



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

RAYRLA CRISTINA DE ABREU TEMOTEO

HANSENÍASE: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

HANSENÍASE: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico
em contatos intradomiciliares

RAYRLA CRISTINA DE ABREU TEMOTEO

HANSENÍASE: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV) do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Ms. Marilena Maria de Souza.

CAJAZEIRAS – PB
2011



T281h Temoteo, Rayrla Cristina de Abreu.
Hanseníase: investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares / Rayrla Cristina de Abreu Temoteo. - Cajazeiras, 2011.
96f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Hanseníase. 2. Exame dermatoneurológico-hanseníase. I. Souza, Marilena Maria de , Ms.(Orientadora) II. Universidade Federal de Campina Grande-Cajazeiras(PB) III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616-002.73

RAYRLA CRISTINA DE ABREU TEMOTEO

HANSENÍASE: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV) do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em ____ / ____ /2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Marilena Maria de Souza
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG
(Orientadora)

Prof^ª. Ms. Betânia Maria Pereira dos Santos
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG
(Membro Examinador)

Prof. Dr. Antonio Fernandes Filho
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV/CFP/UFCG
(Membro Examinador)

Prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV/CFP/UFCG
(Suplente)

Aos meus pais, João Temoteo Filho e Maria Eunice de Abreu Temoteo, pois a eles devo tudo que tenho e a pessoa que sou. Assim como, os responsabilizo pela possibilidade de conclusão dessa etapa de glória em minha vida.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, pela perseverança que tenho em tudo o que faço e pelas bênçãos que vem sempre me concedendo.

À minha Família que sempre me apoiou em todos os momentos de minha vida, ao meu pai João Temoteo Filho pelos oportunos conselhos; à minha mãe Maria Eunice de Abreu Temoteo pelo amor incondicional e à minha irmã Rayanne Dagna de Abreu Temoteo pelos momentos de compreensão, a eles agradeço imensamente. Aos meus avós (Joaquim, Francisco, Maria Pessoa – Haiá, que já se foram e a Emerique), por sempre terem acreditado em mim.

À minha segunda Família (Carlos Augusto, Fátima, Carlinhos, Larisse, Giraldo, Gustavo, Renatinha, Karine, Pierry, Bruno e Pietra) pelos momentos de descontração e pelo apoio que sempre me consentiram. Em especial ao meu namorado Carlos Augusto Rolim Araruna por ter tornado as lágrimas choradas menos dolorosas e por sempre estar ao meu lado nos momentos difíceis.

À minha orientadora Professora Ms. Marilena Maria de Souza pelas mais que valiosas conversas e orientações, pela tamanha paciência para comigo, principiante, e pela imensurável dedicação a este trabalho. A ela minha sincera gratidão e respeito.

Ao coordenador do curso de Enfermagem, o Professor Dr. Francisco Fábio Marques da Silva, pelos sábios ensinamentos, a ele minha admiração e agradecimento pela amizade.

Aos professores e funcionários da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – ETSC, em especial à Professora Ms. Betânia, Professora Mônica, Professora Dra. Maria do Carmo, à Stelvia e a Natália, por terem me acolhido e por terem contribuído significativamente com a realização deste trabalho.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, em especial à Enfª. Cristina e a Gorete que sempre me ajudaram no que precisei.

Às enfermeiras e aos funcionários nas Unidades de Saúde da Família: São José/PAPS, Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo, em especial à Carminha, Enfª. Simone, Enfª. Suelânea e Enfª. Gerlane por terem sido atenciosas para comigo. Minha gratidão.

Aos contatos e doentes de hanseníase, por terem me acolhido em suas residências e terem contribuído substancialmente com a minha formação, a eles todo o meu

agradecimento. Assumo aqui, o compromisso para com eles, a responsabilidade de ajuda e retribuição.

Aos mestres pela trajetória percorrida nesses quatro anos e meio. Em especial à Professora Maria Mônica Paulino do Nascimento por ter despertado em mim o interesse pela hanseníase. À Professora Ms. Aissa Romina, Enf^a. Kênnya Sibelle, e à Prof^a. Ms. Luciana de Assis que me direcionaram e me incentivaram à investigação científica.

Às minhas amigas Deborah Brindeiro, Paula Laís e Kilvia Kiev, pela paciência e por sempre me escutarem em minhas angústias.

Aos colegas e amigos do Estágio Supervisionado II, pelos momentos vividos e divididos nesse semestre, em Campina Grande, e em Cajazeiras, em especial a Thairon José e Wanduy Ferreira. Aos colegas e amigos de classe, em especial à Luciana Priscilla, Gabriela Santos, Tâmara Cristina e Arielle Wigna, que nesses quatro anos e meio participaram de minha vida e de aprendizagens importantes e inesquecíveis.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (Florence Nightingale).

TEMOTEO, Rayrla Cristina de Abreu. Hanseníase: Investigação da não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares. 96f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de evolução lenta, tem nos contatos intradomiciliares, meios para a manutenção da endemia. A investigação epidemiológica feita por meio da vigilância dos contatos intradomiciliares dos doentes, constitui uma das atividades realizadas, após confirmação de um caso da doença, pois os familiares são as pessoas mais expostas à infecção e, por isso, as que têm também maiores riscos de contrair a doença. Tendo em vista a situação epidemiológica do município, a partir do que mostra seus indicadores de saúde em relação à hanseníase, não ser favorável ao controle da doença, na tentativa de modificar a real situação dos contatos de hanseníase, assim como melhorar o quadro epidemiológico atual da doença na cidade de Cajazeiras - PB, propomos, então, a investigação da não realização do exame dermatoneurológico, em contatos intradomiciliares, de casos de hanseníase neste município. Estudo de natureza exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa; utilizou-se aplicação de roteiro de entrevista, durante visitas domiciliares a 31 contatos de casos de hanseníase notificados e tratados (ou em tratamento) nos anos de 2009 e 2010 em Cajazeiras – PB. Identificou-se que o principal motivo referido pelos contatos para a não realização do exame dermatoneurológico foi a ausência de sinais e sintomas de hanseníase, assim como sentimentos gerados, a partir da falta de informação desses contatos, também os afastaram do serviço e contribuíram para que eles não se submetessem ao exame, tais como: medo do exame, falta de confiança no serviço, vergonha do exame e vergonha e/ou preconceito para com a doença. Concluímos que na tentativa de favorecer a adesão do contato à profilaxia, assim como, a aproximação com a unidade e os profissionais, estes devem explicar como é realizado o exame dermatoneurológico e encorajá-los a evitar e enfrentar os sentimentos de medo, vergonha e preconceito, os quais podem atrapalhar todo o processo terapêutico. Considera-se importante para a melhoria da organização e controle dos contatos de hanseníase em Cajazeiras – PB, intensificar a busca ativa, melhorar o registro dos dados e o controle da aplicação do BCG-ID; estabelecer parcerias no sentido de resgatar os contatos faltosos, diagnosticar e tratar precocemente a doença; e promover, e implementar ações educativas, e ações para minimizar os efeitos ainda causados pelo preconceito aos doentes e familiares em Cajazeiras - PB, com o objetivo de orientar doente, família e comunidade, em geral, sobre a doença. Portanto, torna-se necessário melhorar o atendimento dos contatos, intensificando a vigilância epidemiológica, tornando-a mais duradoura e cobrando resultados por parte dos profissionais responsáveis pelo PNCH. Sugerimos a implantação de fichas de identificação e acompanhamento, e um cartão de aprazamento de consultas do contato de hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Contatos intradomiciliares. Exame dermatoneurológico.

TEMOTEO, Rayrla Cristina de Abreu. Leprosy: investigation for non-performance of the dermatoneurological exam in household contacts. 96f. **Paper for Completion of Course** (graduation in Nursing) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

ABSTRACT

The leprosy, infectious disease, of slow evolution, has in household contacts means for the maintenance of the disease. The epidemiological investigation, made by surveillance of household contacts of patients, is one of the activities performed after confirmation of a case of the disease, because the family members are those most exposed to infection and so, those who also have greater risk of contracting the disease. In view of the epidemiological situation of the town, from what its health indicators show in relation to leprosy, not being favorable for disease control, in the attempt to change the real situation of leprosy contacts, as well as improve the current epidemiological disease in the city of Cajazeiras - PB, so we suggest the investigation for non-performance of the dermatoneurological exam in household contacts of leprosy cases in this town. Exploratory descriptive study, with quantitative and qualitative approach; it was used the application of interview script, during home visits to 31 contacts of leprosy cases notified and treated (or in treatment) in the years 2009 and 2010 in Cajazeiras - PB. It was identified that the main reason mentioned by the contacts for non-performance of the dermatoneurological, was the absence of signs and symptoms of leprosy. As well as, feelings produced from the lack of information of these contacts also departed them from service and contributed for them not to be submitted to the exam, such as fear of the exam, lack of confidence in the service, shame of exam and shame and/or prejudice to the disease. We conclude that in the attempt to improve the adherence of the contact to the prophylaxis, as well as, the approach to the unit and the professionals, they should explain how the dermatoneurological test is performed and encourage them to avoid and deal with feelings of fear, shame and prejudice, which can disrupt the entire therapeutic process. It is considered important, to the improve of the organization and control of leprosy contacts in Cajazeiras - PB, intensify the active search, improve the reporting of data, and controlling the application of BCG/ID; stablish partnerships in order to rescue the faulty contacts, diagnose and treat the disease early; and promote and implement educational actions and actions to minimize the effects still caused by prejudice to patients and families in Cajazeiras - PB, with the aim of guiding the patient, family and community in general, about the disease. So, it is necessary to improve the treatment of the contacts, intensifying epidemiological surveillance, making it more durable and demanding results from the professionals responsible for PNCH. We suggest the introduction of identification cards and monitoring and an appointment card for the contact of leprosy.

Keywords: Leprosy. Household contacts. Dermatoneurological exam.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição dos participantes do estudo segundo faixa etária, Cajazeiras – PB	39
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo os motivos da não realização do exame dermatoneurológico, Cajazeiras – PB	43
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, estado civil e escolaridade, Cajazeiras – PB	38
Tabela 02 - Distribuição dos participantes do estudo segundo ocupação, renda familiar por salários mínimos, Cajazeiras – PB	40
Tabela 03 - Distribuição dos participantes do estudo segundo situação vacinal e adoecimento, Cajazeiras – PB	41
Tabela 04 – Conhecimento do aspecto conceitual da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB	53
Tabela 05 – Conhecimento sobre a transmissão da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB	54
Tabela 06 – Conhecimento sobre a prevenção da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB	55
Tabela 07 – Conhecimento sobre o tratamento da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- a. C.** – Antes de Cristo
- AC** – Análise de Conteúdo
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- BAAR** – Bacilo Álcool Ácido Resistente
- BCG/ID** – Bacilo de Calmette-Guérin / Intradérmica
- CAAE** – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CFP** – Centro de Formação de Professores
- CI** – Contato Intradomiciliar
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CO** – Classificação Operacional
- D** – Dimorfa
- Dr.** – Doutor
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- ETSC** – Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
- GM** – Gabinete do Ministro
- HD** – Hanseníase Dimorfa
- HI** – Hanseníase Indeterminada
- HT** – Hanseníase Tuberculóide
- HV** – Hanseníase Virchowiana
- I** – Indeterminada
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- M. leprae** – Mycobacterium leprae
- MA** – Maranhão
- MB** – Multibacilar
- MG** – Minas Gerais
- Ms.** – Mestre
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAC** – Programa de Aceleração do Crescimento
- PAPS** – Programa de Atenção Primária à Saúde
- PB** – Paraíba

PB – Paucibacilar

PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT/OMS – Poliquimioterapia / Organização Mundial de Saúde

PR – Paraná

Profª. – Professora

Prof. – Professor

PSF – Programa de Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINAN-NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – NET

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

T – Tuberculóide

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Th1 – Células T Help 1

Th2 – Células T Help 2

UACV – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

V – Virchowiana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2. 1 HANSENÍASE	20
2.1.1 Breve Resgate Histórico	20
2.1.2 Epidemiologia	23
2.1.3 Etiologia, Transmissão e Imunologia	24
2.1.4 Formas Clínicas e Tratamento	25
2.1.5 Controle dos Contatos	27
2.1.6 Exame Dermatoneurológico	30
2.1.7 Educação em Saúde	31
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 LOCAL DA PESQUISA	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	35
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	36
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO, SITUAÇÃO VACINAL E ADOECIMENTO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES	38
4.2 ANÁLISE DOS MOTIVOS DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO PELOS CONTATOS INTRADOMICILIARES	42
4.2.1 Ausência de sinais e/ou sintomas	43
4.2.2 Omissão e/ou falta de interesse	44
4.2.3 Falta de informação ou informação inadequada	45
4.2.4 Incompatibilidade de horários e/ou trabalho	47
4.2.5 Falta de confiança no serviço	48
4.2.6 Medo do exame	49
4.2.7 Vergonha e/ou preconceito para com a doença	50
4.2.8 Vergonha do exame.....	52
4.3 ANÁLISE SOBRE O CONHECIMENTO DO ASPECTO CONCEITUAL, TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE(S)	67
APÊNDICE A – ENTREVISTA	69
APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO CONTATO INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE PAUCIBACILAR (PB)	72
APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO CONTATO	

INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE MULTIBACILAR (MB)	75
APÊNDICE D – CARTÃO DE APROXIMAMENTO DE CONSULTAS DO CONTATO ...	78
ANEXO(S)	79
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA	81
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	83
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS	85
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	87
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas menores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)	89
ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	92
ANEXO G – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	94
ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	96

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de evolução lenta, tem nos contatos intradomiciliares, meios para a manutenção da endemia. A população, em geral, ainda é pouco informada sobre a doença e suas formas de transmissão, o que favorece ao próprio indivíduo tornar-se um ser passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos intradomiciliares, quando se faz necessário à visita ao serviço de saúde para realização do exame dermatoneurológico, às vezes, não comparecem ao mesmo (DESSUNTI et al, 2008).

Estudo realizado por Ferreira (2010), em contatos intradomiciliares de escolares doentes de hanseníase no município de Paracatu - MG -, entre os anos de 2004 e 2006, constatou-se que os principais motivos que levaram a não realização do exame dermatoneurológico, foram: trabalho, falta de informação e omissão.

