



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



GUILHERME SPERRY ANTUNES

**DISSEMINANDO INFORMAÇÕES PERTINENTES AOS PERIGOS INERENTES À
HANSENÍASE NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA DO
MUNICÍPIO DE PORTEL-PARÁ**

BELÉM – PA

2020

GUILHERME SPERRY ANTUNES

**DISSEMINANDO INFORMAÇÕES PERTINENTES AOS PERIGOS INERENTES À
HANSENÍASE NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA DO
MUNICÍPIO DE PORTEL-PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Me. Grace Fernanda Severino Nunes

BELÉM – PA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A627 ANTUNES, GUILHERME SPERRY ANTUNES
DISSEMINANDO INFORMAÇÕES PERTINENTES AOS
PERIGOS INERENTES À HANSENÍASE NO TERRITÓRIO DA
UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA DO MUNICÍPIO DE
PORTEL-PARÁ / GUILHERME SPERRY ANTUNES
ANTUNES. — 2020.
40 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Me. Grace Fernanda Severino Nunes
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da
Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Hanseníase. 2. Mycobacterium leprae. 3. Lepra. 4.
educação em saúde. I. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

GUILHERME SPERRY ANTUNES

DISSEMINANDO INFORMAÇÕES PERTINENTES AOS PERIGOS INERENTES À HANSENÍASE NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA DO MUNICÍPIO DE PORTEL-PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____
Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me Grace Fernanda Severino Nunes
Orientador

Prof. Thalyta Mayssa Paiva das Neves

Dedico este trabalho a minha esposa e filho!

AGRADECIMENTOS

A minha família, por todos os anos de educação e ensinamentos de respeito ao próximo.

A minha querida esposa, pelo tempo dedicado a mim e ao conforto de nossos corações.

Ao meu filho, pela surpresa e por preencher as lacunas necessárias para seguir em frente.

Aos colegas de formação por ajudar no polimento de uma pedra bruta.

Aos colegas médicos do presente trabalho, por saber ouvir e recitar críticas construtivas.

"O cristianismo foi, até o momento, a maior desgraça da humanidade, por ter desprezado o Corpo."

Friedrich Wilhelm Nietzsche

RESUMO

Acreditando ser a educação a melhor forma de mudança em todos os aspectos humanos, o objetivo geral foi intervir na cadeia de transmissão do *Micobacterium hansenii* no território da Unidade de Saúde Cidade Nova na cidade de Portel-PA e seus limítrofes, sendo a população de estudo a da área de abrangência da unidade que se aproxima a dez mil pessoas. Tratar-se-á de um estudo quanti-qualitativo, exploratório, desenvolvido em duas etapas: a primeira por pesquisa documental, e a segunda com busca ativa e avaliação de possíveis enfermos da população da área de abrangência. Realizado treinamentos da equipe de saúde para a busca ativa de pacientes com queixas relacionadas à hanseníase ou a qualquer forma de lesão de pele sugestiva para tal enfermidade, bem como uma abordagem ideal ao paciente para estimular estes a acudir a unidade de saúde e a confirmação do diagnóstico sem estigmatizar ou depreciar o agravo. Concluímos que o engajamento da equipe foi fundamental para o bom acolhimento de cada pessoa e como entrave a resistência e os estigmas que acompanham todas as enfermidades entre a população.

Palavras-chave: Hanseníase, *Mycobacterium leprae*, Lepra, educação em saúde.

ABSTRACT

Believing that education is the best form of change in all human aspects, the overall objective was to intervene in the transmission chain of *Micobacterium hansenii* in the territory of the Cidade Nova Health Unit in the city of Portel-PA and its neighbors, being the study population the area covered by the unit, which is close to ten thousand people. It will be a quantitative-qualitative, exploratory study, developed in two stages: the first through documentary research, and the second with active search and evaluation of possible patients from the population in the area covered. Training of the health team was carried out to actively search for patients with complaints related to leprosy or any form of skin lesion suggestive of such disease, as well as an ideal approach to the patient to encourage them to come to the health unit and confirm the diagnosis without stigmatizing or depreciating the condition. We conclude that the team's engagement was fundamental for the good reception of each person and as a barrier to resistance and the stigmas that accompany all diseases among the population.

Keywords: Mycobacterium leprae, Leprosy, health education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição do índice de carência social e da taxa de detecção de hanseníase por região de integração, Pará, 2013.....	15
Figura 2 Relação de funções relacionadas com a ingesta.....	26

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1 Médias de idade, sexo e diagnósticos.....	23
Gráfico 2 Porcentagem de pacientes que não buscaram auxílio profissional.....	26
Gráfico 3 Quantidade de pessoas que já ingeriram, ou não, carne de caça.....	27
Gráfico 4 Relação de sexo/ingesta de carne de caça.....	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivos Gerais	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. METODOLOGIA	19
3.1 Implicações Éticas	19
3.2 Delineamento do Estudo	19
3.3 População de Estudo	20
3.4 Variáveis do Estudo	20
3.5 Análise Estatística dos Dados	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7. REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de uma cidade de cerca de 60mil habitantes localizada politicamente na ilha do Marajó no estado do Pará, mas geograficamente no continente, chamada Portel. Por ser de grande extensão territorial, estima-se que metade de sua população seja urbana e outra metade da zona rural, algumas com tempo de deslocamento de aproximadamente 3 dias navegando. Dentre seus problemas de saúde, como um todo, prevalecem os relacionados a pobreza já que é uma das 10 piores cidades em IDH do Brasil segundo o IBGE 2017. É comum e recorrente o relato de pessoas com tuberculose, hanseníase, malária, parasitoses, leishmaniose, anemias carências, entre outros, justamente pela relação com baixos níveis de saneamento básico, emprego, escolaridade etc.

A rede de saúde local conta com oito unidades básicas de saúde/estratégia de saúde da família na área central, sendo sete distribuídas para atenção urbana em seus respectivos bairros e uma com atenção rural que conta com dois profissionais médicos, as demais, um médico por unidade. Cabe ressaltar outras unidades distribuídas por todo o território rural para comunidades ribeirinhas que contam com técnicos de enfermagem e seus agentes comunitários de saúde.

O hospital municipal atende apenas pequenos procedimentos cirúrgicos locais e partos fisiológicos além de internações de casos simples e algumas cesáreas de emergência se necessário. Dispensa de unidade cirúrgica compatível com o tamanho da cidade que passa dos cinquenta mil habitantes (IBGE, 2017) e leitos incondizentes com o mínimo de asseio que se espera para restauração da saúde (ACS).

A população adscrita para a Unidade de Saúde Cidade Nova é de cerca de dez mil habitantes, número aproximado conforme contagem manual de quantidade de prontuários disponíveis no arquivo, e confrontado com o mapeamento da secretaria da saúde e prefeitura para a gestão de 2020.

A equipe da unidade conta com enfermeira, técnico de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, cirurgiã-dentista e auxiliar em saúde bucal(ASB) conforme recomendado pelo PNAB 2017. Na visão da equipe é imperativa a necessidade de melhor infraestrutura municipal no âmbito de saneamento básico com pavimentação asfáltica, drenagem pluvial e de resíduos, entre outras, para melhorar os indicadores de saúde. Já para a população faltam apenas médicos e medicamentos, conforme reuniões prévias. Todos os membros da equipe têm responsabilidade e cuidado com pacientes vulneráveis, coordenando

ações entre membros para atenções domiciliares. Um ponto falho por parte da administração é a não aderência ao quesito de longitudinalidade e vínculo com a população, já que são feitas trocas constantes de profissionais entre unidades e hospital.

