Do conhecimento à percepção: a hanseníase sob a perspectiva de residentes do município de Governador Valadares-MG[1]

Laura Karoline Queiroz de Freitas[2]
Marco Antônio Faria Botelho[3]
Marina Mendes Soares[4]
Leonardo Gomes de Sousa[5]
Adilson Rodrigues Coelho[6]
Elaine Toledo Pitanga Fernandes[7]

RESUMO
Este estudo objetivou identificar o nível de informação e conhecimento da população de um bairro do município de Governador Valadares, em relação à hanseníase. Foram entrevistados 96 indivíduos (estimativa de proporção), utilizando-se um questionário estruturado com questões relativas ao conhecimento sobre a hanseníase. Constatou-se um baixo nível de conhecimento da maioria da população entrevistada sobre aspectos relacionados à forma de transmissão, tratamento e fontes de informação sobre a hanseníase. Sendo assim, faz-se importante desenvolver ações em saúde que viabilizem o conhecimento sobre aspectos inerentes a tal patologia de forma que a população possa se prevenir e impedir a disseminação desta enfermidade.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase – Conhecimento - Informação em Saúde.

SESSÃO TEMÁTICA:
3. Demografia

---

[1] Projeto apoiado pela FAPEMIG mediante concessão de bolsa pelo PIBIC.
[2] Graduanda em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce, Bolsista do PIBIC/FAPEMIG
[3] Graduando em Psicologia pela Universidade Vale do Rio Doce
[4] Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, Bolsista do PROSUP/CAPES
[5] Doutorando em Demografia pelo CEDEPLAR/UFMG, bolsista Capes/PROEX.
[6] Mestre em Psicologia, Professor da Universidade Vale do Rio Doce
[7] Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Vale do Rio Doce. elainepitanga@datapoint.inf.br

INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença (BRASIL, 2002).

Desde a antiguidade os portadores de hanseníase sofreram com o preconceito e exclusão social. A doença era vista como um castigo divino, o doente era o culpado por sua condição e por isso devia ser afastado do convívio com os outros homens, retirando-se das cidades (MONTEIRO, 1998).

Na atualidade, a hanseníase ainda representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil e em países em desenvolvimento. Em 2010, foram detectados no Brasil 34.894 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde pretende eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2015. Isto é alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2010, o Brasil apresentou 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento (BRASIL, 2013).

Governador Valadares está situado no quarto cluster (agrupamento) de casos de hanseníase de maior importância epidemiológica no Brasil (BRASIL, 2008). Destaca-se no Estado de Minas Gerais como município que colabora com 12,7% dos diagnósticos em menores de 15 anos, anualmente (MINAS GERAIS, 2013), e, em média, 7% dos casos diagnosticados no município são menores de 15 anos, o que significa que há transmissão recente/ ativa da doença, requerendo esforços continuados para o enfrentamento desta endemia.

O diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico e o tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica. Ducatti (2009) reforça que a distribuição da hanseníase pelo mundo só pode ser entendida se analisada na perspectiva de seus determinantes sociais, tais como condições sanitárias, de habitação e de educação sanitária.

É de suma importância um diagnóstico oportuno e preciso, pois neste caso, quanto mais cedo se iniciar o tratamento da doença, mais rápida será a cura, e maiores serão as chances de minimizar as incapacidades e deformidades, bem como reduzir a possibilidade do surgimento de novos casos contagiantes (BRASIL, 2010 A). A falta de conhecimento sobre a doença tanto da população quanto por parte dos profissionais de saúde contribuem para retardar o diagnóstico, que nesse caso é definido quando o doente já apresenta algum grau de incapacidade física (MAIA *et al*,2000).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio dá-se através do contato direto de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente de hanseníase, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, o trato respiratório. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada (BRASIL, 2010a).

Atualmente o tratamento desta doença é ambulatorial. Os serviços básicos de saúde oferecem uma associação de medicamentos, denominada poliquimioterapia (PQT/OMS). A PQT/OMS mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas,

levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas. Portanto o início do tratamento interrompe a transmissão da doença, se realizado de forma completa e correta. Por isso mesmo ratifica-se que a hanseníase é doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente (BRASIL, 2010a).

Mesmo diante da disponibilidade de tratamento e do caráter curável da hanseníase, se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode perdurar como sequela permanente no momento da alta. Este dado reforça a importância do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento adequado para a prevenção das incapacidades físicas que a evolução da doença pode causar (PEREIRA, 2008).