O Ministério da Saúde estima que, para cada caso da doença existem em média quatro contatos que convivem no mesmo domicílio. Este mesmo órgão define como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2002).

Após confirmação de um caso de hanseníase, uma das atividades realizadas é a investigação epidemiológica que é feita por meio da vigilância dos contatos intradomiciliares dos doentes, pois os familiares são as pessoas mais expostas à infecção e, por isso, as que têm também maiores riscos de contrair a doença (BRASIL, 2002).

O Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase em nível municipal (2006-2010) apresenta como estratégia:

[...] alcançar baixos níveis endêmicos dessa doença, assegurando que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximos de suas residências (BRASIL, 2006, p. 4).

A análise do desempenho de avaliação dos contatos é uma das formas de avaliar o desempenho dos serviços na aplicação das ações de controle (BRASIL, 2002). O Brasil vem mostrando um parâmetro considerado regular, muito próximo de precário, com pouco mais da metade dos contatos examinados (50,5%), no período compreendido de 2001 a 2007 (BRASIL, 2008b). A região Nordeste apresenta, equivalentemente ao mesmo período, uma das piores taxas do país, com 47,6% desses contatos examinados, parâmetro considerado precário pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) (SINAN, 2010).

Embora exista uma tendência à estabilização da hanseníase, em todos os estados brasileiros, evidenciada pela análise de longas séries históricas de detecção geral de casos novos e em menores de 15 anos, ainda há patamares de alta detecção nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, onde também se situam os dez mais significativos *clusters*, responsáveis por mais de 50% dos casos novos recentes (BRASIL, 2009a).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) divulgou o coeficiente de detecção e de prevalência geral de hanseníase, no Brasil, relativos a 2008 e 2009, expressos pelos seguintes valores: 20,59/100.000 habitantes, 2,06/10.000 habitantes, no primeiro ano, e 19,64/100.000 habitantes, 1,99/10.000 habitantes no ano seguinte, respectivamente (SINAN, 2010).

Em relação à Paraíba, embora o coeficiente de prevalência deste agravo esteja também declinando, em 2009 esta taxa ainda se manteve superior a dois casos para cada 10.000 habitantes e é válido destacar que municípios deste Estado, estão inseridos entre as dez áreas de maior risco de detecção de casos como é apontado pelo estudo dos *clusters*. “A proporção de contatos examinados apresenta média de 37,7% de examinados, oscilando entre 44,4% em 2002 e 32,7% em 2007, mantendo-se com classificação “precária” desde 2001”. (BRASIL, 2009a, p. 38).

Dentre as três cidades da Paraíba, que despontam com uma maior prevalência de hanseníase: Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa (BRASIL, 2009c), revelando o caráter de urgência com que devem ser tomadas providências, como a implantação de ações de controle, no município em questão.

Na cidade de Cajazeiras - PB -, o coeficiente de detecção de casos novos diagnosticados de hanseníase em 2009, foi de 23,69/10.000 habitantes (CAJAZEIRAS, 2009). Nos anos de 2009 e 2010, neste município, foram diagnosticados 58 e 75 casos novos da doença, respectivamente; com 529 contatos registrados, e apenas 363 examinados, em ambos os anos (somando um total de 166 contatos não examinados) (SINAN - NET, 2011).

Como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, diante de minha vivência no PNCH e no município de Cajazeiras - PB -, durante os estágios, observei a ausência de alguns contatos intradomiciliares às Unidades de Saúde da Família (USF) para realização do exame dermatoneurológico, ou muitas vezes, quando procuravam o serviço era realizada apenas a vacina Bacilo de Calmette-Guérin/Intradérmica (BCG/ID), quando muito, algumas orientações.

Diante deste contexto, o estudo propôs como objetivo geral: investigar a não realização do exame dermatoneurológico, em contatos intradomiciliares, de casos de

hanseníase no município de Cajazeiras – PB, no período de 2009 e 2010; e específicos: identificar os motivos que levam os contatos intradomiciliares, a não procurarem a USF para serem submetidos ao exame dermatoneurológico e verificar o conhecimento dos contatos intradomiciliares sobre a hanseníase.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para uma melhor compreensão deste capítulo, inicialmente faremos um breve resgate histórico sobre a hanseníase, em seguida, trataremos da epidemiologia, etiologia, transmissão e imunologia, formas clínicas, tratamento, com ênfase no controle dos contatos, exame dermatoneurológico e educação em saúde.

2.1 HANSENÍASE

2.1.1 Breve Resgate Histórico

A hanseníase é uma das mais antigas doenças que acomete a humanidade. Nos textos antigos encontrados, não está descrita clara e precisamente a clínica, o que possibilita algumas confusões a respeito de sua história e evolução (EIDT, 2004). É segundo o Ministério da Saúde, uma doença milenar com registros datados desde 600 a.C., procedendo da Ásia e da África, as quais podem ser consideradas o berço da doença (BRASIL, 2011a).

A doença foi propagada devido ao tráfego comercial intenso dos fenícios, ao longo das costas mediterrâneas, das guerras dos medos e das expedições de Alexandre, O Grande. Assim como em razão das guerras, houve disseminação no mundo romano, no momento em que as legiões romanas a transportaram para a Europa (CONTRERAS apud SOUZA, 2002). Neste continente, durante a Idade Média, a doença era endêmica em quase todos os países, devido às precárias condições de higiene européias (SOUZA, 2002). No século XVI, reduziu-se significativamente, mantendo-se nas colônias da Ilha da Madeira e Açores, de onde os colonos portugueses podem ter trazido para o Brasil (SOUZA-ARAÚJO, 1946).

Na Europa, ocorria o desaparecimento da doença devido à melhoria na qualidade de vida e ao fim das cruzadas, na Ásia e África, permaneciam os focos endêmicos e a doença era introduzida no Novo Mundo, por meio das conquistas portuguesas e espanholas, assim como da importação dos escravos africanos (BRASIL, 1989).

Foram apresentadas no século XIX, durante a *1ª Conferência sobre a Lepra*, em Berlim 1897, as novas descobertas do cientista Armauer Hansen: o isolamento do bacilo causador da lepra e a forma de transmissão da mesma (CUNHA, 2000).

No Brasil, a lepra chegou por meio dos colonizadores, tendo indícios que as primeiras manifestações foram notificadas por volta de 1600, no Rio de Janeiro. No fim do século XVI e início do século XVII, havia um grande número de leprosos no referido Estado, o que incentivou, em 1697, a tentativa de se fundar um hospital para abrigar estes doentes (chamados de doentes de Lázaro). Mas, só em 1740, com apoio político, foi fundado o que poderia ser considerado o primeiro *Hospital de Lázaros* do Rio de Janeiro – grupo de pequenas casas. Nesse tempo, traçava-se um perfil de miséria, mendicância, isolamento, mutilações, além dos constantes abusos aos doentes, por meio de experiências para o tratamento da doença (SOUZA-ARAÚJO, 1946).

Segundo Souza-Araújo (1946), com a Proclamação da República, o regulamento sanitário estabeleceu a notificação compulsória da lepra, assim como de outras doenças. No século XX, durante a gestão de Oswaldo Cruz, foram estabelecidas providências amplas sobre a reforma sanitária, o ensino sobre a causa e contágio da doença e o isolamento desses doentes em colônias agrícolas.

Os focos da lepra, no Brasil, estavam distribuídos, principalmente, pelo norte do país, nos estados do Amazonas, Pará, Maranhão e pelo Sul, nos estados de Minas Gerais e São Paulo (SOUZA, 2002).

De acordo com o boletim fornecido por Dr. José de Souza Maciel, diretor do Serviço de Profilaxia na Paraíba de 1922 a 1930, foram notificados 81 casos da doença, havendo dois focos da doença: sendo um em Jericó e o outro em Areia (SOUZA-ARAÚJO, 1946). Segundo Souza (2002), o asilo colônia Getúlio Vargas, na Paraíba, demorou cerca de cinco anos para ser inaugurado devido à escassez de recursos, e só sendo então efetivada sua conclusão, devido à preocupação da população, expressa pela pressão social exercida.

Com a introdução das sulfonas, na década de 1940, para o tratamento da lepra, foram criadas grandes expectativas para a cura e a alta, levantando a possibilidade da desativação das colônias. Logo, em 1950 a Lei Federal 1.045 dispôs sobre a concessão de alta aos doentes de lepra, admitindo a suspensão temporária ou definitiva das exigências prescritas pelas leis e regulamentos da profilaxia da lepra em vigor. Em 1969, a internação era indicada apenas para os casos de intercorrências clínico-cirúrgicas e de reações próprias da lepra (ORNELLAS, 1997).

“Em 1975, o Brasil teve a iniciativa pioneira de substituir, oficialmente, o termo lepra por hanseníase” (SOUZA, 2002. p. 34). Além da tentativa de diminuir o preconceito e o estigma da doença, esta mudança na nomenclatura, proporcionou também a mudança da Divisão Nacional de Lepra e da Campanha Nacional de Dermatologia Contra Lepra, para

Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Campanha Nacional contra a Hanseníase, respectivamente, por meio do decreto nº 76.078, de 4 de agosto de 1975. Em seguida, pela portaria nº. 165, publicada em 14 de maio de 1976, foi estabelecida a Política de Controle da Hanseníase, com objetivos de reduzir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes (ANTUNES et al. apud SOUZA, 2002).

A partir de 1980, as políticas de saúde em relação à hanseníase, empenhavam-se em desativar as colônias e reintegrar o doente à sua família. Porém, os doentes resistiam em abandonar a colônia, pois, devido ao longo internamento, os vínculos afetivos e sociais haviam sido desfeitos, assim como existiam sequelas psicológicas e sociais (QUEIROZ; PUNTEL apud SOUZA, 2002).

Em 1991, foi instituído o esquema da Poliquimioterapia/Organização Mundial de Saúde (PQT/OMS), através do acréscimo de duas outras drogas: a rifampicina e a clofazimina, utilizadas devido à resistência do agente causador à sulfona (SOUZA, 2002). Ainda neste ano, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, o Brasil assumiu a meta de eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, até o fim do ano de 2000 (BRASIL, 1999). Não atingindo a meta até 2000, assumiu o compromisso de eliminá-la até o ano de 2005.

Em março de 2004, o PNCH foi reestruturado e colocado como prioridade de gestão do Ministério da Saúde, pois vinha mostrando resultados insatisfatórios nos últimos anos. Na tentativa de alcançar o compromisso, anteriormente, assumido pelo Governo do Brasil de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a SVS vem trabalhando para fortalecimento do plano definido para o alcance da meta de eliminação e adotou novas estratégias de aceleração, baseando-se em três pontos fundamentais: atualização dos dados para a interpretação válida e confiável da sua magnitude e níveis endêmicos nas diferentes regiões do Brasil; redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes, da interrupção da cadeia de transmissão, intimamente dependente da capacidade do diagnóstico inicial e tratamento padrão; e redução da carga social da doença, que depende da detecção precoce para redução de casos com incapacidades físicas (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011b).

Atualmente, o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, no seu tratamento e cura, visando a eliminar fontes de infecção e evitar sequelas. A detecção de casos novos de hanseníase, em menores de 15 anos, foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com meta de redução estabelecida em 10% até 2011 e está

inserida no Programa Mais Saúde: Direitos de Todos - 2008-2011 do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal (BRASIL, 2011a).

O PNCH estabeleceu diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas, que possam propiciar aos que adoecem o atendimento das suas necessidades e direitos (BRASIL, 2009b).

A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010 foi criada na tentativa de garantir a sustentabilidade do programa e de reduzir a dependência com relação à infraestrutura vertical, promovendo sua integração ao sistema geral de saúde, e introduzindo enfoque renovador sobre questões associadas à qualidade dos serviços. No entanto, a fim de assegurar avanços, ainda se faz necessário incorporar elementos adicionais, no intuito de acelerar ainda mais a redução da carga da doença, mantendo o compromisso político e profissional de controlar a hanseníase (OMS, 2010).

A Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015 foi formulada como uma extensão natural das estratégias anteriores da Organização Mundial de Saúde, na tentativa de aperfeiçoar as ações conjuntas e aumentar os esforços mundiais destinados a enfrentar desafios ainda existentes para a redução da carga da doença, bem como de seus impactos danosos sobre os doentes e seus familiares (OMS, 2010).

2.1.2 Epidemiologia

A prevalência global da hanseníase caiu aproximadamente 90%, desde 1985, quando a doença era endêmica em 122 países. Em 2003, passa a ser endêmica em 10 países da África, Ásia e América Latina. Neste mesmo ano, os países com maior prevalência da doença foram Índia, Nepal e Brasil. Nos Estados Unidos da América é rara, com poucos casos registrados (MURRAY, et al. 2006).

No Brasil, cerca de 47.000 casos novos de hanseníase são detectados a cada ano, sendo que 8% deles são menores de 15 anos (BRASIL, 2011a). A redução de casos, em menores de 15 anos de idade, é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos, tendo grande relevância para o controle da hanseníase, o acompanhamento epidemiológico dos casos (BRASIL, 2008b).

Com relação à Paraíba, no período compreendido de 1990 a 2008, as taxas de detecção de hanseníase apresentaram tendência decrescente tardia, mantendo-se inferiores às da Região Nordeste. Até 2003, as taxas da Paraíba mantiveram-se inferiores às do Brasil, superando-as a partir de 2004. De 2001 a 2008, a classificação dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase no Estado, variou de regular à precária, com a porcentagem de contatos examinados com classificação “precária”, quando esta proporção deveria alcançar 50 a 74,9% para ser enquadrada como “regular”, ela se expressou por 37,7%. Em 2008, em 22 (9,2%) municípios do Estado, foram notificados casos de hanseníase em menores de 15 anos, e cinco municípios são considerados prioritários: Bayeux, Cajazeiras, Campina Grande, João Pessoa e Santa Rita. (BRASIL, 2009c).

