

Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares

Leprosy: evaluation in household contacts

Rayrla Cristina de Abreu Temoteo¹, Marilena Maria de Souza^{2,3}, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias^{2,3,4}, Luiz Carlos de Abreu⁴, Eduardo Martins Netto⁵

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil.

²Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – Cajazeiras (PB), Brasil.

³Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Cajazeiras (PB), Brasil.

⁴Laboratório de Escrita Científica e Delineamento de Estudos da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

⁵Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v38i3.18>

RESUMO

Introdução: Os contatos intradomiciliares de hanseníase são meios para a manutenção da endemia. **Objetivo:** Identificar os motivos por que os contatos intradomiciliares não procuraram a Unidade de Saúde da Família (USF) para realização do exame dermatoneurológico, no município de Cajazeiras (PB). **Métodos:** Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em três USF do referido município. Os dados foram coletados em entrevista, mediante aplicação de roteiro estruturado, durante visitas domiciliares a 31 contatos de casos de hanseníase; os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** O principal motivo para a não realização do exame dermatoneurológico foi ausência de sinais e sintomas de hanseníase, e sentimentos como: medo do exame, desconfiança no serviço, dentre outros. **Conclusão:** Os contatos intradomiciliares não procuraram a USF para realização do exame dermatoneurológico por falta de informações prestadas pelos profissionais de saúde que os atendem na Estratégia em Saúde da Família.

Palavras-chave: hanseníase; exame físico; centros de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The household contacts of leprosy are means for the maintenance of the disease. **Objective:** To identify the reasons why household contacts have not sought the Family Health Unit (FHU) for the dermatoneurological exam, in the municipality of Cajazeiras (PB). **Methods:** Exploratory descriptive study with a qualitative approach, performed in three FHU of the mentioned municipality. Data were collected through interviews, by applying semi-structured script, during visits to 31 contacts of leprosy cases. The data were treated from Bardin's content analysis. **Results:** The main reason for not performing the dermatoneurological examination was the absence of signs and symptoms of leprosy, and feelings such as fear of examination, distrust of service, among others. **Conclusion:** Household contacts have not sought the Family Health Unit (FHU) for the dermatoneurological exam for lack of information provided by health professionals who serve at the FHS.

Keywords: leprosy; physical examination; health center.

Recebido em: 29/03/2013

Revisado em: 16/08/2013

Aprovado em: 10/10/2013

Trabalho realizado na Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB.

Endereço para correspondência

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias – Rua Sabino Coelho Guimarães, 285 – CEP: 58900-000 – Cajazeiras (PB), Brasil – E-mail: carmo.andrade@ufcg.edu.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente em olhos, mãos e pés, o que confere uma das características principais da doença: o potencial para provocar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades. Tais incapacidades e deformidades podem acarretar problemas, como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, bem como são responsáveis pelo estigma e preconceito que circundam a doença, mas que podem ser evitadas ou reduzidas por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno com técnicas simplificadas e acompanhamento nos serviços de atenção básica à saúde¹⁻³.

Ademais, trata-se de doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada, mais rapidamente se cura o paciente⁴. A população, em geral, ainda é pouco informada sobre a doença e suas formas de transmissão, o que favorece ao próprio indivíduo tornar-se passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos intradomiciliares, quando se faz necessário a visita ao serviço de saúde para realização do exame dermatoneurológico, não comparecem ao mesmo⁵.

No Brasil, apesar da redução drástica no número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10 mil habitantes no período compreendido entre 1985 e 2000, a hanseníase ainda constitui um problema de saúde pública que necessita de uma vigilância mais resolutiva. Muito embora, desde 1985, o país venha reestruturando suas ações voltadas para este problema e, em 1999, tenha assumido o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, quando se objetivava alcançar o índice de menos de um doente em cada 10 mil habitantes, essa meta ainda não foi alcançada nos dias atuais¹⁻².

As ações preventivas, promocionais e curativas que vêm sendo realizadas com sucesso parcial pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), já evidenciam um forte comprometimento por grande parte dos profissionais da equipe, destacando as ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que vivencia, em nível domiciliar, as questões complexas que envolvem a hanseníase^{1,4}.

O agente causal dessa enfermidade é o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacilo de Hansen, um parasita intracelular obrigatório, com alta infectividade e baixa patogenicidade, apresentando afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar em 11 a 16 dias, em média. O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio dá-se por meio de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio externo, contagiando pessoas susceptíveis. A principal forma de eliminação do bacilo é pelas vias aéreas. Essa doença pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos. Porém, com uma incidência maior nos homens do que nas mulheres, na maior parte do mundo. Mas raramente atinge crianças^{1,2,4}.

Outra problemática, não menos importante, é a elevada taxa de não adesão ao tratamento. Essa baixa adesão é responsável pelos focos de infecção residuais, aumento de danos irreversíveis, cura incompleta e pode levar à resistência a múltiplas drogas. Contudo, apontam-se como os principais fatores responsáveis pela interrupção do tratamento: fatores socioeconômicos, escolaridade, conhecimento sobre a doença, a falta de eficiência dos serviços de saúde, demografia, os efeitos colaterais das drogas, alcoolismo, dentre outros⁶.

Assim, o tratamento completo da hanseníase é fundamental para a eliminação da doença e controle da disseminação da mesma. Embora seja curável, necessita de intervenções coletivas na condução dos casos notificados, como diagnóstico e tratamento oportuno o mais precocemente possível e adesão do paciente à terapêutica^{1,7}.

Pelo exposto, o objetivo do artigo foi identificar os motivos que levam os contatos intradomiciliares a não procurar a Unidade de Saúde da Família (USF) para serem submetidos ao exame dermatoneurológico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, compreendido entre os anos de 2010 e 2011; realizado nas três USF do município de Cajazeiras (PB): São José/PAPS, Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo, 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 maioria dos contatos não examinados (registrados nos anos de 2009 e 2010), pertencerem a essas três unidades notificadoras referidas⁸.

O município de Cajazeiras está localizado no Sertão Paraibano, a 477 km 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%) na zona urbana e 10.948 (18,83%) na área rural⁹.

A população do estudo foi composta por 59 contatos intradomiciliares de casos de hanseníase diagnosticados e tratados (ou em tratamento) no município de Cajazeiras, no período de 2009 a 2010, registrados nas USF e que não realizaram o exame dermatoneurológico até o momento da coleta dos dados. A amostra foi formada por 31 contatos intradomiciliares de casos de hanseníase que concordaram em participar do estudo e preencheram os pré-requisitos de inclusão: contatos não submetidos ao exame dermatoneurológico preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), considerando como contato não examinado aquele do qual não consta, na ficha de controle de comunicantes, a realização do exame dermatoneurológico; que tomaram ou não a vacina Bacilo de Calmette-Guérin/Intradérmica (BCG/ID); contato

intradomiciliar de caso notificado e tratado (ou em tratamento) de hanseníase; adolescentes a partir de 15 anos, e os adultos que tiveram condições de estabelecer comunicação verbal e interpretação dos questionamentos.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista com um roteiro 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.

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 no que concerne ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)¹⁰. Para garantir o anonimato dos entrevistados, suas falas aparecem identificadas com (CI), contato intradomiciliar, seguido do número da entrevista. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) — Projeto CAAE nº 0387.0.133.000-11 — 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 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (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. Feito isso, foram realizadas as visitas domiciliares aos contatos intradomiciliares, informando sobre os objetivos do estudo, leitura e assinatura do TCLE. 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/ou da tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante do estudo.

Os dados qualitativos 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 obter a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens¹¹.

Após a transcrição das entrevistas, foram visualizadas as falas que, em seguida, foram agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas). Por meio do conteúdo dos discursos dos participantes foi possível apreender seis categorias temáticas: ausência de sinais/sintomas da doença; falta de interesse e/ou omissão; falta de informação ou informação inadequada; incompatibilidade de horários e/ou trabalho; medo do exame; e vergonha da doença ou do exame.

RESULTADOS

Caracterizando os investigados

A pesquisa revelou que não houve diferença significativa entre sexo, pois dos 31 entrevistados, 16 eram do sexo masculino e 15 do feminino; 16 tinham companheiro e 15 não. Quanto à escolaridade, constatou-se que 16 possuíam o ensino fundamental incompleto; oito, o ensino médio incompleto; e quatro autointitularam-se analfabetos.

Em relação à faixa etária, 12 dos entrevistados enquadraram-se entre 15 e 24 anos; sete tinham de 25 a 44 anos; e os demais, acima de 44 anos. A respeito das atividades exercidas pelos contatos, encontraram-se as profissões: do lar e estudante (seis participantes em cada), aposentados e os que exerciam atividades autônomas (quatro participantes em cada), pedreiro e desempregado (três participantes em cada), bem como agricultor (dois participantes) e professor, caminhoneiro e comerciante (um em cada). Em se tratando de renda familiar mensal, identificou-se que 17 dos contatos viviam com um a menos de dois salários mínimos, seis relataram receber menos de um salário mínimo, e os demais recebiam de dois a cinco salários mínimos, conforme os relatos.

Motivos da não realização do exame dermatoneurológico

Por meio da análise dos discursos dos participantes foi possível apreender seis categorias temáticas: ausência de sinais/sintomas da doença; falta de interesse e/ou omissão; falta de informação ou informação inadequada; incompatibilidade de horários e/ou trabalho; vergonha e/ou preconceito para com a doença ou o exame; medo do exame.

A categoria temática “ausência de sinais e sintomas da hanseníase” foi percebida nos relatos de 19 contatos intradomiciliares faltosos, participantes do estudo, como motivo da não realização do exame dermatoneurológico, conforme está expresso nos discursos a seguir:

“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)

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, conforme ilustrado nos discursos a seguir:

“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)

Conforme relato de oito contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico a “falta de informação ou informação inadequada”

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 doença de (Fulana) 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)

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 a seguir:

“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)

A partir do relato de cinco contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico o “medo do exame”, que está evidenciado nos discursos a seguir:

“Fiquei com medo de dizerem que eu tinha hanseníase sem eu ter. Não confio no exame do posto [...], porque disseram que minha prima tinha sem ter.” (CI-8)

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

Segundo relato de quatro contatos intradomiciliares faltosos, percebeu-se a “vergonha da doença ou do exame” como o motivo da não realização do exame dermatoneurológico. Esta realidade é apresentada nos discursos a seguir:

“Eu queria esconder que minha família adoce disso.” (CI-02)

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

DISCUSSÃO

Os investigados

No tocante à faixa etária encontrada, os dados apontam que as pessoas mais jovens estão deixando de realizar o exame dermatoneurológico; um fator que merece atenção e controle pela vigilância epidemiológica, pois se sabe que o risco de um jovem adoecer é maior, em idade economicamente ativa, visto o longo período de incubação da hanseníase¹².

No geral, a população investigada apresentou nível socioeconômico e educacional precários. A pobreza se enquadra como sendo um fator socioeconômico de risco para a hanseníase. Os doentes de hanseníase geralmente são adultos jovens, provenientes das classes sociais mais pobres da população e que fazem referência à existência de outro caso da doença na família. Assim, a população

pesquisada pode ser facilmente alvo da doença e pode, até mesmo, desenvolvê-la, uma vez que os doentes referem existência de outros familiares doentes, tendo sido estes, um dia, certamente o contato do foco familiar da doença¹³⁻¹⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde, devem ser vacinados com a BCG/ID todos os contatos intradomiciliares de hanseníase que, após exame dermatoneurológico, não apresentarem qualquer sinal e/ou sintoma da doença¹. No entanto, observou-se nos achados que onze dos contatos não examinados foram vacinados com duas doses da BCG/ID, revelando que existem falhas com relação ao cumprimento das normas estabelecidas pelo PNCH no que diz respeito à vacinação dos contatos.

Faz-se necessário o controle da aplicação da BCG/ID em contatos de hanseníase não examinados, pois caso esses contatos estejam infectados podem aparecer sinais clínicos de hanseníase logo após a vacinação, o que está relacionado com o aumento da resposta imunológica em indivíduo que foi anteriormente infectado¹.

Ao investigar o adoecimento de hanseníase entre os participantes desta pesquisa, encontrou-se dois contatos que já tiveram a doença em anos anteriores. Apesar de ser um número pequeno, embora considerável, comprova-se a importância e a necessidade da vigilância desses contatos no município de Cajazeiras, para evitar recidiva ou caso novo por reinfecção.

Motivos da não realização do exame dermatoneurológico

Aspectos gerais

Estudo realizado por Ferreira em contatos intradomiciliares de escolares doentes de hanseníase no município de Paracatu (MG), entre os anos de 2004 e 2006, constatou que os principais motivos que levaram à não realização do exame dermatoneurológico foram: trabalho, falta de informação e omissão¹⁵.

A análise do desempenho de avaliação dos contatos é uma das formas de avaliar o desempenho dos serviços na aplicação das ações de controle¹. O Brasil vem mostrando um parâmetro considerado regular, muito próximo de precário, com pouco mais da metade dos contatos examinados (50,5%), no período de 2001 a 2007¹⁶.

A Região Nordeste apresenta, equivalentemente ao mesmo período, uma das piores taxas do país, com 49,5% desses contatos examinados, parâmetro considerado precário pelo PNCH¹⁷.

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. O Ministério da Saúde estima que, para cada caso da doença, existem em média quatro contatos que convivem no mesmo domicílio¹. Este mesmo órgão define como contato intradomiciliar toda e

qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos⁴.

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 novos¹⁸.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) divulgou o coeficiente de detecção e de prevalência geral de hanseníase no Brasil, relativo a 2008 e 2009, expresso pelos seguintes valores: 20,59/100 mil habitantes, 2,06/10 mil habitantes, no primeiro ano, e 19,64/100 mil habitantes, 1,99/10 mil habitantes no ano seguinte, respectivamente¹⁷.

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 mil 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%, oscilando entre 44,4% em 2002 e 32,7% em 2007, mantendo classificação “precária” desde 2001¹⁸.

As três cidades da Paraíba que despontam com uma maior prevalência de hanseníase são Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa¹⁹, revelando o caráter de urgência com que devem ser tomadas providências, como a implantação de ações de controle, nos municípios em questão.

Na cidade de Cajazeiras, o coeficiente de detecção de casos novos diagnosticados de hanseníase, em 2009, foi de 23,69/10 mil habitantes²⁰. Nos anos de 2009 e 2010, foram diagnosticados 58 e 75 casos novos da doença, respectivamente; com 529 contatos registrados, mas apenas 363 examinados, em ambos os anos (sofrendo um total de 166 contatos não examinados)⁸.

Na prática, diante do PNCH, no município de Cajazeiras observou-se a ausência de alguns contatos intradomiciliares às USF para realização do exame dermatoneurológico, ou muitas vezes, quando procuravam o serviço, era realizada apenas a vacina BCG/ID, ou algumas orientações.

Categories temáticas

Ausência de sinais e sintomas da hanseníase

A hanseníase apresenta-se de várias formas, comumente por lesão e/ou área da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade; e/ou acometimento de nervo periférico, com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas²¹. Em contrapartida, há a possibilidade de existirem portadores assintomáticos da doença, os quais possam ser a fonte de infecção para os contatos intradomiciliares. Essa possibilidade é apontada como aspecto epidemiológico importante referente ao

controle dos comunicantes de hanseníase¹³. Por isso, percebe-se a necessidade de acompanhamento mais detalhado desses contatos, demorado e preciso, de forma que seja possível perceber alterações, sinais e sintomas ainda em fase inicial.

A esse respeito, o projeto de diagnóstico dos serviços de saúde nas regiões metropolitanas de Recife e de Porto Alegre, apresentado ao Ministério da Saúde em 2005, destacou como alguns dos motivos relatados pela população para a não procura por serviços de saúde nos últimos 12 meses, a ausência de problema de saúde; a falta de tempo; difícil acesso; atendimento demorado, entre outros motivos²².

Em uma investigação sobre a não procura por atendimento de saúde no Brasil, foi encontrado como um dos motivos possíveis, inclusive o primeiro: a não percepção da necessidade dessa procura. Tal evidência leva a inferir que as pessoas não fazem prevenção e apenas procuram atendimento de saúde quando estão necessitando suprir determinada demanda, quando percebem alguma alteração. Às vezes, muitos usuários precisam, mas não procuram o serviço por vários motivos, dentre eles, se acham capacitados a determinar suas condições de saúde e de doença. Em vista disso, atingir esta parcela da população é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)²³.

Falta de interesse e/ou omissão

Embora a falta de interesse tenha sido relatada pelos participantes, acredita-se que o desinteresse no cuidado de si mesmo depende da apreensão de informações essenciais por parte da população, e que a aprendizagem das formas corretas de viver está relacionada à transmissão de um conhecimento especializado para uma população leiga, que precisa desaprender grande parte das informações adquiridas no cotidiano da vida²⁴.

Outro estudo também apresenta em seus resultados a omissão e a falta de interesse dos contatos de hanseníase em procurar o serviço de saúde como motivos da não realização do exame dermatoneurológico¹⁵.

O desinteresse em se cuidar também foi percebido no discurso das mulheres amazônidas a respeito do exame Papanicolaou, que mesmo morando próximo à unidade de saúde, só procuravam o serviço quando já estavam doentes, e não para cuidados preventivos²⁵.

Falta de informação ou informação inadequada

A falta de informação é apontada como a principal responsável pela incidência da hanseníase no país, assim como também responde pelo preconceito e discriminação que ainda cercam a doença²⁶.

Uma das dificuldades quanto à adesão do comunicante de hanseníase à profilaxia tem sido a falta de conhecimento em relação à doença²⁷. Dessa forma, é importante manter o contato, principalmente o domiciliar, informado sobre a doença, para que seja vencida esta dificuldade de adesão às atividades de controle da endemia.

Não apenas quanto à prevenção e tratamento da hanseníase, especificamente, a não adesão pode estar relacionada ao precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e a importância do exame preventivo, bem como a maneira simples de realização do mesmo, o que distancia os usuários dos serviços de saúde²⁸. A falta de informação também predispõe ao medo e à insegurança, dificultando o sentimento de apropriação de sua saúde, como também à qualidade de vida²⁹.

Assim, esclarecimentos sobre a importância e a forma como é realizado determinado exame são indispensáveis aos pacientes para a adesão do contato à profilaxia contra a hanseníase.

Incompatibilidade de horários e/ou trabalho

Pelo exposto, percebe-se a falta de tempo associada ao trabalho sendo referida como justificativa para evitar a procura por atendimento em unidades de saúde; e que muitos colocam o trabalho em primeiro plano, esquecendo que, sem cuidado à saúde, torna-se difícil trabalhar e desenvolver as atividades de forma satisfatória.

Observa-se que a maioria dos serviços de atenção primária tem uma jornada de trabalho reduzida, insuficiente para suprir a demanda da comunidade local. Na área urbana, embora seja maior a oferta de serviços de saúde, estes não são suficientes, pois a demora no atendimento e horários incompatíveis são grandes motivos da não procura pelo serviço³⁰. Nesta pesquisa, a não realização por este motivo foi percebida em quatro homens e uma mulher. Esses achados corroboram a justificativa de que os homens procuram pouco o serviço de saúde devido ao horário de funcionamento das unidades coincidir com o de seu trabalho, assim como, quando procuram os serviços de saúde, enfrentam filas, o que demanda tempo e, às vezes, pode levá-los a faltar o dia de trabalho sem que tenham suas demandas totalmente resolvidas em uma única ida ao serviço³¹.

Quanto aos empecilhos para a realização do exame dermatoneurológico pelos contatos intradomiciliares, o trabalho tem sido apontado como principal fator, seguido da falta de informação e a omissão¹⁵. Em contrapartida, o horário de atendimento na USF tem sido apontado como a maior dificuldade, uma vez que acaba incompatibilizando com os horários de trabalho dos contatos e até mesmo do doente²⁷.

Medo do exame

Foi percebido no discurso de três entrevistados que o medo gerava falta de confiança no serviço de saúde, como evidenciado na fala de CI-8. A esse respeito, considera-se 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 ESF.

O ensino de enfermagem visa capacitar o profissional à prestação do cuidado de saúde ao ser humano/paciente/cliente, à realização e aperfeiçoamento de tecnologias e procedimentos que promovam a saúde, previnam doenças e recuperem lesões. Com isso, a confiança

entre os sujeitos envolvidos (cliente e profissional) é um imperativo essencial para a consolidação desse cuidado³².

Se o usuário não confia na equipe, o processo é dificultado, pois este deve fornecer informações importantes sobre seus hábitos e necessidades de saúde, muitas vezes confidenciais e constrangedoras. Além disso, ao aceitarem o tratamento fornecido pela equipe da 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, no sentido de que os diagnósticos e as prescrições sugeridas sejam seguidos. Contudo, 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 a comunidade, constituindo-se no mais importante facilitador e potencializador das ações destinadas aos usuários do SUS³³.

O medo é um obstáculo comum para que as pessoas se apresentem para ser examinadas. Podendo ser medo do diagnóstico, de deformidades futuras, de se expor como tendo hanseníase, ou de que a família sofra por conta da doença do paciente. Tais 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 raras².

Esse sentimento não é particular à hanseníase, por ser circunscrita de preconceitos e tabus existentes desde os primórdios. Ainda que se saiba que esta enfermidade tem cura, nos dias atuais não é raro se encontrar o medo tão explícito³⁴. Na presente pesquisa, esse medo dos entrevistados pode estar relacionado às etapas do exame, o que também remete à falta de informação, pois se eles soubessem como é realizado o exame, talvez não o sentissem; ou ao resultado do exame ser favorável à hanseníase.

As falas de CI-8 e CI-17 permitem inferir que não é suficiente ofertar ações preventivas nas unidades de saúde, mas sim assistir o contato do doente de hanseníase de maneira integral, considerando que tal pessoa pode não saber de que procedimento se trata e que tem o direito do esclarecimento de como é realizado o exame, sem pré-julgar suas concepções sobre a doença. Acredita-se que, se houvesse educação e informações em saúde para essas pessoas, elas talvez comparecessem às atividades de controle das doenças.

Vergonha da doença ou do exame

Nesta pesquisa encontraram-se dois comunicantes homens que tinham vergonha do exame físico, e duas mulheres que tinham vergonha da doença. Por outro lado, a vergonha da doença referida pelas mulheres traduz o estigma social para com a hanseníase. A evidência acerca do sexo masculino coaduna a afirmativa de que os motivos pelos quais os homens buscam menos os serviços de saúde em relação às mulheres é a vergonha de expor o corpo perante o profissional de saúde, e isso possivelmente está associada à falta de hábito de realizar exames em saúde³¹.

A hanseníase, atualmente, ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão

psicológica gerada 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 sociedade³.

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 doente³⁵⁻³⁶.

O estigma social relacionado à hanseníase contribuiu para o agravamento do problema no Brasil. Tal fato 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^{12,37}.

O medo e o estigma são difíceis de erradicar. Eles 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 do autocuidado; a reabilitação, com o objetivo de aumentar o poder dos pacientes e oferecimento de serviços de aconselhamento profissional para aumentar sua autoestima².

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 médicos².

Para tanto, os profissionais, em especial os enfermeiros, devem mostrar e convencer o contato de que o exame dermatoneurológico é um procedimento simples, mas que deve ser executado por um profissional; é realizado em benefício do contato 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. Logo, o ideal é que um profissional capaz de reconhecer essas manchas avalie este contato.

Assim, 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 à ausência de sinais/sintomas da doença. Também referiram a 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; 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 —, acredita-se 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 de o 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.

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 o profissional 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, espera-se 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, sugere-se:

- Intensificar a busca ativa pelos contatos intradomiciliares, melhorar o registro dos dados e o controle da aplicação da BCG/ID;
- 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 (paucibacilar), e outra para o contato intradomiciliar MB (multibacilar); 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.

Assim, há desconhecimento dos contatos intradomiciliares de hanseníase sobre a real necessidade de realização de rotina dermatoneurológica. Os profissionais de saúde envolvidos na ESF devem esclarecer as dúvidas dos pacientes a respeito do exame dermatoneurológico e facilitar o atendimento nessas unidades de saúde, com vistas à adesão dos comunicantes ao exame dermatoneurológico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barro MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina (PR) em um período de dez anos. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(spe):689-93.
6. Girão RJS, Soares NLR, Pinheiro JV, Oliveira GP, Carvalho SMF, Abreu LC, *et al.* Leprosy treatment dropout: a systematic review. *Int Arch Med.* 2013;6(34):1-9.
7. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – NET. Vigilância Epidemiológica. Cajazeiras (PB): Secretaria de Saúde de Cajazeiras; 2011.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?> Acesso em: 30 mar 2011.
10. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf. Acesso em: 13 jan 2013.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Vieira CSCA, Soares MT, Ribeiro CTSX. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(spe):682-688.
13. Pinto Neto JM, Villa TCS, Mercaroni DA, Gonzales, RC, Gazeta, CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansenol Int.* 2002;27(1):23-28.
14. Lombardi C, Ferreira J. História natural da hanseníase. In: Lombardi C, Ferreira J, Motta CP, Oliveira MLW. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. 1990;1:13-20.
15. Ferreira ILCSN. Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos contatos de portadores de hanseníase de Paracatu (MG) [dissertação] – Franca, Universidade de Franca; 2010.
16. Brasil. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
17. Brasil. Ministério da Saúde. SINAN – NET / Cajazeiras. Versão NET 4.0/Patch 4.2.: Vigilância epidemiológica. Secretaria de Saúde de Cajazeiras, 2010. Base de dados. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tab_18_contatos_registrados_examinados_2010.pdf. Acesso em: 15 dez 2012.
18. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2009.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Relatório de Situação – Paraíba. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Secretaria Municipal de Saúde (Cajazeiras, Paraíba, Brasil). Plano Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB 2008/2009. Disponível na biblioteca da secretaria de saúde do município (arquivo impresso).
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Diário Oficial da União. Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
22. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. 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.
23. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3741-54.
24. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(6):1335-42.
25. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Lima VLA, Carvalho FL, Mar DF. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. *Esc Anna Nery.* 2008;12(4):685-92.
26. Medeiros D. Desinformação afeta combate à hanseníase: garoto propaganda da campanha, o cantor Ney Matogrosso esteve ontem em Campinas. *Correio Popular: Campinas;* 2003.
27. Augusto CS, Souza MLA. Adesão do comunicante de hanseníase à profilaxia. *Saúde Coletiva.* 2006;1(3):85.
28. Souza AB, Borba PC. Exame citológico e os fatores determinantes na adesão de mulheres na estratégia de saúde da família no município de Assaré. *Cad Cult Ciênc.* 2008;2(1):36-45.
29. Cavalcante MMB. A atuação do enfermeiro da equipe de saúde da família na prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino [Monografia]. Curso de especialização em Saúde da Família. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2004.
30. Pinheiro SP, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):687-707.
31. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):565-74.

32. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enferm.* 2006;8(1):9-16.
33. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(3):777-88.
34. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery.* 2009;13(2):378-84.
35. Baison KA, Van den Borne B. Dimensions and process of stigmatization in leprosy. *Lepr Rev.* 1998; 69(4):341-50.
36. Romero-Salazar A, Parra MC, Moya-Hernández C, Rujano R, Salas J. El estigma en la representación social de la lepra. *Cad Saúde Pública.* 1995;11(4):535-42.
37. Evangelista CMN. Fatores socioeconômicos e ambientais relacionados à hanseníase no Ceará [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2004.