Além disso, entre as medidas de controle está a vigilância de contatos (pessoas que moram ou moraram com o caso diagnosticado nos últimos cinco anos) e o acompanhamento do paciente, etapas que requerem a veiculação de informações precisas e claras sobre o assunto (BRASIL, 2010a).

Diante deste cenário, a informação é uma ferramenta valiosa para o controle desta endemia. Estimula-se a veiculação de informação através de medidas de educação em saúde e qualificação da participação popular e controle social (BRASIL, 2010a).

É importante ressaltar que ações que objetivem o controle de uma doença devem atentar-se não somente às avaliações e ao manejo, mas também à percepção dos indivíduos designados, já que existem diferenças quanto à maneira de perceber e agir em cada doente, sua rede social e, até mesmo, nos profissionais de saúde de sua referência (FELICIANO *et al.*, 1998). Há vários anos, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) vem implementando ações que visem ao controle da doença, citando-se: divulgação dos sinais, sintomas, tratamento, principalmente, a cura da doença, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce, alterando, assim, uma possível cadeia de transmissão (BRASIL, 2010a).

Maia *et al.* (2000) verificaram o conhecimento sobre hanseníase entre os trabalhadores braçais e os profissionais de enfermagem em dois municípios limítrofes do Estado de Minas Gerais. Os resultados demonstraram que em relação ao modo de transmissão 15,3% da equipe de enfermagem responderam não saber como a doença é transmitida, próximo ao percentual dos trabalhadores braçais (18,5%). No que diz respeito à cura da doença, 47,5% da equipe de enfermagem afirmaram não existir a cura, aproximando do percentual dos trabalhadores braçais (48%). Os autores consideraram que um grande esforço tem que ser feito no sentido de esclarecer a população sobre esta endemia e o mesmo deve ser feito junto às diferentes categorias que pertencem à equipe de enfermagem.

Joffe *et al.* (2003), relataram o desconhecimento da população de duas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro sobre a hanseníase, especialmente sobre as manifestações iniciais da doença. É necessário realizar uma maior divulgação sobre a doença, envolvendo, principalmente os meios de comunicação, o ambiente de trabalho e as unidades de saúde, abrangendo, assim, as particularidades de cada comunidade, notadamente aquelas de baixa escolaridade (JOFFE *et al.*, 2003; SANTOS *et al.*, 2007).

Objetivando avaliar o grau de informação e conhecimento da população do Município de São Paulo em relação à hanseníase, Morais *et al.* (2009), entrevistaram 200 indivíduos escolhidos aleatoriamente na zona sul do referido município. Os resultados evidenciaram que o público alvo sabe que a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, cuja transmissão ocorre através do sistema respiratório, porém desconhecem seus sintomas e tratamento. Diante dos resultados concluíram que a população entrevistada ainda possui certa carência de informações referente à doença.

Cerdeira e Ribeiro (2012) analisaram o nível de conhecimento sobre a Hanseníase entre alunos de Ensino Médio de três escolas da Região Sul do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostraram que os alunos possuem pouco conhecimento sobre Hanseníase, uma vez que declararam não saber a resposta em várias perguntas específicas sobre o tema. Segundo a opinião dos alunos, a escola encontra-se entre um dos agentes responsáveis pela divulgação de informações sobre a doença, só perdendo em importância para o governo e a família. Os autores consideraram que em função da forte influência que os meios de comunicação exercem sobre o público adolescente, o tema precisa ser trabalhado com mais frequência e eficiência.

Somado à complexidade da doença há o fato de que a hanseníase se distribui de forma heterogênea no território do Município de Governador Valadares (RODRIGUES, 2012), o que desperta o interesse para o conhecimento nas comunidades acerca da doença diante de cenários (bairros) em que há ora muitos casos ora poucos casos (situação última a do bairro São Pedro).

Identificar o conhecimento da população acerca da hanseníase poderá contribuir para fornecer informações e orientações que possibilitem aos gestores públicos de saúde repensarem as formas de divulgação sobre a prevenção e tratamento desta patologia.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo identificar o nível de informação e conhecimento da população de um bairro do município de Governador Valadares (MG), em relação à hanseníase.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório descritivo, que utilizou uma abordagem quantitativa. Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas ou operacionalizáveis. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2009).