2.1.3 Etiologia, Transmissão e Imunologia

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), que apresenta evolução lenta e se manifesta, essencialmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos como as lesões de pele e de nervos periféricos, acometendo principalmente olhos, mãos e pés. Esse bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade, quando apenas 5 a 10% dos infectados adoecem, pois o organismo da maioria delas apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o (BRASIL, 2001a).

M. leprae ou Bacilo de Hansen, como também é conhecido, é um parasita intracelular obrigatório, com tropismo por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. Seu tempo de multiplicação é lento, podendo durar de 11 a 16 dias (BRASIL, 2001b).

Os humanos são os hospedeiros naturais, embora os tatus possam corresponder a um reservatório para infecção humana. A temperatura ótima de crescimento (30°C) é inferior à temperatura corporal, logo o organismo cresce, preferencialmente, na pele e nos nervos superficiais (LEVINSON, 2010).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio acontece por meio de uma pessoa doente, portadora do bacilo, não tratada ou que não esteja em tratamento, que o elimina para o meio exterior, contagiando outras pessoas. A principal via de eliminação do bacilo pelo indivíduo doente de hanseníase e a mais provável via de entrada do bacilo no organismo passível de ser infectado, são as vias aéreas superiores. Não é descartada também, a possibilidade de penetração do bacilo através da pele, quando esta não

está íntegra. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é imprescindível um contato direto e duradouro com a pessoa doente não tratada (BRASIL, 2001b).

O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social (BRASIL, 2011a)

O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo atingido, podendo ocorrer após um período de incubação, em média de dois a sete anos, podendo haver casos mais curtos ou mais longos (BRASIL, 2001a).

A hanseníase é um caso muito complexo de imunossupressão, levando em conta que após a infecção, a micobactéria cresce nas vesículas dos macrófagos e a defesa eficaz do hospedeiro, requer a ativação dos macrófagos pelas células Th1. Na forma tuberculóide, as células Th1 são induzidas, poucas bactérias são encontradas vivas, pouco anticorpo é produzido e a doença vai progredindo lentamente sem causar muitos danos ao organismo. Ao contrário da forma lepromatosa ou virchowiana, que as células Th2 são preferencialmente induzidas, a principal resposta é humoral; os anticorpos produzidos não podem atingir as bactérias intracelulares, o bacilo cresce abundantemente dentro dos macrófagos, causando extensa destruição dos tecidos (MURPHY, 2010).

2.1.4 Formas Clínicas e Tratamento

A hanseníase pode se apresentar em quatro formas clínicas distintas, segundo a classificação adotada no IV Congresso Internacional de Leprologia que aconteceu em Madrid em 1953, as quais: indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V). Para fins operacionais, o MS vem adotando também outra classificação, que agrupa os pacientes em paucibacilares (PB): hanseníase tuberculóide (HT) e hanseníase indeterminada (HI), e em multibacilares (MB): hanseníase virchowiana (HV) e hanseníase dimorfa (HD), e ainda os não classificados (SOUZA, 2002).

A HI caracteriza-se por apresentar áreas de hipo ou anestesia, parestesias (com alteração de sensibilidade), manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer região da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos, apenas ramúsculos

nervosos cutâneos. A pesquisa de Bacilo Álcool Ácido Resistente (BAAR) revela-se negativa (BRASIL, 2005; ARAÚJO, 2003; OPROMOLLA; URA, 2002).

A HT apresenta lesões bem delimitadas, em número reduzido, hipo ou anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas papulosas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento, leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas. Há comprometimento de tronco nervoso, a baciloscopia é negativa. Há possibilidade de cura espontânea e, juntamente, com a indeterminada, constituem as formas paucibacilares da doença. (BRASIL, 2005; ARAÚJO, 2003).

HD é caracterizada por sua instabilidade imunológica, o que favorece grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele são numerosas e a sua morfologia é caracterizada por aspectos dos tipos virchowiana e tuberculóide, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematopigmentares, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos (lesões foveolares). Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável (BRASIL, 2005; ARAÚJO, 2003; OPROMOLLA; URA, 2002).

A HV manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o bacilo. Pode evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço (BRASIL, 2005; ARAÚJO, 2003; OPROMOLLA; URA, 2002).

O tratamento do doente de hanseníase é estratégia fundamental de controle da doença, deve ser integral, compreendendo não só o tratamento quimioterápico específico - a PQT -, mas também seu acompanhamento, com vistas a identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença e a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

Os doentes PB devem comparecer, mensalmente, à Unidade de Saúde (US) para tomar a dose supervisionada até completar seis doses, em seis meses ou no máximo até 9 meses, independentemente do número de faltas (contanto que não ultrapasse o limite máximo de tempo), recebendo, então, alta por cura. Um novo exame dermatoneurológico deve ser realizado na última dose – no mínimo mais uma ocasião (SOUZA, 2002). O tratamento

quimioterápico, preconizado pela OMS, para pacientes com Classificação Operacional (CO) PB é rifampicina e dapsona (BRASIL, 2002).

Os pacientes MB devem comparecer, também uma vez ao mês, para a medicação supervisionada até completar doze doses, em doze meses ou no máximo em dezoito meses, independentemente do número de faltas (contanto que não ultrapasse o limite máximo de tempo), recebendo, então, alta por cura. O exame dermatoneurológico deve ser refeito na sexta e na décima segunda doses – no mínimo mais duas ocasiões. Na ocorrência de muitas reações e lesões de nervos no curso do tratamento, que ainda tenham alto índice baciloscópio, os pacientes podem necessitar de doze doses adicionais, reutilizando o mesmo esquema operacional (SOUZA, 2002). O tratamento quimioterápico, preconizado pela OMS, para pacientes com CO MB é rifampicina, clofazimina e dapsona (BRASIL, 2002).

2.1.5 Controle dos Contatos

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território brasileiro, que compreende uma atividade de todos os profissionais de saúde em geral. A Vigilância Epidemiológica tem como objetivos: detectar e tratar precocemente os casos novos (interromper a cadeia de transmissão e prevenir incapacidades físicas); realizar exames dermatoneurológicos em todos os contatos de casos de hanseníase (detectar novos casos e iniciar o tratamento o mais precocemente possível); reduzir a morbidade da doença para menos de 1 doente por 10 mil habitantes (meta de eliminação proposta pela OMS) (BRASIL, 2005).

A vigilância epidemiológica deve ser intensificada nas áreas mais endêmicas, assim como, devem ser mantidas as ações efetivas naquelas com estabilização da endemia, dependendo de grande mobilização social, incluindo a vontade política de todos os gestores, compromisso e motivação dos técnicos e controle social (BRASIL, 2008b).

Para a operacionalização e eficácia da vigilância epidemiológica da hanseníase na obtenção e fornecimento de informações fidedignas e atualizadas sobre a doença, assim como seu comportamento epidemiológico e atividades de controle, faz-se necessário um sistema de informação efetivo e ágil, o qual é componente fundamental neste órgão, subsidiando-o na tomada de decisão de planejamento das atividades de controle da doença (BRASIL, 2002).

Para o Ministério da Saúde as ações das unidades de saúde devem ser programadas, considerando-se uma média de quatro contatos domiciliares por paciente. A

vigilância de contatos compreende a busca ativa e sistemática de novos casos de hanseníase entre as pessoas que vivem com o doente, para que sejam adotadas medidas de prevenção, realizando o diagnóstico e o tratamento precoce (BRASIL, 2002).

Uma vez identificados, os contatos do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e, se o diagnóstico de hanseníase for confirmado, devem receber o tratamento específico. Estas pessoas têm ainda o direito de receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficar atentas ao aparecimento de seus sinais e sintomas, devendo, neste caso, procurar a unidade de saúde. Assim como, está indicada a aplicação de duas doses da vacina BCG/ID a todos eles (desde que saudáveis), independentemente de serem contatos de doentes PB ou MB. A 1ª dose da vacina só pode ser aplicada, depois da realização do exame dermatoneurológico, se já existir a cicatriz por BCG/ID, essa deve ser considerada como primeira dose; a segunda deverá ser feita seis meses após a aplicação da primeira (BRASIL, 2005).

Pinto Neto et al. (2000), durante revisão de literatura realizada sobre o controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil, constatou que esse assunto vem recebendo pouca atenção durante o processo histórico da doença no Brasil, nos diferentes modelos de atenção à saúde, quando enfoque centraliza-se no tratamento e cura dos doentes, ficando a questão do controle dos contatos, apesar de contemplada nas leis, em segundo plano, sem tanto privilégio como as terapêuticas medicamentosas.

Assim como, o mesmo autor conseguiu evidenciar, através de vários trabalhos referenciados, até mesmo da década de 30, que um número considerável de comunicantes vem adoecendo no Brasil, demonstrando a existência de índices de contágios significativos, traduzindo a importância do controle dos focos familiares, uma vez que muitos estudos brasileiros apontam riscos maiores de adquirir a doença por parte dos contatos, que pessoas da comunidade (PATEO; PEREIRA, 1936; MATOS et al., 1999; OMS/OPAS, 1989).

Pinto Neto (2004) e Dessunti et al. (2008), ao analisarem a situação dos comunicantes, constataram que, apesar dos grandes avanços na terapêutica da hanseníase, o mesmo não ocorreu em relação aos comunicantes. As ações de controle da hanseníase focalizam o doente, deixando de agir junto aos comunicantes. Verifica-se o mesmo entre os pesquisadores da área, uma vez que o controle dos comunicantes de hanseníase recebeu pouca atenção no processo histórico de controle desta doença no Brasil (PINTO NETO, 2004).

Os serviços de saúde, após a implantação da PQT, têm realizado um esforço concentrado para diminuir a prevalência da hanseníase. No entanto, alguns problemas de ordem técnico-operacional, ainda se interpõem para o alcance da meta de reduzir a

prevalência por menos de um caso /10.000 habitantes, destacando dentre eles, as baixas taxas de controle dos comunicantes (LANA; ROCHA, 1997).

De acordo com Carrasco e Pedrazzani (1993) todos portadores de hanseníase foram primeiramente comunicantes, portanto são considerados de importância epidemiológica significativa em termos de endemia e passam a se tornar um grupo de risco vulnerável do ponto de vista da cadeia do processo infeccioso. Uma das propostas de atingir as metas de eliminação é de controlar os contatos intradomiciliares.

Para o MS o indicador operacional - proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase – classifica-se: bom (maior ou igual a 75%), regular (de 50 - 75%) e precário (menor que 50%) (BRASIL, 2002). Nos anos de 2009 e 2010 no município de Cajazeiras - PB, ambos obtiveram parâmetros regulares, 74,48% e 65,28% (SINAN-NET, 2011), respectivamente, com especial atenção ao ano de 2010, cujo parâmetro regrediu em relação ao ano anterior, o que comprova que a capacidade do serviço em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, para detecção de novos casos, não é tão eficaz e que talvez se o número de avaliados fosse maior, não estaríamos com tantos casos da doença na cidade.

O indicador epidemiológico - detecção anual de casos novos de hanseníase por 10.000 habitantes – segundo este mesmo órgão, classifica-se como hiperendêmico (maior ou igual a 4,0/10.000 habitantes), muito alto (4,0 -| 2,0/10.000 habitantes), alto (2,0 -| 1,0/10.000 habitantes), médio (1,0 -| 0,2/10.000 habitantes) e baixo (menor que 0,2/10.000 habitantes) (BRASIL, 2002). O município de Cajazeiras enquadra-se no parâmetro de hiperendêmico, com 9,92/10.000 habitantes em 2009 e 12,83/10.000 habitantes em 2010 (SINAN-NET, 2011). O que revela, ainda mais, a importância da realização das medidas de controle, pois com tal situação, todo cuidado torna-se insuficiente na tentativa de ao menos controlá-la, portanto, não é a melhor alternativa na busca do controle da doença, se enquadrar num parâmetro regular.

De acordo com a Portaria nº 3.125/GM de 07 de outubro de 2010, a vigilância epidemiológica deve envolver a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e divulgação das informações subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas (BRASIL, 2010). Por isso, há importância em se trabalhar tentando alcançar metas, com base em estatísticas, para se ter uma noção de como está a situação de um dado município ou região.

Segundo a OMS (2010) para promover a detecção precoce de casos de hanseníase, os obstáculos que impedem que os contatos se apresentem para serem examinados devem ser eliminados, como o medo; o desconhecimento sobre a doença; o estigma; desvantagens, algumas culturalmente determinadas, tais como gênero, identidade étnica e pobreza; barreiras físicas como topografia ou terrenos difíceis; e questões de segurança, aplicáveis em locais do mundo com áreas de guerra ou distúrbio civil, onde a hanseníase é endêmica.

2.1.6 Exame Dermatoneurológico

O exame dermatoneurológico é realizado para confirmar ou não o diagnóstico de hanseníase, devendo este ser feito nas seguintes ocasiões: na demanda espontânea da população para os serviços da unidade de saúde, em que poderá haver casos com sinais e sintomas dermatológicos e/ou neurológicos, e nos encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde, para confirmação diagnóstica da doença - casos com suspeita de hanseníase, assim como, durante as atividades gerais de atendimento à população, quando haverá busca sistemática de doentes, pela equipe da unidade de saúde (BRASIL, 2005).

Ao tempo que, este mesmo órgão visa o diagnóstico precoce da doença, através da intensificação da busca ativa de doentes através do exame de todos os contatos do caso diagnosticado, mesmo que não apresentem sinais e sintomas da doença, e das outras formas de detecção ativa. Uma vez identificados e submetidos ao exame dermatoneurológico, o diagnóstico dos contatos do doente de hanseníase, vai ser confirmado ou descartado, se for confirmado, estes devem receber o tratamento específico, assim como, mesmo não confirmado o diagnóstico, receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de seus sinais e sintomas, devendo, neste caso, procurar a unidade de saúde (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, faz parte do diagnóstico clínico de hanseníase: anamnese; avaliação dermatológica e neurológica; diagnósticos dos estados reacionais; diagnóstico diferencial e classificação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2002).

