



Relatório de Pesquisa Operacional

**HANSENÍASE: A VIGILÂNCIA DOS CONTATOS NO MUNICÍPIO
DE BELÉM NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
E USUÁRIOS.**

**Fortaleza/ CE
Junho/ 2009**

COMPONENTES

Ângela Maria Rodrigues Ferreira	Enfermeira - Deptº de Epidemiologia – SESPA e UEPA
Cléa do Socorro N. C. de Azevedo	Enfermeira – Coordenação Estadual das ESF/EACS
Danielma Castro da Silva	Tecnólogo em Gestão de Saúde - URE Dr. Marcello Candia
Maria de Fátima da Silva Costa	Enfermeira FSCM e URE Demétrio Medrado
Polyanna Espindola Farias	Socióloga - URE Dr. Marcello Candia- Marituba/PA.

COORDENADOR

Cléa do Socorro Nobre Calandrini de Azevedo

RELATOR

Ângela Maria Rodrigues Ferreira

COLABORADORES

Alunos do curso de Saúde e Gestão do IFPA – Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia Elisama, Igor, Alynne e Joselle

FACILITADORES

Maria de Jesus Freitas de Alencar – Universidade Federal do Ceará

Patrícia Passos Sampaio – Universidade de Fortaleza

APOIO

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde-/ Programa Nacional de Controle da Hanseníase

Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau - AIFO

Universidade Federal do Ceará – UFC



RESUMO EXECUTIVO

1- INTRODUÇÃO

No cenário mundial a hanseníase figura como uma das patologias consideradas endêmicas. Apesar de milenarmente conhecida, ela continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil destacando-se dentre os quatro países mais endêmicos do mundo, com o coeficiente de detecção em 2006 de 2,35/10.000 hab (WHO, 2007).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase - PNCH inclui ações que envolvem diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades reabilitação, vigilância de contatos e educação em saúde, tais atividades são orientadas por indicadores epidemiológicos e operacionais (BRASIL, 2007). São eles que permitem saber como a doença está ocorrendo no país e demonstra que a endemia no Brasil está distribuída de forma heterogênea, com maior coeficiente de detecção nos estados da região norte com 54,21/100.000 (BRASIL, 2008).

O estado do Pará, na região norte, apresentou no mesmo período coeficiente de detecção de 59,74/100.000 hab. (BRASIL, 2008), considerado hiperendêmico segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em Belém, no ano de 2008, o apresentou coeficiente de detecção de 33,35/ 100.00 hab, considerado muito alto. A situação se agrava quando se analisam os indicadores da doença na população menor de 15 anos, com coeficiente de 1,73/10.000 hab., fato preocupante, pois sinaliza a manutenção da cadeia de transmissão atingindo um segmento cada vez mais jovem da população, conseqüentemente compromete a qualidade de vida e o futuro de toda uma geração.

Em relação as Ações de Vigilância dos contatos intradomiciliares, que segundo o Ministério da Saúde é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos. (BRASIL, 2002). A cobertura dos contatos examinados no Pará, no ano de 2006, não chegou a 50% dos contatos de pacientes com hanseníase na maioria dos municípios do Estado.

No caso do município de Belém, o percentual de contatos examinados no ano de 2008 foi de apenas 15,73% dentre os contatos registrados, quando o Ministério da Saúde (MS) classifica o parâmetro como bom $\geq 75\%$ de contatos examinados, e precário $< 50\%$. (BRASIL, 2002).

A vigilância de contatos é importante para o diagnóstico precoce e a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão da hanseníase, uma vez que antes de ser portador de hanseníase, o paciente é antes de tudo um contato. Diferentes estudos (Oliveira, et al, 2007; Ferreira, et al, 2007; Cunha, et al, 2007) apontam a relação entre a vigilância de contatos e a interrupção da cadeia de transmissão da doença, já que permite o diagnóstico precoce. Para Cunha (2007, p. 1188) “a

informação sobre a doença e o exame dos contatos dos casos novos diagnosticados ainda são as principais estratégias para o diagnóstico precoce da doença”.