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares, situado no leste do Estado de Minas Gerais, que possui 263.689 habitantes (BRASIL, 2010b). O universo desse estudo foi constituído por 3076 indivíduos com 18 a 59 anos, residentes no bairro São Pedro, em Governador Valadares. A escolha do bairro São Pedro deve-se a necessidade de conhecimento acerca das impressões sobre a doença em um território com implantação recente da Estratégia de Saúde da Família (neste caso, em 2013) e com pequeno número de casos, na tentativa de apreender suas impressões e contribuir para o direcionamento de medidas particularizadas de educação em saúde em uma comunidade com estas características epidemiológicas.

A partir do total de indivíduos, o tamanho da amostra foi calculado baseado no método de estimativa para proporção (LEVY E LEMESHOW, 1991), considerando nível de significância de 95%, erro de 10% e valor de p de 50%, totalizando 96 indivíduos. Os critérios utilizados para inclusão na amostra foram: indivíduos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, não portadores de hanseníase, residentes há pelo menos um ano no bairro pesquisado, que estivessem presentes em seu domicílio no momento da coleta de dados e que se dispuseram a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário estruturado aplicado na forma de entrevista. O questionário foi dividido em duas partes. A primeira constou de questões relativas ao conhecimento dos indivíduos sobre as formas de transmissão, tratamento, fonte de informações e outras percepções sobre a hanseníase. A segunda permitiu a caracterização da amostra mediante as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, profissão e situação de trabalho, utilizando- um

inventário sociodemográfico baseado no estudo de Fleck *et al*., (2008). Os dados foram coletados por uma única bolsista de iniciação científica devidamente treinada para este fim, no período de novembro de 2013 a março de 2014.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios. A existência de lotes urbanos classificados como domicílios foi previamente verificada in loco pela equipe de pesquisadores, a partir dos setores censitários definidos pelo IBGE e da grade de lotes fornecida pela Prefeitura Municipal de Governador Valadares. A escolha dos 96 domicílios deu-se a partir do método de amostragem aleatória sistematizada, que permitiu que todos os domicílios da unidade espacial tivessem a mesma chance de pertencer à amostra final.

Após localizar os domicílios selecionados no mapa, a bolsista de iniciação científica, se apresentava e explicava a finalidade da pesquisa. A entrevista era realizada com uma das pessoas presentes no domicílio naquele momento, que atendia aos critérios de inclusão e se dispunha a responder. Durante a coleta foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado, na busca de alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas. Previamente à aplicação dos questionários, os participantes da pesquisa assinaram o TCLE, assegurando o caráter confidencial de suas respostas, seu direito de não identificação e a desistência de participação a qualquer momento, bem como o caráter voluntário.

Visando testar o método de trabalho e assegurar fidelidade na coleta dos dados, um estudo piloto foi realizado. Foram entrevistados cinco indivíduos residentes em outro bairro do município. Previamente foi realizado um treinamento para aplicação e preenchimento do questionário objetivando uniformidade na coleta de informações, de forma a evitar possíveis vieses. O projeto piloto permitiu avaliar a clareza e objetividade do questionário desenvolvido para este estudo.

Os dados foram analisados através do *software* SPSS (v.16.0). A análise estatística realizada foi descritiva e as frequências das respostas computadas em percentuais.

Os princípios éticos e legais do estudo foram respeitados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE) conforme nº PQ-026/12-11, sendo norteado pela Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sócio demográfico, dos 96 entrevistados, estes eram majoritariamente do gênero feminino (76%), com predominância da faixa etária de 30 a 59 anos (75%). Possivelmente, a predominância do sexo feminino neste estudo deve-se ao fato das entrevistas terem sido realizadas nas residências, em horário comercial (turno vespertino). Considerando o perfil da população estudada (adultos, em idade produtiva), pode-se inferir que os indivíduos de sexo masculino estariam em horário de trabalho e grande número das mulheres teriam declarado exercer apenas atividades do lar.

A totalidade dos entrevistados declarou-se alfabetizada e quanto ao nível de escolaridade, 19,8% têm ensino fundamental incompleto, 13,5% ensino fundamental completo, 8,3% ensino médio incompleto, 22,9% ensino médio completo, 15,6% superior incompleto e 19,8% ensino superior completo (TABELA 1). Em relação à ocupação verificou-se que 20,8% eram do lar, 15,6% estudantes, 30,2% trabalhadores assalariados, 26% trabalhadores autônomos e 7,3% ocupavam outras funções.

Tabela 1.Caracterização sócio-demográfica da população.