Enfatizando a avaliação dermatológica e neurológica, a primeira visa identificar lesões de pele com alteração da sensibilidade, através da inspeção de toda a superfície corporal, no sentido crânio-caudal, principalmente nas áreas com maior frequência: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, utilizando a pesquisa térmica, dolorosa e tátil, as quais se complementam; e a avaliação neurológica, por sua vez, visa identificar neurites,

incapacidades e deformidades, através da inspeção dos olhos, nariz, membros superiores e inferiores; palpação de troncos nervosos periféricos; avaliação da força muscular; teste de mobilidade articular das mãos e pés; e avaliação da sensibilidade dos olhos, membros superiores e inferiores, pois tais regiões possuem os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase (BRASIL, 2002).

2.1.7 Educação em Saúde

Entendida como uma prática inovadora, transformadora, a Educação em Saúde deve ser inerente a todas as ações de controle da hanseníase, desenvolvidas pela equipe de saúde, usuários, familiares e nas relações estabelecidas entre os serviços de saúde e a população. Ou seja, todo o processo educativo nas ações de controle da doença deve contar com a participação do paciente, dos familiares e da comunidade, nas decisões que lhes digam respeito, na busca ativa de casos, no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento das incapacidades físicas, no combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social; tendo como referência as experiências municipais de controle social (BRASIL, 2002).

A Educação em Saúde é ainda entendida como suporte para a compreensão do processo de adoecimento, tanto da doença em si, como da sua aceitação e suas consequências na vida de cada paciente, como é também compreendida como uma atividade informativa e comunicativa voltada para o público em geral, pacientes, familiares e profissionais de saúde, chamando a atenção para os primeiros sinais e sintomas da doença; para o tratamento que pode ser feito em qualquer USF; e a necessidade de os contatos serem examinados e receber a vacina BCG/ID (BRASIL, 2008a).

De acordo com o Ministério da Saúde, quando não há prática continuada de busca ativa, só com a demanda espontânea, o paciente já procura o serviço de saúde com a doença avançada, devendo a sociedade estar capacitada pelo menos a impedir a transmissão da hanseníase dentro do domicílio. Assim como, refere à Educação em Saúde como uma das quatro frentes do Programa de Prevenção de Incapacidades, quando fala da importância da educação voltada para profissionais, principalmente nas escolas e na comunidade, como da formação de um núcleo comunitário de apoio e vigilância em hanseníase, na luta contra a falta de conhecimento sobre a doença e conseqüentemente contra o estigma por ela causado à todos familiares do doente (BRASIL, 2008a).

Neste sentido, o objetivo de ações de educação em saúde visando à conscientização e conhecimento da comunidade sobre a hanseníase é na tentativa de melhorar os níveis de entendimento sobre a doença, sobre o programa e sobre suas consequências para a comunidade, tanto em termos dos benefícios, quanto das responsabilidades. Visando incentivar os membros da comunidade a aceitar um papel ativo no serviço, esperando com isso, alcançar um aumento no índice de demanda espontânea e das atitudes positivas da sociedade com relação à pessoa afetada pela doença (OMS, 2010). Por isso, a importância de manter o contato intradomiciliar, mais do que outro membro da comunidade, informado sobre suas responsabilidades no controle da endemia hanseníase.

3 METODOLOGIA

Este capítulo compreende todo percurso metodológico seguido para realização do estudo, incluindo tipo, local, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão do estudo, assim como instrumento, técnica e procedimento de coleta de dados, processamento e análise dos dados e aspectos éticos obedecidos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2010), o estudo exploratório caracteriza-se pela formulação de questões ou de um problema, que visa a desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para realização de um estudo futuro mais preciso, ou modificar e clarificar conceitos. Frequentemente, são obtidas descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo.

Segundo Silva (2008), o estudo descritivo tem por finalidade descrever características dos indivíduos em questão, assim como estimar a frequência de alguma doença, entre outras.

De acordo com Rodrigues (2007), a abordagem quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizando técnicas estatísticas. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são mais básicas neste tipo de processo de pesquisa.

A abordagem qualitativa, por sua vez, procura analisar e interpretar aspectos profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, favorecendo análise detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento. (MARCONI; LAKATOS, 2010). Sendo também descritiva, as informações obtidas não podem ser quantificáveis. Assim, os dados obtidos são analisados indutivamente (RODRIGUES, 2007).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nas USF do município de Cajazeiras - PB: São José / PAPS, localizada na Rua José Américo de Almeida, nº 1526, Casas Populares, bairro São José; Sol Nascente, na Rua Raimundo Moésia Rolim, nº 58, bairro Sol Nascente e; Amélio Estrela Dantas Cartaxo, na Rua Vitória Bezerra, nº 85, bairro São Francisco.

A escolha das unidades de saúde, citadas, ocorreu pelo fato de possuírem o maior número de notificações da doença, nos últimos dois anos, em comparação com as demais USF; como também, pelo fato de a grande maioria dos contatos não examinados (registrados nos anos de 2009 e 2010), pertencerem às três unidades notificadoras, acima referidas (SINAN - NET, 2011).

O município de Cajazeiras está localizado no Sertão Paraibano, a 477 quilômetros de sua capital João Pessoa e ocupa uma área de aproximadamente 586.275 km². Apresenta clima tropical quente. A população estimada, em 2010, era de 58.437 habitantes, com 47.489 (81,27% da população) habitantes na zona urbana e 10.948 (18,83% da população) habitantes na área rural (IBGE, 2011).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 59 (cinquenta e nove) contatos intradomiciliares de casos de hanseníase diagnosticados e tratados (ou em tratamento) no município de Cajazeiras - PB -, no período de 2009 a 2010, que foram registrados nas USF, e que não realizaram o exame dermatoneurológico até o momento da coleta dos dados.

A amostra foi formada por 31 (trinta e um) contatos intradomiciliares de casos de hanseníase que concordaram em participar do estudo e que preencheram os pré-requisitos de inclusão.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra atendeu aos critérios: contatos não submetidos ao exame dermatoneurológico preconizado pelo PNCH (considerando como contato não examinado,

aquele que não consta preenchido na ficha de controle de comunicantes à realização do exame dermatoneurológico); que tomaram ou não a vacina BCG/ID; contato intradomiciliar de caso notificado e tratado (ou em tratamento) de hanseníase; e adolescentes a partir de 15 anos, e os adultos que tiveram condições de estabelecer comunicação verbal e interpretação dos questionamentos.

Foram excluídos da amostra, os contatos intradomiciliares: residentes fora do município, no período que compreendeu a coleta de dados (mês de setembro); de casos de hanseníase encerrados por erro de diagnóstico; e que não foram registrados no prontuário do caso de hanseníase, do qual era contato.

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, a técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista com um roteiro (APÊNDICE A), contendo dados de identificação sociodemográficos, situação vacinal e adoecimento do contato intradomiciliar, questão subjetiva, averiguando o(s) motivo(s) da não realização do exame dermatoneurológico, e questões objetivas inerentes aos conteúdos sobre hanseníase: conceito, transmissão, prevenção e tratamento.

Para Severino (2007), na entrevista, o pesquisador procura entender o que os sujeitos sabem, fazem, argumentam, pensam e representam. Ao utilizarmos um roteiro, pretendemos obter informações diretamente do entrevistado, por meio do contato face a face entre pesquisador e informante, que deve ser preenchido pelo entrevistador no momento da entrevista (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Projeto CAAE Nº 0387.0.133.000-11 (ANEXO H) e envio de ofício, contendo o parecer do Comitê, à Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, teve início o levantamento dos casos de hanseníase notificados pelas três USF no período de 2009 e 2010, por meio de dados inseridos no SINAN. Em seguida, foi feito um levantamento nos prontuários dos casos de hanseníase, para seleção dos contatos intradomiciliares registrados nas Fichas de Controle de Comunicantes.

Após levantamento dos contatos intradomiciliares, foram realizadas as visitas domiciliares, informando sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D e E). Durante a entrevista, seguindo o roteiro citado anteriormente, foi feito o registro por meio de gravação, mediante autorização dos participantes.

A coleta foi realizada, diretamente, com os contatos intradomiciliares de hanseníase, na residência, nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante do estudo.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos que revelaram a visão dos participantes foram trabalhados por meio da análise de conteúdo (AC), desenvolvida por Laurence Bardin, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977).

De acordo com Minayo et al. (2007), por meio da AC, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado nas falas.

Segundo Caregnato e Mutti (2006), a AC é uma técnica de pesquisa que visa a compreender o pensamento do sujeito, por meio do conteúdo expresso no texto, em concepção transparente de linguagem. “Na AC, o texto é um meio de expressão do sujeito, em que o analista busca a categorização das unidades do texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682). Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas que, em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

As questões objetivas, da segunda entrevista, foram analisadas quantitativamente e os dados obtidos foram agrupados e representados por tabelas com frequência e percentual. Os dados obtidos foram analisados, de forma descritiva, recorrendo à literatura pertinente.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram consideradas as diretrizes, normas e princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, contempladas na Resolução nº 196/96, decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em vigor no país, principalmente, o que concerne ao TCLE (BRASIL, 1996). Foram garantidas aos sujeitos, a liberdade de participação no estudo, assim como a desistência a qualquer momento. Foram também prestados esclarecimentos sobre seus objetivos e solicitada assinatura do participante no TCLE. Com isso, visamos a assegurar e preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, com o objetivo de evitar qualquer tipo de constrangimento. Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas aparecem identificadas com – CI – Contato Intradomiciliar, seguido do número da entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Iniciamos o capítulo com a caracterização, situação vacinal e adoecimento dos participantes do estudo. Para alcance dos objetivos do estudo foi feita a análise dos motivos da não realização do exame dermatoneurológico e conhecimento sobre a hanseníase.

4.1 CARACTERIZAÇÃO, SITUAÇÃO VACINAL E ADOECIMENTO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

Tabela 01 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sexo, estado civil e escolaridade, Cajazeiras – PB

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
SEXO		
Masculino	16	51,61
Feminino	15	48,39
TOTAL	31	100
ESTADO CIVIL		
Casado (a)	10	32,26
União estável	6	19,35
Solteiro (a)	11	35,49
Separado (a)	2	6,45
Viúvo (a)	2	6,45
TOTAL	31	100
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	4	12,90
Fundamental incompleto	16	51,61
Fundamental completo	-	-
Médio incompleto	8	25,80
Médio completo	1	3,23
Superior incompleto	1	3,23
Superior completo	1	3,23
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

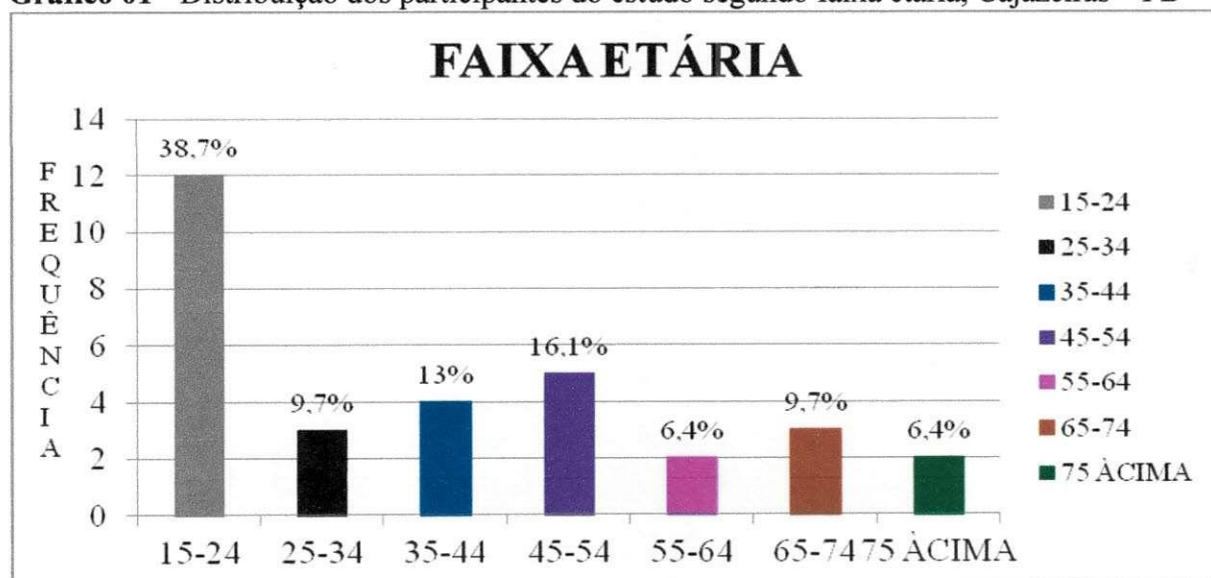
A tabela 01 revela que não houve diferença significativa de sexos, pois dos 31 entrevistados, 16 (51,61%) foram do sexo masculino e 15 (48,39%) foram do sexo feminino; 11 (35,49%) eram solteiros e 10 (32,26%) eram casados, mostrando uma proporção igualitária entre solteiros e casados e, ainda, uma parcela representativa de 6 (19,35%) contatos em união

estável. Quanto à escolaridade, constatou-se que 16 (51,61%) dos participantes possuem o ensino fundamental incompleto, 8 (25,80%) o ensino médio incompleto e 4 (12,90%) autointitularam-se, analfabetos.

Embora a diferença entre os sexos não seja significativa, o estudo concordou com os resultados encontrados por Ferreira (2010), em estudo sobre os contatos faltosos dos escolares tratados de hanseníase no município de Paracatu – MG, entre os anos de 2004 a 2006, quando 61% dos contatos eram do sexo masculino e a maioria deles 54%, possuíam o ensino fundamental incompleto. Porém, esses resultados divergem do estudo realizado por Leite et al. (2009), que ao traçarem o perfil epidemiológico dos contatos de hanseníase em área hiperendêmica, encontraram a maioria (54%) de seus entrevistados do sexo feminino.

Concordou também com os achados de Pinto Neto (2004), quando identificava a percepção dos contatos intradomiciliares a respeito da hanseníase, quanto ao estado civil com a maioria dos contatos solteiros (47,3%) e, em seguida, os casados (36,8%), assim como, com os resultados obtidos por Leite et al (2009), com 68,7% dos contatos de casos de hanseníase solteiros.

Gráfico 01 - Distribuição dos participantes do estudo segundo faixa etária, Cajazeiras – PB



Fonte: Dados do Estudo/2011.

