do diagnóstico precoce, “cooperando” para manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase.

5.0 Referências bibliográficas:

1. Trivinos A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1995.
2. Lüdke, Menga; André MED. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. *Pesqui em Educ* abordagens Qual [Internet]. 1986;25–44. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4091392/mod_resource/content/1/Lud_And_cap3.pdf
3. França T, De Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto IC de M, De Castro JL, et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: A contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1817–28.
4. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JI dos S, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44(5):621–6.
5. Silva PLN. Perfil do conhecimentos sobre Hanseníase entre moradores de uma estratégia saúde da família. *Hansenol Int*. 2014;37(2):31–9.
6. Rotberg A. O Pejorativo “Lepra” E a Grande Vitima De Grave Erro Medico Social Historico: a Indefesa America Latina. *RevHistoria*. 1975;No.101:295–304.
7. Femina LL, Soler ACP, Nardi SMT, Paschoal VD. Lepra para a hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. *Hansenol Int*. 2007;32(1):37–48.
8. Cavaliere IAL, Grynspan D. Fábrica do imaginário, usina de estigmas: Conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre a hanseníase. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(2):345–62.
9. Mattos DM, Fornazari SK. A lepra no Brasil : representações e práticas de poder. *Cad Ética e Filos Política*. 2005;6:45–57.
10. Cunha AZS da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Cien Saude Colet*. 2002;7(2):235–42.
11. Tronca I. As máscaras do medo: lepraids. Campinas: Unicamp; 2000. 160 p.
12. Taylor CE, Elliston EP, Gideon H. Asymptomatic infections in leprosy. *Int J Lepr*. 1965;33(3).
13. Deps PD, Faria LV, Gonçalves VC, Silva DA, Ventura CG, Zandonade E. Aspectos epidemiológicos da transmissão da hanseníase em relação a exposição ao tatu. *Hansen Int*. 2003;28(2):138–44.
14. Walsh GP, Storrs EE, Burchfield HP, Vidrine MF, Binfoed CH. Leprosy-like disease occurring naturally in Armadillos. *Interantional J Lepr*. 1975;18:347–57.
15. Barata RCB. Saúde e direito à informação. *Cad Saude Publica*. 1990;6(4):385–99.
16. Lima MCV, Barbosa FR, Santos DCM, Nascimento RD, D’Azevedo SSP. Práticas de autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés. *Rev Gauch Enferm*. 2018;39:e20180045.
17. BRASIL.Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades [Internet]. 1st ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 8–132 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+de+preven+o+de+incapacidades#0>
18. Szabo I, Brandão ER. “Mata de tristeza!”: Representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na farmácia universitária da universidade federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface Commun Heal Educ*. 2016;20(59):953–65.
19. Mariano K, Correia L, Borloti E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta Comport Rev Lat Análisis Comport*. 2013;21(2):227–40.
20. Bakirtzief Z. Águas passadas não movem moinhos: as representações sociais da hanseníase. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
21. Nakae MF. Nada será como antes : O discurso do sujeito coletivo hanseniano. *Psic*. 2002;3:54–73.
22. Da Cortela DCB, Ferreira SMB, Virmond MCL, Mieras L, Steinmann P, Ignotti E, et al. Acceptability of chemoprophylaxis in an endemic area for leprosy: The PEP-Hans Brazil Project. *Cad Saude Publica*. 2020;36(3):1–12.
23. Brasil. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Brasília, Brasil: Diário Oficial da União; 2010. p. 1–19.
24. Cruz A. Uma cura controversa: A promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis*. 2016;26(1):25–44.
25. WHO. World Health Organization. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;1(1):113–27.