	Freq.	%
Gênero		
Masculino	22	22,9%
Feminino	74	77,1%
Idade		
Menos de 20	4	4,2%
De 20 a 22	5	5,2%
De 22 a 24	4	4,2%
De 24 a 26	6	6,3%
De 26 a 28	2	2,1%
De 28 a 30	3	3,1%
30 e mais	72	75,0%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	19	19,8%
Ensino fundamental completo	13	13,5%
Ensino médio incompleto	8	8,3%
Ensino médio completo	22	22,9%
Educação superior incompleta	15	15,6%
Educação superior completa	19	19,8%
Condição de trabalho		
Do lar	20	20,8%
Estudante	15	15,6%
Trabalhador assalariado	29	30,2%
Trabalhador autônomo	25	26,0%
Outro	7	7,3%

Fonte: Pesquisa de Campo - 2013/2014

Dos 96 entrevistados, 64,6% relataram nunca ter tido contato com portadores de hanseníase. Este dado pode estar relacionado a baixa prevalência da doença no bairro onde foi realizado o estudo, de acordo com análise anterior de distribuição espaço-temporal da endemia em Governador Valadares (RODRIGUES, 2012).

Quando questionados sobre a forma de transmissão da hanseníase (TABELA 2), 36,5% dos participantes não souberam opinar a respeito, 35,4% acreditam que a transmissão aconteça pelo contato corporal, 24% pelo contato com sangue ou fezes do paciente, 19,8% acreditam que seja pelo contato com objeto ou roupa do doente e apenas 9,4% disseram que a hanseníase é transmitida pela respiração proximal e contínua. Considerando que a transmissão da hanseníase ocorre diretamente de uma pessoa não tratada para outra, por meio das vias aéreas superiores (BRASIL, 2010a), a quase totalidade (90,6%) da população entrevistada desconhece a forma correta de contágio da doença (TABELA 2). Estes resultados corroboram com os resultados de Morais *et al.* (2009), que ao avaliarem o grau de informação e conhecimento da população do Município de São Paulo em relação à hanseníase, também constataram um elevado nível (60%) de desconhecimento sobre a transmissibilidade da doença. No estudo de Miranda *et al* (2010), com escolares do ensino

fundamental de um município do Rio Grande do Norte, o desconhecimento também ficou evidente: 44,4% dos participantes não sabiam qual a forma de contágio da doença.

Tabela 2. Conhecimento da população sobre as formas de transmissão da Hanseníase.

	Freq.	%
Não sabe dizer a respeito	35	36,5%
Contato corporal	34	35,4%
Contato com sangue ou fezes da pessoa	23	24,0%
Contato com objeto ou roupa do doente	19	19,8%
Respiração próxima e contínua	9	9,4%
Outros	2	2,1%
Nenhum	1	1,0%

Fonte: Pesquisa de Campo - 2013/2014

Quanto ao conhecimento sobre o tratamento da hanseníase, 65,6% dos entrevistados relataram que a mesma tem tratamento. No entanto, 71,9% desconhecem a forma de tratamento preconizada, 25% acreditam ser através dos medicamentos receitados e 12,5% disseram ser realizando o acompanhamento indicado pela equipe de saúde. Novamente, a desinformação por parte da população merece uma reflexão especial. Apesar de apresentar um nível de escolaridade médio (TABELA1), a mesma não detém conhecimentos específicos de como tratar a hanseníase. Este fato pode estar relacionado à recente implantação da Estratégia de Saúde da Família no bairro estudado (2013), o que pode ter dificultado o acesso da população às informações sobre a doença.

As principais fontes de informação sobre a hanseníase (TABELA 3) citadas pelos entrevistados foram campanhas na televisão (62,5%), outros meios de comunição (25%) e postos de saúde (7,3%). Analisando os dados encontrados, pode-se perceber que a televisão consistiu no principal meio de comunicação em que as informações sobre a hanseníase foram mais amplamente divulgadas. Na pesquisa realizada por Miranda *et.al* (2010) a maior parte dos entrevistados também relatou ter ouvido falar da hanseníase através de campanha na televisão.

Tabela 3. Fontes de informação sobre a hanseníase citadas pela população.

	Freq.	%
Campanha na televisão	60	62,50%
Através de vizinhos	6	6,30%
Esposa ou companheiro	0	0,00%
Alguém de sua família	7	7,30%
Em um posto de saúde	10	10,40%
Na igreja em que frequenta	4	4,20%
No trabalho	5	5,20%
Nunca ouviu falar	1	1,00%
Outro	24	25,00%

Fonte: Pesquisa de Campo - 2013/2014

Através das entrevistas, percebe-se que estes sujeitos possuem algum conhecimento sobre a doença, mas ainda existe a necessidade de ampliar essas informações. Nesse sentido, as ações de educação em saúde se tornam imprescindíveis. Percebe-se a necessidade de ações em saúde que viabilizem o conhecimento sobre aspectos inerentes a tal doença de forma que a população possa se prevenir e impedir a disseminação desta enfermidade.

Observa-se, atualmente, que tem crescido a disseminação da informação em saúde. No entanto, corroboramos com Silva, Cruz e Melo (2007) quanto à necessidade da democratização desta informação. O grande desafio para o setor saúde é o de tornar essa informação acessível aos usuários do SUS de maneira universal. Ou seja, não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer sujeito possa se apropriar do conhecimento. O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel de fiscalizadora e avaliadora dos serviços, e consequentemente de conseguir a melhoria real de sua saúde.

Considerando que a hanseníase ainda é um dos principais problemas de saúde pública do país e particularmente relevante em Governador Valadares, diante dos resultados percebe-se a significância de atividades em saúde que visem divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle, realizadas tanto para profissionais em saúde, como para a população em geral.

CONCLUSÕES

A partir do presente estudo constatou-se um baixo nível de conhecimento da maioria da população entrevistada sobre aspectos relacionados à forma de transmissão, tratamento e fontes de informação sobre a hanseníase. Este fato pode estar relacionado à recente implantação da Estratégia de Saúde da Família no bairro estudado (2013), o que pode ter dificultado o acesso da população às informações sobre a doença, visto que entre as atribuições desta estratégia está à realização de ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe.

Faz-se necessária, portanto, a divulgação de informações pertinentes à doença, tendo em vista que esta se insere entre um dos principais problemas de saúde pública do país. Assim, constata-se a necessidade do desenvolvimento contínuo de práticas de educação em saúde como forma de prevenir a hanseníase, e dessa forma interromper a cadeia epidemiológica desta patologia, contribuindo para erradicação da mesma.

Espera-se que os resultados deste estudo possam fornecer orientações, contribuindo para uma reflexão que possibilite aos gestores públicos de saúde repensarem as formas de divulgação sobre a prevenção e tratamento desta patologia. Destaca-se a importância da utilização pelos profissionais de saúde de uma linguagem clara e adequada ao perfil da clientela, para que as informações em saúde sejam efetivamente apreendidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010.** Brasília:Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010 b. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 22 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano integrado de ações e estratégias de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncorcercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015- Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008. Brasília: 2008.

CERDEIRA,J. A. S.; RIBEIRO, M. N. A hanseníase na visão de estudantes do ensino médio da rede pública de ensino: aspectos para uma reflexão sobre a prática do ensino de ciências da saúde. III Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente. Niterói, RJ, 2012.

DUCATTI, I. **A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório**: estudos sobre o discurso científico legitimador. 2009. Dissertação (Mestrado em História Social) - Departamento de História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FELICIANO, K. V. O. et al. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnostico en Recife, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 3, n. 5, p. 293-302, may 1998.

FLECK, MP. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

JOFFE, R. A. *et al.* Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão cutânea inicial pela população de região metropolitana do Rio de Janeiro. **Hansenologia Internationalis,** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 65-70, jan./jun. 2003.

LEVY, P. S., LEMESHOW S. Sampling of populations: methods and applications. New York, 1991.

MAIA, M.A.C., Alves, A: Oliveira, R; Barbosa. LM. Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase. **Hansen. Int.,** v. 25, n. 1, p. 26-30. 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Hanseníase**: Situação epidemiológica. Belo Horizonte, 2013.

MIRANDA, C.P. Informações acerca da hanseníase aos escolares do ensino fundamental nas escolas do bairro de Passagem de Areia, em Parnamirim/RN. Extensão e Sociedade – 2010 – Ano 01 – Nº 2 - Vol. 1 – PROEX

MONTEIRO, Y. N. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. **Saúde e Sociedade**. v.7,n.1, p.3-26, 1998.

MORAIS, J.P.; TORRITEZI, K.; SILVA, T.A.A. S.; MARTIN, Y. C. Visão da população do Município de São Paulo quanto à ocorrência da hanseníase e seu comportamento para a prevenção. **Rev Inst Ciênc Saúde.** v.27, n.3, p. 201-5, 2009.

PEREIRA, S.V.M. et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. v. 61, n. spe, p. 774-780, nov. 2008.

RODRIGUES, KC. **Dinâmica espaço-temporal da endemia hansênica em Governador Valadares, Minas Gerais, de 2001 a 2010**: um olhar. Dissertação de Mestrado. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce, 2012.

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

SILVA, A. X. da; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.