Em relação à faixa etária, 38,7% dos entrevistados enquadraram-se à faixa etária de 15 a 24 anos, apontando pessoas mais jovens como as que mais estão deixando de realizar o exame dermatoneurológico.

Corroborando com Dessunti et al. (2008), que em estudo sobre os contatos intradomiciliares faltosos de hanseníase, no município de Londrina – PR, constataram que a

maioria dos participantes encontrava-se na faixa etária de 11 a 30 anos. Para Vieira et al. (2008), o risco de um jovem adoecer é maior, em idade economicamente ativa, visto o longo período de incubação da hanseníase. Segundo Lombardi e Ferreira (1990), os doentes de hanseníase, geralmente, são adultos jovens, provenientes das classes sociais mais pobres da população e que fazem referência da existência de outro caso da doença na família. Isto nos leva a pensar que a população pesquisada pode ser facilmente alvo da doença e que chegue talvez, até mesmo, a desenvolvê-la, uma vez que, na literatura, os doentes referem à existência de outros familiares doentes, tendo sido estes, um dia, o contato do foco familiar da doença.

Tabela 02 – Distribuição dos participantes do estudo segundo ocupação e renda familiar por salários mínimos, Cajazeiras – PB

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
OCUPAÇÃO		
Do lar	6	19,35
Estudante	6	19,35
Autônomo	4	12,90
Pedreiro	3	9,68
Aposentado	4	12,90
Desocupado	3	9,68
Agricultor	2	6,45
Professora	1	3,23
Caminhoneiro	1	3,23
Comerciante	1	3,23
TOTAL	31	100
RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS MÍNIMOS		
Menor que 1	6	19,35
1 - 2	17	54,84
2 - 3	4	12,90
3 - 4	1	3,23
Maior que 4	3	9,68
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

NOTA: O salário mínimo vigente no país no momento da coleta de dados do estudo, era de R\$ 545, 00 (quinhentos e quarenta e cinco reais).

A tabela 02 registra a distribuição dos contatos de hanseníase por ocupação e renda familiar em salários mínimos. A respeito das atividades exercidas pelos contatos, houve predomínio de duas profissões: do lar (19,35%) e estudante (19,35%), com destaque também para as pessoas que exercem atividades autônomas e que se encontram no momento aposentadas, representando cada uma delas 12,90% dos participantes. Em se tratando de renda familiar mensal, identificou-se que 17 (54,84%) dos contatos vivem com 1 a menos de 2

salários mínimos e 6 (19,35%) deles relataram receber menos de 1 salário mínimo mensalmente.

Em estudo epidemiológico sobre os contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em Buriticupu – MA, Leite et al. (2009) tiveram 54% de seus participantes estudantes e, em seguida, 22% destes, trabalhando como doméstica/do lar; assim como a grande maioria das famílias, vivendo com menos de um até dois salários mínimos mensais; discordando de Augusto e Souza (2006), os quais observaram que 54,6% dos contatos faltosos recebem uma renda mensal de mais de quatro salários mínimos mensais.

Ao relatar sobre a pobreza, Pinto Neto et al. (2002) enquadraram-na, como sendo um fator socioeconômico desfavorável, assim como, Lombardi e Ferreira (1990) a ela relacionam a existência de um fator de risco para a hanseníase.

Tabela 03 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo situação vacinal e adoecimento, Cajazeiras – PB

Situação vacinal e adoecimento	f	%
1 - Você tomou a vacina BCG/ID		
SIM	11	35,48
NÃO	20	64,52
TOTAL	31	100
2 - Você já teve hanseníase		
SIM	2	6,45
NÃO	29	93,55
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Observamos, na tabela 03, que 11 (35,48%) dos contatos foram vacinados com a BCG/ID (considerando a vacinação com as duas doses da vacina). De acordo com a literatura, esses contatos só deveriam receber a vacina BCG/ID, após a realização do exame dermatoneurológico, o que não aconteceu no município de Cajazeiras – PB, mostrando que também existem falhas com relação ao cumprimento às normas estabelecidas pelo programa de controle da hanseníase, no que diz respeito à vacinação dos contatos.

Corroborando com Vieira et al. (2008), em estudo sobre avaliação e controle dos contatos faltosos de doentes de hanseníase, encontraram 60,4% desses contatos vacinados com duas doses do BGC/ID, também sem terem sido examinados.

Identificamos, com isso, que é necessário controle da aplicação do BCG/ID em contatos de hanseníase não examinados, considerando que esses contatos podem estar doentes, uma vez que o aparecimento de sinais clínicos de hanseníase, logo após a vacinação,

de acordo com o Ministério da Saúde, pode estar relacionado com o aumento da resposta imunológica em indivíduo que foi, anteriormente, infectado (BRASIL, 2002).

Revela-se, ainda, na tabela 03, que dos 2 (6,45%) contatos de casos recentes de hanseníase, já tiveram a doença em anos anteriores. Apesar de ser um número pequeno, comprova a importância e a necessidade da vigilância desses contatos no município de Cajazeiras – PB. Assim como, alguns dos contatos que relataram ter sido examinados, afirmaram que só foram fazer o exame, porque apresentaram manchas suspeitas, manchas essas que ao serem examinadas, trouxeram a comprovação da doença, bem como, a realização do tratamento do caso novo. Com isso, observou-se mais de um caso da doença na família.

4.2 ANÁLISE DOS MOTIVOS DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO PELOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

Considerando as respostas da questão, qual (is) o(s) motivo(s) da não realização do exame dermatoneurológico por contatos intradomiciliares, no período de 2009 e 2010 no município de Cajazeiras – PB, foi possível apreender do conteúdo dos discursos dos participantes oito temáticas: ausência de sinais/sintomas da doença; omissão e/ou falta de interesse; falta de informação/informação inadequada; incompatibilidade de horários e/ou trabalho; falta de confiança no serviço de saúde; vergonha e/ou preconceito para com a doença; vergonha do exame e medo do exame.

Quadro 01 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo os motivos da não realização do exame dermatoneurológico, Cajazeiras – PB

CATEGORIA	f¹
Ausência de sinais e/ou sintomas	19
Omissão e/ou falta de interesse	09
Falta de informação ou informação inadequada	08
Incompatibilidade de horários e/ou trabalho	05
Falta de confiança no serviço	03
Medo do exame	02
Vergonha e/ou preconceito para com a doença	02
Vergonha do exame	02
TOTAL	50

Fonte: Dados do Estudo/2011.

4.2.1 Ausência de sinais e/ou sintomas

A partir do relato de dezenove contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico, a ausência de sinais e sintomas da hanseníase, os quais foram expressos através dos discursos que seguem:

Porque não vi necessidade de fazer, eu nunca tive mancha nenhuma.
(CI – 11)
Não fui, porque eu não gosto de fazer exame. Nunca senti nada, pra que ir? (CI – 19)

Pinto Neto (2002) aponta como um resultado importante de seu estudo sobre considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase, a possibilidade de existirem portadores assintomáticos da doença, os quais possam ser a fonte de infecção para os contatos intradomiciliares. Por isso, percebe-se a necessidade de acompanhamento mais detalhado desses contatos, mais demorado, mais preciso, de forma que seja possível perceber alterações e sinais, e sintomas ainda em fase inicial, e não quando já exacerbados.

No que se refere à preocupação demonstrada por 12% dos contatos entrevistados em seu estudo, Claro (1995) encontrou em seus resultados que somente quando já havia

¹ Em relação à frequência ter apresentado total maior do que o número de participantes, deve-se ao fato de que alguns dos entrevistados referiram a mais de um motivo no momento da entrevista.

outros familiares com a hanseníase, os pacientes manifestaram intensa preocupação e ansiedade com a percepção dos sinais e sintomas da doença, o que pode nos levar a pensar que esses sinais podem não ser visualizados, assim como podem passar despercebidos aos olhos desses contatos que não detêm conhecimentos suficientes para determinar que não seja necessário ou quando é melhor procurar o serviço.

O projeto: Diagnóstico dos serviços de saúde na região metropolitana de Recife e de Porto Alegre, apresentado ao Ministério da Saúde em 2005, apresentou como um dos motivos relatados pela população a não procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses, a ausência de problema de saúde, assim como também foram relatados falta de tempo; difícil acesso; atendimento demorado, entre outros motivos (DIEESE, 2005).

Em uma investigação sobre a não procura por atendimento de saúde no Brasil, Osório et al. (2011) encontraram como um dos motivos possíveis, inclusive o primeiro: que não houve necessidade, como justificativa para a não procura de um serviço ou profissional, o que nos leva a pensar que as pessoas não fazem prevenção, e apenas procuram atendimento em saúde, quando estão necessitando suprir determinada demanda de saúde, em outras palavras, quando sentem alguma coisa. Às vezes, como mostram os mesmos autores, muitos usuários precisam e não procuram o serviço por vários motivos. Para esses mesmos autores, atingir esta parcela da população já é um desafio para o SUS e muito maior será o desafio de conseguir com que as pessoas que não sentem nada, procurem os serviços de saúde.

4.2.2 Omissão e/ou falta de interesse

A partir do relato de nove contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico, a falta de interesse e/ou omissão para com as atividades de controle referentes aos contatos, os quais foram expressos por meio dos discursos que seguem:

Não fui por falta de interesse mesmo, falta de vontade [...]. (CI – 18)

[...] Por quê? Porque eu tenho preguiça, não tenho paciência para nada. (CI – 21)

Embora a falta de interesse tenha sido relatada pelos participantes, Meyer et al. (2006) acreditam que o desinteresse no cuidado de si mesmo depende da detenção de informações essenciais por parte da população, quando afirma que, correr riscos é sinal de

ignorância e falta de interesse no cuidado de si, e que a aprendizagem das formas corretas de viver, estão relacionadas à transmissão de um conhecimento especializado para uma população leiga, que precisa desaprender grande parte das informações adquiridas no cotidiano da vida.

Em estudo realizado por Silva et al. (2008), sobre as representações das mulheres Amazônicas sobre o exame Papanicolaou, obtiveram do discurso das mulheres, a opinião de que muita gente não tem interesse em si cuidar, mora próximo à unidade de saúde e quando vai procurá-la já está doente. O que remete à falta de interesse das pessoas em realizar também cuidados preventivos.

O estudo corroborou com Ferreira (2010), que também apresenta em seus resultados a omissão e a falta de interesse dos contatos de hanseníase em procurar o serviço de saúde, identificados nos discursos dos entrevistados como motivos da não realização do exame dermatoneurológico.

4.2.3 Falta de informação ou informação inadequada

Conforme relato de oito contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico, a falta de informação ou informações transmitidas de forma inadequadas a respeito da necessidade de acompanhamento dos contatos. Os discursos a seguir, exemplificam essa visão:

[...] não avisaram. Tem muita falta de informação por isso que o povo adoce. Eu já tratei hanseníase, e achei que não era preciso ir de novo. (CI – 26)

[...] o enfermeiro do posto disse que não precisava, porque a de F. era da que dava fraquinha, e não precisava fazer exame não. Se tem que pegar, pega mulher, não tem exame que dê jeito. (CI – 31)

A falta de informação é apontada como a principal responsável pela incidência da hanseníase no país, assim como ela também responde pelo preconceito e discriminação que ainda cercam a doença (MEDEIROS, 2003).

Em estudo realizado por Augusto e Souza (2006), sobre a adesão do comunicante de hanseníase à profilaxia, os principais resultados demonstraram que uma das dificuldades de adesão foi: falta de conhecimento dos comunicantes em relação à hanseníase; o que nos leva a

refletir sobre a importância de manter o contato, principalmente o domiciliar, informado sobre a doença, para que sejam vencidas estas dificuldades de adesão às atividades de controle da endemia.

Souza e Borba (2008), em estudo sobre o exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres em uma ESF, afirmam que muitas mulheres ainda não realizam o exame preventivo por algumas possíveis razões relacionadas a aspectos socioeconômicos e culturais, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo. Tais aspectos podem estar contribuindo para a baixa adesão dessas mulheres à realização do citológico. Assim como, relatam que a desinformação é fator de risco para o câncer cérvico-uterino, e que distancia as mulheres dos serviços de saúde.

Para Cavalcante (2004), em pesquisa sobre a atuação do Enfermeiro da ESF na prevenção e detecção precoce também do câncer cérvico-uterino, a falta de informação predispõe ao medo e à insegurança por parte das mulheres, dificultando o sentimento de apropriação de sua saúde, como também à qualidade de vida.

Embora o estudo em questão não se aplique apenas às mulheres e também não diga respeito ao exame citopatológico, podemos inferir estes fatores, como imprescindíveis na adesão de qualquer terapêutica, seja esta medicamentosa ou não, pois esclarecimentos principalmente, sobre a importância e a forma como é feito determinado exame são indispensáveis aos pacientes em relação ao tratamento, por vez também, na adesão do contato à profilaxia contra a hanseníase.

De acordo com Leite e Ventura (2011) o direito à informação em saúde legitima-se a partir da informação prestada pelo profissional de saúde, “cuidador”, seja ele o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem ou qualquer outro membro da equipe de saúde ao usuário; que o empodera; gera conhecimento e, conseqüentemente, facilita o exercício de sua cidadania.

Segundo estas mesmas autoras, a partir da descrição da Lei do Estado de São Paulo 10.241/1999, que dispõe dos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências, observa-se a importância da qualidade de informação recebida pelo usuário dos serviços de saúde, o qual possui direito a um atendimento e informações claras, assim como de detalhes sobre sua saúde.

Para que os usuários captem as informações, estas devem ser adaptadas às circunstâncias de cada caso e às condições sociais, psicológicas e culturais, utilizando-se um padrão orientado para cada pessoa, denominado “padrão subjetivo” (FORTES, 2005).

Almeida Júnior (2009) ressalta que a mediação da informação permite a ascensão do usuário da categoria de apenas receptor para a de ator central do processo de apropriação. Quer dizer que, por meio do empoderamento da informação pelo usuário, ele é deslocado da categoria de receptor passivo da informação, a um ser ativo e participativo.

