



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM
UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO**

ÂNGELA JOAMÁBIA DE SOUSA OLIVEIRA

**CAJAZEIRAS – PB
2009**

ÂNGELA JOAMÁBIA DE SOUSA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM
UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Especialista Maria Mônica Paulino do Nascimento
CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Mestranda Alana Tamar de Oliveira Sousa

**CAJAZEIRAS – PB
2009**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

O482a OLIVEIRA, Ângela Joamábia de Sousa
Avaliação clínica – epidemiológica da hanseníase em
um município do sertão paraibano./ Ângela Joamábia de
Sousa Oliveira. Cajazeiras, 2009.
56f.

Orientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento.
Co-Orientadora: Alana Tamar de Oliveira Sousa.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Hanseníase. I. Título.

2. Epidemiologia
3. Saúde Pública

UFCCG/CFP/BS

CDU – 616 – 002.73

ÂNGELA JOAMÁBIA DE SOUSA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM UM
MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO**

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca examinadora:

**Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Orientadora – UFCG)**

**Profª. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro
(Membro – UFCG)**

**Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Membro – UFCG)**

**Profª. Ms. Rosymere Cruz de Oliveira Dantas
(Suplente – UFCG)**

***Dedico a Deus e meus amados pais,
João José de Sousa e Analucia
Oliveira de Sousa, a quem devo a
realização deste sonho.***

AGRADECIMENTOS

É muito bom chegar a esta etapa da jornada de minha vida e ter tanto a agradecer, a tanta gente que se fizeram presente vivenciando o sonho de mais uma conquista tornando-se realidade.

A Deus, razão da minha existência, por ter iluminado o meu caminho de aprendizagem e me concedido o presente de ser Enfermeira todos os dias da minha vida. A ti o MEU TUDO... SEMPRE!

A minha família, porto seguro do meu ser. Ao meu pai João José de Sousa, a minha mãe Analúcia Oliveira de Sousa, as minhas irmãs Joamma Ailla de Sousa Oliveira e Virgínia Maria de Sousa Oliveira, que estiveram presente em todos os momentos da minha vida, jamais medindo esforços para tornar realidade os meus sonhos. O MEU MELHOR sem sombra de dúvidas tem muito de vocês.

A minha bisavó Iracema Fernandes de Oliveira, as minhas avós Maria Oliveira de Sousa e Antônia Moura de Sousa, aos meus avós Carlos Pereira de Sousa e José João de Sousa, que despertaram em mim o amor pela Enfermagem.

As minhas tias Raquel Moura de Sousa Lima (In memorian) e Francisca Moura de Sousa Bezerra, em quem me espelho na tentativa de tornar-me sempre uma pessoa melhor.

Aos Pastores Lídio Tibúrcio e Alexandre Peres, as irmãs Nezite Cunha Tibúrcio e Fátima Braga, pelo exemplo de fé e por serem uma fonte de apoio, compreensão e amor.

Ao meu primo Filipe Jardson, as minhas primas Ana Raquel e Ana Priscila, as minhas amigas Débora Taciana e Ana Alice, ao meu amigo Mikael Pereira, por estarem convivendo bons e maus momentos comigo. Levarei sempre vocês em meu coração.

As minhas "companheiras de casa" Virlene, Kellen, Maria Raquel, Janaina, Janileide, Marcia, Marcinha e Yêda, que ao longo desses quatro anos e meio se tornaram uma segunda família, sempre com muita lealdade, cumplicidade e acima de tudo amizade. Juntas aprendemos a arte de "conVIVER". Sentirei saudades.

A minha orientadora Maria Mônica Paulino do Nascimento, a minha co-orientadora Alana Tamar Oliveira de Sousa, por toda paciência na orientação da elaboração desse trabalho. Vocês fazem parte da minha história, das minhas conquistas e amizades.

Aos meus professores, em especial Anúbes Pereira (Coordenadora do curso) e os Drs. Raimundo Júnior, Antônio Fernandes, Sérgio Moura e Cesário Almeida, pelos ensinamentos que construíram a minha vida profissional e contribuíram na minha vida pessoal.

Aos meus colegas e amigos da Universidade, pela aprendizagem e crescimento no decorrer desses anos.

A todos os funcionários da UFCG, em especial os amigos Rômulo e Diá, pelos serviços prestados, respeito e consideração.

Muito obrigado!

***Entrega o teu caminho ao Senhor;
confia nele e ele tudo fará. (Sl 37.5)***

RESUMO

OLIVEIRA, Ângela Joamábia de Sousa. **Avaliação clínica-epidemiológica da hanseníase em um município do sertão paraibano.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009. 56f.

A Hanseníase se constitui como uma importante doença infecto-contagiosa que acomete a população, considerada um grave problema de saúde pública, sendo o alcance da meta de sua eliminação até o ano de 2010 uma das atividades prioritárias dos serviços de saúde. O presente estudo teve como objetivos analisar os aspectos clínico-epidemiológicos da Hanseníase no município de Cajazeiras – PB, no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008, como também caracterizar o perfil dos portadores de Hanseníase e verificar os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença, no município, durante o mesmo período. A pesquisa adotou o enfoque tipo documental, exploratório descritivo, caracterizado por abordagem quantitativa. Foi realizada na Secretaria de Saúde de Cajazeiras, no Departamento de Vigilância Epidemiológica. A população foi composta por todos os casos de Hanseníase notificados no período do estudo, totalizando 339 casos, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, da Secretaria de Saúde do Município. A amostra constou de 100% da população. A coleta foi realizada no mês de Novembro de 2009, através da consulta às fichas do SINAN que continham dados sócio-demográficos e questões específicas que permitiram a identificação do perfil dos participantes, e do acesso aos programas SINAN dados e TABWIN, instalados na Secretaria de Saúde do município. Os resultados revelaram que no decorrer dos anos houve uma diminuição no total de casos e que a maioria dos pacientes foi do sexo feminino, com predominância da faixa etária adulto-jovem. Com relação à classificação operacional, houve um predomínio dos casos Paucibacilares e com relação às formas clínicas, observou-se um maior número de casos com a forma Indeterminada. Tratando-se da terapêutica medicamentosa, todos os pacientes realizaram um dos esquemas de PQT. Referente ao grau de incapacidades, a maioria dos casos apresentou grau 0 tanto no momento do diagnóstico como no momento da alta, e com relação ao tipo de saída, a grande maioria dos casos tiveram alta por cura. Aparentemente, as ações de controle da Hanseníase no município de Cajazeiras têm surtido efeito em sua maior parte, porém, os dados evidenciaram que a meta de controle e de eliminação da doença para o ano de 2010 não será atingida facilmente, uma vez que, não se tem idéia da incidência real de casos no município. Observamos que a transmissão está ocorrendo de forma intensa, haja visto o acometimento de menores de 15 anos, como também um grande número de casos multibacilares, havendo ainda um aumento, nos últimos anos, de casos com a forma dimorfa, a ocorrência de incapacidades e o abandono do tratamento em um bom número de casos. Através deste estudo, pudemos perceber que é notória a importância da soma de esforços na tentativa constante de suscitar estratégias que forneçam subsídios, em especial para os profissionais da área de saúde do município de Cajazeiras, para o planejamento e implementação de medidas com vistas à eliminação desta doença até o ano de 2010.

Palavras-chave: Hanseníase. Município. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Ângela Joamábia de Sousa. **Clinic-epidemic evaluation of Hansen's disease in a municipal district of Paraíba's countryside.** Paper of Bachelorship Course in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009. 56f.

Hansen's disease is constituted as an important infect-contagious disease that attacks the population, considered a serious problem of public health, being the reach of its elimination until the year of 2010 one of the priority activities of the health services. The present study had as objectives to analyze the clinical-epidemic aspects of Hansen's disease in the municipal district of Cajazeiras - PB in the period from January of 2005 to December of 2008, as well as to characterize the profile of the bearers of Hansen's disease of this municipal district and to verify the epidemic and operational main indicative of the disease in the municipal district during the same period. The research adopted the focus on documental type, exploratory descriptive, characterized by quantitative approach. It was accomplished in the Health Secretary of Cajazeiras, in the Department of Epidemic Surveillance. The population was composed by all the cases of Hansen's disease notified in the period from January 2005 to December of 2008, totaling 339 cases, available in the Information Grievance Notification System - SINAN, of the Municipal Health Secretary. The sample consisted of 100% of the population. The collection was accomplished in the month of November of 2009, through the consultation to the records of SINAN that contained social-demographic data and specific subjects that allowed the identification of the participants' profile, and of the access to the programs SINAN and TABWIN, installed in the Municipal Health Secretary, respecting the ethical aspects of the research involving human beings. The results revealed that in elapsing of the years there was a decrease in the total of cases, that most of the patients was of the feminine gender, with predominance of the adult age group. Concerning to the operational classification, there was a prevalence of the paucibacilar cases and related to the clinical forms, a larger number of cases was observed with the uncertain form. Treating on the medicamental therapeutics, all the patients accomplished one of the PQT schemes. Regarding the degree of incapacities, most of the cases presented degree 0 so much in the moment of the diagnosis as in the moment of the discharge, and with relationship to the exit type, the great majority of the cases had discharge for cure. Seemingly the actions of control of the Hansen's disease in the municipal district of Cajazeiras have been taking effect in its largest part, however, the data evidenced that the goals of control and elimination of the disease for the year of 2010 won't be reached easily, once there is no idea of the real incidence of cases in the municipal district. We observed that the transmission is happening in an intense way, considering the occurrence in younger than 15 years-old children, as well as a great number of multibacilar cases, still having an increase of cases with the dimorphic form, the occurrence of incapacities and the abandonment of the treatment in a good number of cases in the last years. Through this study we could notice that it is well-known the importance of the sum of efforts in the attempt constant of raising strategies that supply subsidies, especially for the health area professionals of the municipal district of Cajazeiras, for the planning and implementation of measures aiming the elimination of this disease to the year of 2010.

Keywords: Hansen's disease. Municipal district. Epidemic profile.

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HD – Hanseníase Dimorfa
HI – Hanseníase Indeterminada
HT – Hanseníase Tuberculóide
HV – Hanseníase Virchowiana
MB – Multibacilar
MG – Minas Gerais
NEDS – Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PB – Paucibacilar
PCH – Programa de Controle da Hanseníase
PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PNEH – Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT – Poliquimioterapia
PQT/OMS – Poliquimioterapia padrão OMS
PQT/PB – Poliquimioterapia Paucibacilar
PQT/MB – Poliquimioterapia Multibacilar
ROM – Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
TABWIN – TAB para Windows
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Número absoluto dos casos registrados por ano.	33
Figura 2 – Apresentação dos casos de acordo com o sexo nos anos de 2005 a 2008.....	34
Figura 3 – Apresentação dos casos de acordo com a classificação operacional.....	36
Figura 4 – Número absoluto de casos segundo a forma clínica no período compreendido entre 2005 e 2008.	37
Figura 5 – Número absoluto de casos detectados por ano de acordo com a forma clínica.	38
Figura 6 – Distribuição do número de portadores de Hanseníase segundo o esquema poliquimioterápico nos anos de 2005 a 2008.	40
Figura 7 – Distribuição do número de portadores de Hanseníase segundo o tipo de saída.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação dos casos de acordo com a faixa etária nos anos de 2005 a 2008.....	35
Tabela 2 – Distribuição dos portadores de Hanseníase, atendidos no município de Cajazeiras segundo o grau de incapacidades no Diagnóstico (Dx) e na alta nos anos de 2005 à 2008.	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Aspectos Gerais da Hanseníase	19
3.2 Hanseníase: Situação da Endemia no Brasil e na Paraíba	26
3.3 Ações de Controle e Eliminação da Doença	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Local do estudo.....	30
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	30
4.4 Posicionamento ético das pesquisadoras	30
4.5 Instrumentos	31
4.6 Procedimento de coleta de dados.....	31
4.7 Análise dos dados.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	51
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXOS	53
Anexo A – Instrumento de coleta de dados	
Anexo B – Ofício à Secretária de Saúde do Município de Cajazeiras	
Anexo C – Ofício encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa	

A Hanseníase se constitui como uma importante doença que acomete a população, sendo descrita ao longo da história como mutilante, devido ao aparecimento de deformidades físicas nos doentes não tratados, fato este que a tornou estigmatizada na memória da humanidade, gerando atitudes de preconceito, rejeição e exclusão pela sociedade. Interpretada até mesmo como castigo divino, representa, desde os mais remotos tempos, verdadeiro estigma social. Foi por muito tempo considerada mais do que uma doença, por vezes representou humilhação extrema e uma condenação por um mal que o doente não cometeu (EIDT, 2004).

Esse estigma social tão intenso resultou em boa parte das medidas tomadas ao longo da história para o enfrentamento deste problema de saúde – a exemplo do isolamento compulsório dos doentes – que ao invés de controlar a endemia, contribuiu, sobremaneira, para aumentar o medo associado à doença, marginalizando cada vez mais o seu portador.

Entretanto, no final da década de 40, com a descoberta e introdução das sulfonas para o tratamento da hanseníase, os doentes deixaram de ser isolados e segregados nos leprosários e a terapêutica passou a ser gradativamente realizada em nível ambulatorial (AGUIAR, 2006).

A utilização da dapsona provocou uma verdadeira revolução no tratamento da Hanseníase, resultando na modificação do quadro social da doença. Na década de 1960, a clofazimina vem corroborar com a recomendação do tratamento ambulatorial e nos anos 70, com o surgimento da rifampicina, é estabelecido o conceito de cura. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

Também designada por lepra, mal de hansen, mal de São Lázaro e peste negra, é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta e crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Caracteriza-se por uma alta infectividade e baixa patogenicidade, e manifesta-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos (SILVA JR *et al.* 2008).

As manifestações dermatoneurológicas são determinadas pela resposta imune do indivíduo acometido, podendo aparecer em qualquer parte do corpo e se não diagnosticadas e tratadas precocemente podem evoluir para incapacidades e deformidades físicas permanentes, principalmente nos olhos, mãos e pés. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas para o doente, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a enfermidade (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório que se multiplica lentamente, dependendo das condições individuais e do meio em que vive o hospedeiro. O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) é a principal

via de eliminação do *Mycobacterium leprae* encontrada no meio ambiente, sendo também a mais provável via de entrada do bacilo no corpo (BRASIL, 2005).

Grave problema de saúde pública, a Hanseníase hoje se mantém endêmica nos países mais pobres, onde as condições de vida e de saúde influenciam na continuidade da doença. É encontrada em todos os continentes, em especial nos países com clima tropical e subtropical, sendo a África o continente com maior prevalência e a Ásia o com maior número absoluto de casos. Nas Américas, foram registrados em 2006, segundo dados da OMS, 47.612 casos novos em todas as faixas etárias. No Brasil, houve 44.436 casos novos, dos quais 8% ocorreram em menores de 15 anos (mais de 7 mil), aproximadamente 6 % apresentavam grau II de incapacidade e 53% eram multibacilares (WHO, 2007).

A OMS classifica como alta prevalência os índices superiores a 1 caso para cada 10 mil habitantes. Apesar da redução nesta taxa, observada no período compreendido entre 1985 e 2005, de 19 para 1,48 doentes em cada 10.000 habitantes, a Hanseníase ainda constitui uma questão de saúde a ser resolvida no Brasil, o que exige um plano de aceleração de intensificação das ações de eliminação e de vigilância resolutiva e contínua (BRASIL, 2006a).

No Estado da Paraíba foram diagnosticados 853 casos novos em 2005. O Estado obteve 73,8 % de cura neste mesmo ano. Esse Estado possui três municípios prioritários para a hanseníase, que são: Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa (BRASIL, 2006b).

Especificamente, o município de Cajazeiras, localizado no alto sertão paraibano, no ano de 2006 apresentou taxa hiperendêmica de detecção (12,23/10.000 hab) e taxa muito alta de prevalência (11,35/10.000 hab), o que o caracterizou como município endêmico de Hanseníase (COSTA *et al.* 2006).

A Secretaria de Saúde do Estado, juntamente com a Secretaria de Saúde Municipal de Cajazeiras, na tentativa de controlar a doença, tem desenvolvido ações de controle da Hanseníase por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por ser uma área endêmica, o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) é uma das prioridades do município, sendo desenvolvidas atividades de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar e tratar essa doença.

Diante dos novos horizontes que se apontam, observamos quão necessário é o estabelecimento de um novo olhar sobre esta doença tão antiga. Um olhar que contemple o conhecimento, a compreensão e a análise do panorama situacional da mesma. Assim, buscou-se pesquisar alguns dados referentes à doença, na tentativa de conhecer a realidade mais profunda que circunscreve a problemática em questão, para a partir da análise dos dados

epidemiológicos, criar subsídios relevantes para a implementação das ações de controle, de forma a alcançar a meta de eliminação da endemia até o ano de 2010.

Essa necessidade é explicada pelo número agravante de pacientes com Hanseníase no Brasil, no Estado da Paraíba e, especificamente, no município de Cajazeiras, por ser este um município prioritário na eliminação dessa infecção enquanto questão de saúde pública e haja vista a dificuldade enfrentada pelos serviços de saúde em alcançar os índices e coeficientes estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde dentro do período previsto.

2.1 GERAL

- ✓ Analisar os aspectos clínico-epidemiológicos da Hanseníase no município de Cajazeiras – PB, no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil dos portadores de Hanseníase do município de Cajazeiras nos anos de 2005 a 2008;
- ✓ Verificar os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença, no município, durante o mesmo período.

3.1 Aspectos Gerais da Hanseníase

A Hanseníase também designada por lepra, parece ser uma das doenças mais antigas de que se tem conhecimento. A Ásia, juntamente com a África, pode ser considerada o berço da doença, sendo as referências mais remotas datadas de 600 anos a.C. (BRASIL, 2005). Segundo Chaves (2000) esta doença deve ter chegado às Américas entre os séculos XVI e XVII com os colonizadores europeus que passaram a habitar as terras do Novo Mundo. Já no Brasil foi introduzida pelos colonizadores portugueses, por vários pontos do litoral, contribuindo os escravos africanos para sua disseminação (EIDT, 2004).

Cabe ressaltar que Hanseníase é o termo formal utilizado no Brasil – proposto por diversos autores na década de 1960 – que passou a designar esta doença conhecida historicamente pelo nome de lepra, em virtude da conotação estigmatizante do mesmo (EIDT, 2004). Tortora; Funke; Case (2005) relatam que o temor da doença provavelmente pode ser resultante dos relatos bíblicos e históricos, onde se descrevia que indivíduos acometidos por esse mal eram rigidamente excluídos do convívio social, fato este que fomentou uma imagem horrenda da doença na memória da humanidade, contribuindo, sobremaneira, para aumentar o medo associado à mesma. De acordo com Tominori; Beuchat; Slutsker (2000) o antigo nome não favorecia a educação para a saúde, contribuindo para um aumento de pessoas não tratadas, em virtude do preconceito e estigma associado à doença.

Esta denominação se deu em homenagem ao descobridor do agente etiológico, o médico norueguês, Gerhard Heinrich Amauer Hansen (AGUIAR, 2006). Tortora; Funke; Case (2005) relatam que o isolamento e a identificação do organismo *Mycobacterium leprae* ocorreu pela primeira vez por volta de 1870, sendo essa descoberta uma das primeiras ligações realizadas entre uma bactéria específica e uma doença. Esta bactéria é um bacilo gram-positivo, álcool-ácido resistente, que apresenta afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos (BRASIL, 2006a).

Pode-se definir a mesma como uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, podendo atingir pessoas de ambos os sexos – incidindo mais em homens do que em mulheres – e de qualquer raça ou idade – sendo encontrada com maior frequência nas 3ª e 4ª décadas da vida (VIANNA, 1998).

Reforça Figueiredo (2005) que a transmissão se dá diretamente de pessoa a pessoa, sendo necessário para tanto, um longo período de exposição. Esse posicionamento é ratificado em Aguiar (2006, p. 153), a qual afirma que “para a sua transmissão é necessário o convívio

prolongado com pacientes portadores da Hanseníase Multibacilar (MB), ou seja, portadores da Hanseníase do tipo Virchowiano ou Dimorfo não tratados”.

Assim sendo, para Tortora; Funke; Case (2005) esta doença não é muito contagiosa, haja visto que a transmissão geralmente ocorre entre pessoas com contato muito íntimo e prolongado. Admite-se que as vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção (ARAÚJO, 2003).

Manifesta-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, sendo os mesmos determinados pela resposta imune do indivíduo acometido. As lesões da pele podem aparecer em qualquer parte do corpo, em especial na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, podendo apresentar-se com diminuição (hipoestesia), ausência (anestesia) ou aumento (hiperestesia) da sensibilidade (BRASIL, 2002).

O MS define como caso de Hanseníase para tratamento, alguém que apresenta: uma ou mais lesões de pele com evidente alteração da sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele (BRASIL, 2000b).

Com relação às lesões tegumentares, Vianna (1998) aponta que estas variam desde manchas ou máculas hipocrômicas – resultantes da ausência, diminuição ou aumento da melanina; placas; infiltrados eritematosos – resultantes do aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos; nódulos – lesão sólida que localiza-se na epiderme e/ou hipoderme até tubérculos – pápula ou nódulo que evolui deixando cicatrizes.

O MS ressalta que a importância maior da Hanseníase, enquanto problema de saúde pública, se dá em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico, resultando nas alterações neurológicas, que se não diagnosticadas e tratadas precocemente e adequadamente, podem causar incapacidades físicas que por sua vez, podem evoluir para deformidades permanentes (BRASIL, 2001b).

Essas alterações neurológicas são decorrentes de lesões nos troncos nervosos periféricos, em virtude de um processo inflamatório (neurite), causadas tanto pela ação direta do bacilo nos nervos, quanto pelos estados reacionais do organismo ao bacilo, ou ainda por ambas. Manifestam-se por meio de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e/ou espessamento neural, diminuição ou perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, que provoca anestesia localizada e/ou diminuição ou perda da força muscular nas áreas com a

inervação afetada, causando atrofia muscular. Como consequência dessas lesões surgem as incapacidades físicas e deformidades características da doença (BRASIL, 2002). Conforme Scollard (2006) apud Duarte *et al.* (2008, p.768) “os principais nervos acometidos são: cubital, mediano, fibular, tibial posterior e facial, podendo levar a anestésias e paralisias, com potencial para o desenvolvimento de deformidades incapacitantes, como garra de artelhos, absorções ósseas, lagoftalmo, dentre outras”.

Por possuir o *Mycobacterium leprae* as características de alto poder infectante e baixo poder patogênico, as manifestações supracitadas irão depender da capacidade e efetividade do sistema imunológico celular do indivíduo, variando o grau de imunidade de hospedeiro para hospedeiro, determinando assim a manifestação clínica e evolução da doença (MARTELI *et al.* 2002). Desta forma, a Hanseníase apresenta-se numa enorme variedade de formas clínicas, sendo padrão: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana (AGUIAR, 2006).

A manifestação inicial da doença se dá através da forma Indeterminada e se houver uma defesa totalmente eficaz, esta pode evoluir para uma cura espontânea. Por outro lado, se essa defesa for parcialmente eficaz, intermediária, ou houver ausência da mesma, a Hanseníase pode evoluir para as demais formas de manifestações (BRASIL, 2001a). Segundo Tortora; Funke; Case (2005) a forma Tuberculóide ocorre em pessoas com reações imunológicas efetivas e a cura ocorre, algumas vezes, de maneira espontânea. Já a forma lepromatosa (progressiva) da Hanseníase é uma evolução do estágio Tuberculóide, em indivíduos que têm a resposta imunológica celular menos efetiva.

A Hanseníase Indeterminada (HI) caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas, com bordas mal definidas e alteração da sensibilidade térmica, não havendo comprometimento de troncos nervosos. Sua baciloscopia revela-se negativa. Considerada a primeira manifestação clínica, após um período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma (AGUIAR, 2006; ARAÚJO, 2003).

Na Hanseníase Tuberculóide (HT) as lesões são em placas, com bordas bem definidas e áreas de pele eritematosas ou hipocrômicas nítidas. A alteração da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil é bem evidente, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo. Há o comprometimento dos troncos nervosos periféricos. Sua baciloscopia revela-se negativa. Em crianças, as lesões são em pequeno número ou única e acometem principalmente a face e os membros superiores, podendo ocorrer a cura espontânea (AGUIAR, 2006; VIANNA, 1998).

Já a Hanseníase Dimorfa (HD) caracteriza-se por seu caráter de instabilidade imunológica, havendo uma grande variação em suas manifestações clínicas. As lesões

compreendem placas eritematosas, eritemato-violáceas, ferruginosas, infiltradas, edematosas e brilhantes, com centro claro (lesões pré-foveolares) ou com centro deprimido (lesões foveolares), sendo as bordas internas nítidas e os limites externos difusos. O acometimento dos troncos nervosos é frequente. Sua baciloscopia pode revelar-se positiva ou negativa (ARAÚJO, 2003; VIANNA, 1998).

Na Hanseníase Virchowiana (HV) ocorre infiltração progressiva e difusa com numerosas lesões eritematosas, com bordas imprecisas e de distribuição simétrica sob as quais surgem pápulas e hansenomas. A infiltração é mais acentuada na face e nos membros. Há rarefação dos pêlos nos membros e perda definitiva dos cílios e supercílios (madarose). Quando ocorre a infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, tem-se um quadro conhecido como face leonina. Há o comprometimento nervoso nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Sua baciloscopia revela-se fortemente positiva (ARAÚJO, 2003).

Aguiar (2006) ressalta que o diagnóstico da Hanseníase deve ser realizado levando-se em conta os aspectos clínicos, baciloscópicos, imunológicos (teste de Mitsuda) e histopatológicos. A sua precocidade é muito importante, pois permite a prevenção de incapacidades físicas que a evolução da doença pode causar (EIDT, 2004).

O MS reforça com relação ao diagnóstico clínico, que este é realizado através do exame dermatoneurológico, buscando-se identificar os sinais e sintomas da doença, sendo este um exame fundamental e a melhor forma de se diagnosticar a mesma. Deve ser realizado de acordo com um roteiro, seguindo os seguintes passos: anamnese; avaliação dermatológica para identificar as lesões da pele com alterações de sensibilidade; avaliação neurológica para identificar neurites, incapacidade e deformidades; diagnósticos dos estados reacionais; diagnóstico diferencial e identificação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2002).

Já o diagnóstico laboratorial é realizado através de um exame microscópico, a baciloscopia, que tem como objetivo a pesquisa direta do *Mycobacterium leprae* nos esfregaços de raspados intradérmicos coletados das lesões hansênicas, áreas com alteração de sensibilidade ou outros locais como cotovelos e/ou lóbulos auriculares (AGUIAR, 2006). Araújo (2003) aponta que este é o exame complementar mais útil no diagnóstico, sendo o mesmo de fácil execução e baixo custo.

Vislumbrando de forma mais específica, conforme Vianna (1998), a baciloscopia é um exame de grande importância no diagnóstico e controle da Hanseníase, tendo também como função dividir os pacientes em dois grupos operacionalmente distintos: Paucibacilares (PB) – doentes em que nenhum bacilo é encontrado nos quatro esfregaços examinados, apresentando

até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido. Correspondem à Hanseníase Indeterminada e a Tuberculóide; Multibacilares – doentes em que são visualizados um ou mais bacilos em pelo menos um dos esfregaços examinados, apresentando mais de cinco lesões da pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido. Correspondem à Hanseníase Dimorfa e Virchowiana.

Esta classificação operacional dos doentes de Hanseníase em PB ou MB baseia-se nos números de lesões e pode ser baseada na baciloscopia. Recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi adotada pelo MS para auxiliar na classificação dos doentes para fins de tratamento poliquimioterápico. Aguiar (2006) acrescenta ainda um terceiro grupo operacional: não classificados – doentes cujo diagnóstico não permite certeza para sua inclusão em um dos grupos supracitados.

A Hanseníase apresenta assim, doentes que são pólos transmissores da doença, os Multibacilares que, antes de se submeterem ao tratamento poliquimioterápico são considerados como fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença, e doentes sem capacidade de propagação da doença, os Paucibacilares, com escassa carga bacilar, insuficiente para infectar outras pessoas (OLIVEIRA *et al.* 1996).

Vianna (1998) afirma que desde a década de 40 existe tratamento quimioterápico específico para a Hanseníase, que se deu com a descoberta e introdução da dapsona. Porém, com o decorrer do tempo, especificamente a partir dos anos 70, surge a problemática da resistência bacteriana com a utilização deste único medicamento, pondo em risco assim a sua eficácia.

Assim, no início da década de 1980, a OMS instituiu a Poliquimioterapia (PQT) como novo tratamento para a hanseníase, o qual passou a ser recomendado pelo Ministério da Saúde. A Poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS) mata o bacilo, tornando-o inviável e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. É constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. (BRASIL, 2005). A PQT/OMS se constitui desde então, em um instrumento fundamental na eliminação da Hanseníase, por ser a mesma altamente eficaz na sua cura.

De acordo com o MS, o tratamento do paciente com Hanseníase é indispensável para promover a sua cura e fechar a fonte de infecção, o que interrompe a cadeia de transmissão, constituindo-se dessa forma em uma estratégia de controle da endemia e eliminação da mesma (BRASIL, 2005).

O tratamento adequado e integral da Hanseníase compreende: o tratamento quimioterápico específico – a PQT/OMS e o acompanhamento do caso, visando prevenir e tratar as incapacidades físicas do paciente, como também identificar e tratar as intercorrências que podem acontecer durante e após o tratamento. Eminentemente ambulatorial, é realizado nos serviços básicos de saúde, o que possibilita o tão necessário acompanhamento do caso, visando o controle do mesmo e, buscando identificar precocemente e tratar adequadamente as possíveis intercorrências e complicações da doença (BRASIL, 2001a).

Segundo Gonçalves; Sampaio; Antunes (2009) o foco do mesmo não é a cura, e sim o desenvolvimento ao máximo da capacidade funcional dos indivíduos acometidos, de forma a evitar que novas disfunções ocorram. O MS corrobora que durante a sua realização, a prevenção de incapacidades é uma atividade primordial, sendo até mesmo após a alta, parte que integra o tratamento do paciente com Hanseníase (BRASIL, 2005). A esse respeito, ressalta Gonçalves; Sampaio; Antunes (2009, p. 273) a “importância da associação dos tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos para o sucesso na prevenção das deformidades e consequentes incapacidades do paciente com Hanseníase”. x

Duarte; Ayres; Simonetti (2009) afirmam que entre as atividades constituintes do tratamento não-medicamentoso, destaca-se o aprendizado por parte do paciente do autocuidado, sendo este uma arma valiosa na luta contra sequelas e repassado por meio da atividade de educação em saúde. Conforme Pereira *et al.* (2008) a educação em saúde é um importante instrumento de controle da Hanseníase, que visa em especial, a orientação quanto à possibilidade da prevenção de incapacidades.

Convém salientar que por os esquemas poliquimioterápicos apresentarem o princípio da associação de medicamentos, isso torna mais difícil a resistência do bacilo. Esses medicamentos são fornecidos de forma gratuita em todo o país. Existe um esquema específico para os casos Paucibacilares e Multibacilares, sendo fundamental para a seleção do tratamento adequado ao caso, a informação sobre a classificação do doente (BRASIL, 2005).

De acordo com o MS, o esquema PB é destinado para pacientes com até 5 lesões de pele. Neste caso, é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema e medicações: *rifampicina* – uma dose mensal de 600 mg (duas cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada; *dapsona* – uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada. O tratamento dura no

mínimo até a tomada de 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina. O critério de alta é com base na tomada de 6 doses supervisionadas em até 9 meses (BRASIL, 2005).

Já o esquema MB é destinado para pacientes com mais de 5 lesões de pele. Aqui é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e clofazimina, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema e medicações: *rifampicina* – uma dose mensal de 600 mg (duas cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada; *dapsona* – uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada; *clofazimina* – uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto-administrada. O tratamento dura no mínimo até a tomada de 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina. O critério de alta é com base na tomada de 12 doses supervisionadas em até 18 meses (BRASIL, 2005).

Segundo o MS, em pacientes que apresentam contra-indicação formal a algum medicamento, identificado antes do tratamento ou apresentado durante o uso do esquema-padrão, pode-se realizar a substituição, sendo denominado de esquema alternativo (BRASIL, 2001a).

Configura-se ainda como esquema alternativo para pacientes Paucibacilares com lesão única sem envolvimento de tronco nervoso, uma dose única supervisionada de Rifampicina (600 mg), Ofloxacina (400 mg) e Minociclina (100 mg). Esse esquema é conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina), recomendado apenas nos centros de referência (BRASIL, 2002).

Durante ou após o tratamento podem surgir intercorrências, podendo-se citar como principais: as reações/neurites hansênicas e os efeitos colaterais de medicamentos, devendo as mesmas ser tratadas de forma imediata, prevenindo desta forma as deformidades (BRASIL, 2001a).

Quando não tratada precoce e adequadamente, a Hanseníase acaba evoluindo para incapacidades e deformidades físicas que levam à diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, se constituindo como o principal problema decorrente desta enfermidade (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009). O grau de incapacidade é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a II (dois). O grau 0 corresponde a nenhuma alteração devido à doença nos olhos, mãos e pés do paciente. Quando o paciente apresenta insensibilidade sem deformidade ou lesão visível nos olhos, mãos e pés têm-se o grau I e quando o paciente já desenvolveu deformidades como alteração nas pálpebras,

acuidade visual diminuída, mão em garra, pé caído e ferimentos têm-se o grau II (BRASIL, 2001b).

A prevenção dessas incapacidades físicas é uma atividade primordial durante o tratamento. Esta por sua vez deve ser realizada por profissionais treinados nos serviços de saúde por meio da implementação de medidas que visem evitar a ocorrência de danos, e quando estes já existirem, evitar as complicações decorrentes dos mesmos (DIAS; PEDRAZZANI, 2008). A prevenção se constitui assim como um determinante da eficácia do tratamento, sendo o mesmo fundamental para a estratégia de controle e melhora no quadro epidemiológico desta endemia enquanto problema de saúde pública (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

3.2 Hanseníase: Situação da Endemia no Brasil e na Paraíba

A prevalência da Hanseníase tem declinado no mundo e a meta de eliminação vem sendo alcançada em vários países. Enquanto a doença se torna mais rara em alguns países ou regiões, quinze países com mais de 1 milhão de habitantes foram considerados endêmicos pela OMS ao final do ano 2000. De acordo com a mesma, no referido ano, no mundo, existiam 597.232 casos registrados, tendo sido diagnosticados 719.330 casos novos. Destes 597.232 casos, 77.676 casos foram registrados no Brasil, se constituindo assim como o segundo lugar no mundo em número absoluto de casos e com um índice de detecção considerado muito alto (2,41/10.000 – 41.070 casos novos) (WHO, 2002).

Apesar dos esforços para o combate e dos avanços no controle da Hanseníase, a endemia continua apresentando coeficientes epidemiológicos alarmantes em alguns Estados brasileiros, classificando o Brasil entre os nove países (Angola, Brasil, República Central Africana, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e República Unida da Tanzânia) que não alcançaram a meta de eliminação da Hanseníase (menos de 1 doente para cada 10.000 habitantes) no ano de 2005 (BRASIL, 2006a). O Brasil vem mantendo, nas últimas décadas, a situação mais desfavorável da Hanseníase na América, sendo o único país deste continente que ainda não a eliminou, se constituindo ainda como o segundo maior número de casos novos do mundo (PONTES *et al.* 2008).

Diante deste quadro, a Hanseníase ainda é considerada no Brasil uma relevante questão de saúde pública em virtude de sua magnitude (alta taxa de detecção), potencial incapacitante e por acometer a faixa etária economicamente ativa, exigindo, portanto, uma vigilância resolutiva (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

Para tanto, destaca-se que desde o ano de 1985, o país vem reestruturando suas ações de forma a solucionar este problema, cabendo enfatizar o estabelecimento no ano de 2004 do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) (BRASIL, 2005).

Desenvolvendo ações com parcerias não governamentais, entidades governamentais e civis, a Secretaria de Vigilância em Saúde através do PNEH objetiva o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a eliminação da Hanseníase até o ano de 2010. O Ministério da Saúde reforça que tais ações visam orientar os diferentes níveis de serviços de saúde, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para proporcionar o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e concomitantes mudanças no controle deste agravo (BRASIL, 2006a).

No Estado da Paraíba, essa realidade da Hanseníase também se destaca. Segundo o Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária (NEDS), os dados mostram um alto índice, sendo aproximadamente notificados 800 casos por ano, o que torna o Estado em condição de alerta com uma atenção primordial sobre o assunto (PARAIBA, 2003).

No referido Estado foram diagnosticados 853 casos novos no ano de 2005, obtendo 73,8 % de cura neste período. O mesmo é constituído por 223 municípios que por sua vez são subdivididos em 12 Núcleos Regionais de Saúde, possuindo entre esses municípios, três que são prioritários para a hanseníase: Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa (BRASIL, 2006b).

3.3 Ações de Controle e Eliminação da Doença

Com ênfase nas ações de promoção, a reorganização do Sistema de Saúde em nosso país fortaleceu sobremaneira a atenção primária à saúde, ou atenção básica, guiados por princípios como solidariedade, equidade e integralidade (PENNA *et al.* 2008). Esta atenção básica se constitui no primeiro nível de atenção integral ao portador de Hanseníase dentro de uma hierarquização de serviços, constituída por atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2001a).

Em todas as Unidades de Saúde da rede básica foram implantadas medidas de controle que proporcionam a operacionalização do PNEH, a nível federal, estadual e municipal. Feenstra; Visschedijk (2002) ratificam que a integração dos Programas de Controle da Hanseníase na rede básica de saúde se constitui nos dias atuais como a melhor estratégia para eliminar a doença. Esse controle e/ou eliminação da doença é alcançado por meio das políticas públicas que visam diminuir tal agravo.

Desta forma, objetivando alcançar a prevalência de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes, e assim eliminar a Hanseníase até o ano de 2010, destaca-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos últimos anos tiveram os seus serviços organizados, com a capacitação e atualização dos profissionais, proporcionando um atendimento integral ao portador de Hanseníase com ênfase no diagnóstico precoce e cura mais rápida da doença, propiciando que as pessoas acometidas por essa doença sejam atendidas nas suas necessidades e direitos (BRASIL, 2000a). Freitas *et al.* (2008) ressaltam que cuidar de maneira eficiente de portadores de Hanseníase, exige dos profissionais amplos conhecimentos sobre a patologia, incluindo o como lidar com os aspectos psicossociais que envolvem a doença.

Convém salientar que os princípios que tornam possível as ações do PNEH, tais como universalização do acesso, descentralização das atividades de controle e disseminação da informação (intersetorialidade) se deu a partir da consolidação no país da Estratégia Saúde da Família (ESF), que proporcionou uma melhor estrutura de assistência, mudando desta forma o quadro que perdurava há séculos, de uma população desassistida em suas necessidades (BRASIL, 2002). A esse respeito, Cortez; Tocantins (2006) ratificam que essa nova estratégia nasce alicerçada em princípios, que, se realmente respeitados, serão capazes de promover a tão necessária mudança, de forma a reorganizar as ações e serviços de saúde, modificando em especial, o quadro da Hanseníase no Brasil.

Pode-se observar que o esforço para eliminar a Hanseníase envolve diversas ações, cabendo ressaltar entre outras o desafio de desmistificação da doença, revelando desta forma o lado oculto do “iceberg epidemiológico” da mesma. Tal questão pode ser solucionada por meio do desenvolvimento das atividades de educação em saúde, as quais proporcionam a disseminação para o doente, seus familiares e comunidade de importantes conceitos, tal como: doença curável desde que realizado o diagnóstico precoce e o tratamento poliquimioterápico.

Destaca-se, portanto, que uma aprendizagem mútua consolidará a construção de novos saberes que permitirão encontrar outros caminhos que subsidiem a integralidade em saúde, proporcionando assim a melhoria das condições de saúde das pessoas que vivenciam a condição crônica da Hanseníase e uma concomitante qualidade de vida das mesmas.

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo apresentou-se como sendo uma pesquisa de campo, do tipo documental, exploratória descritiva, caracterizada por abordagem quantitativa, acerca da avaliação clínica-epidemiológica da Hanseníase no município de Cajazeiras – PB. A pesquisa exploratória tem por finalidade o desenvolvimento de esclarecimento e idéias, visando formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos positivos, tendo por finalidade proporcionar uma visão geral sobre determinado fato (COSTA *et al.* 2000).

Segundo Triviños (1994), o estudo quantitativo envolve toda investigação baseada na estatística que pretende obter resultados objetivos, proporcionando maior experiência em relação a determinados problemas, obtendo assim, quando em contato com determinada população, os resultados desejados.

4.2 Local do Estudo

A referida pesquisa foi realizada na Secretaria de Saúde de Cajazeiras, no Departamento de Vigilância Epidemiológica, localizado na Rua Assênio Araruna, S/N no município de Cajazeiras, Alto Sertão da Paraíba, situado a 475 Km da capital João Pessoa. É um município de médio porte, com população predominantemente urbana, possuindo aproximadamente 57.875 habitantes, segundo dados do IBGE/2009.

É sede da 9ª Gerência de Saúde do Estado da Paraíba, sendo referência para os 15 municípios que compõem esse Núcleo. É ainda, centro cultural e educacional, com escolas privadas e públicas de alto nível, abrigando cinco Instituições de Ensino Superior, entre elas um campus da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

A população do estudo foi composta por todos os casos de Hanseníase notificados no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008, totalizando 339 casos, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, da Secretaria de Saúde do Município. A amostra constou de 100% da população.

4.4 Posicionamento Ético das Pesquisadoras

Para realização desta pesquisa foram levadas em consideração as observâncias éticas,

de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Em conformidade com a referida Resolução, ressalto que em hipótese alguma serão divulgados nesta pesquisa os nomes das pessoas envolvidas.

4.5 Instrumentos

Para realizar a coleta de dados foi utilizada a ficha do SINAN, contendo dados sócio-demográficos e questões específicas que permitiram a identificação do perfil dos participantes, a saber: Total de pacientes; Sexo (F, M); Faixa etária (<15, 15 – 19, 20 – 34, 35 – 49, 50 – 64, 65 – 79, 80+); Classificação operacional (Não-classificada, PB, MB, Sem informação); Forma clínica (I, T, D, V); Terapêutica medicamentosa (PQT, Outros, Sem terapêutica, Sem informação); Incapacidades “Mãos, Pés, Olhos” (Ignorado/branco, Sem incapacidades, Grau 0, Grau I, Grau II, Não-avaliado); Tipo de saída (Não preenchido, Cura, Óbito, Transferido, Transferência não-especificada, Erro diagnóstico, Abandono).

4.6 Procedimento de Coleta de Dados

Foi enviado à Secretária de Saúde um ofício solicitando autorização para a realização da pesquisa. Deferido o pedido, os dados foram coletados pela própria pesquisadora, com auxílio da Coordenadora municipal do Programa de Controle da Hanseníase e da Coordenadora municipal de Vigilância Epidemiológica. Ao primeiro contato com as Coordenadoras dos Programas foram esclarecidos os objetivos do estudo como a sua contribuição no âmbito científico.

A coleta ocorreu no mês de Novembro de 2009, nas datas e horários agendados para a efetivação da pesquisa. Para tal, foram consultadas as fichas do SINAN correspondentes aos anos de 2005 a 2008 que constam no arquivo, bem como foram acessados os programas SINAN dados e TAB para Windows (TABWIN), instalados na Secretaria de Saúde do Município.

4.7 Análise dos Dados

Após a fase da coleta, os dados foram agrupados de forma sistematizada e posteriormente tabulados. Os mesmos foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo todos discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Nesta etapa do estudo, procederemos à exposição dos dados epidemiológicos da Hanseníase em uma série histórica dos últimos 4 anos, referente ao período de 2005 a 2008 em uma análise basicamente quantitativa.

Vale salientar que o final desta avaliação ocorre no período correspondente a dois anos que antecedem o ano de 2010, período proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para alcance da meta de eliminação desta doença.

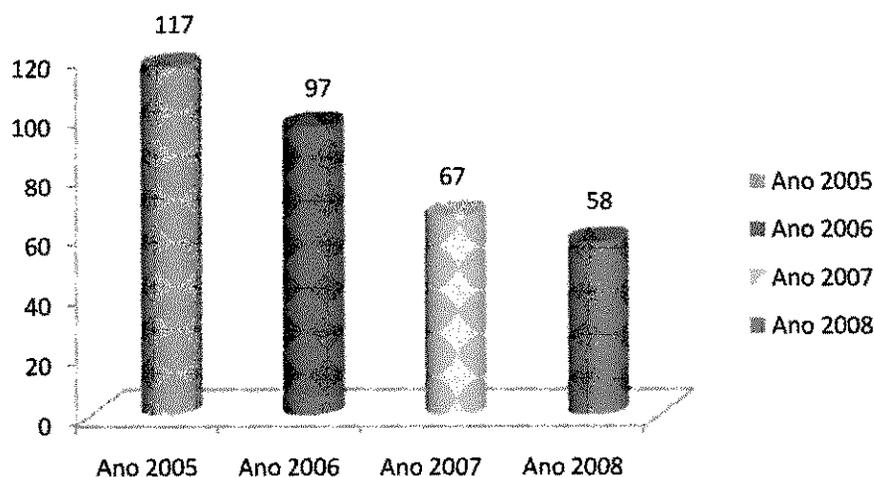


Figura 1 – Número absoluto dos casos registrados por ano.

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

Na Figura 1 estão distribuídos os números absolutos de casos conforme as notificações registradas na Secretaria de Saúde do Município, durante o período de 2005 a 2008.

Observa-se que houve um maior número no ano de 2005, com 117 casos, sendo os demais assim distribuídos: 2006 com 97, 2007 com 67 e um menor número no ano de 2008, com 58 casos. Os dados retratam que no decorrer dos anos estudados, houve uma diminuição no número total de casos.

A diminuição no número de casos, em um primeiro olhar, pode evidenciar uma fase de controle da doença – uma vez que é isso que se têm buscado ao longo dos últimos anos, mas em se tratando do município estudado, em que estudos anteriores têm mostrado uma estabilidade da endemia (COSTA *et al.* 2006), os valores encontrados neste estudo, permitem a consideração da hipótese de que com o decorrer dos anos houve uma falha dos serviços de saúde na agilidade de detecção de casos novos, haja visto que, segundo informação da Secretaria de Saúde, neste período, houve uma grande rotatividade de profissionais da Atenção Básica e de outros responsáveis por esse setor de saúde, bem como diminuição das

campanhas municipais de busca ativa, o que pode ter sido responsável por esse resultado, que não reflete a incidência real do número de casos no município, nos anos estudados.

Penna *et al.* (2008) afirmam que essa redução resulta em um aumento da prevalência oculta, a maior responsável pela transmissão da doença. Um estudo realizado no município de Ribeirão Preto – SP no ano de 1992 mostrou que a melhor organização dos serviços de atendimento a portadores de Hanseníase neste município, contribuiu para o aumento da detecção (OLIVEIRA *et al.* 1996).

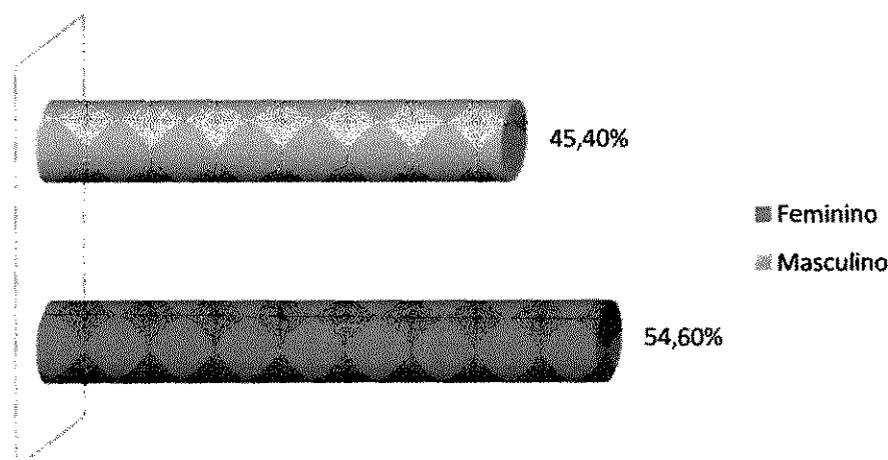


Figura 2 – Apresentação dos casos de acordo com o sexo nos anos de 2005 a 2008.
Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

A Figura 2 demonstra que dos 339 pacientes notificados, 54,6% (185) eram do sexo feminino e 45,4% (154) do sexo masculino. Apesar de ser observada uma maior frequência no sexo masculino (AGUIAR, 2006), na pesquisa realizada evidenciou-se um ligeiro aumento na frequência do sexo feminino. Esta, por sua vez, pode ser resultado de uma maior procura por parte das mulheres dos serviços de saúde disponíveis no município.

Vianna (1998) afirma que a incidência maior em homens do que em mulheres, tendia a desaparecer com as mudanças de hábitos e costumes e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho. Em um estudo realizado no município de São Sebastião do Paraíso – MG, os casos de Hanseníase em mulheres no ano de 2004 passaram a ser em maior número do que em homens, coincidindo essa mudança com a capacitação de funcionários da atenção básica, ampliando o acesso do diagnóstico a esta população (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Tabela 1 – Apresentação dos casos de acordo com a faixa etária nos anos de 2005 a 2008.

FAIXA ETÁRIA	f	%
< 15	20	5,9
15 a 19	23	6,8
20 a 34	84	24,8
35 a 49	72	21,2
50 a 64	83	24,5
65 a 79	44	13
80 +	13	3,8
TOTAL	339	100

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

A Tabela 1 revela que a maioria dos doentes encontra-se na faixa etária de adulto-jovem, sendo que do total de casos, 23 (6,8%) encontram-se na faixa etária de 15 a 19 anos, 84 (24,8%) entre 20 e 34 anos, 72 (21,2%) entre 35 e 49 anos, 83 (24,5%) entre 50 e 64 anos, 44 (13%) entre 65 e 79 anos e 13 (3,8%) encontra-se com 80 anos ou mais. Cerca de 20 (5,9%) portadores tinham menos de 15 anos de idade, indicando que a endemia não poupa as faixas etárias menores. Segundo Aguiar (2006), a Hanseníase pode afetar as pessoas de qualquer idade, sendo menos frequente, porém, na infância em virtude do longo período de incubação.

Pode-se perceber que o número de casos da Hanseníase, nesse estudo, aumentou nas faixas etárias dos adultos e idosos, com pequena queda a partir dos 65 anos, estando o seu pico situado na faixa etária de 20 a 34 anos. Tais dados podem ser resultantes do longo período de incubação e manifestação da doença após vários anos de exposição.

Apesar do predomínio da Hanseníase na faixa etária adulto-jovem, evidenciou-se que também é muito significativo o número de casos em menores de 15 anos. Segundo o Ministério da Saúde (MS), “em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária” (BRASIL, 2005, p. 365). Assim, os resultados aqui encontrados mostram um fato preocupante, pois sugerem que a convivência intra-domiciliar e familiar com adultos doentes está favorecendo a transmissão, resultando no contágio nos primeiros anos de vida.

Esse dado é bastante relevante, pois a notificação da doença em pessoas nessa faixa etária nos mostra que a transmissão da Hanseníase ocorre de forma intensa, caracterizando e confirmando uma endemia no município. Ainda com relação a esses casos, o MS ratifica que seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da Hanseníase, sendo a redução do coeficiente de detecção dos casos novos nessa faixa etária, uma meta estabelecida

pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) para o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no país até 2011 (BRASIL, 2008).

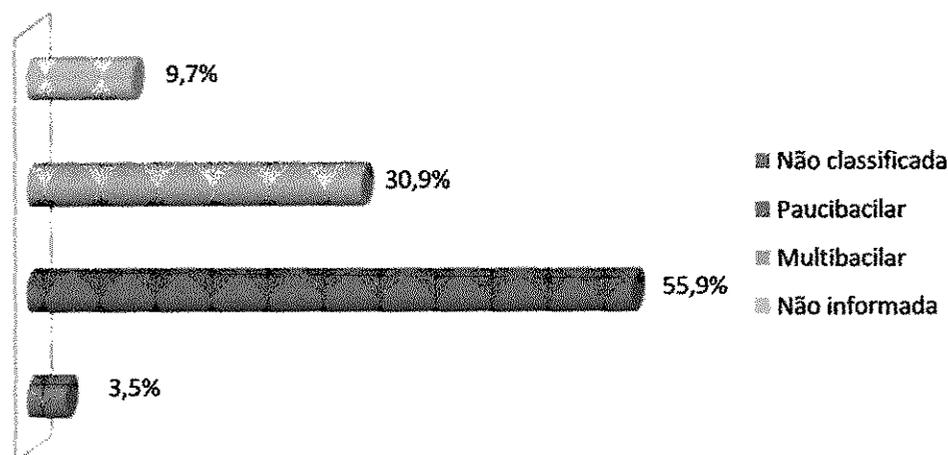


Figura 3 – Apresentação dos casos de acordo com a classificação operacional.

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

Ao agrupar os pacientes por Classificação operacional (Figura 3), observa-se que 3,5% (12) eram formas não-classificadas, 55,9% (189) eram Paucibacilares (PB), 30,9% (105) Multibacilares (MB) e 9,7% (33) formas não-informadas.

Os resultados apontaram para um predomínio das formas Paucibacilares (55,9%), acompanhando o panorama estadual. Em 2007, por exemplo, no Estado da Paraíba, houve um predomínio de casos Paucibacilares da doença (54,3%) contra 45,7% de casos Multibacilares (BRASIL, 2008). Vianna (1998) aponta que analisar a proporção de casos Multibacilares e Paucibacilares em relação ao total de doentes registrados é um indicador relevante para determinar a tendência da endemia.

Os dados nesse estudo demonstram que o diagnóstico, na maioria dos casos, está sendo feito de forma mais precoce, resultado em especial dos treinamentos das equipes de saúde da família, bem como das campanhas educativas realizadas nos últimos anos, o que concomitou em uma maior informação e conscientização da população, refletindo de forma positiva no quadro de controle da doença na cidade de Cajazeiras, uma vez que, por estar no início, torna-se mais fácil a sua cura.

O MS ressalta que os doentes Paucibacilares não são importantes como fonte de transmissão da doença, em virtude da baixa carga bacilar e que os pacientes Multibacilares constituem o grupo contagiante até iniciar o tratamento específico (BRASIL, 2005). Já Araújo (2003) aponta que embora os pacientes portadores de formas Multibacilares sejam

considerados a principal fonte de infecção, já foi demonstrado o papel dos Paucibacilares na cadeia de transmissão.

Com relação a esses dados, vale ressaltar ainda que a porcentagem de pacientes Multibacilares (30,9%) foi bastante significativa, denotando assim que o diagnóstico de muitos pacientes ainda é feito tardiamente, após a evolução para as formas mais graves e contagiosas da doença.

Oliveira *et al.* (1996) reforçam que uma vez diagnosticada a Hanseníase, os serviços de saúde devem instituir, o mais precocemente possível, a terapêutica para os doentes Paucibacilares, bem como evitar que os doentes Multibacilares continuem transmitindo a doença.

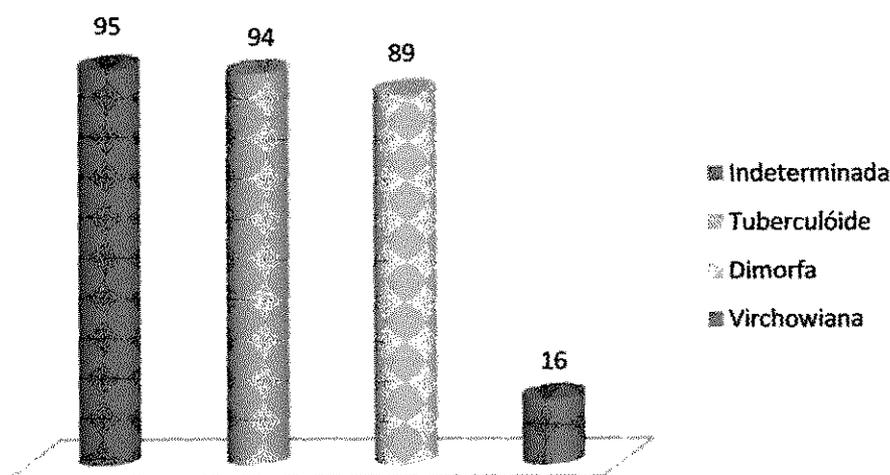


Figura 4 – Número absoluto de casos segundo a forma clínica no período compreendido entre 2005 e 2008.

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras - 2009

Quanto à distribuição da amostra que foi classificada em PB e MB (294 casos) segundo a forma clínica (Figura 4), observou-se que no período compreendido entre 2005 e 2008, 95 (32,3%) eram casos com forma Indeterminada, 94 (32%) casos com forma Tuberculóide, 89 (30,3%) casos com forma Dimorfa e 16 (5,4%) casos com forma Virchowiana.

Observou-se no período avaliado, um maior número de casos com a forma Indeterminada, o que é um bom indicador, denotando que a maioria dos pacientes está sendo diagnosticada logo após a manifestação inicial da doença. Porém, mesmo em se tratando desta forma clínica, que após um período de tempo tende a evoluir para a cura espontânea, esses casos requerem a devida atenção, uma vez que, poderá ocorrer a evolução para outra forma (ARAÚJO, 2003).

O número de casos correspondente à forma Tuberculóide foi elevado. Esse é um dado que chama-nos bastante atenção, pois o estabelecimento do tratamento adequado é imprescindível para essa parcela da amostra, uma vez que, conforme Araújo (2003), nessa forma clínica há o risco de dano neural. Um aumento destas formas clínicas, principalmente a forma Tuberculóide, denota também uma tendência ascendente da endemia, expressando o acometimento de indivíduos resistentes (VIANNA, 1998).

Um dado preocupante é o número significativo de casos que apresentaram a forma Dimorfa, pois por possuir uma alta carga bacilar, enquanto não foi realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento dos mesmos, o convívio com esses doentes favoreceu a transmissão da doença (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008), sem falar que o achado desse número de casos nesta que é uma das formas mais avançadas da doença denota que o diagnóstico foi feito tardiamente, e isso, segundo o MS, pode favorecer o aparecimento de alterações neurológicas que são responsáveis por incapacidades físicas que podem evoluir para incapacidades graves (BRASIL, 2002).

A análise geral das formas clínicas no período proposto revela-nos um quadro favorável para o controle da doença no município, haja visto no período compreendido entre 2005 e 2008 haver mais casos com formas Indeterminada e Tuberculóide do que casos com formas Dimorfa e Virchowiana.

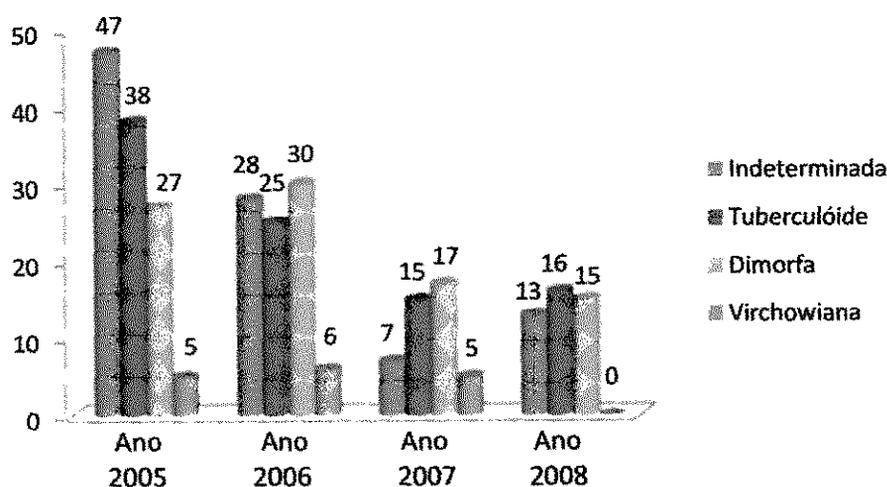


Figura 5 – Número absoluto de casos detectados por ano de acordo com a forma clínica.
Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

A Figura 5 mostra o número de pacientes de acordo com as formas clínicas da doença: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana, compreendendo os anos de 2005 a 2008 na cidade de Cajazeiras.

No decorrer dos anos ocorreram os seguintes resultados: no ano de 2005, 47 casos com forma Indeterminada, 38 com forma Tuberculóide, 27 com forma Dimorfa e 05 com forma Virchowiana; em 2006, 28 casos com forma Indeterminada, 25 com forma Tuberculóide, 30 com forma Dimorfa e 06 com forma Virchowiana; no ano de 2007 foram notificados a quantia de 07 casos com forma Indeterminada, 15 com forma Tuberculóide, 17 com forma Dimorfa e 05 com forma Virchowiana, seguindo com uma leve semelhança no ano seguinte, o ano de 2008, com 13 casos com forma Indeterminada, 16 com forma Tuberculóide, 15 com forma Dimorfa e nenhum caso com forma Virchowiana.

A análise desses dados mostra-nos que com o decorrer dos anos houve uma inversão no quadro da doença, pois enquanto no ano de 2005 foi bem maior o número de casos com formas Indeterminada e Tuberculóide do que casos com formas Dimorfa e Virchowiana, no ano de 2006 o número de casos com formas Indeterminada e Tuberculóide foi bem similar e o número de casos com forma Dimorfa foi maior que as duas formas anteriormente citadas, sendo o número de casos com forma Virchowiana nesse ano, maior que no ano de 2005. No ano de 2007 então, houve um menor número de casos com formas Indeterminada e Tuberculóide e um maior número de casos com forma Dimorfa. No ano de 2008, o número de casos de acordo com as formas clínicas segue uma leve semelhança, havendo destaque para nenhum caso com forma Virchowiana.

A análise das formas clínicas realizada ano a ano revelou-nos um agravamento gradativo da endemia no município, uma vez que com o passar dos anos houve um maior número de casos com forma Dimorfa do que casos com formas Indeterminada e Tuberculóide.

Tais dados revela-nos que a endemia esteve fora de controle, principalmente nos últimos anos, e atenta-nos para a necessidade urgente de medidas que venham, nos anos vindouros, controlar essa doença no município de Cajazeiras. Mais do que nunca torna-se necessário retomar as campanhas educativas, os treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde, de forma a conscientizar a população, e assim, aumentar o diagnóstico nas formas iniciais e não nas formas mais avançadas da doença.

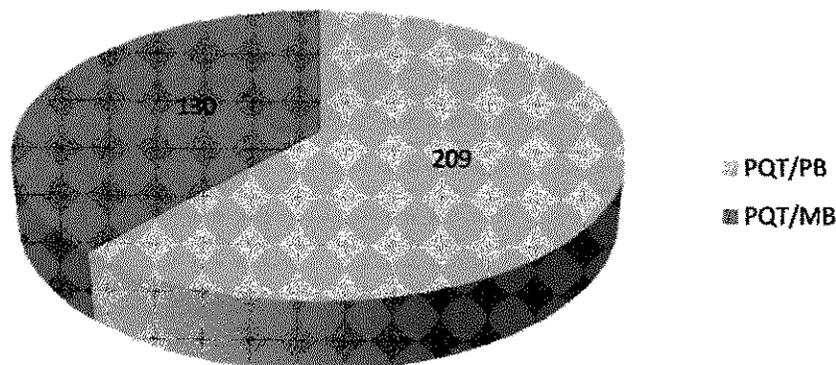


Figura 6 – Distribuição do número de portadores de Hanseníase segundo o esquema poliquimioterápico nos anos de 2005 a 2008.

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

Com relação ao esquema poliquimioterápico dos portadores de Hanseníase nos serviços de saúde de Cajazeiras no período de 2005 a 2008 (Figura 6), o levantamento mostrou que dos 339 pacientes, 209 (61,7%) realizaram o esquema Poliquimioterapia Paucibacilar (PQT/PB) e 130 (38,3%) o esquema Poliquimioterapia Multibacilar (PQT/MB).

Esse dado reflete de forma positiva o controle da doença no município, pois mostramos que todos os casos notificados foram tratados com um dos esquemas de PQT. Isto é bastante relevante, uma vez que, este esquema leva à cura em curtos períodos de tempo, sendo possível o desencadeamento de atividades de controle da doença até nos municípios com estrutura mínima de atendimento (SANTOS *et al.* 2008). Padronizada pela Organização Mundial da Saúde, a PQT age diretamente contra o bacilo quebrando a sua cadeia epidemiológica, tornando-o incapaz de infectar outras pessoas. É constituída por uma combinação de medicamentos, tornando mais difícil a resistência do bacilo. No tratamento poliquimioterápico existe um esquema específico para os casos Paucibacilares e Multibacilares, como também esquemas alternativos para os pacientes que apresentam contra-indicação a um dos medicamentos dos esquemas anteriormente citados (BRASIL, 2001a).

Tabela 2 – Distribuição dos portadores de Hanseníase, atendidos no município de Cajazeiras segundo o grau de incapacidades no Diagnóstico (Dx) e na alta nos anos de 2005 à 2008.

	Grau de incapacidades									
	Ignorado/ Branco		0		I		II		Não avaliado	
Ano	Dx	Alta	Dx	Alta	Dx	Alta	Dx	Alta	Dx	Alta
2005	0	13	94	86	13	07	04	01	06	10
2006	0	10	68	48	24	05	03	0	02	34
2007	0	13	28	32	34	11	04	04	01	07
2008	0	09	41	23	06	03	04	01	02	22
Total	05	45	231	189	77	26	15	06	11	73
%	1,5	13,3	68,2	55,7	22,7	7,7	4,4	1,8	3,2	21,5

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras - 2009

A Tabela 2 mostra que dos 339 pacientes, 334 (98,5%) e 294 (86,7%) tinham registro sobre o grau de incapacidade no Diagnóstico (Dx) e/ou na alta respectivamente. O registro do grau de incapacidades foi ignorado ou em branco em 5 (1,5%) pacientes no diagnóstico e em 45 (13,3%) pacientes no momento da alta.

Observou-se que no momento do diagnóstico 231 (68,2%) pacientes apresentaram grau 0, 77 (22,7%) grau I, 15 (4,4%) grau II e 11 (3,2%) não foram avaliados. No momento da alta 189 pacientes (55,7%) apresentaram grau 0, 26 (7,7%) grau I, 06 (18%) grau II e 73 (21,5%) não foram avaliados. Eidt (2004, p. 77) refere que “se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode ficar como seqüela permanente no momento da alta”.

No momento do diagnóstico a grande maioria dos casos, 231 (68,2%), apresentaram grau 0. Porém, observa-se que as incapacidades físicas ocorreram em 92 (27,1%) dos pacientes antes de iniciar a PQT. Apesar do risco elevado de deformidades nesses pacientes, percebeu-se melhora importante na evolução do grau, uma vez que, comparando-se os graus de incapacidade I e II no diagnóstico e na alta, a maioria dos pacientes melhorou. A diminuição do número de casos com grau I e II no momento da alta revela uma conseqüente melhora do indicador epidemiológico, denotando uma boa qualidade nos serviços prestados.

Um dado que merece atenção é o percentual de portadores de Hanseníase com grau de incapacidade II no momento do diagnóstico – 4,4% – mostrando a detecção tardia desses casos, o que aponta para a necessidade de aumentar as ações de busca ativa no município.

O pequeno número de casos com grau de incapacidade não avaliado ou ignorado no momento do diagnóstico mostra a eficiência das ações de avaliação dos pacientes, o mesmo não podendo ser constatado no momento da alta, pois observa-se que um significativo número de pacientes não foram avaliados, não se conhecendo assim a eficácia total da assistência

oferecida. A importância dessa avaliação no momento da alta é justificada pelo fato de que aproximadamente 23 % dos pacientes com Hanseníase no Brasil apresentam algum tipo de incapacidade após a mesma (GONÇALVES *et al.* 2009).

O MS reforça que a prevenção de incapacidades é uma atividade primordial durante o tratamento do portador com Hanseníase e, em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo o aprendizado do auto-cuidado por parte do paciente, uma arma valiosa para se evitar seqüelas (BRASIL, 2005). Dias; Pedrazanni (2008) reforçam que as incapacidades são o principal problema decorrente da Hanseníase, sendo fundamental, identificar os fatores de risco envolvidos e assim acompanhar de forma mais atenta os pacientes mais propensos ao desenvolvimento das mesmas.

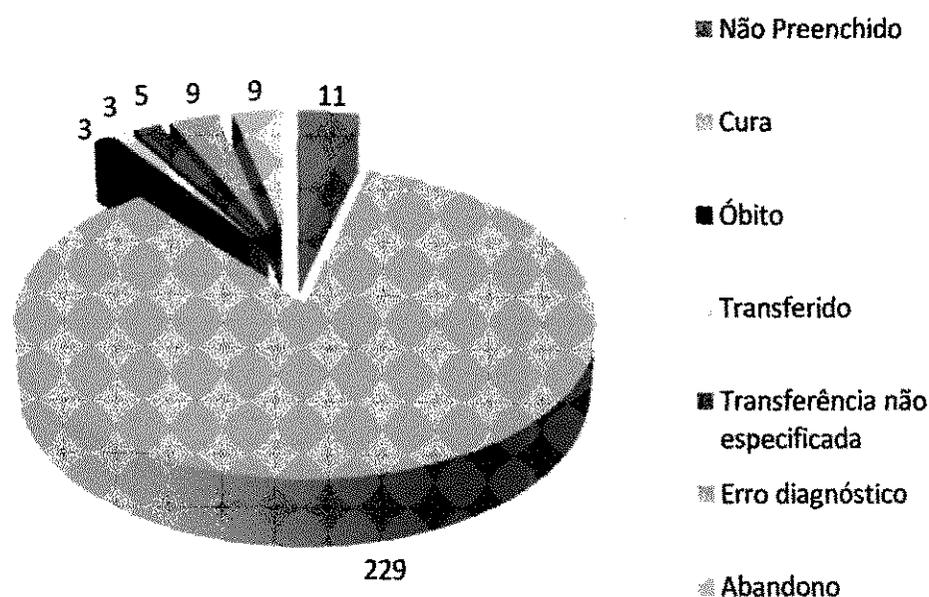


Figura 7 – Distribuição do número de portadores de Hanseníase segundo o tipo de saída.
Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Cajazeiras – 2009

A Figura 7 demonstra que nos anos do estudo, 11 (3,2%) pacientes não tiveram o seu tipo de saída preenchido, 229 (88,2%) pacientes tiveram alta por cura, 3 (0,9%) pacientes foram a óbito, 3 (0,9%) pacientes foram transferidos do município, 5 (1,4%) pacientes tiveram a transferência não-especificada, em 9 (2,7%) casos constatou-se erro diagnóstico e 9 (2,7%) pacientes abandonaram o tratamento.

A grande maioria dos casos (299) teve alta por cura. Esta “é dada após a administração do número de doses preconizadas, segundo o esquema terapêutico administrado” (BRASIL, 2005, p. 384). Nesse estudo este é um bom indicador, pois demonstra que a maioria dos

pacientes está fazendo o tratamento completo, encerrando desta forma a cadeia de transmissão da doença. Porém, esse dado – 88,2% de cura – encontra-se inferior à meta estabelecida pelo Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), que preconiza uma taxa de cura superior a 95 % em nível municipal (BRASIL, 2006a).

Cabe ressaltar que o número de pacientes que não tiveram o seu tipo de saída preenchido, apesar de ser reduzido, mostra uma falha na eficiência do serviço de saúde, visto que, esse é um dado importante para o setor de vigilância epidemiológica poder avaliar as ações executadas.

No referente ao número de casos que abandonaram o tratamento, observa-se que foi um número reduzido, evidenciando a conscientização da população sobre a importância de realizar o tratamento completo. O abandono do tratamento ocorre por diversos fatores, cabendo ao serviço de saúde investigar, descobrir e propor medidas resolutivas para os mesmos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hanseníase é uma doença considerada um grave problema de saúde pública e o alcance da meta de sua eliminação até o ano de 2010 é uma das atividades prioritárias dos serviços de saúde.

Partindo da referida temática, surgiu o interesse da elaboração deste estudo, buscando-se delimitar a problemática sobre o conhecimento, a compreensão e a análise do panorama situacional desta doença no município de Cajazeiras – PB.

O objetivo deste estudo foi analisar os aspectos clínico-epidemiológicos da Hanseníase no município de Cajazeiras no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008, como também caracterizar o perfil dos portadores de Hanseníase e verificar os principais indicadores epidemiológicos e operacionais da doença, no município, durante o mesmo período.

O estudo revelou que no decorrer dos anos houve uma diminuição no total de casos e que a maioria dos pacientes foi do sexo feminino, com predominância da faixa etária adulta. Com relação à Classificação operacional, houve um predomínio dos casos Paucibacilares e com relação às formas clínicas, observou-se um maior número de casos com a forma Indeterminada. Tratando-se da terapêutica medicamentosa, todos os pacientes realizaram um dos esquemas de Poliquimioterapia. Referente ao grau de incapacidades, a maioria dos casos apresentou grau 0 tanto no momento do diagnóstico como no momento da alta, e com relação ao tipo de saída, a grande maioria dos casos tiveram alta por cura.

Os resultados obtidos no estudo revelam que aparentemente as ações de controle da Hanseníase em Cajazeiras têm surtido efeito em sua maior parte, porém estes dados evidenciaram que a meta de controle e de eliminação da doença para o ano de 2010 não será atingida de forma fácil, uma vez que, não se tem idéia da incidência real de casos no município. Observamos que a transmissão está ocorrendo de forma intensa, haja visto o acometimento de menores de 15 anos, como também um grande número de casos multibacilares, havendo ainda um aumento, nos últimos anos, de casos com a forma Dimorfa, a ocorrência de incapacidades e o abandono do tratamento em um bom número de casos.

Diante do exposto, é notória a importância da junção de esforços na tentativa de eliminar essa doença, por meio da execução constante de ações, em especial as de educação em saúde que visem à conscientização da população, de forma a acabar com os mitos que cercam a doença, e assim estabelecer o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento. Soma-se a isso, a necessidade de continuar implementando a capacitação dos trabalhadores da área da saúde, de forma a aumentar a busca ativa para a detecção de casos novos, concretizando assim a situação epidemiológica desta localidade.

Temos a percepção de termos alcançado os objetivos inicialmente propostos e, pretendemos com esta pesquisa, contribuir no sentido de concretizar o diagnóstico epidemiológico da Hanseníase no município de Cajazeiras. Esperamos, ainda, que este estudo incentive o desenvolvimento de novas pesquisas, de forma que surjam novas discussões sobre estratégias que forneçam subsídios – em especial para os profissionais da área de saúde desta cidade – para o planejamento e implementação de medidas com vistas à eliminação desta doença até o ano de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA
REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Hanseníase. In: AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. (Org.). **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2. ed. Martinari, São Paulo, 2006.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, mai-jun, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle da Hanseníase**. Brasília, 2000a.

_____, Ministério da Saúde. **Hanseníase – Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, 2001a.

_____, Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, Área Técnica de Dermatologia Sanitária, 2001b.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000**. Publicada no D.O.U. – 188-E – p. 18 – Seção 1 – 28 de setembro, 2000b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Cadernos da Atenção Básica – nº 10. 3. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília, 2008.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Paraíba**. 2. ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2006b.

CHAVES, A. E. Participação do Enfermeiro no Programa de Controle de Hanseníase em Centros de Saúde: análise de depoimento. 2000. **Dissertação** de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CORTEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 800-804, 2006.

COSTA, S. F. G. de. *et al.* **Metodologia da Pesquisa: Coletânea da pesquisa**. Idéias, João Pessoa, 2000.

COSTA, S. M. L. *et al.* **Perfil epidemiológico da Hanseníase no município de Cajazeiras, Paraíba.** Paraíba, 2006. Disponível em: <<http://www.ilsl.br>> Acesso em 22 de setembro de 2009.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 753-756, 2008.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 767-773, 2008.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-107, jan-mar, 2009.

EIDT, L. M. Breve História da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio-ago, 2004.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. O controle da hanseníase pelos serviços gerais de saúde – renascimento do conceito de integração. **Leprosy Revista**, n. (esp), p. 47-57, 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** 1. ed. Yendis, São Caetano do Sul – SP, 2005.

FREITAS, C. A. S. L. *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 757-763, 2008.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 267-274, 2009.

MARTELI, C. M. T. *et al.* Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 273-285, 2002.

OLIVEIRA, S. N. *et al.* Avaliação Epidemiológica da Hanseníase e dos Serviços Responsáveis por seu Atendimento em Ribeirão Preto – SP no ano de 1992. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 114-122, jan-mar, 1996.

PARAÍBA, Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e controle da Doença. **Análise da hanseníase no Estado da Paraíba 2003.** João Pessoa, 2003.

PENNA, M. L. F. *et al.* Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 41, n. (Suplemento II), p. 6-10, 2008.

PEREIRA, A. J. *et al.* Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 716-725, 2008.

PONTES, R. J. S. *et al.* **Informe epidemiológico: hanseníase.** Ceará, 2008. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em 22 de setembro de 2009.

SANTOS, A. S. dos.; CASTRO, D. S. de.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 738-743, 2008.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. da. *et al.* Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 713-717, 2008.

TOMINORI, P. J.; BEUCHAT, L. R.; SLUTSKER, L. **Infections Associated With Eating Seed Sprouts: an international concern** emerg. Infect. Dis., 2000.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **MICROBIOLOGIA**. 8. ed. Artmed, Porto Alegre, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em Educação.** ATLAS, São Paulo, 1994.

VIANNA, F. R. Hanseníase. In: SCHECHTER, M.; MARANGONI, D. V. **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Leprosy-Global Situation. **Weekly epidemiological Record** [on line]. Disponível na Internet: <http://www.who.int/wer/77/1-8>, 2002. Acesso em 15 de setembro de 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Situation report: leprosy in the Americas, 2007.** Disponível na Internet: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-sit-reg-2007.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: AVALIAÇÃO CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

Pesquisador responsável: Maria Mônica Paulino do Nascimento

Pesquisador participante: Ângela Joamábia de Sousa Oliveira

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente na _____, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de analisar os aspectos clínico-epidemiológicos da hanseníase no município de Cajazeiras – PB no período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2008. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: será enviado um ofício à Secretária de Saúde solicitando autorização para a realização da pesquisa. Deferido o pedido, os dados serão coletados pela própria pesquisadora, com auxílio da Coordenadora municipal do Programa de Controle da Hanseníase e da Coordenadora municipal de Vigilância Epidemiológica. Após coletados, serão analisados e apresentados.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, KM 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras – PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o Professor Joselito Santos, telefones (83) 88124019 / 3335-4586, ou ainda junto ao pesquisador responsável, a professora Maria Mônica Paulino do Nascimento, telefones (83) 93113927 / 87059879.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro ainda estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de ____.

Nome do sujeito ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS



Nº

confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia-
 (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença **HANSENÍASE** Código (CID10) **A 3 0. 9** 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data do Diagnóstico

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado

14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe

17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito

20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código

22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Nº do Prontuário 32 Ocupação

33 Nº de Lesões Cutâneas 34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado 35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB 36 Nº de Nervos afetados

37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado

38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado

39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado

40 Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado

41 Data do Início do Tratamento 42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos

43 Número de Contatos Registrados

ações adicionais:

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Nome Função Assinatura

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/CFP/Nº _____

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem

À: Secretária Municipal de Saúde

Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna Ângela Joamábia de Sousa Oliveira, matrícula Nº 50522113, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulado: **Avaliação clínica-epidemiológica da hanseníase em um município do sertão paraibano.**

Sob a orientação da Professora Maria Mônica Paulino do Nascimento

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

Coordenador de Pesquisa e Extensão

Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira
Secretária Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/CFP/UFCG N. ___/09

Cajazeiras, 06 de outubro de 2009.

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Ao: Comitê de Ética em Pesquisa

Venho por meio deste, encaminhar o Projeto de Monografia da aluna, **Ângela Joamábia de Sousa Oliveira**, matrícula **50522113** intitulado: **Avaliação clínica-epidemiológica da Hanseníase em um município do sertão paraibano**, para fins de apreciação e parecer. Ademais, segue em anexo: Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos devidamente assinada e cadastrada, bem como o Currículo Lattes do orientador.

Atenciosamente,

Coordenação do curso

Ao Comitê de Ética e Pesquisa