26. Boigny RN, de Souza EA, Romanholo HSB, de Araújo OD, de Araújo TME, Carneiro MAG, et al. Persistence of leprosy in household social networks: Overlapping cases and vulnerability in endemic regions in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):1–14.
27. Reis J, Fradique F. Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: Causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*. 2012;20(1):5–26.
28. Gomez PF, Gutiérrez MGR de, Moreira RSL. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):925–30.
29. Fin TC, Portella MR, Scortegagna SA. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017;20(1):77–87.
30. Aquino EML. Gênero e saúde : perfil e tendências da produção científica no Brasil Gender and health : profile and. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N. 2006;40(N Esp):121–32.
31. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão maio de 2007 á dezembro de 2008. 2009;73(047).
32. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Brasília; 2009.
33. Almeida AM de, Machado BR, Rezende e Silva FM de, Quadros KAN. Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. *Rev Médica Minas Gerais*. 2017;26:1–7.
34. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(8):2537–46.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 21–29 p.
36. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: Elemento nuclear das ações em saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013;18(7):2147–56.
37. Medeiros C, Junqueira A, Schwingel G, Ioná C, Jungles L, Lechmann O. A rotatividade de enfermeiros e médicos : um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2010;15((Supl.1)):1521–31. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>
38. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de Saúde para o SUS: Significado e cuidado. *Saude e Soc*. 2011;20(4):884–9.
39. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2005;9(16):161–8.
40. Batista LE. Epidemiologia: economia, política e saúde. *Perspect Rev Ciências Sociais*. 1992;15(1).
41. Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - Uma revisão conceitual. *Cienc e Saude Coletiva*. 2007;12(2):335–42.

Apêndices

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre esclarecido.

Título do projeto: **Fatores relacionados a distribuição espacial de Hanseníase em Cáceres/MT**

O Sr.^a é convidado a participar desta pesquisa que busca entender os fatores relacionados a manutenção de Hanseníase em Cáceres-MT.

Sr.^a foi selecionado para este estudo porque:

- () Sr.^a é profissional de UBS do município de Cáceres.
- () Sr.^a é um paciente em tratamento de Hanseníase do Município de Cáceres.
- () Sr.^a é contato com uma pessoa em tratamento de Hanseníase no Município de Cáceres.
- () Sr.^a mora no Município de Cáceres há pelo menos um ano.

Informamos que Sr(a) não é obrigado a responder este questionário e a qualquer momento pode desistir e retirar seu consentimento de participação nesse estudo, sem nenhum dano ou prejuízo.

Se estiver de acordo com as informações, Sr(a) será entrevistado a partir de um questionário com questões que vão nos esclarecer sobre seu conhecimento e modo de pensar sobre Hanseníase. Essa entrevista será gravada. Os áudios serão mantidos durante 5 anos sob minha responsabilidade e de minha orientadora.

Informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados dessa entrevista e todas as providências necessárias serão tomadas para manter o seu sigilo.

Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em revistas ou eventos científicos e os resultados obtidos serão apresentados sem revelar seu nome, ou qualquer outro tipo de informação que comprometa sua privacidade.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Sua via deverá ser guardada, pois é um documento que traz importantes informações que garantem seus direitos como participante dessa pesquisa.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo e-mail constante nesse documento e também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Lauro de Souza Lima pelo e-mail: etica@ils.br ou pelo telefone: (14) 31035814

Sr(a) não receberá nenhum benefício financeiro e também não terá nenhuma despesa advinda da sua participação nessa pesquisa.

“Eu _____,
declaro que li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este Termo de Consentimento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Deste modo, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar do estudo como entrevistado”

Assinatura do participante



Assinatura do pesquisador
E-mail: biomed.nathanoliveira@gmail.com
Cáceres, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE 2

Termo de assentimento para criança e adolescente (maiores de 10 anos e menores de 18 anos).

Título do projeto: **Fatores relacionados a distribuição espacial de Hanseníase em Cáceres/MT**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que busca entender os fatores relacionados a manutenção de Hanseníase em Cáceres-MT.

Você foi selecionado para este estudo por que:

- () É um parente de uma pessoa que trata ou tratou da hanseníase.
() Mora na cidade de Cáceres/MT há pelo menos 1 ano.

1-) Você não é obrigado a responder este questionário e pode desistir de participar desse estudo, sem nenhum dano ou prejuízo.

2-) Se estiver de acordo com as informações, o pesquisador irá perguntar sobre a hanseníase e o que você pensa sobre ela ou do tratamento do seu parente.

3-) Essa entrevista será gravada e o que você falar será mantido em segredo.

4-) A qualquer momento você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo e-mail: biomed.nathanoliveira@gmail.com ou etica@ils.br ou pelo telefone: (14) 31035814

5-) Você não receberá dinheiro pela pesquisa e também não terá que pagar por ela.

6-) Você está recendo um papel igual a esse e deve ser guardado, pois é um documento.

“Eu _____, li ou alguém leu para mim, entendi as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de assentimento ou autorização.

O pesquisador me explicou sobre a entrevista e aceito participar do estudo. Deste modo, dou meu assentimento de livre e espontânea vontade e declaro estar à vontade para participar do estudo como entrevistado”

Nome ou assinatura do participante

Impressão datiloscópica

Eu

_____, responsável
por: _____, autorizo a
participação dele/dela no estudo.

Assinatura do responsável.

Assinatura do pesquisador
E-mail: biomed.nathanoliveira@gmail.com
Cáceres, ____ de _____ de _____.

Impressão datiloscópica

APÊNDICE 3

Roteiro de entrevista aos indivíduos notificados.

Data da entrevista:

Qual seu endereço e bairro?

Qual o seu Nome?

Qual a data de nascimento?

Qual a sua naturalidade?

Qual o seu estado civil?

Até que serie estudou?

Com o que você trabalha (ou trabalhou se aposentado)?

1) Em relação a sua doença:

a) Como você acha que “pegou”? (Transmissão)

b) Como percebeu que estava doente? (Sinais e sintomas/Diagnostico)

c) Como se sentiu ao saber da doença? (Aceitação)

d) Está em tratamento? Desde quando? Até quando?

f) Você procurou algum outro tipo tratamento, antes de vir a unidade de saúde? Qual?

g) O que te levou a procurar o atual serviço de saúde?

h) Qual a sua opinião sobre o serviços dos profissionais desta unidade de saúde?

2) Em algum momento você deixou de tomar o medicamento? Por algum motivo?

3) Em algum momento o senhor(a) deixou de procurar o serviço de saúde? Quais os motivos?

4) O que você acha do serviço que os profissionais fazem aqui?

5) Quais foram as informações sobre Hanseníase que passaram para o senhor(a) na unidade de saúde?

APÊNDICE 4

Roteiro de entrevista aos contatos .

Data da entrevista:

Qual seu endereço e bairro?

Qual o seu Nome?

Qual a data de nascimento?

Onde você nasceu?

Qual o seu estado civil?

Até que série estudou?

Com que você trabalha (ou trabalhou se aposentado)?

1) Quem da sua família possui Hanseníase? (lepra?)

2) Ele está em tratamento ou já finalizou? (por quanto tempo tomou/ toma, ou irá tomar)

3) Qual foi sua reação quando soube que seu/sua parente estava com a doença?

4) O que você sabe sobre a doença?

5) Como foi que ele (a) descobriu que estava com a doença? (Diagnóstico/Sinais e sintomas)

6) Como você acha que ele (a) pegou a doença? (Transmissão)

7) Você acredita que essa doença tem cura?

8) Você e sua família também foram examinados para Hanseníase?

9) Alguém mais foi diagnosticado? Se SIM Está fazendo o tratamento ou já finalizou?

11) O que você acha do serviço prestado nesta UBS?

Roteiro de entrevista aos profissionais de saúde.

Data da entrevista:

Unidade de saúde que trabalha:

Qual o seu nome?

Onde você nasceu?

Qual a sua naturalidade?

Qual o seu estado civil?

Até que série estudou?

Qual a sua formação?

Qual o cargo que ocupa:

Quanto tempo trabalha com Hanseníase?

1)Quais conhecimentos você possui sobre a Hanseníase em relação à:

- a)Transmissão
- b)Sinais e sintomas
- c)Diagnóstico
- d)Cura
- e)Tratamento

2)Já realizou algum curso ou capacitação profissional em Hanseníase?

- a)Se SIM, quantas vezes realizou?
- b)Quando foi a última vez que participou (Ano)
- c)Se NÃO, gostaria de participar? Por qual motivo?
- d) Como a sua participação nessas ações influenciou na sua atuação com os pacientes, contatos e outros profissionais de saúde em relação ao diagnóstico da doença e encaminhamentos do paciente?
- e) Houve mudanças na sua rotina de trabalho?
- f)Se NÃO, gostaria de realizar mudanças?
- g)Por qual motivo?
- h)Quais oportunidades você tem para participar dos cursos, capacitações?
- i) Quais dificuldades você tem encontrado para participar?

4)Você já organizou treinamentos em Hanseníase para outros profissionais da saúde no seu local de trabalho?

- a) Se SIM, descrever como foram desenvolvidas?
- b) Em média, quantas pessoas treinadas?
- c) Quais resultados foram obtidos?
- d) Você acha que os resultados foram satisfatórios?
- e) Como esses cursos facilitaram a atuação do profissional com o paciente, contato, diagnóstico da doença e encaminhamento do paciente?
- f) Quais dificuldades você encontra para incentivar a realização de treinamentos/capacitações/ações educativas em hanseníase?
- g) Se NÃO, você pretende organizar novos cursos, treinamento ou capacitação?

APÊNDICE 6

Roteiro de entrevista aos membros da comunidade .

Data da entrevista:

Qual seu endereço e bairro?

Qual o seu Nome?

Qual a data de nascimento?

Qual a sua naturalidade?

Qual o seu estado civil?

Até que série estudou?

Com o que você trabalha (ou trabalhou se aposentado)?

1) Você já ouviu falar sobre Hanseníase? / Você já ouviu falar sobre lepra?

a) Se SIM, Como ficou sabendo desta doença?

b) Baseado no conhecimento que você acredita que tem, em que situação ou quando você acha que alguém deveria procurar um médico para ver se tem a doença?

c) Se NÃO, o senhor(a) gostaria de saber mais sobre essa doença? Porque?

2) Você já conheceu alguém com a doença ou ficou sabendo de alguém que tinha a doença? Quem? (amigo, parente, etc) Quais sinais e sintomas essa pessoa tinha?

3) Você acha que o fato de conhecer alguém com a doença pode ser um risco para você ficar doente? Em que situação pode ser um risco? Na sua opinião, como se transmite a doença?

4) Quais pontos ou informações sobre a doença o senhor(a) acredita ser importante em uma divulgação sobre Hanseníase (ou lepra se for o caso) na comunidade?

5) Como o você acha que deve ser uma campanha sobre a hanseníase? O Você já participou de algum evento/divulgação sobre hanseníase (ou lepra se for o caso)? Se sim, como foi sua experiência?

6) Na sua opinião, a Hanseníase (ou lepra se for o caso) tem cura? Se sim, qual seria o tratamento?

Anexos

INSTITUTO LAURO DE SOUZA
LIMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores relacionados à distribuição espacial de hanseníase em Cáceres - MT

Pesquisador: NATHAN GUILHERME DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13334019.0.0000.5475

Instituição Proponente: Instituto Lauro de Souza Lima

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Mudança do título do projeto

Justificativa: Entendemos que o primeiro título não contempla mais em totalidade os resultados

Data do Envio: 04/08/2020

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.243.009

Apresentação da Notificação:

O pesquisador solicita a alteração do título do Projeto inicial.

Objetivo da Notificação:

Mudança no título do Projeto de "Fatores relacionados à distribuição espacial de hanseníase em Cáceres-MT" para "Parâmetros epidemiológicos, espaciais e qualitativos do perfil da hanseníase em município do alto pantanal-MT".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segue parecer inicial de aprovação número 3.419.641.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Os resultados obtidos durante a execução do trabalho permitiram melhor compreensão da patologia na região estudada.

Endereço: Rod Comte João Ribeiro de Barros Km 225/226

Bairro: Caixa Postal 3021

CEP: 17.034-971

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-5855

Fax: (14)3103-5963

E-mail: etica@isl.br

Continuação do Parecer: 3.419.641

ideológico durante as entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador acatou as recomendações desse colegiado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1350544.pdf	03/06/2019 10:37:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2019 16:26:43	NATHAN GUILHERME DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	textomestrado27042019.pdf	08/05/2019 11:10:57	NATHAN GUILHERME DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLROST.pdf	08/05/2019 11:10:38	NATHAN GUILHERME DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 27 de Junho de 2019

Assinado por:
ANA ELISA FUSARO
(Coordenador(a))

Endereço: Rod Comte João Ribeiro de Barros Km 225/226
Bairro: Caixa Postal 3021 **CEP:** 17.034-971
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-5855 **Fax:** (14)3103-5963 **E-mail:** etica@isl.br

Anexo 2

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENIASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Hanseníase			
		Código (CID10)		A 3 0. 9			
	3	Data da Notificação					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	14	Escolaridade		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		
	19	Distrito		20		Bairro	
	21	Logradouro (rua, avenida,...)		22		Número	
	23	Complemento (apto., casa, ...)		24		Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	
	27	CEP		28		(DDD) Telefone	
	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso						
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32		Ocupação	
	Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	
35		Classificação Operacional		36		Nº de Nervos afetados	
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
	38	Modo de Entrada		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado			
	39	Modo de Detecção do Caso Novo		1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado			
Dados Lab.	40	Baciloscopia		1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado			
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42		Esquema Terapêutico Inicial	
			1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados					
Observações adicionais:							
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde				
	Nome		Função		Assinatura		
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007		