Estudos apontam que a falta de informação é um dos motivos da não adesão por parte dos usuários às medidas profiláticas (QUEIROZ, 2005); assim como, mulheres demonstram maior importância ao aspecto curativo do que ao preventivo, pois as mesmas relacionam e procuram por meio do exame de Papanicolaou apenas agravos ginecológicos, o que se deve à falta de informação (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Portanto, podemos concluir que se os contatos recebessem informações adequadas por parte dos profissionais, talvez realizassem o exame dermatoneurológico, procurando o serviço com maior frequência para esclarecimentos.

4.2.4 Incompatibilidade de horários e/ou trabalho

Conforme relato de cinco contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se a incompatibilidade de horários e/ou trabalho, como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico. Estes fatos estão representados nos discursos que seguem:

Não fui fazer o exame por causa do meu emprego, porque não tinha tempo. (CI – 14)

Não fui porque elas marcaram pela manhã, e eu não podia, porque eu estudava, e lá no posto só atende quando marca, se você chegar sem tá marcado, elas num atendem não. Aí eu nem fui. (CI – 15)

Observa-se que, a maioria dos serviços de atenção primária tem uma jornada de trabalho reduzida, que se torna insuficiente para suprir a demanda da comunidade local. Como já afirmava Pinheiro et al. (2002), que na área urbana, embora seja maior a oferta de serviços de saúde, estes não são ofertados em quantidade suficiente, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos da não procura pelo serviço.

Em estudo realizado entre um grupo de homens por Gomes et al. (2007), um dos motivos que foram levantados pela baixa procura destes aos serviços de saúde foi o fato de o horário de funcionamento das unidades coincidirem com o horário de seu trabalho, assim como, quando eles procuram os serviços de saúde, enfrentam filas, o que demanda tempo, e,

às vezes podem levá-los a faltar o dia de trabalho, sem que tenham suas demandas, totalmente, resolvidas em uma única ida ao serviço.

Em estudo realizado por Ferreira (2010), quanto aos motivos que levaram os contatos intradomiciliares a não realizarem o exame: o trabalho representou 38% dos entrevistados, a falta de informação 14% e a omissão 14%, como os principais empecilhos para a realização do exame dermatoneurológico, assim como também relataram, em menor quantidade (4%), o medo como dificuldade de adesão dos contatos à profilaxia.

Augusto e Souza (2006), também encontraram em sua pesquisa sobre adesão do comunicante de hanseníase à profilaxia, os entrevistados alegando que a maior dificuldade deve-se ao horário de atendimento da USF, uma vez que acaba incompatibilizando com os horários de trabalho dos contatos, e até mesmo do doente.

Portanto, a falta de tempo associada ao trabalho é utilizada por muitas pessoas como desculpa para evitar a procura por atendimento em unidades de saúde, uma vez que, muitos colocam o trabalho em primeiro plano e esquecem que sem saúde, ninguém consegue trabalhar e desenvolver as atividades de forma adequada.

4.2.5 Falta de confiança no serviço

A partir do relato de três contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico, a insegurança que os contatos têm para com o serviço de saúde, os quais foram evidenciados por meio dos seguintes discursos:

Não confio no exame do posto [...], porque disseram que minha prima tinha sem ter. Por isso não fui, fiquei com medo de dizerem que eu tinha hanseníase sem eu ter. (CI - 8)

[...] aqui em casa a gente duvida desses exames do posto [...] porque disseram que I... estava doente, mas o médico da Policlínica disse que ela não tinha doença nenhuma. (CI - 16)

A cooperação voluntária dos integrantes de um grupo é difícil de ser observada. A confiança entre as pessoas é um dos itens de maior influência sobre as relações entre estas, conseqüentemente, sobre o resultado do trabalho em coletividade; relatam Valentim e Krueh, (2007), em estudo sobre a importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Estes mesmos autores afirmam que é, significativamente, importante a confiança dos usuários nos membros integrantes da equipe de saúde da família, tendo em vista que o usuário é o pilar de sustentação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Se o usuário não confia na equipe, todo processo é dificultado, pois este deve fornecer informações importantes sobre seus hábitos, costumes e necessidades de saúde, muitas vezes confidenciais e constrangedoras. Além disso, ao aceitarem o tratamento fornecido pelas ESF, os usuários confiam sua saúde a esta e, desta forma, o sucesso do tratamento depende em grande parte da sua confiança na capacidade técnica desta equipe, no sentido de que os diagnósticos e as prescrições sugeridas sejam seguidas.

Seja este tratamento profilático ou curativo, por os entrevistados do estudo em questão terem referido à falta de confiança no serviço como motivo de não comparecimento ao mesmo, possivelmente, isto interferiu na adesão dos contatos às medidas preventivas de hanseníase, e acabou por afastar o usuário da porta de entrada do SUS. Caso a comunidade e a unidade de saúde mantivessem relações de confiança, possivelmente, a população reconheceria e aceitaria mais facilmente as ações e o trabalho dessas USF. Logo, os usuários só irão revelar as informações sobre sua condição de saúde, se estes confiarem nos serviços e profissionais que nela trabalham. Caso contrário, a saúde estará de certa forma comprometida, pois podemos acreditar que esses usuários, nem sempre, irão revelar a verdade sobre suas condições de saúde (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Valentim e Krueel (2007) concluíram, neste mesmo estudo, que a confiança estabelecida entre os envolvidos na USF, tem importância consubstancial para o êxito do programa, e que, em especial, a confiança no Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui um papel central no processo, já que o mesmo estabelece ligação entre o poder público e à comunidade, constituindo-se no mais importante facilitador e potencializador das ações destinadas aos usuários dos SUS (VALENTIM; KRUEL, 2007).

4.2.6 Medo do exame

Consoante relato de dois contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como motivo da não realização do exame dermatoneurológico, o medo, o que pode ser observado nos discursos mencionados a seguir:

[...] foi medo mesmo, exame não é comigo. (CI - 17)

Tenho medo de fazer exames [...]. (CI - 30)

O medo é um obstáculo comum que impede que as pessoas se apresentem para ser examinadas, podendo ser medo do diagnóstico, medo de deformidades futuras, medo de se expor como tendo hanseníase, ou medo de que a família sofra por conta da doença do paciente. Esses medos podem persistir até muito depois que a atitude e percepção gerais tenham se tornado mais tolerantes, e que as situações de discriminação pública tenham se tornado raras (OMS, 2010).

Segundo Ferreira (2009), em estudo sobre os motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou, segundo a percepção das mulheres, obteve como resultados, vários depoimentos os quais expressavam o medo em realizar o exame, seja pelo sentimento de medo na realização do exame, como pelo medo de se deparar com o resultado positivo para câncer.

Podemos relacionar este motivo encontrado por Ferreira (2009), com o motivo dos participantes do estudo em questão, pois os mesmos podem ter referido medo: em realizar as etapas do exame, o que também remete falta de informação, pois se estes soubessem como acontece o exame, não sentiriam medo; ao tempo em que, estes contatos podem também não ter comparecido à unidade com medo do resultado do exame ser favorável à hanseníase.

Por meio destas falas, percebe-se que não é suficiente ofertar os serviços de prevenção nas unidades de saúde, mas sim assistir o contato do caso de hanseníase de maneira integral, considerando que tal pessoa não sabe de que procedimento se trata e que ela tem o direito do esclarecimento de como é realizado o exame, sem pré-julgar suas concepções sobre a doença, o que mais uma vez nos leva a imaginar que se houvesse dispensação de informações para essas pessoas, as mesmas não estariam faltando às atividades de controle das doenças.

4.2.7 Vergonha e/ou preconceito para com a doença

Segundo relato de dois contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se a vergonha e/ou preconceito que os contatos têm em relação à doença, como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico. Esta realidade é apresentada nos discursos:

[...] por vergonha da doença. (CI – 01)

Eu queria esconder que minha família adoece disso. (CI – 02)

Foi possível identificar, nas respostas dos entrevistados, a presença das representações populares sobre a doença e a concepção negativa da doença. Para Claro (1995), a hanseníase é uma doença cheia de tabus e crenças de natureza simbólica e cercada por um forte estigma, desde épocas remotas, e entre os mais diferentes povos. Apesar de tantos avanços técnicos, com disponibilização de tratamentos eficazes, ainda hoje, as crenças populares sobre hanseníase parecem conservar muitas das imagens que fizeram dela uma das doenças mais temidas em todos os tempos.

A hanseníase, hoje, representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil, além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica; ressalta-se, assim, a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença, quando não devidamente tratada. Essas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade (BRASIL, 2008a).

Todos os aspectos de controle da doença são afetados pelo estigma contra os doentes de hanseníase, sendo necessária a conscientização da população, ao tomar atitudes com relação à doença, sem exagerar nem minimizar as possíveis consequências que a mesma pode trazer para o doente (BAISON; VAN DEN BORNE, 1998; SALAZAR et al., 1995).

Conforme Evangelista (2004), membros do Ministério da Saúde, consideram que o estigma social relacionado à hanseníase contribuiu para o agravamento do problema no Brasil. Tal fato, segundo Vieira et al. (2008) confirma a negação de alguns contatos em comparecerem ao serviço para avaliação dermatoneurológica, em função de os mesmos conviverem com focos portadores de incapacidades físicas.

Infelizmente, o preconceito foi evidenciado não só pelos participantes do estudo, mas também pelos contatos que não entraram na amostra, que ao receberem a pesquisadora em sua residência, relataram imediatamente que não eram doentes de hanseníase, e que o doente dizia respeito à outra pessoa da família; assim como pelos doentes de hanseníase, os quais diziam que fora a pior coisa do mundo já ter tido hanseníase, porque as pessoas não as viam como pessoas normais, e sim como leprosos.

Segundo a OMS (2010), o medo e o estigma são difíceis de erradicar. Os mesmos só seriam enfrentados com êxito, por meio de uma combinação de estratégias que incluam: a disseminação de informação sobre a hanseníase e seu tratamento; mensagens na mídia direcionadas, especificamente, a cada contexto, abordando conceitos equivocados e crenças

tradicionais sobre a hanseníase; a construção de uma imagem positiva da hanseníase; e a utilização do testemunho de pessoas que foram curadas da doença. Outras ações que contribuiriam na criação de uma imagem positiva das pessoas afetadas seriam: estabelecimento de contatos entre a comunidade e pacientes tratados; o êxito dos autocuidados; a reabilitação, com o objetivo de aumentar o poder dos pacientes e oferecimento de serviços de aconselhamento profissional para aumentar sua autoestima.

Problemas psicossociais estão relacionados às crenças difundidas e preconceitos enraizados com relação à hanseníase e suas causas subjacentes, e não apenas ao problema das incapacidades. As pessoas com hanseníase, muitas vezes, sofrem de baixa autoestima e depressão, como resultado da rejeição e hostilidade que enfrentam na família e na comunidade. Estas atitudes negativas também são observadas em profissionais dos serviços de saúde, inclusive entre médicos. Precisam ser abordadas com urgência. As pessoas apresentando problemas psicossociais podem precisar ser encaminhadas para aconselhamento profissional ou outro tipo de ajuda (OMS, 2010).

4.2.8 Vergonha do exame

A partir do relato de dois contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se a vergonha, como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico. Os discursos a seguir, ilustram este fato:

Não fui, porque sou tímido e estava com vergonha do exame, porque eu sei que tem que tirar a roupa. (CI – 07)

Fui fazer o exame, mas fiquei com vergonha. Quando disseram que tinha que tirar a roupa, aí eu vim embora [...]. (CI - 12)

Em estudo realizado por Gomes et al. (2007), sobre os motivos pelos quais os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, apontaram como dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços, a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, a qual esteja possivelmente associada à falta de hábito de se expor aos profissionais médicos.

Os profissionais, em especial o enfermeiro, deve mostrar e convencer o contato de que o exame dermatoneurológico é um procedimento profissional, para o bem dele e de todos que convivem com ele, tentando deixar a pessoa à vontade, ao tempo em que se afirma que as

manchas podem estar em qualquer região do corpo, assim como podem ser imperceptíveis por serem discretas. Então, o ideal é que um profissional capaz de reconhecer essas manchas, avalie o contato.

4.3 ANÁLISE SOBRE O CONHECIMENTO DO ASPECTO CONCEITUAL, TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Tabela 04 – Conhecimento do aspecto conceitual da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Aspecto conceitual da hanseníase	f	%
1 - A hanseníase é conhecida por lepra		
SIM	19	61,30
NÃO	12	38,70
TOTAL	31	100
2 - A hanseníase é uma doença causada por um micróbio		
SIM	24	77,42
NÃO	7	22,58
TOTAL	31	100
3 - A hanseníase tem cura.		
SIM	30	96,77
NÃO	1	3,23
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

A tabela 04 revela que mais da metade (61,30%) dos contatos conhecem a hanseníase também como lepra, mas parcela significativa diz não conhecer a doença por este nome, possivelmente, por serem pessoas mais jovens, o que talvez seja um ponto positivo para enfrentamento do preconceito da doença, devido ao estigma associado ao nome.

Em relação ao agente causador da hanseníase, 77,42% dos entrevistados concordaram com a causa microbiana da doença. Assim como, foi altamente significativa a proporção de contatos (96,77%) que consideram a hanseníase como uma doença que tem cura. Estas proposições não nos causaram surpresa, pois ultimamente, estas informações vêm sendo divulgadas amplamente na mídia e meios de comunicação, em geral, um sinal de que as pessoas estão se informando mais e buscando conhecimento sobre as doenças que as circundam.

Tabela 05 – Conhecimento sobre a transmissão da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Transmissão da hanseníase	f	%
1 - A hanseníase é uma doença que pega, que passa de pessoa para pessoa.		
SIM	23	74,19
NÃO	8	25,81
TOTAL	31	100
2 - A hanseníase é transmitida somente de uma pessoa doente sem tratamento para uma pessoa sadia.		
SIM	21	67,74
NÃO	10	32,26
3 - A pessoa já nasce com hanseníase.		
SIM	3	9,68
NÃO	28	90,32
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

A tabela 05, de forma geral, no que diz respeito à transmissão da doença, 74,19% dos participantes afirmam que a hanseníase é transmissível; 67,74% confirmam a proposição de que a doença é transmitida apenas de uma pessoa doente sem tratamento para uma pessoa sadia; assim como 90,32% não acreditam que a pessoa nasce com hanseníase.

Contrariando o que dizia Talhari e Neves (1997), naquele tempo, sobre a existência de credices a respeito do agente transmissor da hanseníase, quando afirmavam que as pessoas acreditavam que, o bacilo era transmitido por meio de alimentos, bebidas, medicamentos, algum mosquito, cachorro ou pelo castigo divino; comprovando a evolução do conhecimento das doenças pelas pessoas leigas, que passam a selecionar melhor as informações que recebem.

Hoje, sabe-se que a hanseníase é causada por um bacilo, parasita intracelular obrigatório, o qual é eliminado, principalmente, pelas vias aéreas superiores de doentes multibacilares que não iniciaram ainda o tratamento com a PQT (BRASIL, 2005).

No Guia para o Controle da Hanseníase de 2002, do mesmo órgão, consta que o aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas dependem dentre outros fatores, da relação parasita/hospedeiro e pode ocorrer após um longo período de incubação, de 2 a 7 anos (BRASIL, 2002). Ou seja, a pessoa infectada pode não desenvolver a hanseníase devido resposta imunológica efetiva contra o bacilo da hanseníase. E, apesar de o domicílio ser apontado como importante espaço de transmissão da

doença, ainda existem lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente, aqueles relacionados ao ambiente social (BRASIL, 2005). Enfim, outros fatores podem predispor as pessoas a adoecerem, não unicamente o contato com a pessoa infectada.

Tabela 06 – Conhecimento sobre a prevenção da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Prevenção da hanseníase	f	%
1 - Todas as pessoas da família ou outros que moram com o doente de hanseníase devem ser examinados.		
SIM	30	96,77
NÃO	1	3,23
TOTAL	31	100
2 - As pessoas sadias da família ou as que moram com o doente de hanseníase devem tomar a vacina BCG.		
SIM	27	87,10
NÃO	4	12,90
TOTAL	31	100
3 - Caso você tenha tomado a vacina BCG, você nunca terá a doença.		
SIM	17	54,84
NÃO	14	45,16
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Na tabela 06, em se tratando da prevenção da hanseníase, parcela representativa tinha conhecimento sobre a necessidade de os contatos submeterem-se ao exame dermatoneurológico, assim como da indicação da vacinação com a BCG/ID, para quem fosse sadio. Porém, 54,84% desses contatos acreditam que uma vez vacinados, nunca irão ter a doença, o que nos leva a pensar na necessidade de transmitir mais informações a respeito também da eficácia e especificidade da vacina para com a hanseníase, para que a população saiba que a vacina não é garantia de que nunca irão adoecer, e que os mesmos permaneçam atentos na detecção de sinais precoces da doença.

Segundo Duque (1998), a realização efetiva do BCG/ID nos contatos intradomiciliares, apresenta tendência de mudar o quadro epidemiológico da doença, uma vez que, houve aumento da resposta imunológica do indivíduo à BCG/ID. Logo, pode-se pensar que com a vacinação fazendo parte da estratégia de controle da doença, possivelmente,

chegaremos a um melhor cenário da doença na cidade, tendo em vista seu benefício ao contato.

O controle dos comunicantes, investigação epidemiológica, ou como é geralmente intitulada, a Vigilância de Contatos, deve incluir, segundo a legislação federal (Portaria nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000), o exame dermatoneurológico de todos os contatos de doentes classificados em qualquer forma clínica, além de orientações sobre o período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da doença, e, ainda, do retorno ao serviço, quando necessário. Já a Secretaria do Estado de São Paulo, na Resolução SS – 130 de 10 de outubro de 2001, não adotou a medida do Ministério da Saúde, do retorno dos contatos apenas quando necessário, determinando o retorno dos contatos ao serviço da seguinte maneira: se contato de doente paucibacilar, um exame dermatológico por ano durante dois anos; já se contato de doente multibacilar, realizá-lo todo ano durante cinco anos (SÃO PAULO, SES, 2001), possivelmente, como uma forma de monitorar melhor esses contatos, ou ainda, normatizar o atendimento prestado aos mesmos.

A atual legislação federal, de nº 3.125/GM de 07 de outubro de 2010, que aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase, reafirma que todos os contatos de doentes, classificados em qualquer forma operacional, devem ser examinados além das orientações padrões. Porém, não comenta nada sobre o retorno dos comunicantes ao serviço, o que nos mostra, mais uma vez, que os contatos não estão recebendo atenção necessária nos últimos anos, pelos órgãos gestores da saúde.

Em estudo realizado por Camello (2006), no estado do Rio Grande do Sul, demonstra-se a importância da avaliação dos contatos na prevenção da hanseníase, uma vez que no ano de 2005, as informações obtidas do SINAN revelaram que dos 241 casos novos notificados, neste ano, 40 destes tiveram como modo de entrada, o exame de contatos. Inclusive este Estado foi um dos únicos, juntamente, com o de Santa Catarina, que até 1999, tinham atingido a meta de eliminação da hanseníase.

O MS recomenda a aplicação de duas doses da vacina BCG/ID a todos os contatos intradomiciliares desde que sejam saudáveis, independentemente de serem contactantes de casos paucibacilares ou multibacilares, assim como diz que, todo contato deve também receber orientação a respeito de que não se trata de vacina específica contra a hanseníase, mas que aumenta a resistência do organismo, principalmente, contra as formas multibacilares da doença e que está destinada aos contatos intradomiciliares, que são grupo de risco, e que, em alguns casos, o aparecimento de sinais clínicos de hanseníase, logo após a vacinação, pode

estar relacionado ao aumento da resposta imunológica em indivíduo, previamente, infectado (BRASIL, 2002).

Tabela 07 – Conhecimento sobre o tratamento da hanseníase pelos participantes do estudo, Cajazeiras – PB

Tratamento da hanseníase	f	%
1 - O doente de hanseníase que faz o tratamento continua transmitindo a doença.		
SIM	7	22,58
NÃO	24	77,42
TOTAL	31	100

Fonte: Dados do Estudo/2011.

Quanto ao tratamento da hanseníase, como mostra a tabela 07, 77,42% dos participantes afirmam que, uma vez que se inicia o tratamento, o doente não a transmite mais. Porém, 22,58% desses participantes não acreditam na eficácia do tratamento e acham que há possibilidade de transmissão da doença mesmo com introdução da poliquimioterapia.

O tratamento do paciente com hanseníase é muito importante, fundamental para curá-lo, para fechar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, para controlar a endemia e, para, finalmente, eliminar a hanseníase na comunidade enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2002). Logo, justifica-se a grande maioria acreditar que o tratamento é eficaz e que não haverá mais transmissão após seu término, devido a estas informações transmitidas pelos meios de comunicação e pelos profissionais aos pacientes e familiares que os acompanham até o serviço de saúde.

Mas, de acordo com Andrade et al. (1999), o fato de alguns Estados brasileiros terem conseguido alcançar a meta de eliminação da hanseníase, deve-se mais à efetivação de um programa de controle contínuo e estruturado, nas últimas décadas, do que mesmo à poliquimioterapia isoladamente. Logo, não basta apenas ofertar a PQT ao doente e acharmos que ela por si só irá solucionar o problema da hanseníase para o paciente, para o domicílio do doente e para a comunidade, mas sim o investimento e incentivo das ações de controle da doença, que por sua vez irá fortalecer e estruturar o PNCH.

Lana (1997), já considerava que um dos problemas de ordem técnico-operacional que impedem o alcance desta meta são as baixas taxas de controle de comunicantes. Até mesmo porque, como já afirmaram, Vijayakumaran et al. (1998), mesmo tratando o caso índice, a transmissão da hanseníase em um domicílio não é eliminada, apontando a necessidade de outras intervenções para minimizar o risco da doença entre os contactantes

intradomiciliares. Portanto, o tratamento sozinho não é suficiente para deixarmos para lá as atividades de educação e conscientização em saúde, e apenas com o tratamento não será possível quebrar a cadeia de transmissão da hanseníase.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, identificamos os motivos da não realização do exame dermatoneurológico e verificamos o conhecimento sobre a hanseníase em contatos intradomiciliares. O estudo foi constituído por 31 contatos intradomiciliares de casos de hanseníase. Quanto à caracterização dos participantes do estudo, houve predominância do sexo masculino, solteiros e casados, que possuem o curso fundamental incompleto, situados na faixa etária de 15 a 24 anos, tendo como ocupação as atividades do lar ou os estudos, assim como, renda familiar de um a dois salários mínimos. E, ainda, a aplicação da vacina BCG/ID em 35,48% dos contatos não examinados e 6,25% desses contatos que já tiveram hanseníase.

Em relação aos motivos que levaram os contatos intradomiciliares a não procurarem o serviço de saúde para realização do exame dermatoneurológico, verificou-se que a maioria dos participantes do estudo considerou que não havia a necessidade de procura do serviço, devido a ausência de sinais/sintomas da doença. Assim como, também referiram à incompatibilidade dos horários de funcionamento das USF com seus horários disponíveis; falta de informação ou informação inadequada; falta de interesse e/ou omissão; medo do exame; falta de confiança no serviço; vergonha ou preconceito para com a doença e vergonha de realizar o exame dermatoneurológico.

Reportando o principal motivo relatado pelos contatos intradomiciliares do não comparecimento ao serviço - ausência de sinais/sintomas -, acreditamos que a equipe de saúde deve resgatar esses contatos para serem examinados, mesmo quando afirmarem não apresentar sinais/sintomas de hanseníase, avaliando se estes são doentes ou sadios e orientando-os quanto à necessidade de comparecer ao serviço, periodicamente, apesar do Ministério da Saúde preconizar o retorno apenas quando necessário, ou seja, quando surgirem manchas, pois, retoma-se a lógica de que, devido ao período de incubação prolongado, a doença pode se manifestar até sete anos após a exposição. Com isso, há necessidade desses contatos serem reavaliados.

No que diz respeito ao conhecimento dos contatos intradomiciliares sobre a hanseníase, em questões relacionadas ao tratamento e prevenção da doença, os resultados não foram tão satisfatórios. Sendo assim, interpretamos tal situação como uma necessidade de esclarecimentos a esses contatos sobre os níveis de entendimento sobre a doença, os benefícios e responsabilidades, para com isto, estimular e facilitar a procura dos mesmos pelo serviço.

Para favorecer a adesão do contato à profilaxia, assim como a aproximação com os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, durante a realização do exame dermatoneurológico, deve deixar o contato se sentir à vontade e explicar como é realizado tal exame, informando que as manchas podem estar em qualquer região do corpo, e encorajá-lo a evitar e enfrentar os sentimentos de medo, vergonha e preconceito, os quais podem atrapalhar todo o processo terapêutico.

Apesar das dificuldades para realização deste estudo, como a pouca disponibilidade de pesquisas que tratassem da temática abordada, assim como, vem sendo referido por pesquisadores, nos últimos anos, que se dá pouca importância à vigilância dos contatos de casos de hanseníase, esperamos que este estudo possibilite por meio da divulgação dos seus resultados, a busca por ações para modificar a real situação dos contatos de hanseníase, como melhorar o quadro epidemiológico atual da doença no município de Cajazeiras – PB.

Diante dos resultados encontrados no estudo, traçamos sugestões que consideramos relevantes para a melhoria da organização do serviço e, conseqüentemente, qualidade no atendimento aos contatos de casos de hanseníase em Cajazeiras – PB:

- verifica-se a necessidade de intensificar a busca ativa, melhorar o registro dos dados e o controle da aplicação do BCG/ID;
- estabelecer parcerias com outros serviços e instituições de saúde do município, no sentido de resgatar os contatos faltosos, diagnosticar e tratar precocemente a doença;
- promover e implementar ações educativas e ações para minimizar os efeitos ainda causados pelo preconceito aos doentes e familiares em Cajazeiras - PB, utilizando a mídia, profissionais da saúde, da educação, com o objetivo de orientar doente, família e comunidade em geral, sobre a doença;
- implantar uma ficha de identificação e acompanhamento do contato intradomiciliar de caso de hanseníase PB, e outra para o contato intradomiciliar MB; a primeira, com capacidade de acompanhamento de dois anos e, a segunda, de cinco anos, assim como, um cartão de aprazamento de consultas do contato de hanseníase (APÊNDICES B, C e D).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JÚNIOR, O. F. Mediação da informação e múltiplas linguagens. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 89-103, 2009.

ANDRADE, V; VIRMOND, M; SUAREZ, R. G. et al. **Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase**. *Hanseníase Internationalis*. v. 24, n. 1, p. 43-48, 1999.

ARAÚJO, M. G. **Hanseníase no Brasil**. Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais. v. 36, n.3. p. 373-382, maio/jun. 2003.

AUGUSTO, C. S.; SOUZA, M. L. A. **Adesão do comunicante de hanseníase à profilaxia**. *Saúde Coletiva*. v. 1, n. 3, p 85-20. Editora Bolina. Brasil. 2006.

BAISON, K. A.; VAN DEN BORNE, B. **Dimensions and processo of stigmatization in leprosy**. *Leprosy Review* 1998; 69: 341-50.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. [online]. Vigilância Epidemiológica. Hanseníase. Brasília. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466>. Acesso em: 20 mar. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. [online]. Vigilância Epidemiológica. Hanseníase. Brasília. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21149>. Acesso em: 20 de mar. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. **Relatório de atividades da área técnica de dermatologia sanitária: ano de 1999**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**. Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Brasília, 15 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 1 ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3 ed. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase – Informe Epidemiológico - 2008. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008**. Brasília, 2008b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: maio de 2007 a dezembro de 2008**. Brasília, 2009b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - Relatório de Situação - Paraíba**. Brasília: 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília, 1989.

CAJAZEIRAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde - 2008/2009**.

CAMELLO, R. S. **Deteção de casos novos de hanseníase através do exame dos contatos no estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. *Hansenologia Internationalis*. 2006; 31 (3): 15-9.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006 out-dez; v. 15(4). p. 679-684.

CARRASCO, M. A. P.; PEDRAZZANI, E.S. **Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas**. *Revista Esc. Enfermagem*. Universidade de São Paulo, 1993; 27(2): 124-8.