De caso a caso e conforme a gravidade clínica, a visita domiciliar é no mesmo dia, já que existe um cronograma semanal para atenção, visto que surgem casos que não podem aguardar uma semana.

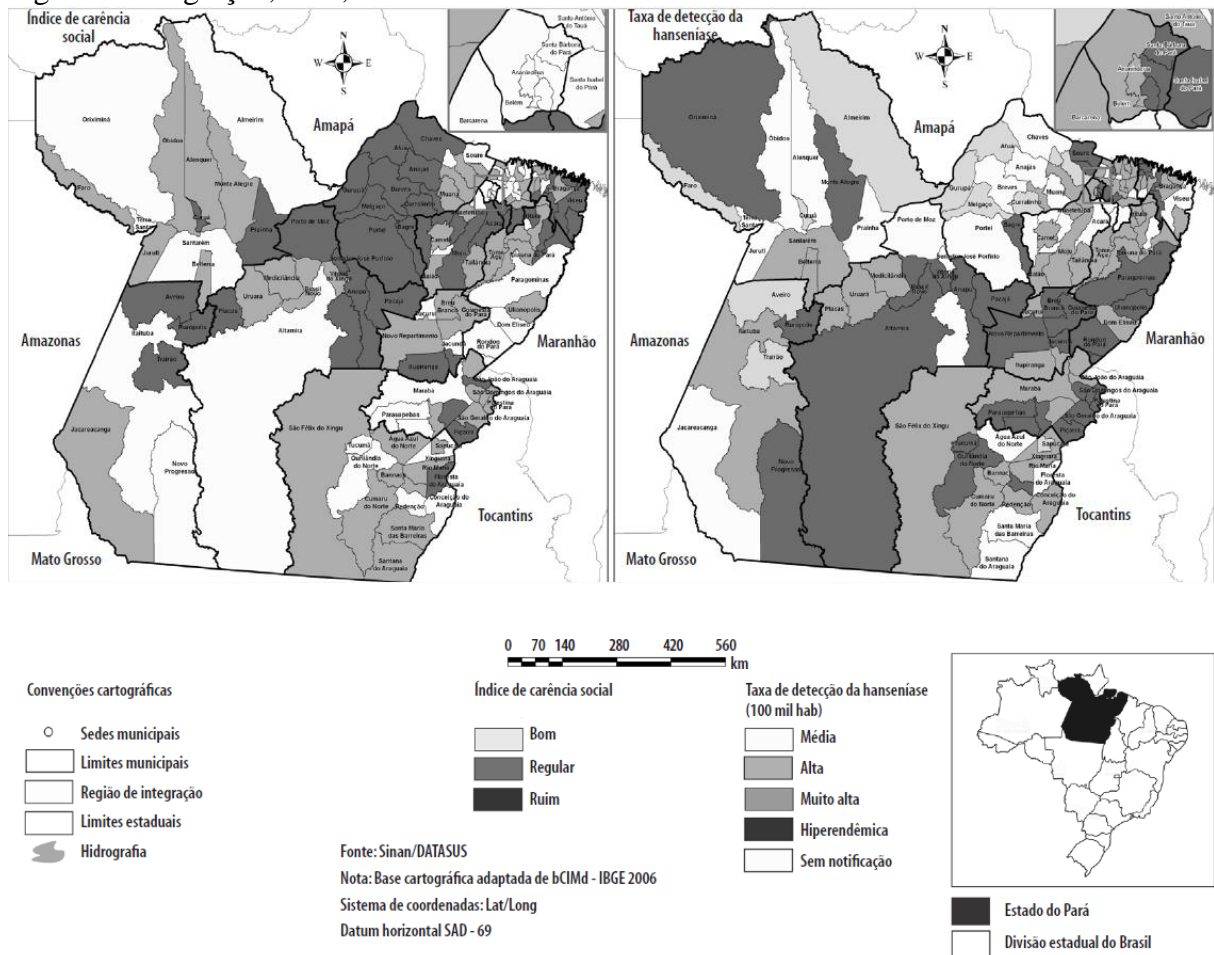
Existe um alto índice de resistência da comunidade na busca de maior qualidade e quantidade de informação já presenciado nas inúmeras conferências de saúde realizadas pela unidade sem a presença de adscritos, especialmente sobre a hanseníase. Destacamos que existem cerca de dez mil pessoas no território e atingimos em média quarenta pessoas por palestra, a grande maioria, as mesmas. É um número desanimador se observados os índices alarmantes de doenças com as quais bastaria a prevenção e o baixo nível de conhecimento da população. Não obstante, há uma boa persistência da equipe na tentativa de inverter esse quadro e na manutenção da propagação da informação.

O Pará atualmente ocupa o quarto lugar em incidência de hanseníase no país, com uma média de 27,70 casos por cada 100 mil habitantes notificados em 2018, ficando atrás dos Estados do Maranhão, Mato Grosso e Tocantins conforme dados da SESP 2020.

Já a nível mundial, no ano 2000, foi alcançada a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública global, definida pragmaticamente como uma prevalência registrada de menos de um caso de hanseníase por 10.000 habitantes.

Conforme constatado por CHAVES, 2017, existe forte relação entre alto índice de carência social (ICS) e aumento de casos de hanseníase. Mas um ponto não abordado é; porque o município de Portel, com alto ICS, obteve tão baixa Taxa de Detecção de Hanseníase (TDH) para o período do estudo conforme mostra Figura 1?

Figura 1 – Distribuição do índice de carência social e da taxa de detecção de hanseníase por região de integração, Pará, 2013



Fonte: CHAVES, Emanuele Cordeiro et al. Índice de carência social e hanseníase no estado do Pará em 2013: análise espacial.

Assim, observa-se o elevado número de casos no Brasil (em especial região norte), se comparado a nível mundial em se tratando de hanseníase, e a alta incidência de infecção na grande região norte do país, a Unidade de Saúde Cidade Nova tem relativo baixo número de notificações e pacientes em tratamento acompanhamento, atualmente 2, se consideradas as cerca de dez mil pessoas do território. O intuito é disseminar a informação em saúde à população que é de baixo nível sócio econômico e escolaridade conforme dados censitários, buscando o interesse sobre a gravidade da doença, sua evolução e sequelas para diagnóstico e tratamento oportuno (DA SILVA, 2018).

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível, de notificação compulsória, que possui como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*. Atinge principalmente a pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes, o que lhe confere alto

poder de causar incapacidades e deformidades físicas, principais responsáveis pelo estigma e preconceito que permeiam a doença (OMS 2016).

A busca por sinais e sintomas clássicos se dará por surgimento de áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; formigamentos, choques (parestesia) e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência (paresia/anestesia) – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber; pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos (alopecia), localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); pele infiltrada (avermelhada-eritema), com diminuição ou ausência de suor no local (anidrose) (CHAVES, 2018).

Há ainda os sinais e sintomas secundários como dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente olhos, mãos e pés; diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras; edema de mãos e pés com cianose e ressecamento da pele; febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito: aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores); entupimento, feridas e ressecamento do nariz; ressecamento e sensação de areia nos olhos. (BRASIL, 2016)

Estudos apontam que 62% dos tatus-galinha amostrados do estado do Pará, no Brasil, apresentaram sinais de exposição à bactéria que causa a hanseníase segundo DA SILVA, 2018. Em dito estudo, também foi constatado que existe o consumo, ao menos uma vez ao ano da carne de tatu-galinha por seus moradores, e que com mais frequência apresentam maiores concentrações de anticorpos contra a hanseníase no sangue, sugerindo uma forte correlação entre a caça, o manejo e a ingestão desses animais e a contração da doença.

Justificativa

Conforme averiguado, destaca-se o baixo número de pessoas em tratamento para hanseníase na unidade de saúde Cidade Nova no município de Portel-PA, sendo incondizente com a provável alta incidência para a enfermidade dentro da macrorregião.

A delimitação e a situação-problema foi de identificar a problemática do baixo número de pacientes por busca de auxílio em lesões sugestivas de hanseníase dentro do território da ESF Cidade Nova do município na gestão 2020.

A suposição a respeito do problema é que a desinformação em saúde sobre agravos e enfermidades devido a língua nativa deixado por profissionais médicos de gestões anteriores, estão se manifestando na Unidade por meio de questionamentos simples e descasos com situações de maior importância no que se refere ao ser biopsicossocial da população que acode à consulta e também dos integrantes da equipe responsáveis pela disseminação dessas informações.

Supondo que essa melhor informação, se bem empregada, possa trazer bons resultados no tocante a lesões sugestivas para a hanseníase, teremos um maior número de pacientes em tratamento e redução da transmissibilidade da doença no médio/longo prazo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Disseminar informações pertinentes aos perigos inerentes à hanseníase no território da Unidade de Saúde Cidade Nova.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o maior número de infectados sem tratamento prévio e seus contatos.

Identificar os contatos de pacientes em tratamento que acodem à unidade.

Informar e educar a equipe e a população sobre a hanseníase.

Intervir positivamente na transmissibilidade da enfermidade.

Relacionar a atividade de caça com a ingestão da carne.

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

Esse projeto de intervenção foi construído mediante os protocolos do Ministério da Saúde para os pacientes e não foi realizado ensaios clínicos. Desta maneira, não foi necessária à aprovação do Comitê de Ética, obedecendo com isso à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Refere-se também à Resolução 510/16 (CNS, 2016) que inicia e reconhece as especificidades das CSH em suas concepções e práticas de pesquisa, assumindo seu caráter pluralista destacando a relação pesquisador-participante como um processo contínuo, dialógico, reflexivo e não hierárquico com a compreensão da permissão aos pesquisadores de iniciar o contato com as populações e a realidade a serem estudadas, não dependem da avaliação do CEP/CONEP.

3.2 Delineamento do Estudo

Tratar-se-á de um estudo quanti-qualitativo, exploratório, desenvolvido em duas etapas: a primeira por pesquisa documental, e a segunda com busca ativa por meio de ACS's, equipe em geral e carro de som como disseminador de informação.

Identificado o caso suspeito, foi realizada a anamnese e exame físico por meio estritamente clínico, pesquisa por meio presencial do paciente, em consultório da unidade de saúde por meio de disseminação de informação a respeito dos achados clínicos e complicações referentes à enfermidade em questão.

Como já são feitos treinamentos com a equipe da unidade de saúde, estes serão intensificados para a busca ativa de pacientes com queixas relacionadas à hanseníase e a forma de abordagem ao paciente para estimular estes a acudir a unidade de saúde para a confirmação do diagnóstico, ou mesmo, para a visita domiciliar caso realmente necessário.

Identificado que no ano de 2019 foram atendidas quatro pessoas com hanseníase e feito o acompanhamento-tratamento na unidade, sendo que duas foram dadas de alta em meados de 2019 e uma em janeiro de 2020, restando apenas 1 em tratamento com diagnóstico de 2019. Assim, a equipe realizou a busca ativa dos pacientes, cada um responsável com a devida atribuição das tarefas.

Os ACS's foram direcionados para a disseminação de informação em saúde bem como captação de possíveis doentes e seus contatos. Foram disponibilizadas listas de atenções e/ou residências para visita domiciliar, se necessário, e periodicidade de consultas pertinentes bem

como atenção diferenciada a casos suspeitos e seus contatos. Para o médico e enfermeira da unidade poderão confirmar o diagnóstico, clínico ou epidemiológico, para início do tratamento e notificação. Já as técnicas de enfermagem foram responsáveis pelo primeiro acolhimento e na indicação de atenção médica ou de enfermagem.

A intensão fundamental foi de melhorar o conhecimento da população adscrita da unidade em referência a enfermidades, no presente caso, dermatológicas infectocontagiosas, hanseníase.

3.3 População de Estudo

A população de estudo foi da área de abrangência da unidade. Não foi realizada a amostragem dessa população já que um dos objetivos foi atrair o maior número de casos positivos ou suspeitos à unidade e dar início ao seu tratamento oportuno. A população alvo do projeto foi de adultos jovens de 18 anos a idosos de 80 anos, sem distinção de sexos.

São residentes de um determinado bairro (Cidade Nova) no município de Portel-PA que possui um dos piores IDH's do Brasil com um dos piores índices de escolaridade e renda *Per capita* conforme dados do IBGE.

Foram excluídas as que apresentavam alguma alteração de sensibilidade por problema ortopédico ou com lesão de pele por infecção fúngica ou outras manchas benignas.

3.4 Variáveis do Estudo

A melhor informação em saúde dos membros da equipe da UBS no tocante a lesões de pele sugestivas de hanseníase foram espelhadas no maior número de pacientes com tratamento ativo na unidade.

Os critérios diagnósticos, conforme o Ministério de Saúde são que correspondem as variáveis:

- Anamnese - obtenção da história clínica e epidemiológica;
- Avaliação dermatológica - identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- Avaliação neurológica - identificação de neurites, incapacidades e deformidades;
- Diagnóstico dos estados reacionais;
- Diagnóstico diferencial;
- Classificação do grau de incapacidade física.

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, necessitando tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- a) lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou,
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras

e/ou autonômicas; ou, c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio do exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas

Contato domiciliar

Toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente sem tratamento. O exame dos contatos foi realizado imediatamente após o diagnóstico e no mínimo uma vez por ano, por cinco anos, pelo menos, com avaliação dermatoneurológica. O exame dos contatos também é imprescindível para quebrar a cadeia de transmissão.

Contato social

Aquele que não reside mas tem ou teve contato muito próximo e/ou prolongado com o paciente não tratado. Deve ser investigado de acordo com o grau e tipo de convivência. Escola, universidade, trabalho em ambiente fechado e etc, com permanência por cerca de quatro horas diárias.

3.5 Análise Estatística dos Dados

Os dados secundários foram obtidos na planilha do sistema local e transcritos na forma de gráficos. Os dados obtidos mediante avaliação foram transcritos em tabelas e posteriormente evidenciados em gráficos ou organograma.

4. RESULTADOS

Inicialmente foram avaliados os contatos do paciente já tratado por meio de atenção domiciliar e solicitação de comparecimento à unidade com intermédio dos ACS. Em seguida, o número total de atenções foi definido pela quantidade de pessoas que acudiram por auxílio, consulta ou questionamento conforme chamado geral por veículo de som que transitou pelas ruas do bairro em dias alternados por uma hora cada dia solicitando comparecimento caso haja dúvidas ou lesões compatíveis ao chamado sobre tal agravo, além da busca por parte das ACS's.

O intuito foi abranger o maior número de pessoas, tranquilizando e informando sobre o problema bem como estimular a consulta e seu tratamento oportuno. Por se tratar de população de alto índice de carência social, é compreensível que não entendam sobre o real problema da enfermidade e que isso colabore com a perpetuação do ciclo doença-saúde.

Vemos cada paciente como nômades e que são donos do seu ser e de suas atitudes, não sendo obrigados a atender o chamado proposto pelo atual projeto de intervenção ou muito menos a aderir ao tratamento. Cabe ao poder público, nesse caso a equipe de saúde, intervir positivamente na mudança desse pensamento com o acolhimento oportuno e quebrando os tabus que envolvem a enfermidade.

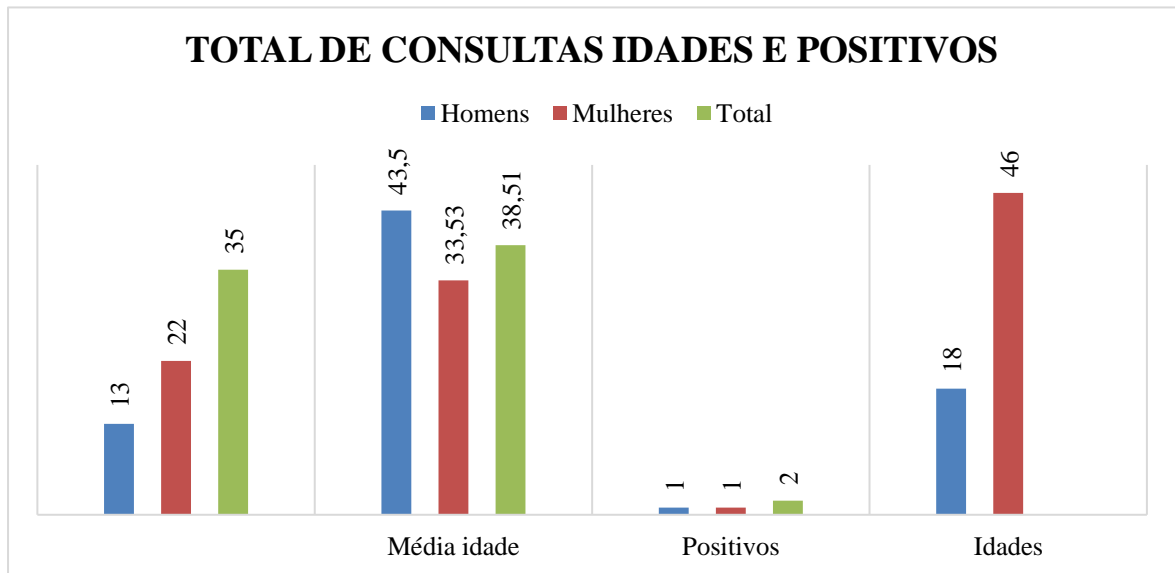
Finalmente, entendido que a baixa Taxa de Detecção de Hanseníase a nível local se comparado com outros municípios/regiões se dá realmente pela falta de informação da população conforme averiguado por paciente.

“Não sabia que a *Lepra* pegava tão fácil”.

Relato de paciente diagnosticado aos seus 18 anos de idade que vive com seus pais mas que teve contato social entre meses de novembro e janeiro de 2018/19 e o mesmo período de 2019/20 com familiares interioranos. Refere tal paciente que nesse período esteve com familiares maternos durante férias e que havia um deles com alterações na marcha de sua perna direita, mas que não buscava auxílio porque não doía, apenas não sentia muito bem. Comenta que o familiar é de pele escura e não há lesões de pele visíveis.

No total, foram atendidas 35 pessoas, sendo 22 do sexo feminino e 13 do sexo masculino com média de idade de 43,5 e 33,53 anos respectivamente conforme gráfico 1. Foram excluídas as que apresentavam alguma alteração de sensibilidade por problema ortopédico ou com lesão de pele por infecção fúngica ou outras manchas benignas.

Gráfico 1 – Médias de idade, sexo e diagnósticos.

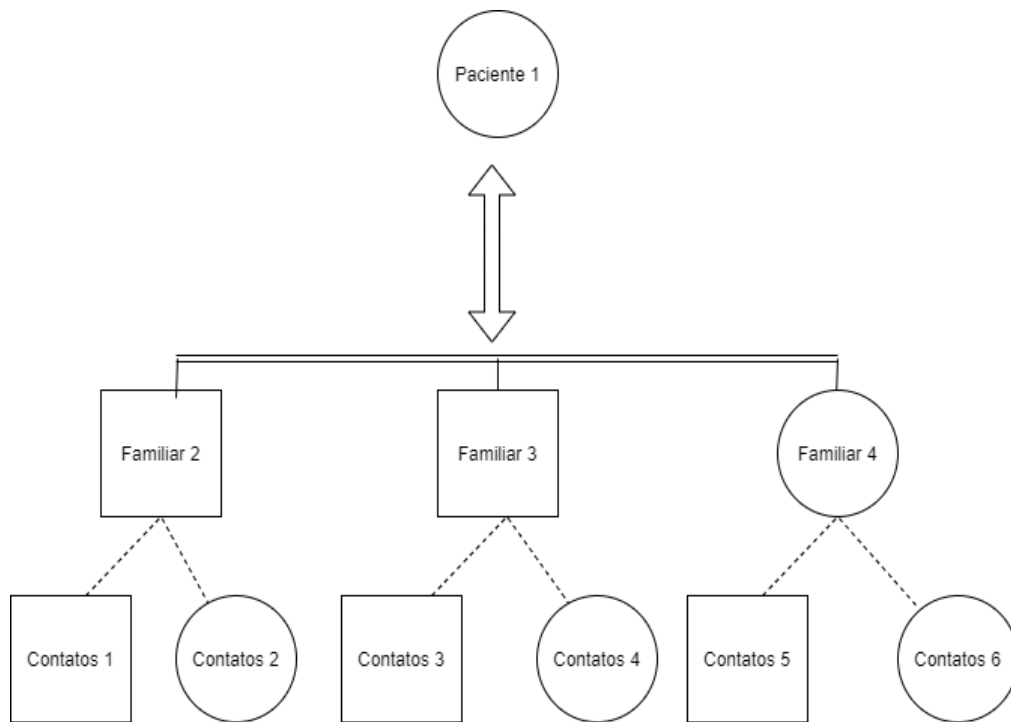


Fonte: Autor (2020)

Como o objetivo geral do trabalho é justamente esse rastreo, não foi perdida a oportunidade de sanar dúvidas e de disseminar a informação junto a esses pacientes, tranquilizando e estimulando a busca por consulta caso persistam os sintomas ou haja alguma mudança e aproveitar e colher informações que vise o entendimento geral do baixo índice de tratamentos e de estigmas por parte da população do objeto de estudo.

Observado que existem 4,61 pessoas por residência (IBGE 2017) dentre os trinta e cinco pacientes atendidos, todos da área urbana, estima-se que cada um dos 33 pacientes que foram excluídos do presente trabalho repassem o aprendizado à pelo menos 132 pessoas que são ao menos os que convivem na mesma casa conforme fluxograma1.

Fluxograma 1- Fluxo esperado para a distribuição da informação entre os contactantes.



Fonte: Autor (2020)

É um número expressivo se pensarmos na progressão aritmética positiva em relação a informação em saúde. Excluídos os contatos do paciente já tratado na unidade, que findou em maio/2020, que não apresentaram nenhum sintoma ou lesão condizente, mas foram acompanhados e revacinados pertinentemente na ocasião do diagnóstico prévio.

Foram diagnosticados como positivos dois pacientes. Um do sexo masculino de 18 anos, encaminhado por ACS de sua área por lesão de pele de cerca de 4 meses de evolução. Ao exame físico, mancha de bordas eritematosos e de centro claro, com perda da sensibilidade ao calor/frio e ao tato, na região posterior do tronco de cerca de 4 cm diâmetro e evolução de cerca de 6 meses.

Foi feita a busca ativa de seus pais, que vivem na casa, apenas os três, e por exame físico completo não encontrando nenhuma lesão sugestiva e procedendo a revacinação para BCG, foram dados de alta com todas as informações e sinais de alarme para busca da unidade de saúde. O único relato de possível contato é de suas viagens de férias ao interior na propriedade rural de familiares maternos onde há uma pessoa com perda progressiva da

movimentação/sensibilidade do membro inferior direito, que como é muito distante e não há dor, não busca por auxílio.

O segundo paciente é do sexo feminino de 46 anos de idade que acode por chamado do carro de som, adscrito da unidade, com queixa de lesão de pele de cerca de 8 meses em membro superior direito. Refere perda progressiva da sensibilidade térmica e posteriormente tátil, em braço e mão. Ao ponto de haver lesão sem dor no momento de cozinhar, em cara interna do braço direito.

O paciente supracitado informou um familiar positivo para hanseníase ao qual faz visitas diárias por cerca de 2 anos, em tratamento já há cerca de 6 meses, mas que vive há uma quadra de sua residência, considerada área de outra unidade de saúde. Sua área é descoberta por falta de ACS's e apenas buscou a consulta devido ao chamado, associado ao problema qual não dava tanta importância por não haver dor, mas refere uso de pomadas antimicóticas por indicação em consulta prévia com médico generalista. Seus contatos na vivenda são em número de 6, mas nenhum buscou auxílio até o encerramento do estudo.

Nesse caso, não foi realizada a busca ativa devido ao problema de violência no local e pela pandemia que atingiu a região durante o período. Por ser uma questão de saúde pública, é um fato já relatado e como prioridade para resolução junto a secretaria municipal de saúde em datas futuras.

A paciente referiu-se ser bastante religiosa e que a passagem bíblica do “leprosário” lhe chocou muito, também que durante a consulta ficou abalada por saber que está com uma “*enfermidade considerada castigo*”. Observamos que 82,85% dos pacientes do estudo tem algum medo sobre a enfermidade e/ou tratamento, incluso os pacientes positivos. Também que 74,28% dos pacientes não sofreram nenhuma forma de discriminação.

Dos 25,71% que sofreram discriminação, incluídos os positivos, relatam que “*as pessoas perguntam se essa mancha é contagiosa*”, por exemplo. Já 40% indicam que se sentem incapazes mesmo com o tratamento e que gostariam de alguma forma de benefício social.

Em relação a tratamento prévio, não para hanseníase, 54,28% apontam que já trataram para alguma forma de enfermidade, mas sem sucesso. E ambos positivos trataram outras formas de infecções, um com antibióticos e antimicóticos tópicos e outro apenas antimicóticos tópicos.

Um relato alarmante é de que “*nunca dei importância até ouvir o carro de som passar*” refere um paciente masculino de 26 anos, excluído por lesão benigna e que nunca procurou informar-se junto à profissional de saúde até ouvir a vinheta.

Foram 40% dos pacientes que informaram não buscar nenhuma forma de atenção conforme visualizado no gráfico 2 com profissionais da saúde em relação a sua moléstia, por motivos variados, mas confluindo para pouca importância por não estar prejudicando seu dia-a-dia.

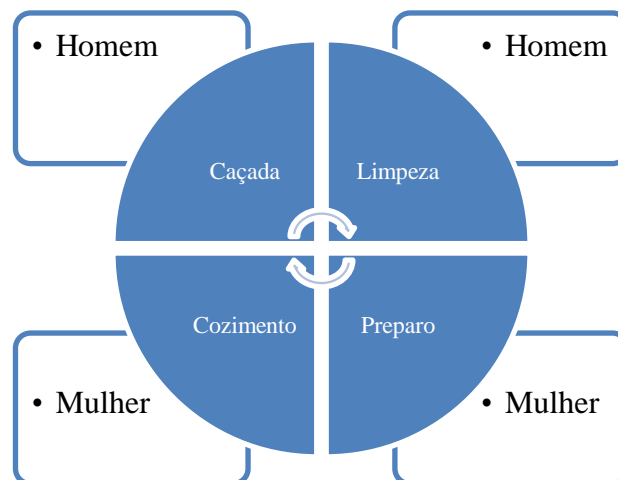
Gráfico 2 – Porcentagem de pacientes que não buscaram auxílio profissional.



Fonte: Autor (2020)

A figura 2, reporta sobre a relação da sociedade com a carne de caça tanto no preparo, quanto na caçada.

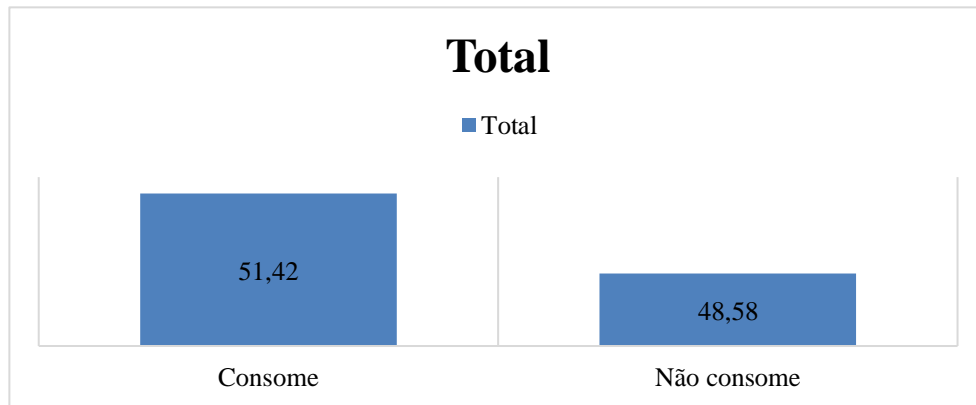
Figura 2 – Relação de funções relacionadas com a ingesta



Fonte: Autor (2020)

No gráfico 3, podemos observar que a metade da comunidade analisada refere-se a ingestão de carne de caça.

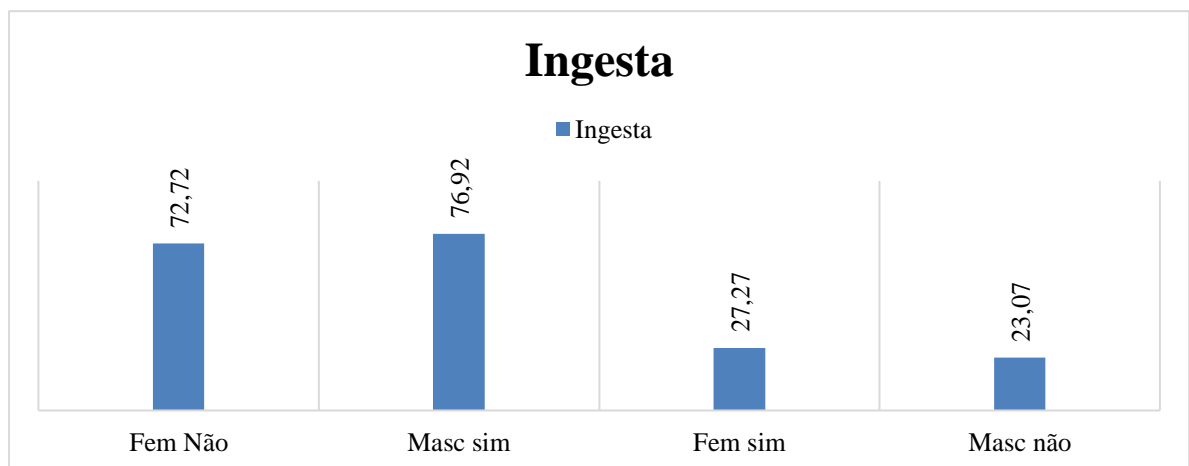
Gráfico 3 – Quantidade de pessoas que já ingeriram, ou não, carne de caça.



Fonte: Autor (2020)

No gráfico 4, podemos observar que o sexo masculino consome uma quantidade maior de carne de caça.

Gráfico 4 – Relação de sexo/ingesta de carne de caça.



Fonte: Autor (2020)

5. DISCUSSÃO

O Brasil apresenta as maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase dentre os países do continente americano e, no mundo. O Estado do Pará se mostra com grandes proporções da doença, tendo se alastrado para as cidades do interior. Assim, esta pesquisa trouxe subsídios que enriquecem mais o conhecimento sobre a hanseníase no município de Portel, Estado do Pará.

Na descrição do perfil epidemiológico de atenção à saúde no município de Portel, foram observados alguns padrões, tais como: o predomínio do sexo feminino, a raça/cor parda e a baixa escolaridade. O achado quanto ao sexo, na faixa etária, o gênero masculino é de 43,5 anos e o feminino tem média de 33,53 anos.

Em geral, os coeficientes de detecção de casos de hanseníase são maiores entre os homens, por ser um grupo com maior risco de exposição, entretanto, nesta pesquisa realizada na cidade de Portel, no Pará, identificou-se equiparidade, provavelmente por baixa amostragem. A hanseníase não escolhe gênero, tal como afirma Brasil (2010): A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

A análise dos dados levantados no estudo revela que a hanseníase atinge as crianças em menor proporção do que os adultos. É importante ressaltar que as crianças e adolescentes têm baixo índice de contaminação, no entanto, é preciso ficar alerta, pois a fase escolar é o momento em que a criança e o adolescente estão em constante processo de aprendizagem, mas o assunto hanseníase é pouco abordado nas escolas. Desse modo, Pinheiro, Silva, França, Monteiro, Simpson (2014) afirmam que a ausência de informação influencia o entendimento da gravidade e da importância de realizar o controle da doença, tornando-se, então, um desafio para a saúde.

O termo hanseníase substituiu o termo lepra como estratégia de redução do preconceito desde 1995, mas apenas substituiu a forma linguística no Brasil e não os estigmas visto que os relatos no presente estudo ainda se cruzam por vários pacientes. (BRASIL;1995, LEITE; 2015).

De acordo com a afirmação acima, o portador da doença sempre foi discriminado, desde a antiguidade, sofrendo preconceitos e humilhações, o que causou não só dor física, como também psicológica. Chama-se atenção para as repercussões psicológicas ocasionadas pelas sequelas físicas da doença como fatores contribuintes para a diminuição da autoestima e para a autosegregação do hanseniano.

A hanseníase é considerada uma doença contagiosa, provocando uma atitude preconceituosa de rejeição e discriminação de seu portador, sendo este, normalmente, excluído da sociedade. Assim, de acordo com Queiroz e Carrasco (1995), os efeitos da hanseníase mostram que há mudanças emocionais intensas e negativas desencadeando atitudes de autoestigmatização, o que afeta a integridade psicológica.

Brasil (2016) concorda com a afirmativa acima assegurando que a hanseníase representa um grave problema de saúde pública no Brasil, além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica; ressalta-se a repercussão psicológica gerada por esta doença. (BRASIL, SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2016)

Tayah (2007) chama a atenção para a doença, como um grave problema de saúde pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença, existe uma enorme repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Essas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa de estigmatização e de isolamento do paciente na sociedade, levando conseqüentemente a uma queda na qualidade de vida, afetando o lado físico, social e psicológico desses indivíduos.

De acordo com os autores, uma das grandes sequelas da hanseníase é a discriminação do agente portador. O preconceito advindos das pessoas ocasionam uma fragilidade e um indivíduo sem autoestima, pode desencadear complicações como depressão, alterações no sono, no apetite, irritabilidade, agressividade, ansiedade, diminuição da capacidade de concentração, atenção, memória e isolamento social, o que pode dificultar o seu tratamento. Em nosso estudo evidenciamos situação de auto crítica no aspecto de entender ser castigo divino tal doença. Conforme o dia a dia vivenciado na Unidade de Saúde Básica do município de Portel, é gritante o baixo nível de conhecimento sobre saúde em geral pela população. Parte pelo alto Índice de Carência Social - ICS e parte pela má compreensão sobre suas condições deixada pelo não entendimento da língua nativa falada por profissionais atuantes na região nos últimos anos, fato unânime entre pacientes e equipe de saúde relatado em reuniões periódicas (MANDETTA, 2013).

Identificou-se nesse estudo que, tendo em vista os tabus religiosos ou mesmo desinformação, a hanseníase é uma enfermidade ainda muito desconhecida por grande parcela da população confirmado pelos relatos de suas opiniões conforme suas experiências, seja bíblica ou vivenciada. (MOUKACHAR, 2017). Os relatos de pacientes afirmaram ser um castigo de Deus, conforme passagem bíblica. Já outro paciente não acreditava se tratar de enfermidade infectocontagiosa e sim de caráter genético. Enfim, fica claro que a troca de informações confiáveis é a que permite uma real mudança nos quadros de saúde.

De acordo com a pesquisa, questionados sobre formas de contágio e transmissão de várias enfermidades, os pacientes respondem absurdos que apenas perpetuam o ciclo saúde-doença e propagam a desinformação em rodas de conversas sociais afirmando a relação próxima entre pobreza e enfermidades conforme descrito pela Organização Mundial de Saúde.

Como doutrinadores, os profissionais de saúde devem voltar-se a tal fim, disseminando o conhecimento e dando mais tempo ao paciente e não ao seu agravo, tendo como norte que pacientes não são apenas números e enfermidades, são seres biopsicossociais.

Dentro dessa afirmação, chega-se à conclusão que com a informação bem aplicada é possível modificar uma chocante realidade na cadeia de transmissão e infecção pelo Bacilo de Hansen (entre outros), colaborando com um possível controle local a longo prazo e a quebra do ciclo saúde/doença, diminuindo os indicadores de infectados. Os diversos espaços comunitários podem ser utilizados para disseminar tal informação, como reuniões em grupo, sala de espera, propagandas televisivas e radiofônicas. (Moreira, Naves, Fernandes, Castro, Walsh, 2014).

Segundo Ferreira, Romão e Mazzoni (2013), quanto menor o grau de escolaridade maior a probabilidade de ocorrência e reativação da hanseníase, pois essa classe apresenta nível de conhecimento baixo e muitas vezes menos compreensão das orientações quanto ao tratamento, medidas de prevenção e de autocuidado

Ainda Barbosa, Almeida e Santos (2014) afirmam que a baixa escolaridade da população emerge das condições sociais e econômicas deficientes, que influenciam diretamente na transmissão do agente infeccioso e no aumento do agravo nas populações. O grau de conhecimento é fator primordial para a compreensão das orientações quanto ao tratamento e medidas de prevenção e se vinculam à capacidade de autocuidado. Desse modo, o grau de escolaridade é elemento importante e que pode colaborar com a adesão ao tratamento e, conseqüentemente com a erradicação da doença.

Os dados sobre a escolaridade neste estudo apenas ratificam o que já se encontra na literatura, em que se observa uma predominância de hanseníase em indivíduos com baixos níveis de escolaridade, reforçando a tese de que fatores sociais têm forte relação com a ocorrência dessa doença no Brasil.

Assim, ficou demonstrado que existem muitas formas de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e elas demonstram, com suas características, o conceito intrínseco de que as múltiplas condições de vida e trabalho de cada indivíduo e dos grupos de cada população estão intimamente relacionadas à situação de saúde de cada um. (BUSS, 2007)

De certa forma, ainda observamos a teoria miasmática do século XVII impregnada na população de baixa renda devido ao alto índice de carência social em conjunto com os baixos índices sócio-econômico-educacional locorregional. Por mais que atualmente se considera obsoleta no meio científico devido aos avanços da bacteriologia, é visível a perpetuação do desconhecimento de forma geral.

Segundo Lana, Davi, Lanza, Amaral (2009), é bem provável que a condição de baixa renda pode contribuir na formação do perfil do paciente com hanseníase por diversos fatores. A constatação evidencia que condições socioeconômicas precárias podem favorecer a disseminação da doença, com a aglomeração de pessoas na mesma residência, baixo nível de instrução, dentre outros fatores.

Corroborando com a ideia acima, Brasil (2010) firma que além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia são condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente. Estes fatores influem no maior risco de adoecer (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Concorda-se com os autores, pois a região norte tem costumes peculiares que vão desde se aglomerarem dentro de um espaço pequeno, espaço este que serve de moradia, o que facilita o contágio, até o desconhecimento da doença, pois as pessoas, em parte, têm baixo nível de instrução, acarretando na não busca de informações sobre a doença.

O modo de detecção por meio de busca ativa prevaleceu no estudo, evidenciando a presença de profissionais mais atentos ao diagnóstico de hanseníase nas unidades de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2016), a realização do diagnóstico precoce é essencial pois ela diminui as incapacidades causadas pela hanseníase.

Desse modo, concorda-se com a afirmação acima de que a busca pela eliminação da hanseníase é um problema de saúde pública, e para que essa meta seja alcançada, algumas medidas são necessárias, entre elas: a detecção precoce dos casos novos, a busca ativa de casos na comunidade, o tratamento adequado e precoce, a redução da taxa de abandono do tratamento, além da prevenção de incapacidades e a reabilitação dos portadores de hanseníase.

O conhecimento da distribuição espacial da hanseníase e seu comportamento epidemiológico são primordiais para que se possa intensificar as ações de vigilância em saúde e identificar prioridades no sentido de controlar a endemia. (Garcia, Ignotti, Cortela, Xavier, Barelli, 2013).

De acordo com Moura, Dupnik, Sampaio, Nóbrega, Jeronimo, Nascimento-Filho et al. (2013), ainda é necessário avançar, pois a busca ativa dos casos de hanseníase

consiste em uma importante ferramenta para diagnóstico precoce e redução das possíveis complicações da doença, principalmente em áreas de maior densidade populacional, onde se verifica a necessidade de se estender a busca ativa para os contatos domiciliares e sociais do caso-índice da hanseníase.

Segundo Da Silva (2018), é impossível atingir a erradicação, pois as vias de contato e transmissão são várias, desde a ingestão de carnes de caça até o contato social prolongado, se pensarmos que a hanseníase tem um período de cerca de 5 anos de latência, impossibilitando múltiplos fatores no seu controle. Desse modo, o autor assevera a dificuldade de um controle da doença, ou até mesmo sua erradicação, dadas as circunstâncias do contágio da doença, que vão desde os costumes locais de consumo de alimentos transmissores até a forma de contato entre as pessoas.

Ademais, a alimentação inadequada propicia uma resposta imunológica deficiente, deixando o indivíduo mais vulnerável a patógenos inclusive ao *Mycobacterium leprae*. A baixa renda, por vezes, associa-se à baixa escolaridade e ao pouco acesso às informações sobre o autocuidado e a prevenção de doenças. (SANTOS, GERHARDT, 2008).

No quesito em que se aborda sobre a quantidade de pessoas que já ingeriram ou não, carne de caça, a maioria acenou que consome. Desse modo, é importante afirmar que esse costume levou a uma suscetibilidade das pessoas às zoonoses. As zoonoses são doenças transmitidas de animais para pessoas de várias maneiras. Algumas são transmitidas através do contato direto com animais infectados, ou por produtos e resíduos de animais e outras são transmitidas pelo consumo de alimentos. Isso se comprova pela informação de que 51,42% da amostra total consumiu ou consome carne de caça do tatu-galinha e que dentre os considerados positivos, apenas o sexo feminino teve ingestão de carne da caça, o paciente masculino nunca teve esse contato.

A maioria dos animais domesticados e alguns animais silvestres são capazes de abrigar bactérias, vírus ou parasitas. Muitas zoonoses que emergiram recentemente se originaram na fauna silvestre. A interação de seres humanos ou animais de criação com animais silvestres os expõe a ciclos de doenças e ao risco de transmissão de possíveis patógenos. O volume de consumo de produtos da fauna silvestre, em especial o tatu-galinha, levou à transmissão de doenças notáveis, especialmente a hanseníase.

Constata-se que no município de Portel, a espécie humana sempre comeu carne. Guiado pelo instinto do paladar e pela tradição, a preferência pela carne de caça está arraigada no homem. O costume de consumir carne de caça não é exclusivo da região Nordeste. Em todo o Brasil, pessoas comem carnes de animais silvestres, como o tatu, mas não imaginam os

riscos a que estão se submetendo. Poucos sabem da periculosidade da ingestão da carne do tatu. Ele é reservatório de inúmeras doenças, entre elas hanseníase. E o risco não está somente em comer a carne do animal, mas também nos atos de caçar ou criar o bicho.

Desse modo, o IBAMA faz um alerta para que a população não consuma carne de tatu, que pode provocar micose pulmonar e, de acordo com pesquisas recentes nos Estados Unidos e Espírito Santo, no Brasil, os bichos são depósitos de micróbio transmissor da hanseníase. Estudos realizados sugerem que o consumo de carne de tatu pelos seres humanos pode acarretar numa série de doenças, entre elas problemas pulmonares e hanseníase. Esta última seria causada por que o animal é também sofre contaminação pela lepra.

Por fim, os estudos revelaram que a carne de caça está na mesa do caboclo paraense, pois é costume, tradição passada de geração a geração, sem, no entanto, definir gênero, tanto o homem quanto a mulher fazem da carne de caça sua dieta do dia a dia.

Um dado condizente com a inconsistência do estudo é de que não há comprovação, provavelmente pela baixa amostragem, de que não existe relação entre a caçada e limpeza, exclusiva do sexo masculino, e o preparo e cozimento, exclusivo do sexo feminino, para a infecção pelo *Mycobacterium hansenii* (DA SILVA 2018). No entanto, poucos sabem dizer os males causados pela degustação da carne de caça. A hanseníase não escolhe gênero, tal como afirma Brasil (2010).

No que se refere a pacientes que buscaram ou não auxílio profissional, a maioria de pacientes afirmaram ter buscado auxílio referente a dita lesão.

Um número de 60% do total de pacientes refere conhecer pessoas com lesões de pele, não souberam dizer se buscam ou buscaram auxílio referente a dita lesão. Isso pode apontar à forma assintomática da enfermidade e seu possível mecanismo de infecção sem vínculo epidemiológico direto. Essa afirmação vem de encontro com as políticas públicas adotadas no Brasil, as quais asseveram que a integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social. Nesse sentido, Figueiredo (2007) enfatiza que ações educativas de prevenção, diminuição do estigma e melhora da qualidade de vida do portador de hanseníase são de fundamental importância para o controle da doença.

Desse modo, em se tratando da hanseníase, o diagnóstico precoce é de fundamental importância e deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da Hanseníase (Brasil Ministério da Saúde, 1994, p.17). Considera-se que para isso, é necessário incentivar o

comparecimento voluntário dos doentes e estimular a presença do paciente aos Serviços de Saúde e sua adesão ao tratamento, além de informá-lo quanto à importância do tratamento precoce da hanseníase.

Desse modo, a educação para a saúde, no controle da hanseníase, deve ser desenvolvida de forma a garantir a participação real do paciente, de seus familiares, da comunidade em que o doente vive e de toda a equipe de saúde que participa no controle desta moléstia. A orientação a respeito da doença contribui para o entendimento da hanseníase e para a adesão ao tratamento. O autor supracitado, evidencia que o trabalho educativo contribui para aliviar a angústia referente a alguns aspectos que fazem parte do estigma da doença, como o medo de contaminar outras pessoas e o medo da morte pelas informações que foram veiculadas no grupo. Entretanto, o preconceito, a discriminação e a rejeição continuam existindo em seu cotidiano e dentro de si próprios, desse modo, chama-se a atenção para o fato de que é preciso entender o que a hanseníase significa para os pacientes e suas comunidades, e para o impacto que a doença causa no bem-estar psicológico e social dos pacientes.

6. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo os ditames científicos pertinentes à enfermidade, já que seu foco foi o paciente e seus conhecimentos sobre tal. Buscou-se averiguar alguns dos problemas relacionados com a informação da população em relação à doença, e não sobre os efeitos fisiopatológicos da doença ao paciente e com o intuito de atrair os contatos de enfermos em tratamento já que não se seguia o protocolo de revisão periódica dos contatos.

Tem como novidade o foco no paciente e seus enfrentamentos diários, relacionados ou não a doença enfrentada, mas tendo como base científica o diagnóstico clínico levando em conta as múltiplas formas de apresentação da hanseníase.

O ponto forte é o engajamento da equipe que sempre buscou o melhor para o paciente desde o agente de portaria até o profissional médico atuante da unidade, todos envolvidos com o bom acolhimento de cada pessoa.

Já a grande dificuldade foi a resistência e os estigmas que acompanham todas as enfermidades que são um grande entrave entre a população. Muitos por vergonha do quadro e outros por desconhecimento. Não menos importante, a possível troca constante de profissionais da unidade.

7. REFERÊNCIAS

BAKIRTZIEF, Zoica. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 12, n. 4, p. 497-505, Dec. 1996.

BARBOSA DRM, Almeida MG, Santos AG. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no estado do Maranhão. Brasil, 2001-2012. Medicina (Ribeirão Preto).

BRASIL. Lei nº 9010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 mar. 1995. Seção 1, p. 4509.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNH - Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>.

BRASIL. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Ministério da saúde. Brasília, DF 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007..

CHAVES, Emanuele Cordeiro et al. Índice de carência social e hanseníase no estado do Pará em 2013: análise espacial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília: v. 26, n. 4, p. 807-816, dez. 2017.

DA SILVA, Moises B. et. al. Evidence of zoonotic leprosy in Pará, Brazilian Amazon, and risks associated with human contact or consumption of armadillos. Suíça. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. Junho 2018. Acesso em 27/03/2020.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

GARCIA DR, IGNOTTI E, CORTELA DCB, XAVIER DR, BARELLI Carla SGAP. 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**. [Internet] 2013;21(2) Guia de procedimentos técnicos em Hanseníase Baciloscopia: Série A. Normas e

HOCHMAN, Gilberto et al. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. Vol 2. Disponível em; <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/hsrh.pdf>>. Acesso em 10 junho 2020.

IBGE, diretoria de pesquisas, coordenação da população e indicadores sociais, estimativas da população residente com data de referencia 1/07/2019.

KATZUNG, Bertram G. et al. Farmacologia básica e clínica. 13º edição. Porto Alegre. AMGH, 2017.

- LANA FCF, DAVI RFL, LANZA FM, AMARAL EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2009.
- LEITE, S. C. C.; SAMPAIO C. A.; CALDEIRA, A. P. “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis.* v. 25, n. 1, p. 121-138, mar. 2015.
- MANDETTA, Luiz Henrique. Mandetta utiliza inglês e espanhol para defender uso da Língua Portuguesa por médicos estrangeiros. 2013 (4:59).
Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 60 p.
Ministério da Saúde (MS). Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: MS; 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF: Departamento de Atenção Básica, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia de Controle da Hanseníase. 2. ed. Brasília, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE; Portal da saúde. c2008. Pagina Inicial.
<[Http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0206](http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0206)> Acesso em: 22 de março de 2020
- MOREIRA AJ, NAVES JM, FERNANDES LFRM, CASTRO SS, WALSH IP. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. *Saúde debate* [Internet]. 2014;38(101).
- MOUKACHAR, Ramos Leila Bitar. Hanseníase e estigma no século xxi: narrativas de moradores de um território endêmico. Universidade federal de Uberlândia. Uberlândia: 2017.
- MOURA MLN, DUPNIK KM, SAMPAIO GAA, NÓBREGA PFC, JERONIMO AK, NASCIMENTO-FILHO JM et al. Active Surveillance of Hansen’s Disease (Leprosy): Importance for Case Finding among Extra-domiciliary Contacts. *PLoS Negl Trop Dis.* [Internet] 2013;7(3).
- NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro: v. 16, supl. 1, p. 1311-1318 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Global para Hanseníase 2016–2020; Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. World Health Organization, 2016.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998.

PINHEIRO MGC, SILVA SYB, FRANÇA ALM, MONTEIRO BR, SIMPSON CA.

Hanseníase: uma abordagem educativa com estudantes do ensino médio. **J. Res.: fundam. Care.** Online [periódico na Internet]. 2014 Abr-Jun.

PONTE KMA, XIMENES NETO FRG. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. *Rev Bras Enferm.* 2005 mai-jun.

QUEIROZ, M. S. & CARRASCO, M. A. P., 1995. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cadernos de Saúde Pública**, 11:479-490.

ROMÃO, E; MAZZONI, A. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**; v. 3, n. 1, p. 22 –27, 18 jun. 2013.

SANTOS DL, GERHARDT TE. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev Gaúch Enferm.** 2008; 29:129-36.

STEWART, Moira. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TAYAH D; ALVAREZ L; REHDER J R. C. de L. A importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com hanseníase ocular. *Revista Brasileira de Oftalmologia.* nº1, v.66, p33-8. 2007.