O município de Belém convive com a hanseníase desde o século XVIII. Destacamos o Leprosário do Tucunduba construído em um bairro periférico da cidade, sendo o primeiro hospital de internamento compulsório do Estado do Pará.

Atualmente, o município dispõe de uma rede assistencial que contempla serviços de Atenção Primária e Secundária concentrando a assistência a saúde para diversos municípios do Estado. A Atenção Primária conta com um sistema de saúde que agrega Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modelo tradicional de atendimento, Estratégias Saúde da Família (ESF) e Estratégias Agente Comunitário de Saúde - EACS com cobertura das ações de controle da hanseníase. O município de Belém dispõe assim de 96 equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF) com uma cobertura populacional de 23,25%.

No PCH persiste ainda baixa efetividade nas ações propostas pelo MS, especialmente em relação à vigilância de contatos. Assim, a questão norteadora desse estudo é entender os fatores que interferem na baixa cobertura de contatos de usuários com hanseníase nos serviços de saúde de Belém.

1.1-OBJETIVOS

1.1.1- OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores associados à baixa vigilância dos contatos de casos novos de hanseníase em Serviços de Saúde do município de Belém na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários.

1.1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias utilizadas pelos serviços de saúde para a realização dos exames de contatos a partir dos profissionais de saúde
- Identificar a utilização dos instrumentos de registro e monitoramento da vigilância de contatos
- Verificar o fluxo dos serviços de saúde em relação ao sistema de referência e contra-referência dos contatos
- Descrever a percepção dos pacientes com relação aos fatores associados a vigilância dos contatos de casos novos de hanseníase
- Estabelecer recomendações para o melhoramento e desenvolvimento das ações de vigilância de contatos de portadores de hanseníase.

2- MATERIAL E MÉTODOS

2.1- Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa. O método quantitativo foi utilizado para caracterização dos serviços de saúde e profissionais. Além de mensurar as informações contidas no livro de registro, boletim de acompanhamento, prontuários, ficha de contatos. O método qualitativo propiciou a compreensão de como as práticas e atitudes dos atores envolvidos (profissionais de saúde e usuários) influenciaram na implementação das ações de vigilância dos contatos.

2.2- Local do estudo

Este estudo foi realizado nos serviços de saúde na rede assistencial do município de Belém, no período de novembro de 2008 a março de 2009, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF), e Unidades de Ensino e Serviço (UES), que tem ações de controle da hanseníase.

2.3- Amostra – Os critérios de seleção da amostra foram:

- Unidades Básicas de Saúde que notificaram 08 ou mais casos novos de hanseníase diagnosticados no período selecionado, tendo como base o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN NET), totalizando 17 Unidades Básicas de Saúde;
- Equipes de Saúde da Família que notificaram 2 ou mais casos novos, totalizando 10 equipes;
- Unidades de Ensino e Serviço (um hospital e um centro de saúde escola) que notificaram maior número de casos novos neste mesmo período, totalizando 02 unidades. Ao final, 29 serviços de saúde foram visitados, o que representa 55% das Unidades de Saúde que notificaram casos de Hanseníase no período.

2.3.1 Estudo qualitativo

A pesquisa qualitativa utilizou a técnica dos grupos focais para a coleta de dados junto aos usuários. Trata-se de uma discussão em grupo, orientada por um roteiro pré-estabelecido. Durante o debate os participantes falaram livre e espontaneamente sobre suas crenças, atitudes, percepções e comportamentos relativos a vigilância de contatos.

2.3.2 Critérios de exclusão

- Usuários que não comparecerem á reunião do grupo focal agendada no serviço de saúde.
- Parentes e amigos muito próximos portadores de hanseníase e funcionários da rede básica de saúde.
- Profissionais que estiverem afastados do serviço no momento da pesquisa.
- Agentes Comunitários de Saúde que não tenham usuários com hanseníase na sua área de abrangência.

2.3.3 Processo de coleta de dados e análise dos dados

1º passo: contato com a gestão municipal para apresentação da proposta e concomitante ao encaminhamento para apresentação na Comissão Intergestora Bipartite.

2º passo: encaminhamento para o comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Pará (UEPA) para aprovação da proposta;

3º passo: após aprovação do comitê de ética, realizaram-se as visita às unidades de saúde selecionadas para primeira aproximação com o campo.

4º passo: treinamento dos pesquisadores de campo e início da coleta de dados

5º passo: aplicação dos formulários de coleta de dados nas unidades de saúde pelas 5 pesquisadoras e os colaboradores do curso de graduação em gestão de saúde do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA)

No estudo quantitativo: Foi utilizada a aplicação de um formulário **para os profissionais de saúde** diretamente envolvidos com o PCH das UBS, ESF E UES. E aplicação de outro **formulário para os ACS** que compõe a ESF. Para a verificação dos instrumentos de registro e monitoramento da vigilância de contatos utilizou-se quatro formulários denominados “chek list” para a investigação documental, assim denominados: Check liste 1 - Boletim de Acompanhamento; Check list 2 - Livro de Registros de Hanseníase; Check list 3 - Prontuários dos usuários; Check list 4- Ficha de Exame de Contatos.

Estudo qualitativo: Os dados relativos aos usuários foram coletados nos grupos focais a partir de um roteiro da discussão. Os usuários foram convidados a participar de reunião no serviço de saúde em data agendada pelos profissionais das unidades.

2.3.4 Análise dos dados:

As questões abertas dos formulários foram tabuladas e codificadas e os dados foram digitados no Programa EPI-INFO 6.04 d (CDC, Atlanta, EUA). Após isso, fez-se a consistência

dos dados e emissão de relatórios posteriormente repassados para o Programa Excel para a elaboração de gráficos.

2.3.5 - Aspectos éticos

A realização deste trabalho seguiu os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Pará em Outubro de 2008. Processo Nº 0041.0.321.000.08.

3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE INSTITUIÇÕES VISITADAS

A pesquisa foi realizada em 29 Serviços de Saúde contemplando as Unidades Básicas, Estratégias Saúde da Família, Fundação Santa Casa de Misericórdia e Centro Escola do Marco. As Unidades Básicas corresponderam 47,12% dos locais de trabalho dos entrevistados, seguido pelas Estratégias Saúde da Família, 44,23% e Fundação Santa Casa de Misericórdia e Centro Escola, ambos com 3,57%.

Do total de entrevistados, 63,5% tinha formação profissional universitária e os demais 36,5% formação de nível médio. Dos que tinham formação universitária, 44,2% eram enfermeiros, seguidos da categoria de médicos, 10,6%. E os de nível médio, que representou 27,9%, eram agentes comunitários de saúde.

3.1.1 CAPACITAÇÃO

De modo geral, os profissionais de saúde dos diferentes tipos de serviços estudados afirmaram terem realizado capacitação em hanseníase, 74% em oposição a 26%, que ainda não foi capacitado. Dos capacitados, 46,7% eram enfermeiros, 31,2% ACS e 10,4% médicos. É importante destacar, entretanto, que a carga horária informada variou bastante: de 3 horas até 40 horas consideradas o treinamento padrão em hanseníase no Estado.

3.1.2 CONHECIMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE

Quando solicitado para citarem as ações contidas no PCH, percebeu-se que os profissionais tiveram dificuldades em relatá-las, embora desenvolvam as ações do Programa no seu dia a dia. Foram mencionadas as ações que se reportam ao tratamento integral, representam dentre as quais “fazer tratamento, acompanhamento e visita domiciliar ao usuário, fazer prevenção e incapacidades”. Em segundo lugar, tiveram-se as ações de descoberta de casos como “identificar sintomas, fazer o teste de sensibilidade”. A terceira ação mais mencionada foi às referentes à educação em saúde, fato que pode demonstrar que esta ação é fácil de ser lembrada, pois permeia os demais programas desenvolvidos nos serviços de saúde. Os profissionais consideram ações de educação em saúde toda informação e/ou orientação aos usuários.

A vigilância dos contatos, além de não ser realizada por toda a equipe de saúde, 18,7% o faz eventualmente e 20,0% nunca fizeram. Quando se trata das reações, 62,7% alegaram não ter segurança para tratá-las.

3.2- AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO SERVIÇO DE SAÚDE PARA A VIGILÂNCIA DE CONTATOS

Os dados demonstram condutas diferenciadas para captar o contato. As estratégias freqüentemente referidas pelos profissionais das UBS e UES foi “dialogar com o usuário para trazer os familiares até a Unidade”, “tentar contato telefônico. Na ESF além do diálogo com o usuário para trazer os contatos, outros recursos são utilizados:” articulação com os ACS”, “visitas domiciliares”, “envio de correspondência”, “aproveitamento de oportunidades na vinda dos acompanhantes” e “agendamento de consultas”.

– Conduta para os contatos comparecerem as unidades

A maioria dos profissionais (excluindo os ACS) afirmou “conversar novamente com o usuário”. Esgotada essa tentativa, a maioria dos entrevistados não desenvolve outras estratégias. Observou-se, entretanto, que o serviço da Estratégia Saúde da Família, “insiste com os ACS” para que sensibilizem os contatos a comparecerem e “realizam as visitas domiciliares”.

Em relação às dificuldades enfrentadas para realizar a vigilância de contatos, o “desinteresse do contato” e a “incompatibilidade de tempo” foram identificadas como os obstáculos principais. Novamente, o usuário é tido como uma estratégia e um obstáculo para a efetivação da vigilância de contatos.

- Dificuldades dos profissionais de saúde para realizar vigilância de contatos

Buscou-se também confrontar as informações obtidas junto aos profissionais de saúde com os ACS especificamente. No primeiro momento, verificou-se a forma de identificação e acompanhamento do usuário com hanseníase e as condutas para a realização da vigilância de contatos.

Constatou-se que a maioria, identificou o usuário nas visitas domiciliares rotineiras. E em segundo lugar, foi através de informações de outros membros da ESF, que acompanhavam casos na área. O serviço de saúde também indicou casos para serem acompanhados pelos ACS.

– Como foi identificado o usuário com hanseníase pelo ACS

Os ACS entrevistados mencionaram a “orientação dos membros da família” a comparecer ao serviço. A segunda conduta mais freqüente foi a “conversa com os usuários” para trazer os contatos. Alguns profissionais destacaram que orientam as famílias sobre a doença e preconceito. Ao relacionar com as informações dos demais profissionais e ACS, constata-se que para os primeiros a conduta para a vigilância de contatos está focada no usuário, enquanto para os ACS a abordagem familiar se impõe.

3.3 - FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

De modo geral, os profissionais referenciam para “confirmar diagnóstico”, “tratamento estado reacional”, “avaliação do grau de incapacidade” e “reação ao tratamento”.

Ao confrontar as informações acerca das situações de encaminhamento para a referência e as ações desenvolvidas no serviço, constatou-se que a maioria dos entrevistados afirmou que o serviço sempre “identifica sinais/sintomas”, “faz orientações de auto-cuidado”, “administra PQT”, “supervisiona o uso de medicamentos”. Indicando que os serviços embora identifiquem sinais e sintomas têm dificuldades em fazer o diagnóstico.

Verificou-se que os profissionais referenciam o usuário e eles “retornam para continuar o tratamento na unidade”, 58,7%. É importante destacar o percentual de usuários que vão para a referência e não retornam, 20,0%.

3.4-AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Inquiriu-se acerca da percepção dos profissionais de saúde sobre a cura da hanseníase e avaliação do Programa na Unidade. A quase totalidade dos entrevistados acredita que a hanseníase tem cura, 97,1% mas 3 afirmaram que não há cura, perfazendo 2,8%.

Na perspectiva dos ACS, a hanseníase é uma doença que tem cura para a maioria dos entrevistados. Da mesma forma, que afirmaram ser a hanseníase “uma doença que deforma”. “A respeito da vigilância de contatos, prevaleceu avaliação negativa de que não funciona por conta da “carência de profissionais” envolvidos no programa; “falta capacitação” para os que ingressaram no serviço e atualização para quem está há mais tempo;” e “insegurança na área” apontada por muitos profissionais como um aspecto importante que obstaculiza a vigilância de contatos. Em algumas ESF localizadas em áreas periféricas de Belém foi relatado pelos enfermeiros e ACS que há locais que tem horários definidos para visitar os domicílios.

3.5 - OS REGISTROS SOBRE A VIGILÂNCIA DE CONTATOS

Foram utilizados 04 formulários denominados de chek-list. No total foram aplicados 23 chek-list para cada instrumento, sendo que nem todas as unidades possuíam esses instrumentos de registro. Além disso, das 29 Unidades selecionadas para este estudo, em seis Unidades não foi possível verificar tais instrumentos pela dificuldade em encontrar o profissional responsável pelo atendimento em hanseníase.

3.6- AVALIAÇÃO DO PCH NA ÓTICA DOS USUÁRIOS ACOMETIDOS POR HANSENÍASE

Os participantes relatam que o tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico foi bastante longo: variou entre 2 meses e 12 anos . A maioria deles, ao saber do diagnóstico, reuniu os familiares e comunicou. Em decorrência do grande estigma que envolve a doença, um dos participantes não avisou a ninguém, pois mora com uma família que não é a sua e outro só informou aos pais. Pela necessidade de se ausentar para fazer o tratamento alguns avisaram também à sua chefia.

Na percepção dos usuários as informações/orientações dadas, pelos profissionais de saúde no momento do diagnóstico, são relativas a aspectos gerais da doença (contágio, transmissão, sintomas, cura, reações, seqüelas, preconceito), uso da medicação, higiene, vacinação dos contatos e observação do aparecimento de manchas nos contatos.

A maioria dos participantes informou aos contatos para irem á Unidade de saúde para tomarem a vacina.

4- CONCLUSÃO

Refletir sobre saúde implica considerar os determinantes sócio-econômicos-culturais, religiosos e políticos que envolvem o processo de saúde-doença de dada região. Nesse sentido, é importante, observar a relação estabelecida entre o indivíduo com suas representações sobre a saúde- doença e as instituições assentadas na racionalidade médico-científica que muitas vezes foca somente no aspecto biológico e patológico secundarizando os outros aspectos.

Os resultados da pesquisa indicam, entretanto, que a Vigilância de Contatos, no município de Belém, não está seguindo na íntegra as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 200;2008).

A enfermeira, na visão dos usuários é tida como a mais capacitada, entre os profissionais de saúde, para fazer o tratamento e acompanhamento da hanseníase.

Assim, os resultados da pesquisa constata tanto nos dados quantitativos como qualitativos que o PCH nos serviços de saúde *locus* da pesquisa organiza-se mais pelo “*comprometimento individual*” do que pela institucionalização do mesmo. Atitudes e comportamentos individuais norteiam a execução das ações. Relatos de estratégias individualizadas foram frequentemente mencionadas pelos profissionais como recursos otimizadores para garantir a aderência ao tratamento e a vigilância de contatos. Para os entrevistados as principais motivações para os contatos não comparecerem ao serviço foi o “estigma/medo da rejeição” e a “incompatibilidade de horários entre os profissionais e pacientes”. Os profissionais, sobretudo, das UBS relataram que o horário de funcionamento do serviço limita a vinda do contato, além do acúmulo de tarefas que impede que este profissional possa deslocar-se até o domicílio do usuário e até mesmo priorizar o atendimento aos mesmos, uma vez que há outros usuários que precisam de atenção prioritária como idosos, diabéticos, crianças e grávidas.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos entrevistados para realizar a vigilância de contatos, o “desinteresse do contato” e a “incompatibilidade de tempo” foram identificadas como os obstáculos principais. Novamente, o usuário é tido como uma estratégia e um obstáculo para a efetivação da vigilância de contatos. Outros aspectos foram mencionados como “dificuldades de acesso” por conta da extensão, insegurança da área produto da violência urbana, endereço errado do usuário e falta de transporte e “baixa integração dos profissionais”. Porém, um percentual considerável dos profissionais afirmou não fazer vigilância de contatos

Novo ordenamento faz-se necessário a fim de que o PCH possa de fato ser institucionalizado incorporando-se nas práticas de saúde nos serviços ampliando-se os profissionais envolvidos e articulando a rede. É importante também rever a falta de apoio logístico em alguns serviços, já que uma logística inadequada obstaculiza ainda mais o funcionamento do programa.

A pesquisa apontou que os profissionais da Estratégia Saúde da Família utilizam mais de uma estratégia para buscar os contatos para comparecerem às unidades para exame, por conta do

tipo de serviço que envolve de acompanhamento das famílias sobretudo realizado pelos agentes comunitários de saúde. Nas Unidades de ensino e pesquisa, o programa concentra-se principalmente com o enfermeiro e médico. O primeiro encaminha o prontuário ao médico que examina o usuário. De modo geral, não há acompanhamento do usuário, registro dos contatos, educação em saúde nem perspectiva de saúde coletiva.

Em relação ao diagnóstico as falas dos usuários são ilustrativas acerca da demora entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico. Tal demora parece ser decorrente do desconhecimento do médico para fazer o diagnóstico (foram dados diagnóstico de herpes, micose, pano branco, manchas como decorrentes de aspectos emocionais antes de se chegar ao diagnóstico definitivo). Além do erro alguns afirmaram que passaram por vários médicos até obterem o diagnóstico definitivo.

O preconceito e o estigma em relação a doença ainda é muito forte. Alguns usuários não informaram os contatos sobre a doença e conseqüentemente sobre a necessidade destes comparecerem a UBS com medo do afastamento deles. Vários relatam o afastamento de familiares e colegas de trabalho, tratamento diferenciado, bem como a exclusão de atividades.

Segundo Laraia, 2008, a sociedade caracteriza os grupos de acordo com sua cultura, seus costumes, suas crenças, sendo assim os padrões que se estabelecem tanto físicos como morais são direcionados de acordo com as concepções de um determinado grupo.

“É importante destacar que o estigma associado à doença envolve além dos usuários também profissionais de saúde que muitas das vezes estimulam tal atitude.”

O impacto que a hanseníase pode causar na vida dos sujeitos pode ser minimizado através do desenvolvimento de um trabalho conjunto entre usuários, familiares e profissionais, estes últimos, aproximando-se mais da realidade social e cultural do doente, dando as orientações necessárias em relação ao auto-cuidado e nas adaptações necessárias ao seu estilo de vida, a fim de minimizar o impacto da doença na vida desses sujeitos.

Assim, os dados sinalizam que se deve repensar o programa como um todo redefinindo responsáveis, pensando estratégias de envolvimento da equipe, valorizando os profissionais e articulando a rede.

A vigilância de contatos é bastante emblemática por trazer à tona a discussão da saúde como bem coletivo constituindo-se como um fenômeno social sendo portanto, um bem social e de interesse de todos.

As pesquisas já desenvolvidas corroboram com os resultados deste estudo sobre a necessidade e importância de uma busca ativa dos contatos. A melhor estratégia para quebrar a cadeia de transmissão é a educação continuada envolvendo profissionais, usuários, família e comunidade em geral conforme defendido por VIEIRA (2008).

5- REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Notificação de Agravos – SINAN, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde**. n. 21. Brasília, 2008.

CUNHA, M. D. da. et al. **Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai., 2007, p.1187-1197.

FERREIRA, I. N. **Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu – Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa. (2004-2006)**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2007, p. 555-567.

OLIVEIRA, B. F.A. et. al. **Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, jun., 2007, v. 8, n. 2, p. 11-19. disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude, acesso em : 25/04/2008.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), **Weekly epidemiological record- Global leprosy situation**, 2007, n. 25, 2007, 82, p. 225–232. Disponível em <http://www.who.int/wer> , Acesso em 23/05/2008.

VIEIRA, C. S. C. A. **Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com Hanseníase**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008; 61(esp): 682-8.