CAVALCANTE, M. M. B. **A atuação do Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família na Prevenção e Deteção Precoce do câncer cérvico-úterino**. Sobral 2004. 49f. Monografia (Curso de especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CUNHA, A. Z. S. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2000.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS - DIEESE. **Projeto: Diagnóstico dos serviços de saúde em duas regiões metropolitanas: aplicação de questionário suplementar na pesquisa de emprego e desemprego – PED**. Projeto para apresentação ao Ministério da Saúde. Produto IV. 2005.

DESSUNTI, E. M.; SOUBHIA, Z.; ALVES, E. et al. **Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos**. Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Enfermagem. Londrina, PR. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008; v. 61(esp.). p. 689-693.

DUQUE, P. M. C. O. **Vigilância dos contatos intradomiciliares pelo enfermeiro através da administração do BCG: repercussões no programa de controle da hanseníase**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

EIDT, L. M. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira**. Saúde e Sociedade. v.13, n.2. p.76-88, maio/ago 2004.

EVANGELISTA, C. M. N. **Fatores sócio-econômicos e ambientais relacionados à hanseníase no Ceará** [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2004.

FERREIRA, I. L. C. S. N. **Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos contatos de portadores de hanseníase de Paracatu (MG)**. 2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde). Universidade de Franca, Franca, 2010.

FERREIRA, M. L. S. M. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres**. Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Distrito de Rubião Júnior. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, 2009 abr-jun; 13 (2): 378-8.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente**. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 2005. 119 p.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (3): 565-574, mar, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 30/03/2011.

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

LANA, F. C. F.; ROCHA, S. M. **Organização do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia.** In: Almeida MCT, Rocha SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 113-50.

LEITE, R. A. F.; VENTURA, C. A. A. **Direito à informação em saúde: acesso a informações sobre diagnóstico, exames, medicamentos, riscos e benefícios do tratamento.** 2011. XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Sistemas de Informação, Multiculturalidade e Inclusão Social. Maceió, Alagoas, 07 a 10 de Agosto de 2011.

LEITE, K. K. C.; COSTA, J. M. L.; BARRAL, A. et al. **Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 235 – 249, 2009.

LEVINSON, W. **Microbiologia Médica e Imunologia.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LOMBARDI, C; FERREIRA, J. **História natural da hanseníase.** In: LOMBARDI, C. (Coord.) Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado, 1990, cap. 1, p. 13-20.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, H.J. et al. **Epidemiologia da hanseníase em coortes de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987 - 1991).** Cad. Saúde Pública, v.15, n.13, 1999.

MEDEIROS, D. **Desinformação afeta combate à hanseníase: garoto propaganda da campanha, o cantor Ney Matogrosso esteve ontem em Campinas.** Correio Popular, Campinas, 01 maio, 2003.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADAO, M. et al. **“Você aprende. A gente ensina”?** Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22 (6): 1335-1342, jun, 2006.

MINAYO, C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. revista e atualizada. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MURPHY, K.; TRAVERS, P.; WALPORT, M. **Imunobiologia de Janeway.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica.** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

OLIVEIRA, S. L.; ALMEIDA, A. C. H. **A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolaou: da observação ao entendimento.** Cogitare Enfermagem 2009 Jul/Set; 14(3):518-26.

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de hanseníase.** Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Manual para o controle da lepra**. 2 ed. Washington, DC, USA, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

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

OSÓRIO, R. G.; SERVO, L. M. S. PIOLA, S. F. **Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9): 3741-3754, 2011.

PATEO, D.; PEREIRA, S. **Da freqüência da lepra nos focos familiares**. *Revista Brasileira de Leprologia*. v. 4, p. 241-259, 1936.

PINHEIRO, S. P.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C. et al. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002. 7(4): 687-707.

PINTO NETO, J. M. **A Percepção dos Comunicantes Intradomiciliares de Doentes de Hanseníase sobre a Doença, o Convívio com o Doente e o Controle Realizado pelo Serviço de Saúde**. 2004. 229 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

PINTO NETO, J. M.; VILLA, T. C. S.; MERCARONI, D. A. **Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase**. *Hanseníase Internationalis*, 27 (1): 23-28. 2002.

PINTO NETO, J. M.; VILLA, T. C. S.; OLIVEIRA, M. H. P. et al. **O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura**. *Hanseníase Internationalis*. 25 (2): 163-176. 2000.

QUEIROZ, D. T.; PESSOA, S. M. F.; SOUSA, R. A. **Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios**. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005; 18(2):190-6.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica**. Fundação de Apoio à Escola Técnica – FAETEC /Instituto Superior de Tecnologia - IST. Paracambi, 2007.

SALAZAR, A. R.; PASSA M. C., HAERNANDEZ, C. M. et al. **El estigma en la representacion social de la lepra**. *Caderno de Saúde Pública* 1995; 11(4): 2-4.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS – 130, de 8 de outubro de 2001. **Diário Oficial** do Estado, São Paulo, 10 de outubro de 2001.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SILVA, E. E. (Coord.) **Investigação passo a passo – perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica**. Núcleo de Investigação da APMCG. 1 ed. Lisboa: 2008.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E. et al. **Representações sociais de mulheres Amazônicas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher.** Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem. 2008; 12 (4): 685-92.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - NET. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Saúde de Cajazeiras. 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. [on line] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200>. Acesso em 20 de março de 2011.

SOUZA, A. B.; BORBA, P. C. **Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia de saúde da família no município de Assaré.** Caderno de Cultura e Ciências. v. 2. n. 1 – p. 36-45, 2008.

SOUZA, M. M. **Hanseníase: processo educativo para familiares à luz da metodologia problematizadora.** 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: 2002.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **A situação da lepra no Brasil.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946. 3 v.

TALHARI, S; NEVES, R. G. **Hanseníase: dermatologia tropical.** 3 ed. Manaus: Tropical, 1997.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. **A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 12 (3): 777-788, 2007.

VIEIRA, C. S. C. A.; SOARES, M. T.; RIBEIRO, C. T. S. X. **Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase.** Universidade de Taubaté. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008; 61(esp): 682-8.

VIJAYAKUMARAN, P.; JESUDASAN, K.; MOZHI, N. M. et al. **Does MDT arrest transmission of leprosy to household contacts?** International Journal of Leprosy, v. 66, n. 2, p. 125-130, 1998.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – ENTREVISTA

APÊNDICE A – ENTREVISTA

Ao contato intradomiciliar do doente notificado no Serviço de Hanseníase da Cidade de Cajazeiras - PB, que não tenha realizado o exame dermatoneurológico.

I - Dados de identificação do participante do estudo

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Renda Familiar Mensal: _____

Estado vacinal (BCG/ID): _____

Adoecimento: _____

II - Questão norteadora: Qual (is) o(s) motivo(s) da não realização do exame dermatoneurológico?

III - Conhecimento do contato intradomiciliar sobre a hanseníase

Assinalar, no parêntese, de acordo com a opinião do participante, sobre o seguinte:

1 - A hanseníase é conhecida por lepra.

SIM () NÃO ()

2 - A hanseníase é uma doença causada por um micróbio.

SIM () NÃO ()

3 - A hanseníase é uma doença que pega, que passa de pessoa para pessoa.

SIM () NÃO ()

4 - A hanseníase é transmitida somente de uma pessoa doente sem tratamento para uma pessoa sadia.

SIM () NÃO ()

5 - Todas as pessoas da família ou outros que moram com o doente de hanseníase devem ser examinados.

SIM () NÃO ()

6 - A hanseníase tem cura.

SIM () NÃO ()

7 - As pessoas sadias da família ou as que moram com o doente de hanseníase devem tomar a vacina BCG/ID.

SIM () NÃO ()

8 - O doente de hanseníase que faz o tratamento continua transmitindo a doença.

SIM () NÃO ()

9 - A pessoa já nasce com hanseníase.

SIM () NÃO ()

10 - Caso você tenha tomado a vacina BCG/ID, você nunca terá a doença.

SIM () NÃO ()

**APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
CONTATO INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE PAUCIBACILAR**

**APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
CONTATO INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE PAUCIBACILAR (PB)**
(deve ser anexada ao prontuário do caso índice de hanseníase – acompanhamento 2 anos)

Nome (contato): _____

Idade: _____ Profissão: _____

Grau de parentesco com o caso índice: _____

Data do 1º comparecimento: _____

❖ EXAME DERMATONEUROLÓGICO

1ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame (preencher avaliação simplificada do contato e descrever o que foi observado durante o exame): _____

CONTATO SADIO

CASO NOVO

2ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame: _____

CONTATO SADIO

CASO NOVO

❖ SITUAÇÃO VACINAL DO CONTATO SADIO (BCG/ID)

DATA 1ª DOSE: _____

DATA 2ª DOSE: _____

Anotações: _____

Nome (caso índice): _____

Data notificação: _____ Concluiu tratamento: _____

**APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
CONTATO INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE MULTIBACILAR**

**APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
CONTATO INTRADOMICILIAR DE HANSENÍASE MULTIBACILAR (MB)**
(deve ser anexada ao prontuário do caso índice de hanseníase – acompanhamento 5 anos)

Nome (contato): _____

Idade: _____ Profissão: _____

Grau de parentesco com o caso índice: _____

Data do 1º comparecimento: _____

❖ EXAME DERMATONEUROLÓGICO

1ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame (preencher avaliação simplificada do contato e descrever o que foi observado durante o exame): _____

CONTATO SADIO

CASO NOVO

2ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame: _____

CONTATO SADIO

CASO NOVO

3ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame: _____

 CONTATO SADIO CASO NOVO

4ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame: _____

_____ CONTATO SADIO CASO NOVO

5ª CONSULTA:

Data: _____

Ao exame: _____

_____ CONTATO SADIO CASO NOVO**❖ SITUAÇÃO VACINAL DO CONTATO SADIO (BCG/ID)**

DATA 1ª DOSE: _____

DATA 2ª DOSE: _____

Anotações: _____

Nome (caso índice): _____

Data notificação: _____ Concluiu tratamento: _____

**APÊNDICE D – CARTÃO DE APRAZAMENTO DE CONSULTAS DO
CONTATO**

APÊNDICE D – CARTÃO DE APRAZAMENTO DE CONSULTAS DO CONTATO

CARTÃO DE APRAZAMENTO DE CONSULTAS	
1ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
2ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
3ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
4ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
5ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
6ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
7ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____
8ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Assinatura _____

CARTÃO DE APRAZAMENTO DE CONSULTAS	
1ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
2ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
3ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
4ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
5ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
6ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
7ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____
8ª CONSULTA: ___ / ___ / ___	Responsável _____

ANEXO(S)

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO
DE PESQUISA**

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES

Eu, Marilena Maria de Souza, enfermeira, professora da Escola Técnica em Saúde de Cajazeiras / UFCG, portadora do RG: 355.337 SSP/PB e CPF: 181.154.384-72, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Marilena Maria de Souza

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ DE 2011.

**ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES

Eu, Marilena Maria de Souza, enfermeira, professora da Escola Técnica em Saúde de Cajazeiras / UFCG, portadora do RG: 355.337 SSP/PB e CPF: 181.154.384-72, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Marilena Maria de Souza

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ DE 2011.

**ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS
EM ARQUIVO**

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES

Pesquisadores: Marilena Maria de Souza

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ DE 2011.

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES terá como objetivo geral investigar a não realização do exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de Cajazeiras - PB.

- Ao voluntário só caberá a autorização para participar da entrevista e responder aos questionamentos do formulário aplicados pelo pesquisador e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9967-1288 falar com Marilena Maria de Souza junto ao SISNEP.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da Pesquisa

**ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas menores de 18 anos e não incluídas no
grupo de vulneráveis)**

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
(OBSERVAÇÃO : para o caso de pessoas menores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos, autorizo a participação de _____ de _____ anos na Pesquisa "HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES terá como objetivo geral investigar a não realização do exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de Cajazeiras - PB.

- Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que participar da entrevista e responder aos questionamentos do formulário aplicados pelo pesquisador e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9967-1288 falar com Marilena Maria de Souza junto ao SISNEP.

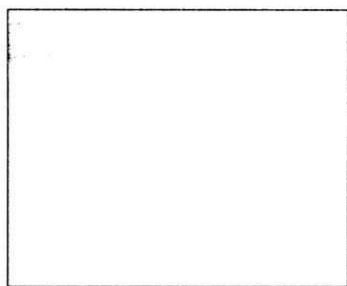
Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

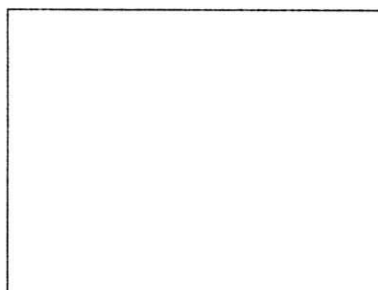
Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Assinatura do Responsável Legal pelo menor _____

Assinatura do Menor de Idade _____



Assinatura Dactiloscópica
Responsável Legal



Assinatura do Participante Menor de Idade

ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO F – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
CNPJ - 05.325.381/0001-00
RUA ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01 – COCODÉ
FONE: (83) 3531-4734**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DERMATONEUROLÓGICO EM CONTATOS INTRADOMICILIARES” desenvolvida pela aluna Rayla Cristina de Abreu Temoteo do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Marilena Maria de Souza.

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ DE 2011.

Luciana Souza de Abreu

Secretária de Saúde

ANEXO G – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAMPUS PARQUE

ANEXO G – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Luciana Souza de Abreu

CAJAZEIRAS, ____ DE _____ DE 2011.

ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N ° 0387 .0.133.000-11

PARECER

- APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO - HANSENÍASE: Investigação da Não-Realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares

PESQUISADOR: Profa. Marilena Maria de Souza

PARECER: A pesquisa visa investigar a não realização do exame dermatoneurológico em contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de Cajazeiras - PB. Considerando a relevância do estudo aliado às exigências protocolo do CEP/UEPB baseado na Res. N° 196/96 do CNS/MS o presente estudo atendeu as recomendações anteriores. Apresento Parecer Aprovado.

Campina Grande, 05 de setembro de 2011.

Parecerista: 03

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa