

**Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano
dos municípios de Minas Gerais, Brasil**

Leprosy detection and Human Development Index of cities of Minas Gerais, Brazil

Detección de la lepra y Índice del Desarrollo Humano de las ciudades del Minas Gerais, Brasil

Francisco Carlos Félix Lana^I, Raquel Ferraz Lopez Davi^{II}, Fernanda Moura Lanza^{III}, Evaldo Pinheiro Amaral^{IV}

^I Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: xicolana@ufmg.br.

^{II} Acadêmica de Enfermagem da UFMG. Bolsista de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq. E-mail: raquelferrazi@gmail.com.

^{III} Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: fmlanza@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: evaldoamaral01@yahoo.com.br.

RESUMO

O comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pela cadeia de transmissão e fatores sócio-econômicos e operacionais relacionados aos serviços de saúde. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre os coeficientes de detecção da hanseníase no período 2003-2006 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios de Minas Gerais. Trata-se de um estudo ecológico, transversal, cujos dados foram coletados dos Relatórios Técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os valores de detecção foram categorizados em baixo, médio, alto, muito alto e hiperendêmico, considerando parâmetros do Ministério da Saúde, e os de IDH, categorizados em alto, médio e baixo. A associação dos dados através do teste Qui-quadrado, corrigido pelo índice de Bonferroni, encontrou diferenças estatisticamente significativas em relação à detecção da hanseníase entre os municípios de alto e baixo IDH, sendo que os últimos apresentaram maiores taxas. Os resultados sugerem que os municípios com condições sócio-econômicas desfavoráveis possuem menor controle da endemia, sendo necessária a intensificação das ações para a eliminação da doença nesses municípios.

Descritores: Hanseníase; Epidemiologia; Saúde Pública; Condições sociais.

ABSTRACT

The epidemiology of leprosy is affected by transmission mechanisms, socio-economic and operating factors related at health service. The objective of this study was to analyze the relationship between detection of leprosy tax and Human Development Index (IDH) in the cities of Minas Gerais/Brazil. This is a transversal and ecological study. The data were collected from Technical Reports of Health State Secretary and Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The detection rates were categorized in low, median, high, very high and hiperendemic, according to the parameters from the Ministry of Health. The IDH values were categorized in high, median and low. Associations of data using Chi-Square Test, corrected by Bonferroni index, found statistically significant differences related to leprosy detection in cities with high and low IDH, the last one presented highest rates. The results suggest that cities with worst socio-economic conditions have less control of the endemy. Our data indicate the need to intensify leprosy control and elimination strategies in the state prioritizing the cities with worst IDH.

Descriptors: Leprosy; Epidemiology; Public Health; Social conditions.

RESUMEN

El comportamiento epidemiológico de la lepra es influenciado por la cadena de transmisión y factores socio-económicos y operacionales relacionados a los servicios de salud. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la detección de lepra en el período de 2003-2006 y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de las ciudades de Minas Gerais, Brasil. Esto es un estudio ecológico, transversal. Los datos habían sido recogidos de los Informes Técnicos de la Secretaría del Estado de la Salud y del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Los valores de la detección habían sido divididos en bajo, mediano, alto, muy alto e hiperendémico, según parámetro del Ministerio de la Salud, y del IDH, en alto, mediano y bajo. La asociación de los datos a través del teste Qui-cuadrado, corregido para el índice de Bonferroni, encontró diferencias estadísticamente significativas relacionadas a la detección de la lepra en ciudades con el alto y bajo IDH, este tuvo tasas más altas de la detección. Los resultados sugieren que las ciudades con las condiciones socioeconómicas peores tienen menos control de la endemia. Esto indica la necesidad de intensificar estrategias del control y de la eliminación de la lepra en el Estado con prioridad a las ciudades con bajo IDH.

Descriptores: Lepra; Epidemiología; Salud Pública; Condiciones sociales.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução clínica lenta causada pelo *Mycobacterium leprae*. Representa alta importância na saúde pública brasileira por deter taxas de detecção e prevalência acima dos parâmetros internacionais estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja meta é reduzir a prevalência da doença para menos de 1,0 caso por 10.000 habitantes até o ano 2010⁽¹⁾.

No ano de 2006, foram detectados no Brasil 44.668 casos novos da doença, o que representa um coeficiente de detecção de 2,11 casos em cada 10.000 habitantes. Nesse mesmo ano, o coeficiente de prevalência foi de 2,02 casos por 10.000 habitantes⁽²⁾. A taxa de detecção diz sobre o perfil epidemiológico de uma determinada região: a taxa de detecção abaixo de 0,20 casos por 10.000 habitantes é considerada baixa, de 0,2 a 0,99 casos novos por 10.000 habitantes é uma taxa média. Os valores entre 1,00 e 1,99 casos novos por 10.000 habitantes são classificados como alto e os valores entre 2,00 e 3,99 são muito altos. A taxa de detecção acima de 4,0/ 10.000 habitantes corresponde a um perfil hiperendêmico para a hanseníase⁽²⁾.

O Estado de Minas Gerais, por intermédio da Coordenadoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde, vem trabalhando para diminuir as taxas de detecção da hanseníase de acordo com as metas propostas pela OMS. No período compreendido entre 1991 – quando Minas Gerais ocupou o primeiro lugar no Brasil em número absoluto de casos – e 2006, obteve-se uma diminuição em torno de 25% na prevalência da doença⁽²⁾. Estes dados indicam um avanço das políticas de controle e eliminação da endemia no estado a partir das “Estratégias de Mobilização para Eliminação da Hanseníase” que visam aumentar a cobertura dos serviços de saúde, capacitar profissionais, aumentar a proporção de casos em tratamento poliquimioterápico, diagnosticar casos novos esperados e atualizar o sistema de informação em saúde.

A promoção da saúde, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, sendo a educação um elemento importante, e inclui desde um bom padrão nutricional; moradia adequada; recreação e condições favoráveis de vida⁽³⁾.

As políticas públicas de saúde interferem no processo saúde-doença da população e devem

abranger políticas de infra-estrutura e sociais, pois o perfil epidemiológico de uma dada população quanto à saúde é determinado pela inserção dos indivíduos no espaço social e seu acesso ao capital cultural e econômico. O capital cultural permite acesso ao saber sobre riscos de adoecer e prevenção dos mesmos, enquanto o capital econômico possibilita maior acesso ao cuidado e a condições de vida que dispõe o melhor enfrentamento do processo de adoecimento⁽⁴⁾.

A análise das condições de vida de determinada população não deve levar em conta só a distribuição de renda e o poder aquisitivo na esfera do consumo individual, mas também certas necessidades consideradas básicas para sobrevivência, como, por exemplo, saúde, saneamento, educação, alimentação, lazer e segurança⁽⁵⁾.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) sintetiza o nível de sucesso atingido pela sociedade no atendimento a necessidades básicas e universais do ser humano como o acesso ao conhecimento, o direito a uma vida longa e saudável e a um padrão de vida digno. O IDH foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento de uma determinada população analisando: educação, longevidade e renda. Na dimensão Educação, são considerados dois indicadores: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade e a taxa bruta de frequência à escola. Para a avaliação da dimensão Longevidade, o indicador é a esperança de vida ao nascer. A dimensão Renda, medida através do PIB per capita, representa a capacidade da população em adquirir os bens e serviços que estimulem e garantam seu desenvolvimento enquanto ser humano, ou seja, ele representa a possibilidade de acesso às demais necessidades do indivíduo não abordadas pelo IDH, dentre estas, a saúde.

O IDH varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). O índice cujo valor que estiver mais próximo do valor máximo observado apresentará maior IDH, enquanto que o que estiver mais próximo do valor mínimo apresentará menor IDH. Classifica-se como baixo desenvolvimento humano os valores de IDH até 0,499, como médio o IDH entre 0,500 e 0,799 e alto, o IDH maior que 0,800⁽⁶⁾.

O comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pelas condições de vida da população e por questões relacionadas aos serviços de saúde. As diferenças epidemiológicas da hanseníase em um dado território estão associadas a diferentes modos de organização espacial e social, determinando dessa forma diferentes riscos de adoecer para certos grupos sociais, considerando que as condições de vida estão relacionadas diretamente com o processo de adoecimento. Portanto, a avaliação das condições

de vida como fator de risco para a hanseníase e outras doenças infecciosas é de grande importância por ser característica central na estrutura social, fornecendo informações essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde visando equidade e qualidade de vida e de saúde para população⁽⁷⁾.

Dessa forma, considerando a importância da hanseníase, tanto em termos numéricos quanto em relação à sua transcendência, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre a taxa de detecção da hanseníase e os Índices de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, configurado como ecológico do tipo transversal retrospectivo, compreendido aos anos de 2003 a 2006. Entre as vantagens dos estudos ecológicos está a facilidade de planejamento e implementação, na medida em que geralmente trabalham com bases de dados secundários, implicando em relativo baixo custo e simplicidade analítica. Uma limitação desse tipo de estudo é que os padrões observados referem-se à população e não devem ser reduzidas ao indivíduo.

O cenário deste estudo são os 853 municípios do estado de Minas Gerais, localizado na região sudeste do país e que possui extensão territorial de 586.528,30 km². É o segundo estado mais populoso do Brasil, com 19.479.356 habitantes em 2006 e densidade demográfica de 33,2 hab./km². Possui a terceira maior economia do país baseada na agricultura, pecuária e mineração⁽⁸⁾.

As variáveis utilizadas no presente estudo foram os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) referentes ao Censo Demográfico Brasileiro do ano 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e os coeficientes de detecção da hanseníase nos anos de 2003 a 2006 de cada um dos municípios mineiros. Optou-se por utilizar os dados relativos ao Censo 2000, pois se tratavam dos mais atualizados disponíveis por serem reavaliados com um intervalo médio de 10 anos, evitando utilizar dados estimativos e considerando, ainda, que os dados sócio-econômicos não variam significativamente num curto período. As taxas de detecção da hanseníase foram obtidas do Relatório Técnico da Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária de Minas Gerais⁽²⁾. Os dados de IDH dos municípios mineiros foram obtidos do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil⁽⁸⁾.

A análise comparou a média aritmética das taxas de detecção da hanseníase no período de 2003 a

2006 com os valores de IDH dos municípios de Minas Gerais. Os dados foram dispostos em tabela e categorizados utilizando-se do Software Microsoft Excel. As médias das taxas de detecção foram distribuídas em cinco categorias (baixo, médio, alto, muito alto e hiperendêmico) de acordo com parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde⁽²⁾.

No presente trabalho, optou-se por construir uma nova categorização dos valores de IDH a fim de obter melhor distinção dos municípios uma vez que nenhuma cidade mineira possui baixo IDH, segundo classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e a faixa referente a médio desenvolvimento humano contém a maioria dos municípios. Os valores de IDH foram, então, distribuídos nas categorias alto, médio e baixo utilizando-se os percentis 33 e 66. Os valores abaixo de 0,694 foram considerados baixos, os valores entre 0,695 e 0,750 foram médios e os acima de 0,750, altos.

A análise de comparação estatística utilizou do teste Qui-quadrado e foi realizada no Software SPSS versão 13.0. Esse teste é utilizado para comparar valores de média agrupados em categorias descritivas, nesse caso, categorias de detecção da hanseníase e IDH, com o objetivo de assinalar a probabilidade dos dados estarem associados dentro de um grau de confiança de 95%⁽⁹⁾.

Os dados foram dispostos em uma tabela que distribui os objetos de estudo de acordo com sua categoria e, a partir desta apresentação, a ferramenta do Qui-quadrado foi aplicada. Os valores obtidos com o cálculo do Qui-quadrado foram comparados a um valor pré-estabelecido advindos de cálculos e análises mais complexas dispostos em tabelas específicas que definem a probabilidade das associações acontecerem por acaso⁽⁹⁾.

A correção de Bonferroni é um procedimento estatístico utilizado quando se realiza comparações múltiplas proporções para diferentes grupos. A realização de múltiplas comparações aumenta as chances de ocorrer erros do tipo I, ou seja, associações não significantes dentro do intervalo de confiança previamente estipulado. A correção de Bonferroni altera o nível de significância (p) a fim de evitar erros derivados da múltipla comparação e foi realizada no software SPSS⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a distribuição de contingência dos dados, em números absolutos e proporções, dos municípios nas categorias de IDH e média da taxa de detecção da hanseníase.

Tabela 1: Distribuição dos municípios de Minas Gerais segundo categorias de IDH e média dos coeficientes de detecção da hanseníase no período 2003-2006.

		TAXA DETECÇÃO				TOTAL	
		BAIXA	MÉDIA	ALTA	MUITO ALTA		HIPERENDÊMICA
IDH baixo	Nº	65	85	50	48	38	286
	%	22,70	29,70	17,50	16,80	13,30	100,00
IDH médio	Nº	79	99	52	37	22	289
	%	27,30	34,30	18,00	12,80	7,60	100,00
IDH alto	Nº	63	99	70	27	19	278
	%	22,70	35,60	25,20	9,70	6,80	100,00
TOTAL	Nº	207	283	172	112	79	853
	%	24,30	33,20	20,20	13,10	9,30	100,00

Fonte: Relatórios Técnicos da Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária de Minas Gerais 2004-2007; IBGE^(1,8).

Observa-se nos municípios com maior IDH uma tendência decrescente da taxa de detecção da hanseníase sugerindo uma associação entre as variáveis. O teste de Qui-quadrado foi aplicado à análise e o valor obtido correspondeu a 21,512. O grau de liberdade da comparação foi equivalente a 8 e com a análise da tabela específica de Qui-quadrado tem-se que o valor calculado foi maior que o valor tabelado. O valor de significância encontrado foi de $p = 0,006$, valor este inferior ao obtido aplicando a correção de Bonferroni que foi de $p > 0,008$. Em síntese, o resultado encontrado ($p=0,006$) correspondeu a um valor dentro do nível de significância e aponta que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Na comparação entre as categorias de alto e baixo IDH, o valor de Qui-quadrado correspondeu a 16,533 e p foi igual a 0,002, muito inferior ao valor obtido após a correção de Bonferroni que foi $p > 0,017$. O resultado encontrado correspondeu a um valor dentro do nível de significância previamente estipulado que aponta que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Os coeficientes de detecção muito alta e hiperendêmica da hanseníase foram proporcionalmente maiores nos municípios com baixo IDH em relação àqueles com alto IDH, ou seja, os municípios com melhores condições sociais estão mais próximos das metas almejadas e propostas pela OMS, seja por questões relacionadas à cadeia de transmissão da doença ou por características operacionais, ligadas à organização dos serviços integrados ao programa de controle da doença⁽¹⁰⁾.

As áreas com menor desenvolvimento humano apresentam desafios operacionais, relacionados não só ao controle da hanseníase, mas também de outras doenças e agravos, por estarem associados a uma estrutura deficiente da rede de serviços de saúde que não dão resolutividade adequada aos problemas existentes. Desafios estes que, na hanseníase, podem estar ligados à baixa cobertura da população e reflete diretamente na redução do acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase; no

despreparo dos profissionais de saúde para realizar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença; além do desconhecimento da população sobre os sinais iniciais da hanseníase e sobre os locais de diagnóstico e tratamento⁽¹¹⁾.

O processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para os serviços de atenção primária à saúde é um fator que favorece o processo de eliminação da hanseníase. A atuação das Equipes de Saúde da Família contribui para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e a ampliação da rede de atenção ao paciente hanseníaco, permitindo diagnóstico precoce, tratamento poliquimioterápico adequado com o aumento das taxas de cura, alto nível de acompanhamento dos portadores e contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação física e social⁽¹⁰⁾.

Um estudo sobre as desigualdades sociais e a saúde no Brasil apontou que a população com condições de vida menos favorecidas economicamente apresentam menor acesso ao serviço de saúde apesar de necessitarem mais do mesmo. Nesse mesmo estudo verificou-se que a proporção de indivíduos que procuram serviços de saúde por motivo de exames de rotina e prevenção tende a ser mais elevada nos extratos mais elevados da sociedade enquanto a população mais carente procura o serviço basicamente para ações de tratamento e reabilitações em decorrência de doenças e acidentes⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que a hanseníase seja uma das poucas doenças transmissíveis susceptíveis de serem eliminadas, mas para alcançar este objetivo é necessário que haja disponibilidade de instalações, pessoal capacitado e recursos financeiros. Aos obstáculos operacionais somam-se o preconceito existente contra os portadores da doença e o receio que esta ainda provoca entre os profissionais do setor saúde. As influências negativas sobre o controle da doença decorrentes do estigma que recaem sobre os indivíduos e famílias acometidas resultam numa maior proporção de abandono do tratamento e na

não aceitação da doença e do doente, dificultando as ações de exame de contatos, diagnóstico e tratamento⁽¹²⁾.

Um estudo envolvendo famílias de portadores de hanseníase observou que todos os pacientes que abandonaram o tratamento pertenciam a uma baixa classe sócio-econômica. Os principais motivos associados ao abandono de tratamento desses doentes eram a demora no tratamento e a dúvida sobre a cura diante das deformidades que surgiam mesmo durante o uso dos medicamentos. A hanseníase é responsável por alterações funcionais e deformidades alterando a representação corporal do doente. A imagem corporal conseqüente da hanseníase é comparada com um padrão estipulado pela sociedade e é julgada repugnante. As deformidades representam uma negação da forma humana valorizada e produzem uma sensação de desagrado. O estigma e o conseqüente processo de discriminação social que atinge o portador de hanseníase têm sua origem bíblica, no imaginário social, mas, por outro lado, também são reforçados pelas políticas de controle que, até há poucos anos, baseava-se no isolamento dos doentes⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Além dos fatores operacionais e daqueles decorrentes do estigma, os fatores relacionados à cadeia de transmissão da hanseníase também influenciam no risco de adoecer entre eles as condições sócio-econômicas e de vida⁽¹⁴⁾.

A associação de alta prevalência da hanseníase com desfavoráveis condições de vida e baixos padrões econômicos, higiênico-sanitário e biológico é apresentada na história epidemiológica da doença na Noruega. Este país foi altamente endêmico até a metade do século XIX, quando a população vivia em condições precárias. A partir da Revolução Industrial, da modernização e melhoria das condições sanitárias e de vida da população, as taxas de prevalência da hanseníase declinaram intensamente, independente da adoção de qualquer tratamento eficaz, até a eliminação da doença no país⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto relevante é que a propagação da hanseníase é potencializada pelo crescimento acelerado da população e pelo deslocamento de contingente populacional de áreas rurais para as cidades. Nesse evento, observa-se que os imigrantes se aglomeram em vilas e favelas na periferia das metrópoles, onde estão sujeitos a condições de vida menos favoráveis em comparação às condições de sobrevivência em cidades rurais, além de um quadro sócio-sanitário caótico. A pobreza e a aglomeração de pessoas dificultam as ações de controle da hanseníase uma vez que a principal via de contágio é o contato prolongado com pessoas doentes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Na literatura especializada são numerosos os trabalhos que relacionam a prevalência da

hanseníase a fatores sociais. Em estudo realizado no município de São Paulo, apenas 10,5% dos portadores de hanseníase estudados possuía condições socioeconômicas favoráveis e 41,0% foram considerados detentores de um padrão de vida intermediário. Praticamente metade da amostra (48,6%) foi classificada no estrato menos favorecido da sociedade, ou seja, aquele em que se encontrava fundamentalmente no espaço da exclusão social. A maioria das famílias morava em casas servidas pela rede pública de serviços urbanos, mas localizadas em espaços insalubres que as expunham a ameaças cotidianas como contato com esgoto a céu aberto e outros poluentes. O estudo acrescenta, ainda, que cerca de 10% das famílias que pertenciam aos estratos intermediário e inferior mencionaram a convivência com drogas e violência⁽¹⁸⁾.

Em outro estudo da distribuição da hanseníase em um outro município do Estado de São Paulo, 22 a 59% dos portadores estudados tinham renda familiar per capita menor que um salário mínimo, estando abaixo da linha da pobreza de acordo com os parâmetros da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Apenas dois pacientes (5%) tinham renda familiar per capita maior que dois salários mínimos. Observou-se também a predominância das ocupações firmadas nos setores de serviços menos qualificados e remunerados coerente com a baixa escolaridade observada na maioria dos investigados⁽¹⁹⁾.

A relação da hanseníase e baixa condição de vida afirmam o importante papel da saúde coletiva para o controle da endemia. As condições sócio-econômicas deficitárias da população contribuem diretamente para que a hanseníase permaneça como doença endêmica no Brasil, apesar dos avanços científicos relacionados ao controle da doença. A situação epidemiológica da doença, em lugares endêmicos, pode não ser modificada se não houver melhoria das condições de vida dessa população. As ações de controle realizadas pelos serviços de saúde adquirem importância estratégica na eliminação da hanseníase de um dado território; entretanto, não são, por si só, capazes de conter o processo de transmissão⁽²⁰⁾.

As evidências oferecidas por este estudo, se contrapostas à tecnologia atual no tratamento da hanseníase, colocam em relevo a necessidade de se transcender o conjunto de ações individuais e biologizantes dominantes para uma abordagem também coletiva dos problemas de saúde, realizando ações intersetoriais no campo da melhoria das condições de vida. A educação para a saúde ao indivíduo, família e comunidade constitui uma ferramenta imprescindível para se alcançar as metas de eliminação da hanseníase no estado de Minas

Gerais, devendo ser priorizada nos planos estratégicos de eliminação.

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que existe uma relação estatisticamente significativa entre a hanseníase e os baixos valores de índice de desenvolvimento humano dos municípios do Estado de Minas Gerais sendo que os municípios com menor IDH apresentaram maiores taxas de detecção da hanseníase. Tal situação pode estar associada à organização do serviço de saúde dessas localidades e à presença de fatores que favoreça a manutenção da endemia relacionada à posição de exclusão social.

Considerando as limitações do presente estudo, evidencia-se a necessidade de realização de novos estudos a fim de identificar quais fatores, relacionados ao perfil sócio-econômico da população e à organização dos serviços de saúde, implicam na manutenção da endemia.

A realidade encontrada reforça a necessidade de intensificar estratégias de controle e de eliminação da hanseníase no Estado de Minas Gerais e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde visando a equidade e a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população, principalmente dos municípios com maior carência social, ou seja, aqueles que apresentam menores índices de desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period 2006-2010. Geneva: WHO; 2005.
2. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Encontro Estadual 2007 – Hanseníase: procurar para curar. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2007.
3. Buss Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000;5(1):163-77.
4. Waldaman EA, Silva LJ, Monteiro CA. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à re-introdução da cólera. *Inf. Epidemiol. Sus.* 1999;8(3):5-47.
5. Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB. *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-30.
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano 2007/2008. Brasília: Edições Almedina; 2007.
7. Andrade VLG, Sabroza PC, Araújo AJG. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10(2):281-92.
8. Martins RB, Libânio JC. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [CD-ROM]. Belo Horizonte: ESM Consultoria; 2003.
9. Malleta, CHM. *Bioestatística – Saúde Pública*. Belo Horizonte: Ed. COOPMED; 1992.
10. Amaral EP. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara – Minas Gerais: relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2008.
11. Neri Marcelo, Soares Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(Suppl):S77-87.
12. Kerr-pontes LRS, Montenegro ACD, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazilian ecological study. *Int J Epidemiol*. 2004;33(2):262-9.
13. Ochoa ES, Abreu A. Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(2):94-101.
14. Queiroz MS, Carrasco MAP. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. *Cad. Saúde Pública*. 1995;11(3):479-90.
15. Lie HP. Why is leprosy decreasing in Norway? *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1929;22(4):357-66.
16. Opromolla AP, Dalben I, Cardim M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *Rev. bras. epidemiol.* 2005 [cited 2009 set 29];8(4):356-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/02.pdf>.
17. Montenegro ACD, Werneck GL, Kerr-Pontes LRS, Barreto ML, Feldmeier H. Spatial analysis of the distribution of leprosy in the State of Ceará, Northeast Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2004 [cited 2009 set 29];99(7):683-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v99n7/v99n7a03.pdf>.
18. Helene LMF, Salum MJL. Social reproduction of Hansen disease: a case study in the city of São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(1):102-311.
19. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(num esp):774-79.
20. Gauy JS, Hino P, Santos CB. Distribuição espacial dos casos de hanseníase no município de Ribeirão Preto no ano de 2004. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(3):460-65.

Artigo recebido em 22.07.08.

Aprovado para publicação em 09.06.09.

Artigo publicado em 30.09.09.