

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Siqueira Lopes, Viviane Aparecida; Martins Rangel, Etuany
Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários
em tratamento irregular

Saúde em Debate, vol. 38, núm. 103, outubro-diciembre, 2014, pp. 817-829
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341751013>

Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular

Leprosy and social vulnerability: an analysis of the socioeconomic profile of users in irregular treatment

Viviane Aparecida Siqueira Lopes¹, Etuany Martins Range²

RESUMO Este artigo analisa a determinação social da hanseníase, a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social dos usuários em tratamento irregular, no Programa de Controle da Hanseníase do município de Campos dos Goytacazes (RJ). Para isso, apresenta uma pesquisa documental, com base nas Fichas de Cadastro Social dos usuários mencionados, destacando aspectos como trabalho, renda, formação familiar e acesso a políticas públicas. Seus resultados registram significativa presença de trabalho precarizado associado a baixos níveis de renda e de escolaridade, sendo a maioria considerada pobre ou indigente (51,5%) e não usuária de benefícios assistenciais (66,7%).

PALAVRAS-CHAVE Hanseníase; Determinantes sociais da saúde; Vulnerabilidade social.

ABSTRACT This article analyzes the social determination of leprosy, from the recognition of the social vulnerability of users in irregular treatment, in the Leprosy Control Program of the county of Campos dos Goytacazes - RJ. In order to do that, it presents a documentary research, based on the social registration forms of the mentioned users, highlighting some aspects such as work, income, family background and access to public policies. Its results register significant presence of precarious work related to low schooling and income levels, being most of them considered poor or indigent (51,5%) and non-users of welfare benefits (66,7%).

KEYWORDS Leprosy; Social determinants of health; Social vulnerability.

¹ Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. viviane.viviane@uol.com.br

² Assistente Social, formada pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil. etuanymartins@hotmail.com

Introdução

A hanseníase é endêmica no Brasil, onde foram registrados 33.303 casos novos, em 2012, sendo 2.246 casos novos em menores de 15 anos, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 17,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

É uma doença contagiosa, de evolução prolongada e de grande potencial incapacitante. É causada por um bacilo, denominado *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, transmitido por via respiratória, ou seja, por meio de gotículas eliminadas no ar pela tosse, fala ou espirro. O bacilo percorre o organismo e se instala preferencialmente nos nervos periféricos e na pele. Contudo, com o início do tratamento, a transmissão da hanseníase é encerrada (VIEIRA, 2008).

Seus sinais e sintomas são manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas – que podem ser lisas ou elevadas – em qualquer parte do corpo; caroços avermelhados ou acastanhados; áreas da pele, mesmo sem manchas que não coçam, mas formigam ou beliscam e vão ficando dormentes, com diminuição ou ausência de dor, de sensibilidade ao calor, ao frio e ao toque. Estes podem se localizar em qualquer parte do corpo, porém, ocorrem com maior frequência na face, nas orelhas, nas costas, nos braços, nas nádegas e nas pernas.

Quando não tratada, a hanseníase pode deixar graves sequelas no organismo do portador, comprometendo tato, olfato, visão e locomoção. Ou seja, os nervos da pele, das pernas e dos braços, quando alterados, dificultam a movimentação dos portadores; os olhos passam a não fechar, com a concomitante queda dos cílios; as extremidades do corpo – como dedos, orelhas e nariz – podem ser lesados a ponto de o indivíduo perdê-los.

A infecção pelo bacilo de Hansen envolve a existência de predisposição individual e de contato íntimo e prolongado com algum portador sem tratamento, mostrando-se sensível à presença de vulnerabilidade social. Desse

modo, a maioria das pessoas em contato com o bacilo resiste ao mesmo e não adoece; mas, quando esse contato ocorre entre indivíduos mal nutridos, em ambiente fechado, com pouca ventilação e ausência de luz solar, ou seja, em ambiente insalubre, há maior possibilidade de contaminação.

A hanseníase, portanto, pode atingir indivíduo inserido em qualquer classe social; mas, sua incidência é maior nos segmentos mais empobrecidos da população, devido à presença de condições socioeconômicas desfavoráveis, e, portanto, condições precárias de vida e saúde, o que facilita a contaminação e a propagação do bacilo causador dessa enfermidade.

É uma enfermidade intimamente associada à precariedade socioeconômica das populações afetadas, o que se expressa na distribuição espacial da doença, em países mais pobres e subdesenvolvidos (PINHEIRO, 2007).

Essa relação, entre vulnerabilidade social e presença de hanseníase, é objeto deste artigo, que tem como objetivo analisar a determinação social da hanseníase, a partir do reconhecimento da vulnerabilidade social dos usuários em tratamento irregular, no Programa de Controle da Hanseníase do município de Campos dos Goytacazes (RJ), identificando os limites de ordem socioeconômica que porventura dificultam a efetivação do controle e da cura da hanseníase.

Nesse sentido, as questões que norteiam este artigo são: Quais as relações entre hanseníase e vulnerabilidade social? O perfil do usuário condiz com a possibilidade de contaminação pelo bacilo de Hansen e com a presença de limites no processo de controle e cura da enfermidade?

Hanseníase, determinação e vulnerabilidade social

A hanseníase, enquanto enfermidade fortemente condicionada pelo contexto social,

remete à reflexão sobre a determinação social em saúde, que ultrapassa os sentidos expressos no documento da Comissão sobre Determinantes Sociais da Organização Mundial de Saúde.

Os Determinantes Sociais em Saúde ‘são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças’. Estas circunstâncias ‘estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas’. Nesse sentido, as condições de vida [...] estão ‘determinadas’ pelo ‘lugar que cada um ocupa na hierarquia social’; isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências. (OMS, 2008 APUD TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, P. 374-375).

Na crítica ao referido documento (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; FLEURY-TEIXEIRA, 2009; NOGUEIRA, 2009), é enfatizada a perspectiva determinista apontada ao contexto no qual os indivíduos se inserem, obscurecendo as articulações dialéticas envolvidas no processo saúde-doença, cujos elementos ultrapassam a dimensão biológica, interagindo, de modo dinâmico, com as dimensões socioeconômica, política e cultural. Segundo Tambellini; Schütz (2009, P. 376), quando não considerado de modo dialético, enquanto um todo complexo, o “determinismo é visto como reducionista”.

A determinação social da saúde indica a presença de circunstâncias ou condições que ultrapassam a possibilidade de escolhas individuais livres, sendo de natureza física ou ambiental, vivenciadas pelos indivíduos segundo sua posição social (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). No entanto, não implica na certeza, para todos os indivíduos, mesmo em situação de vulnerabilidade, de adoecimento.

O fenômeno do adoecimento, na maioria das enfermidades, possui determinação biológica referente à presença de um agente

causador, como o caso do bacilo de Hansen, causador da hanseníase. No entanto, não ocorre em uma relação linear de causa-efeito e sim, condicionado por uma série de aspectos de ordem física (pré-disposição genética, grau de imunidade), socioeconômica (presença ou não de pobreza e vulnerabilidade social), cultural (valores, hábitos e costumes) e psíquica (presença ou não de saúde mental, incluindo depressão e stress). O processo de tratamento, por sua vez, é também permeado por estes mesmos condicionantes, acrescidos da presença ou não de políticas públicas, envolvendo o modo de implementação e resultados.

Desse modo, os estudos sobre determinação social promovem a reflexão acerca da equidade e da integralidade na saúde, enfatizando a importância da articulação de saúde/doença à iniquidade social e a possíveis respostas públicas à questão.

O sentido que adotamos na presente análise para o termo determinação social em saúde envolve o seu reconhecimento enquanto um fenômeno complexo e dialético, como expressão de um contexto mais ou menos favorável ao surgimento de enfermidades, e mais ou menos constrangedor ao tratamento de tais enfermidades. Portanto, ele assume uma perspectiva de condicionamento ao processo saúde-doença.

Esse favorecimento, quando negativo, é retratado na presença da vulnerabilidade social, que pode se vincular ou não à pobreza. Segundo Rocha (2006), a pobreza remete à ausência do atendimento de necessidades básicas, que são compreendidas desde questões vinculadas à sobrevivência e, portanto, ao não atendimento do mínimo vital, traduzido pela alimentação (pobreza absoluta), até o não atendimento de necessidades não satisfeitas em função do modo de vida predominante na sociedade em análise (pobreza relativa). Portanto,

pobres são aqueles com renda se situando

abaixo do valor estabelecido como linha de pobreza, incapazes, portanto, de atender ao conjunto de necessidades consideradas mínimas naquela sociedade. Indigentes, um subconjunto dos pobres, são aqueles cuja renda é inferior à necessária para atender apenas as necessidades nutricionais. (ROCHA, 2006, P.13).

O governo brasileiro assume, como parâmetro para classificação de níveis de pobreza, o salário mínimo, definindo como indigente o grupo populacional com renda de até 1/4 do salário mínimo domiciliar per capita; e como pobres, o grupo com renda de até 1/2 salário mínimo domiciliar per capita (IPEA, 2005).

Ao enfoque na renda pode ser acoplado o das necessidades básicas, envolvendo necessidades de educação, assistência social e saúde, entre outras. Esta visão de pobreza, que associa renda baixa ao limite de acesso a políticas públicas, é adotada neste artigo.

A vulnerabilidade social articula-se com a ideia de risco, que associado a contextos de pobreza, nos permite refletir sobre o processo vivenciado pelos segmentos nesta situação social. Por risco, entende-se uma variedade de situações que englobam os riscos naturais, os de saúde, os ligados ao ciclo de vida, os sociais, os econômicos, os ambientais e os políticos (BRONZO, 2009).

Quanto mais riscos, maior a vulnerabilidade social, promovendo o surgimento de enfermidades e constituindo possíveis limites ao processo de tratamento. No caso da hanseníase, tais riscos são ampliados pela presença de valores e hábitos que incrementam a possibilidade de infecção e propagação, ligados à higiene corporal e ambiental e à procura pelos serviços de saúde somente quando os sintomas estão agravados.

No que diz respeito aos aspectos que devem ser considerados para a configuração de um quadro de vulnerabilidade social, tem-se que:

[...] as situações de vulnerabilidade social

devem ser analisadas a partir da existência ou não, por parte dos indivíduos ou das famílias, de ativos disponíveis e capazes de enfrentar determinadas situações de risco. Logo, a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade. Estes ativos estariam assim ordenados: (i) 'físicos', que envolveriam todos os meios essenciais para a busca de bem-estar. Estes poderiam ainda ser divididos em [...] (terra, animais, máquinas, moradia, bens duráveis relevantes para a reprodução social); ou [...] envolvendo poupança e crédito, além de formas de seguro e proteção; (ii) 'humanos', que incluiriam o trabalho como ativo principal e o valor agregado ao mesmo pelos investimentos em saúde e educação, os quais implicariam em maior ou menor capacidade física para o trabalho, qualificação etc.; (iii) 'sociais', que incluiriam as redes de reciprocidade, confiança, contatos e acesso à informação. Assim, a condição de vulnerabilidade deveria considerar a situação das pessoas a partir dos seguintes elementos: a inserção e estabilidade no mercado de trabalho; [...] o grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social. (KATZAM APUD BRASIL, 2007, P. 14-15).

No debate acerca da hanseníase e sua determinação social, à presença das desigualdades sociais se agrega o acesso aos serviços públicos, pois este poderá reproduzir tais desigualdades ou minimizá-las, diante de sua efetivação ou não. Por isso, o acesso público a uma escola de qualidade, aos serviços de saúde e de assistência social e a inserção no mercado de trabalho são essenciais para o desenvolvimento do combate a doença.

Nesse sentido, um dos principais desafios dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste:

[...] em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. [...] O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto. Outro desafio importante em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, P. 81).

Desse modo, embora a hanseníase tenha um bacilo causador, sua análise remete à reflexão sobre condições coletivas de vida, ultrapassando a perspectiva dos hábitos e atitudes individuais. É um complexo problema de saúde pública, que tem afetado um significativo contingente populacional, ressaltando a importância do debate e intervenções – profissionais e públicas – sobre as iniquidades em saúde.

Métodos

Para analisar a relação entre determinação social e hanseníase junto aos usuários em tratamento irregular no Programa de Controle da Hanseníase, em 2011, partiu-se da elaboração do perfil socioeconômico desses usuários.

A escolha por esse grupo de usuários ocorreu em virtude de terem sido eles os que mais demandas apresentaram à equipe profissional, em especial ao serviço social,

setor no qual estávamos diretamente relacionadas, enquanto professora-supervisora e estagiária de serviço social em fase final de curso, tendo sido realizadas visitas domiciliares a todos os usuários do grupo, momentos nos quais os aspectos retratados no perfil puderam ser observados diretamente.

Por tratamento irregular é entendido o não comparecimento do usuário, já inserido no processo de tratamento, às consultas médicas e/ou aos atendimentos dos demais profissionais e/ou o não comparecimento das respectivas famílias para realização do exame de contato. Em 2011, nessa situação encontravam-se 33 usuários.

Para elaboração do perfil socioeconômico, foi realizada pesquisa documental incidindo especificamente sobre o Cadastro Social Único dos usuários em tratamento irregular, que compreende uma ficha-base para entrevista de entrada dos usuários no tratamento desenvolvido pelo referido programa. É composto por dados referentes à identificação, ao nível socioeconômico, à composição familiar e a informações sobre habitação e acesso a programas assistenciais.

A partir das informações obtidas por essa pesquisa, puderam ser estabelecidas relações e realizadas análises, que apontam para a presença de nível socioeconômico baixo e vulnerabilidade social alta, como pode ser reconhecido a partir dos dados a seguir.

Resultados e discussão

Identificação

A maioria dos usuários em tratamento irregular é do sexo masculino (69,7%); e, a maior parte (33,3%) encontra-se na faixa etária entre 26 e 36 anos. Estes são seguidos, em ordem decrescente, pelas seguintes faixas etárias: 13 a 18 anos (18,2%); 37 a 49 anos e de 50 a 59 anos (ambas com 15,1%); de 60 anos ou mais (12,1%); e, por fim, de 19 a 25 anos (6,1%).

Desse modo, embora prepondere a faixa etária de 26 a 36 anos, a hanseníase está presente em todas as idades. Também não houve presença de crianças, pois estas não se encontravam em tratamento irregular. Ainda referindo-nos às crianças, a incidência da hanseníase entre elas apresenta-se em menores índices, o que pode ser atribuído à proteção que a vacina BCG realiza. Nesse sentido,

O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase preconiza duas doses da vacina BCG para que o paciente obtenha um nível adequado de proteção contra a doença. [...] A importância da vacinação BCG para proteção contra a hanseníase está bem documentada em diversos estudos que demonstram que a detecção da doença é menor na clientela que recebe as duas doses de BCG. (FERREIRA; ALVAREZ, 2005, p. 47).

Em relação ao estado civil, a maioria é solteira (51,5%), seguida de casados (30,3%), dos que mantêm relação estável (15,2%) e de viúvos (3%).

Desse modo, baseado nos dados que expressam as maiores proporções, pode-se afirmar que os usuários são adultos (63,5%), preponderando a faixa etária entre 26 e 36 anos (33,3%). São em maioria homens (69,7%) e solteiros (51,5%), embora os casados ou em união estável constituam proporção significativa (45,5%). Compreende-se, também, que pela faixa etária, são indivíduos que estão no ápice do seu período produtivo, ou seja, trabalhando ou em condições de trabalho.

Referindo-se a estes últimos, pode-se associar a possível dependência de sua família sobre sua renda, o que ressalta a importância da descoberta da hanseníase no início e, principalmente, do tratamento precoce, pois este reduz o comprometimento da capacidade física dos usuários, ou seja, possibilita a ação do trabalho para o sustento da família. Ainda nesta perspectiva, tem-se a importância do

tratamento regular, pois quando o usuário não comparece às consultas agendadas mensalmente, para a dose supervisionada da medicação, é considerado pelo serviço de saúde um paciente faltoso. Esta falta significa a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase.

Trabalho, renda e composição familiar

Em relação ao aspecto trabalho, as ocupações dos usuários são diversificadas, com uma maior concentração na categoria estudante (18,2%), sendo composta por usuários que se encontravam com idades entre 13 e 18 anos. Para além dos estudantes, são registrados: pedreiros e aposentados (12,1% cada); serventes (9,1%); vigilantes, pintores, do lar, vendedores e lavradores (6,1% cada); e, por fim, ajudantes de bufê, decoradores, autônomos, administradores e professores (3% cada). Ressalta-se que os usuários que não informaram seus trabalhos (3%) apresentavam transtornos mentais, não trabalhando em virtude disso.

Em relação ao grau de escolaridade dos usuários, este, em sua maioria, apresentou-se referente ao ensino fundamental completo (54,5%), sendo seguido pelo ensino médio completo (36,4%), pelos analfabetos (6,1%); e pelos que possuem curso superior completo (3%).

Diante dos dados apresentados, nota-se que os usuários sem ou com baixa escolaridade ou baixa capacitação profissional ficam com uma participação restrita no mercado de trabalho, e a forma que encontram de manter-se e sustentar sua família advém do labor em atividades que não exigem conhecimentos técnicos e/ou específicos adquiridos com a escolaridade. Os trabalhos informais tornam-se a alternativa para os desfavorecidos educacionalmente, já que a seleção de trabalhadores para o mercado privilegia

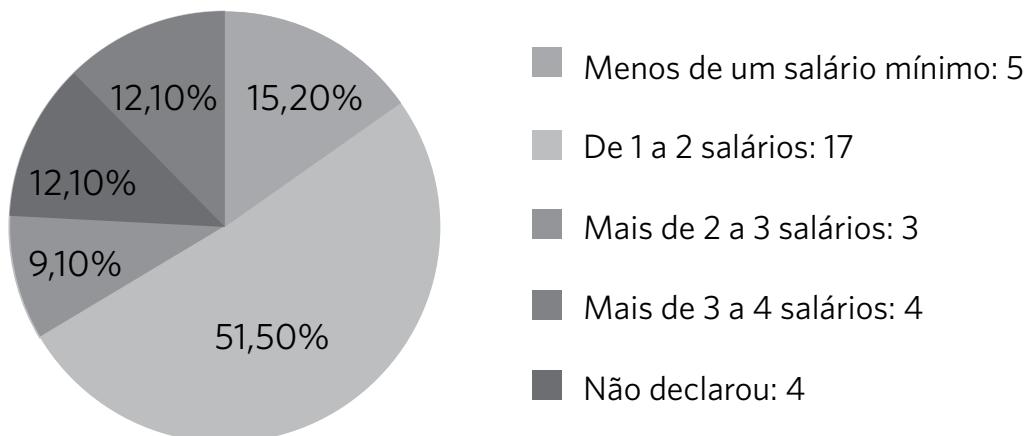
os mais jovens e mais escolarizados. É o processo da “subproletarização”, citada por Antunes (2006, p. 41).

A renda individual dos usuários que a declararam apresenta variação, porém, sem ultrapassar o valor de dois salários mínimos mensais. Preponderam os usuários com um salário mínimo (36,4%), seguidos dos que não possuem renda – como os estudantes, os do lar e os que apresentam problemas mentais e, por isso, não trabalham (27,2%) –, dos que não declaram renda (21,2%), dos que

recebem menos de um salário (9,1%) e, por fim, dos que recebem dois salários mínimos (6,1%).

A renda familiar dos usuários (*gráfico 1*) é composta, em sua maioria, por uma renda mensal no valor de um a dois salários mínimos (51,5%), seguida por renda menor do que um salário mínimo (15,2%), da renda de três a quatro salários mínimos (12,1%), da renda familiar não declarada (12,1%) e, por fim, da renda na faixa de dois a três salários mínimos (9,1%).

Gráfico 1. Renda familiar mensal dos usuários em tratamento no Programa de Hanseníase, em 2011

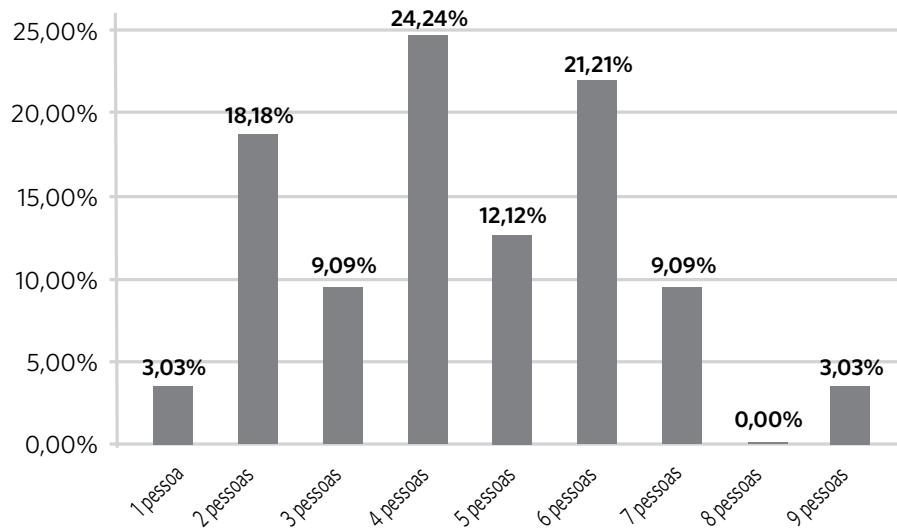


Fonte: Elaboração própria

Em relação à composição das famílias (*gráfico 2*), verifica-se que a maior proporção recaiu sobre as compostas por quatro pessoas (24,2%), seguidas pelas compostas por seis pessoas (21,1%), por duas pessoas (18,1%), por cinco pessoas (12,1%), por três e por sete pessoas (9%), e por família formada por uma pessoa e por nove pessoas (3%). Famílias de oito pessoas não foram identificadas. Conclui-se, assim, que a maioria dos usuários (57,4%) possui famílias composta pelo intervalo de 4 a 6 pessoas.

Em referência à renda per capita familiar dos usuários, pode-se identificar – segundo classificação do Ipea (2005), anteriormente mencionada – 21,2% deles como pobres; e 30,3% como indigentes. Estas duas categorias, somadas, constituem a maioria dos usuários em tratamento irregular atendidos no programa (51,5%). Isso exacerba a necessidade de atenção da equipe profissional, com destaque para o serviço social, com o intuito de viabilizar assistência em busca de uma melhor adesão ao tratamento.

Gráfico 2. Composição familiar dos usuários em tratamento no Programa de Hanseníase, em 2011



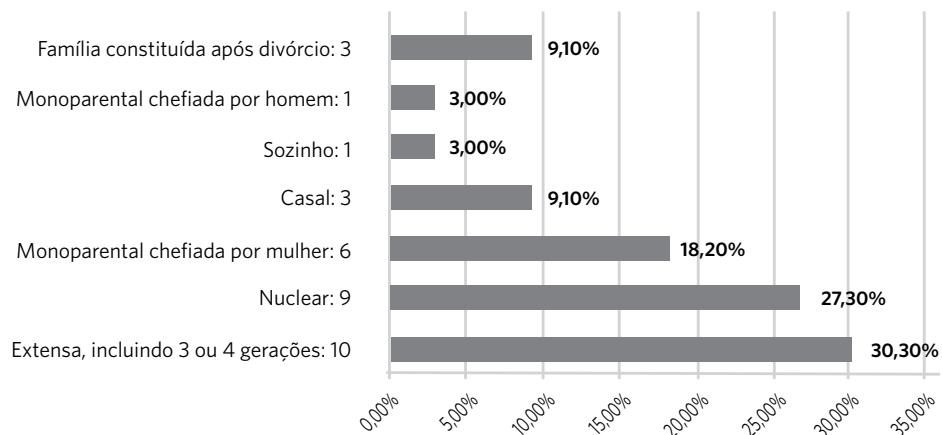
Fonte: Elaboração própria

Tipos de famílias

Analisando o tipo de formação familiar dos usuários (gráfico 3), observa-se que a maior proporção deles pertence a famílias extensas (30,3%), seguida de famílias nucleares

(27,3%), de famílias chefiadas por mulheres – ou seja, monoparentais femininas – (18,2%), de casais e de famílias constituídas apóis divórcio (9,1% cada), de famílias monoparentais chefiadas por homens (3%) e, ainda, de famílias constituídas por um único membro (3%).

Gráfico 3. Formação familiar dos usuários em tratamento no Programa de Hanseníase, em 2011



Fonte: Elaboração própria

Vale ressaltar que por família extensa entende-se a formação composta por “pai, mãe, filhos, avós e netos ou outros parentes, isto é, família formada por três ou quatro gerações”. A família nuclear é composta apenas pelo núcleo principal representado por “pai, mãe e filhos biológicos, ou seja, por apenas duas gerações”. Famílias monoparentais são as “chefeadas só pelo pai ou só pela mãe” (SZUMANSKI APUD TEIXEIRA, 2008, P. 64).

Para a presente análise tornam-se interessantes, principalmente, as formações extensa e monoparental, por suas especiais influências na transmissão da hanseníase e no seu tratamento. Na formação extensa, a tendência à aglomeração de pessoas frente ao espaço disponível nas residências é um fator bastante presente, em especial, ao ser associado à vivência de situação de pobreza. Essa aglomeração, como já anteriormente comentado, aumenta a chance de contaminação devido ao contato íntimo e diário, sendo agravada pelo fato de metade dessas famílias viver com renda mensal de até dois salários mínimos, expressando situação de pobreza e vulnerabilidade social. As residências muitas vezes apresentam pouca ventilação e ausência de luz solar, intensificando as possibilidades de contaminação.

Em relação à monoparentalidade, os dados (gráfico 3) afirmam que a feminina e a masculina, em conjunto, constituem 21,2% das famílias, sendo preponderante a feminina. Assim, podemos relacionar a vulnerabilidade social com a monoparentalidade feminina, pois, dos seis usuários que estão inseridos nesta formação, quatro possuem renda mensal familiar de até um salário mínimo; e os outros dois, com variação entre um e dois salários mínimos.

Outro aspecto relevante é a quantidade de filhos das famílias monoparentais, pois tais famílias possuíam: 1 e 2 filhos (50%); 3 e 4 filhos (33,3%); 5 e 6 (16,7%), isto evidenciando maior dificuldade de criar e educar esses filhos sem apoio emocional e financeiro do parceiro(a) e intensificando o grau de empobrecimento e de vulnerabilidade social dessas famílias.

Nesse sentido,

[...] as famílias chefiadas por mulheres estão em situação estruturalmente mais precárias, mais dependentes de variações conjunturais, quando comparadas com situações das famílias pobres, equivalentes no ciclo de vida familiar, que têm chefe masculino presente, dadas as diferenças nas formas de inserção da mulher no mercado de trabalho [...]. (LOPES; GOTTSCHALK APUD BRITO, 2008, P. 2-3).

A importância dos dados referentes à composição familiar e à quantidade de filhos não se constitui apenas como mais um dado sobre o nível socioeconômico das famílias, mas também se dá pelo fato de o tratamento para a cura da hanseníase não destinar-se somente ao usuário, mas a toda a sua família. Nos casos em que se detecta a necessidade, esta é solicitada a participar do Programa de Hanseníase para realização do exame de contato, visando descobrir precocemente se há outros casos da doença no âmbito familiar, o que costuma ser uma dificuldade para a atual realidade do Programa de Controle da Hanseníase.

Habitação

A maioria dos usuários possui casa própria (57,5%). Em contrapartida, outros residem em casa doada pela prefeitura ou em casa cedida por familiares ou amigos (15,2%); e, ainda, em casa alugada (12,1%). Tal situação ameniza o quadro socioeconômico para a maioria dessas famílias, pois apenas (12,1%) dos usuários pagam mensalmente pela moradia. Outro aspecto é a importância dos programas públicos voltados para a habitação, retirando este tipo de comprometimento do orçamento familiar.

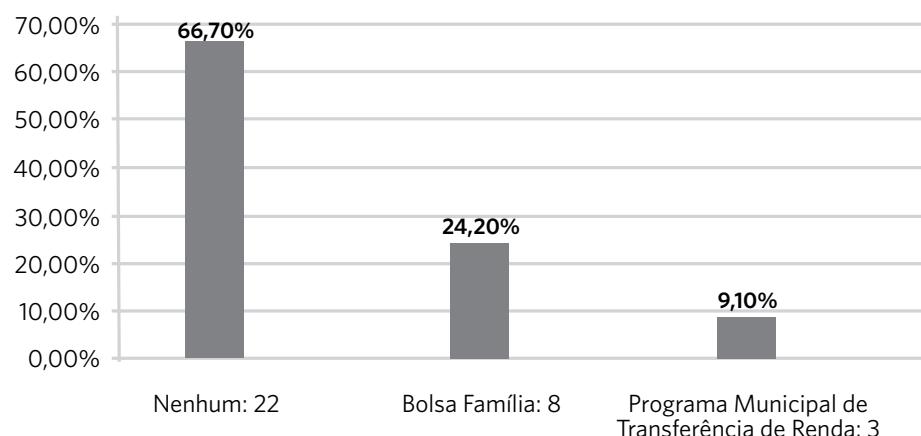
Benefícios assistenciais

Quanto ao usufruto de benefícios assistenciais, pode-se identificar (gráfico 4) que a maioria dos usuários em tratamento irregular

não está inserida em nenhum programa de assistência/benefício (66,7%). Porém, dos usuários que obtiveram acesso a tais programas, 72,7% usufruem do Programa Bolsa

Família (PBF) e 27,3% encontram-se inseridos em programas municipais de transferência de renda, como os de vale-card e vale-alimentação.

Gráfico 4. Acesso assistencial dos usuários em tratamento irregular no Programa de Hanseníase, em 2011



Fonte: Elaboração própria

Para análise, vale retomar informações já apresentadas, como o fato de a maioria das famílias possuir renda mensal per capita condizente com a vivência de situação de pobreza e indigência (21,2% e 30,3%, respectivamente). Sendo assim, os usuários recorrem aos Programas de Transferência de Renda (PTR), como o PBF, para auxiliar na renda, garantindo, muitas das vezes, a satisfação das necessidades básicas, embora somente 33,3% dos usuários usufruam de algum tipo de PTR.

O Bolsa Família é um programa federal de transferência direta de renda destinado às famílias em situação de pobreza (renda mensal por pessoa de R\$ 60,00 a R\$ 120,00) e de extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00). Uma das características centrais do programa é que ele procura associar a transferência do benefício financeiro ao acesso a direitos sociais básicos, como saúde, alimentação, educação e assistência social. O Bolsa

Família tem dois objetivos básicos: combater a miséria e a exclusão social, e promover a emancipação das famílias mais pobres. [...] Quais são as condicionalidades? As famílias devem participar de ações no acompanhamento de saúde e do estado nutricional dos filhos, matricular e acompanhar a frequência escolar das crianças no ensino fundamental e participar de ações de educação alimentar. Com base nas informações do Cadastro Único elaborado pelas prefeituras, o MDS¹ seleciona as famílias a serem beneficiadas. (WEISSHEIMER, 2006, p. 25-26).

Em consonância a isso, para Duarte e Alencar,

Quando se trata de famílias pertencentes aos setores sociais pobres, a literatura é unânime em apontar que o núcleo familiar por si só não dispõe do básico para promover a inserção social e o desenvolvimento pessoal de seus membros, o que torna essencial a ação do estado para permitir o

¹ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

acesso a patamares básicos da cidadania. (CARVALHO APUD DUARTE; ALENCAR 2010, P. 156).

Por fim, ressalta-se que o PBF e demais PTR, embora importantes estratégias para minimização, em especial, da pobreza absoluta (indigência), necessitam ultrapassar a perspectiva de mecanismo de transferência monetária desvinculado da noção de direito e de universalização do acesso às políticas fundamentais. A ampliação da intervenção pública, adotando o combate à pobreza relativa e/ou revendo o enquadramento dos beneficiários em critérios econômicos inflexíveis e excludentes é necessária.

Contatos, transmissão e incapacitação

No que se refere à transmissão da hanseníase, outro aspecto pertinente à pesquisa realizada é o de que a maioria dos usuários não conhecem nenhuma pessoa com hanseníase (63,6%), enquanto outros afirmam conhecer pessoas com a doença, como vizinhos e familiares (36,4%).

Com isto, pode-se analisar que parte dos usuários tem ou já teve contato com pessoas portadoras da doença – dentre essas, vizinhos e familiares –, vindo a confirmar aspectos

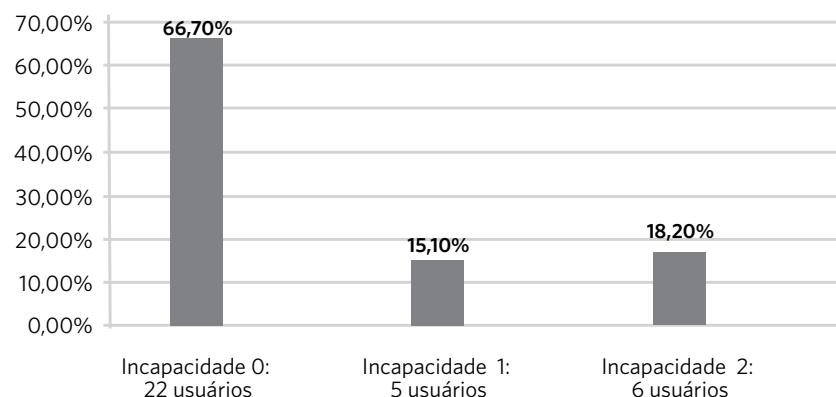
relacionados à transmissão da hanseníase já mencionados. Isto também pode ser relacionado à presença de famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações (30,3%), envolvendo a possibilidade de aglomeração de indivíduos por residência.

Vale ainda ressaltar que, mesmos os usuários que não conhecem pessoas com hanseníase, podem estar convivendo com o portador desta enfermidade, pois pelo desconhecimento e preconceito, muitas vezes, tais portadores não se declaram nesta condição.

Em se tratando do grau de incapacidade física ocasionada pela hanseníase (gráfico 5), a maioria dos usuários não apresenta incapacidade física (66,7%). Porém, uma parte (18,2%) apresenta incapacidade no grau II e outra (15,1%), incapacidade no grau I.

[...] a classificação do grau de incapacidade física foi executada de acordo com as normas do Ministério da Saúde, que utiliza os seguintes critérios: 'grau 0' (zero), quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés; 'grau 1' (um), que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e 'grau II' (dois), que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagoftalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros. (SILVA SOBRINHO ET AL., 2007, P. 3).

Gráfico 5. Grau de incapacidade física dos usuários em tratamento no Programa de Hanseníase, em 2011



Fonte: Elaboração própria

Nesse contexto, é necessário relembrar que a hanseníase é uma doença que pode causar incapacidades/deformidades, quando não tratada ou tratada tarde, o que enfatiza a importância da detecção precoce da enfermidade e, por conseguinte, o tratamento em fase inicial, evitando assim os seus agravos. A incapacidade física, para além dos limites e implicações socioafetivas, também acaba por comprometer a renda familiar, devido à impossibilidade do trabalho.

Conclusão

A hanseníase não atinge somente os pobres e indigentes, embora possua maiores possibilidades de contágio e transmissão em meio à

vulnerabilidade social.

O perfil socioeconômico dos usuários em tratamento irregular no Programa de Controle da Hanseníase confirma tendência, pois registra a presença de trabalho precarizado associado a baixos níveis de renda e de escolaridade; significativa presença de famílias extensas e monoparentais; e baixo acesso a programas assistenciais.

Fica, portanto, evidenciada a necessidade da realização de ações socioeducativas em vistas à ampliação do conhecimento dos indivíduos e das famílias acerca do contágio, da transmissão e do tratamento; mas, também, o desafio de incrementos na articulação de políticas públicas, visando o combate à pobreza. ■

Referências

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 44, n. 11, 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social*. Brasília: MTE; DIEESE, 2007.

BRITO, F. S. Mulher chefe de família: um estudo de gênero sobre a família monoparental feminina. *Revista Urutáguia*, Maringá, n. 15, abr./mai./jun./jul. 2008 Disponível em: <<http://www.urutagua.uem.br/015/15brito.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BRONZO, C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: CONCEPÇÃO E GESTÃO DA PROTEÇÃO social não contributiva no Brasil. Brasília: UNESCO; MDS, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 77-93, 2007.

DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. *Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2010.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu/MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.1, n. 8, p. 41-49, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Radar social*. Brasília: IPEA, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

PINHEIRO, M. M. O. *Hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG – Brasil*. 2006. 60f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca, São Paulo, 2007.

ROCHA, S. *Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?* Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SILVA SOBRINHO, R. A. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1125-1130, 2007.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuições para o debate do CEBES sobre a 'Determinação Social da Saúde': repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.

TEIXEIRA, S. M. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Kairós*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 59-80, 2008.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 61, n. especial, p. 682-628, 2008.

WEISSHEIMER, M. A. *Bolsa família: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil*. São Paulo: Perseu Abramo, 2006.

Recebido para publicação em junho de 2013
Versão final em junho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve