



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

KARINA FELIPE DE AZEVEDO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM  
HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADE FÍSICA NO NORDESTE  
BRASILEIRO.**

CUITÉ  
2018

KARINA FELIPE DE AZEVEDO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM  
HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADE FÍSICA NO NORDESTE  
BRASILEIRO.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado á Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Msc. Heloisy Alves de Medeiros Leano.

CUITÉ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

A994c

Azevedo, Karina Felipe de.

Caracterização clínica epidemiológica dos pacientes com hanseníase acometidos por incapacidade física no nordeste brasileiro. / Karina Felipe de Azevedo – Cuité: CES, 2018.

41 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Heloisy Alves de Medeiros Leano.

1. Hanseníase. 2. Epidemiologia. 3. Pessoas com deficiência. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-002.73

KARINA FELIPE DE AZEVEDO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM  
HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADES FÍSICAS NO NORDESTE  
BRASILEIRO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité/PB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Heloisy Alves de Medeiros Leano.

**ORIENTADORA**  
UAENFE/ CES/ UFCG

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Juliana Barbosa Medeiros

**MEMBRO EXAMINADOR**  
UAENFE/CES/ UFCG

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Nayara Ariane Laureano Gonçalves

**MEMBRO EXAMINADOR**  
UAENFE/CES/ UFCG

CUITÉ

2018

*Aos meus pais, irmãos e toda minha família que, com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até aqui.*

*Ao meu noivo, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldade.*

*Aos meus amigos e colegas pelo incentivo e pelo apoio constantes.*

*Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus por ser meu guia e autor da minha história.*

*Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.*

*Aos meus pais por serem exemplos em minha vida, por todo apoio e carinho que sempre me deram e por tudo que fazem por mim.*

*Aos meus irmãos Matheus, Kallyanne e Guilherme que são a minha alegria.*

*Ao meu noivo que sempre esteve comigo durante toda essa caminhada, sempre me dando força.*

*A minha tia “Loura” que sempre me incentivou, me estendeu a mão, sempre cuidou de mim como se fosse sua filha e me deu os melhores ensinamentos.*

*Aos meus primos, em especial Luiz e Maria que fazem os meus dias melhores.*

*A minha vó Lourdes que sempre esteve comigo me acolheu e me mostrou o real sentido da vida.*

*A minha sogra e o meu sogro que por vezes cuidaram de mim como se fossem meus pais, me deram carinho e se mantiveram presentes em todos os momentos da minha vida acadêmica.*

*A minha orientadora Heloisy Medeiros por todo carinho e grande desprendimento em me ajudar.*

*A banca examinadora, Juliana Barbosa e Nayara Ariane, pelas valiosas contribuições com o meu trabalho.*

*Aos meus amigos que se fizeram presentes ao longo de toda essa trajetória. Jucimeire que me acolheu desde o primeiro momento em que nos conhecemos, me ensinou muito da vida, me apoiou e me deu forças durante esses longos 5 anos de curso; Glebson com sua alegria que contagia a todos; Danielly, Edmara e Edinária sempre parceiras. Vocês são luz em minha vida! Obrigada por tudo!*

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”*

(Charles Chaplin – Abrindo o caminho)

## RESUMO

AZEVEDO, K. F. **Caracterização clínica epidemiológica dos pacientes com hanseníase acometidos por incapacidades físicas no nordeste brasileiro.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2018.

**Introdução:** A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica granulomatosa que acomete a pele e os nervos periféricos e com período de incubação prolongado. Quando não diagnosticada e tratada de maneira correta, evolui para incapacidades e deformidades físicas, que levam à diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. **Objetivo:** Descrever as características sócias demográficas e clínica epidemiológicas dos pacientes acometidos por incapacidades físicas no momento do diagnóstico no nordeste brasileiro. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, e de natureza quantitativa, onde foram analisados os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no período de 2010 a 2015 que apresentaram incapacidade física no momento do diagnóstico. **Resultados:** No período considerado para o estudo, 2010 a 2015, foram notificados 84.030 casos novos de hanseníase, entre aqueles com grau de incapacidade avaliado, 30,1% apresentaram grau 2 de incapacidade. Foi possível observar melhora em números absolutos do quadro endêmico da doença, sendo 15.066 casos registrados em 2010, e 13.041 em 2015, sendo visualizada também a diminuição da incapacidade física no diagnóstico. E entre os casos novos diagnosticados com incapacidade, observa-se predomínio do sexo masculino (62,1%), pardos e negros (79,3%), com faixa etária acima de 65 anos (22,4%), moradores de zona urbana (79,0%), grau de escolaridade, ensino fundamental (60,0%), forma clínica dimorfa (50,8%) e virchowiana (29,0%), classificação operacional multibacilar (82,8%), e modo de detecção prevalente por encaminhamento médico (52,7%). **Conclusão:** Observa-se no geral o predomínio da doença entre as pessoas mais vulneráveis socialmente: negros, pessoas de baixa escolaridade, idosos, o que reafirma a classificação da hanseníase como negligenciada e associada à pobreza. Conhecer o perfil epidemiológico dos usuários acometidos de incapacidade no diagnóstico de hanseníase é de suma importância, pois possibilita vigilância maior diante dos grupos. O diagnóstico precoce dos casos e a facilitação do acesso ao tratamento a todos os pacientes vêm se mostrando a melhor maneira de controlar a evolução da doença, para isto a capacitação de profissionais é imprescindível, melhorando a organização do processo de trabalho de vigilância nos territórios de saúde.

**Palavras - chaves:** Hanseníase; Epidemiologia; Pessoas com deficiência.

## ABSTRACT

AZEVEDO, K. F. **Clinical epidemiological characterization of leprosy patients affected by physical disabilities in northeastern Brazil.** Course Completion Work (Nursing Undergraduate) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité - PB, 2018.

**Introduction:** Leprosy is a chronic, granulomatous infectious disease that affects the skin and peripheral nerves with a prolonged incubation period caused by *Mycobacterium leprae*. The disease, when undiagnosed and properly treated, eventually evolves into physical disabilities and deformities, leading to decreased work capacity, limiting social life and psychological problems. **Objective:** To describe the demographic and clinical epidemiological characteristics of the patients affected by physical disabilities at the time of diagnosis in the Brazilian northeast. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study where all leprosy cases diagnosed and reported at SINAN were analyzed in the period from 2010 to 2015, which presented physical incapacity at the time of diagnosis. **Results:** During the period considered for the study, from 2010 to 2015, 84,030 new cases of leprosy were reported, among those with a disability degree, 30.1% had a disability grade 2. It was possible to observe an improvement in absolute numbers of the endemic disease, with 15,066 cases registered in 2010, and 13,041 in 2015, and a decrease in physical disability was also observed in the diagnosis. Among the new cases diagnosed with disability, male (62.1%), pardos and blacks (79.3%), aged over 65 (22.4%), (79.8%), educational level (60.0%), dimorphic form (50.8%) and Virchowian (29.0%), multibacillary operational classification (82.8%), and mode of detection by medical referral (52.7%). **Conclusion:** The predominance of the disease among the most socially vulnerable people is observed: blacks, low schoolchildren, the elderly, which reaffirms the classification of leprosy as neglected and associated with poverty. Knowing the epidemiological profile of patients with disabilities in the diagnosis of leprosy is of paramount importance, since it allows greater surveillance in front of the groups. The early diagnosis of cases and the facilitation of access to treatment for all patients has been shown to be the best way to control the evolution of the disease. For this purpose professional training is indispensable, improving the organization of the surveillance work process in the territories of Cheers.

**Keywords:** Leprosy; Epidemiology; Disabled people.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CEP:** Comitê de Ética e Pesquisa

**CONEP:** Comitê Nacional de Ética e Pesquisa

**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MA:** Maranhão

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**ONU:** Organização das Nações Unidas

**SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2- METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>3- RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4- DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>5- CONCLUSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>6- REFERÊNCIAS .....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO PARA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE D- SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE E- NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ONLINE (REUOL) PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>40</b>

## 1- INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica que acomete a pele e os nervos periféricos, com período de incubação prolongado que pode variar de 2 a 7 anos, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Pode-se definir um caso de hanseníase quando o indivíduo apresenta uma ou mais das seguintes características clínicas: lesão ou lesões de pele com alteração da sensibilidade, baciloscopia positiva ou acometimento de tronco nervoso com espessamento neural. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem, também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral <sup>1</sup>.

A transmissão da hanseníase se dá por meio de uma pessoa com a doença na forma infectante multibacilar, sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), por meio de contato próximo e prolongado muito frequente no convívio familiar. <sup>1</sup>

A hanseníase pode ser classificada quanto ao grau de incapacidade, determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a 2 (dois) <sup>2</sup>.

O aparecimento da doença na pessoa infectada pode apresentar diferentes manifestações clínicas e dependem dentre outros fatores, da relação parasita/ hospedeiro e pode ocorrer após um longo período de incubação, variando de dois a sete anos. Atinge pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e ocorre com menos frequência em crianças <sup>1</sup>. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo <sup>1</sup>.

Além das condições individuais, outros fatores encontram-se relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde, baixo nível de escolaridade, condições culturais e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influenciam no risco de adoecimento <sup>3</sup>.

No período de 2012 a 2016, foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes <sup>4</sup>. O número diminuiu um pouco, porém o índice de adoecimento ainda continua alto tendo em vista os avanços clínicos e tecnológicos para a detecção oportuna da doença. Isso mostra que ainda se mantém elevado o número de casos detectados baseando-se nos critérios adotados pelo Ministério da Saúde. No que diz respeito à proporção do grau 2 de incapacidade entre os novos casos avaliados de hanseníase, mostra-se que em 2001 6,0% das

peças no Brasil foram acometidas por incapacidades, enquanto em 2016 7,9%, nota-se portanto um aumento da incapacidade física no diagnóstico no país.

Na região Nordeste, as taxas específicas de detecção de hanseníase apresentaram tendência à queda no período de 1990 a 2016, demonstrando redução dos níveis de detecção da doença. Entretanto, essa taxa de detecção em 2016 ainda se situava em patamar de alta endemicidade (de 19,60 a 19,30 casos por 100.000 habitantes) <sup>5</sup>.

A hanseníase, quando não diagnosticada e tratada de maneira correta e oportuna, evolui para incapacidades e deformidades físicas, que levam à diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos <sup>6</sup>.

A avaliação e registro das incapacidades são atividades primordiais para a orientação e promoção do autocuidado, visando evitar a instalação de incapacidades pós-alta. O acometimento neural ocorre em todas as formas da hanseníase e pode comprometer o indivíduo em qualquer fase da vida <sup>2</sup>. Estas complicações podem ser responsáveis por sequelas permanentes ao indivíduo, pois podem atingir os receptores nervosos responsáveis pela dor, visão e sensibilidade tátil, tornando-os mais susceptíveis a acidentes, queimaduras, feridas e, até mesmo, amputações de membros, resultando em danos sociais e psicológicos que interferem na qualidade de vida do doente <sup>6</sup>.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde publicou em 2010, a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2010-2015 e traçou como meta global para o ano de 2015, a redução em 35% dos diagnósticos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física por 100.000 habitantes, quando comparados com os dados apresentados em 2010 <sup>7</sup>. Apesar dos esforços ainda há alta incidência de diagnóstico com incapacidade, inclusive entre crianças. Com isso, foi lançada a Estratégia Global 2016-2020 com a meta de acelerar a ação rumo ao mundo sem hanseníase, com objetivo de zerar o número de crianças diagnosticadas com incapacidades e notificar menos de um caso em 1 milhão de incapacidade em adulto, entres outros objetivos relacionados a gestão e inclusão dos pacientes <sup>8</sup>.

Dados sobre a hanseníase no Brasil mostram que a detecção de novos casos com incapacidades continua alta, e a região nordeste apresenta peculiaridades como o alto percentual de moradores na zona rural, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e diagnóstico tardio da doença. Salienta-se que todas as formas clínicas da hanseníase podem causar incapacidades físicas e, conforme o Ministério da Saúde, todos os casos novos devem ser avaliados no início e no final do tratamento <sup>1</sup>.

Considerando o prejuízo social e físico vivenciado pelos pacientes de hanseníase com incapacidades mais severas instaladas, e a necessidade de se fazer um diagnóstico

epidemiológico desse grupo específico, foi proposta a execução deste trabalho a fim de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase com incapacidade instalado no diagnóstico na região Nordeste do Brasil.

Ao conhecer o perfil clínico epidemiológico dos doentes por hanseníase com incapacidades, há possibilidade do profissional de saúde aumentar sua atenção para grupos específicos, buscando a prevenção das deformidades físicas e garantia de uma melhor qualidade de vida para essas pessoas acometidas pela doença.

## **2- METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa.

Os estudos transversais são investigações destinadas a produzir recortes instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, tomando por base a avaliação individual do estado de saúde de um membro do grupo. Essa avaliação produz os indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Trata-se de uma investigação epidemiológica em que fator e efeito são observados em um dado momento histórico<sup>9</sup>.

O estudo foi realizado com a população do Nordeste que é a segunda maior do Brasil, no entanto, a densidade demográfica dessa região é baixa porque ocupa uma extensa faixa territorial.

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui 190.755.799 habitantes, dos quais 53.081.950 são nordestinos<sup>10</sup>. Esse número faz com que o Nordeste seja a segunda região mais populosa do país, superada apenas pelo Sudeste. Os seus estados são: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

A pesquisa foi realizada com base nos dados coletados das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), principal sistema de inquérito para coleta e análise de dados nacionais sobre hanseníase no Brasil. O período de estudo foi de 2010 a 2015, e a população foram todos os casos novos notificados no nordeste brasileiro neste período, totalizando 84.030.

Investigaram-se variáveis sociodemográficas e clínica: sexo, faixa etária, escolaridade, raça/cor, zona de moradia, grau de incapacidade no diagnóstico, classificação operacional, forma clínica e modo de detecção. Para a análise dos dados utilizou-se software Excel 2010 que contemplou a estruturação de um banco de dados, onde foi realizada a análise de frequência relativa e absoluta das variáveis, e os resultados serão apresentados no formato de tabelas.

O estudo em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiros, CAEE número 87704518.0.0000.5182 (anexo A).

### 3- RESULTADOS

No período considerado para o estudo, 2010 a 2015, foram notificados 84.030 casos novos de hanseníase, entre aqueles com grau de incapacidade avaliado, 30,1% apresentaram grau de incapacidade. Foi possível observar melhora em números absolutos do quadro endêmico da doença, sendo 15.066 casos registrados em 2010, e 13.041 em 2015, sendo visualizada também diminuição da incapacidade física no diagnóstico.

Em relação às características sócio demográficas (tabela 1) dos pacientes, a distribuição dos casos por sexo aponta que 34557 (52,8%) são homens. Em relação à incapacidade no diagnóstico foi possível identificar um predomínio do sexo masculino (62,1%). Os mais acometidos estavam na faixa etária com mais de 65 anos de idade 3681 (22,4%), de cor parda 11771 (63,8%), moradores de zona urbana 15062 (79,0%) e com grau de escolaridade predominante o ensino fundamental 9592 (60,0%) e analfabetos (22,2%).

**Tabela 1:** Distribuição dos doentes com hanseníase segundo os dados sociodemográficos. Nordeste, 2010 a 2015.

Variáveis	Apresentava Incapacidade no Diagnóstico				Total
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	7477	(37,9%)	23375	(51,2%)	30852 (47,2%)
Masculino	12234	(62,1%)	22323	(48,8%)	34557 (52,8%)
TOTAL	19711	(100%)	45698	(100%)	65409 (100%)
<b>Raça</b>					
Branca	3544	(19,2%)	8268	(19,4%)	11812 (19,3%)
Preta	2857	(15,5%)	6174	(14,5%)	9031 (14,8%)
Amarela	220	(1,2%)	456	(1,1%)	676 (1,1%)
Parda	11771	(63,8%)	27604	(64,7%)	39375 (64,5%)
Indígena	60	(0,3%)	131	(0,3%)	191 (0,3%)
TOTAL	18452	(100%)	42633	(100%)	61085 (100%)
<b>Zona de Residência</b>					
Urbana	15062	(79,0%)	36409	(82,2%)	51471 (81,2%)
Rural	3799	(19,9%)	7508	(16,9%)	11307 (17,8%)
Periurbana	207	(1,1%)	401	(0,9%)	608 (1,0%)

TOTAL	19068 (100%)	44318 (100%)	63386 (100%)
<b>Faixa Etária</b>			
15 a 24 anos	1740 (8,8%)	6098 (13,3%)	7838 (12%)
25 a 34 anos	3021 (15,3%)	8634 (18,9%)	11655 (17,8%)
35 a 44 anos	3286 (16,7%)	8827 (19,3%)	12113 (18,5%)
45 a 54 anos	3681 (18,7%)	8892 (19,5%)	12573 (19,2%)
55 a 64 anos	3573 (18,1%)	7088 (15,5%)	10661 (16,3%)
>= 65 anos	4411 (22,4%)	6163 (13,5%)	10574 (16,2%)
TOTAL	19712 (100%)	45702 (100%)	65414 (100%)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	3549 (22,2%)	4874 (13,3%)	8423 (16,0%)
Fundamental	9592 (60,0%)	20988 (57,1%)	30580 (58,0%)
Médio	2479 (15,5%)	9060 (24,6%)	11539 (21,9%)
Superior	365 (2,3%)	1853 (5,0%)	2218 (4,2%)
TOTAL	15985 (100%)	36775 (100%)	52760 (100%)

Entre os casos que apresentava incapacidade física no diagnóstico há predominância da forma dimorfa (50,8%) e virchowiana (29%). Demonstrou-se também que a maioria tinha classificação operacional multibacilar (82,8%) e o modo de detecção mais prevalente era encaminhamento médico (52,7%). (**Tabela 2**).

**Tabela 2:** Distribuição dos doentes com hanseníase segundo os dados clínicos epidemiológicos. Nordeste, 2010 a 2015.

Variáveis	Apresentava Incapacidade no Diagnóstico				Total
	Sim		Não		
Forma Clínica	n	%	n	%	
Indeterminada	1461	(8,2%)	9672	(23,6%)	11133 (19,0%)
Tuberculoide	2110	(11,9%)	11667	(28,5%)	13777 (23,5%)
Dimorfa	9003	(50,8%)	14275	(34,9%)	23278 (39,7%)
Virchowiana	5148	(29,0%)	5319	(13,0%)	10467 (17,8%)
TOTAL	17722	(100%)	40933	(100%)	58655 (100%)

**Classificação Operacional**

Paucibacilar	3397 (17,2%)	22169 (48,5%)	25566 (39,1%)
Multibacilar	16313 (82,8%)	23528 (51,5%)	39841 (60,9%)
TOTAL	19710 (100%)	45697 (100%)	65407 (100%)

**Modo de Detecção**

Encaminhamento	10312 (52,7%)	22188 (48,9%)	32500 (50,1%)
Demanda Espontânea	7719 (39,5%)	19270 (42,5%)	26989 (41,6%)
Exame de Coletividade	569 (2,9%)	1382 (3,0%)	1951 (3,0%)
Exame de Contato	587 (3,0%)	1919 (4,2%)	2506 (3,9%)
Outros modos	612 (1,3%)	370 (1,9%)	982 (1,5%)
TOTAL	19557 (100%)	45371 (100%)	64928 (100%)

**4- DISCUSSÃO**

O presente estudo possibilitou analisar as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no Nordeste brasileiro. A análise temporal dos casos novos mostrou que apesar de uma melhora discreta do quadro endêmico ainda há uma alta detecção de casos novos com incapacidade.

Estudo que avaliou a tendência da hanseníase na região Nordeste do Brasil de 2001 a 2015, evidenciou que há tendência estacionária da taxa de detecção de casos novos e com grau 2 de incapacidade, apesar da discreta diminuição em números absolutos <sup>11</sup>. Os estados nordestinos que apresentam tendência crescente da forma mais severa de incapacidade, grau 2, e sua respectiva taxa de variação anual, são: Bahia (4,9%), Alagoas (4,1%), Piauí (2,5%), Maranhão (2,2%) e Ceará (2,1%), <sup>11</sup>. O que demonstra que ainda não há uma tendência ao controle da endemia na região, pois se há casos sendo diagnosticados tardiamente, há foco ativo da doença.

Quanto a caracterização sociodemográfica, corroborando com os resultados do presente estudo, Brandão <sup>12</sup> aponta uma predominância da cor parda, ao tempo que Batista et al. <sup>13</sup> e colaboradores demonstram predomínio de adoecimento por hanseníase entre brancos.

Levando em consideração a Lei 12.228/10 que institui o Estatuto da Igualdade Racial, que no seu artigo 10º parágrafo único inciso IV define a população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo IBGE, ou que adotam auto definição análoga”, e salientando que o SINAN utiliza as mesmas definições para cor de pele do IBGE, observa-se maioria negra no estudo em tela <sup>14</sup>.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a população negra apresenta os piores indicadores de saúde se comparados aos brancos. Isso acontece porque a população negra vive com menos qualidade. O grupo é mais vulnerável a doenças porque está sob maior influência de determinantes sociais como as condições que vivem e trabalham, as condições sanitárias, dentre outras <sup>15</sup>.

Com efeito, a população mais acometida por hanseníase, em termos de faixa etária, revelou-se a economicamente produtiva, entre 45 a 54 anos, o que é semelhante ao estudo de Conte et al. <sup>16</sup>, que defendem mais discussões a respeito dessa característica, pelos problemas sociais que acarreta tanto para o indivíduo, como para família, e toda a sociedade. Lobo et al. <sup>17</sup> e Paes et al. <sup>18</sup> igualmente registraram maior frequência de doentes próximo a esse intervalo de idade.

No tocante à incapacidade física no diagnóstico observa-se maior incidência entre os maiores de 65 anos, o que pode estar relacionado ao envelhecimento biológico. O sistema imunológico sofre declínio e expõe o idoso a um maior risco de desenvolver incapacidades físicas que comprometem o desempenho na execução de atividades e na participação social <sup>19-20</sup>. Muitas razões podem justificar a maior ocorrência da hanseníase em idosos, dentre as quais se pode destacar o aspecto cultural de negligenciamento do corpo desses indivíduos. O não cuidar do corpo resulta no diagnóstico tardio e maior risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e funcionais <sup>21-22</sup>. Condições sociais, baixo nível de escolaridade, condições precárias de higiene associadas à senescência são características que também contribuem para o desenvolvimento da doença nessa população.

A predominância entre os indivíduos do sexo masculino com a idade economicamente ativa, ambos predominantes no estudo, também foi vista e analisada por Ferreira, Ignotti e Gamba <sup>23</sup> e Kaimal e Thappa <sup>24</sup>. Verificou-se que o desenvolvimento da hanseníase é duas vezes maior em homens tendo em vista os valores culturais do autocuidado da mulher <sup>25</sup>, fundamentando-se no fato dos homens apresentarem um maior contato social com outros homens, além de não serem tão interessados em cuidar da própria saúde e bem estar como as mulheres <sup>26</sup>. Assim, quando os homens resolvem procurar os serviços de saúde, muitas vezes, a doença já está em fase avançada com indícios de alguma incapacidade física.

A população desse estudo tem um índice de escolaridade muito baixo, Ferreira <sup>27-21</sup>, Romão e Mazzoni <sup>28</sup>, afirmam que quanto menor o grau de escolaridade maior a probabilidade de ocorrência e reativação da hanseníase, pois essa classe apresenta baixo nível de conhecimento e muitas vezes menos compreensão das orientações quanto ao tratamento,

medidas de prevenção e formas de autocuidado. Esse déficit educacional da mesma forma pode retardar o diagnóstico e percepção do surgimento de complicações da doença.

Neste íterim de condições sociais, além da fragilidade em relação à educação, a hanseníase está fortemente associada a condições precárias de higiene, pobreza e baixo nível sócio econômico, que são confluídas e podem coexistir em bolsões de pobreza nas cidades.

Estudo<sup>29</sup> realizado na região norte do Brasil, mostra que a pobreza é fator determinante para a ocorrência e transmissão da hanseníase. No estado do Tocantins, que apresenta alta incidência da doença, quase 50,0% da população dos pequenos municípios viviam com uma renda média per capita domiciliar de até meio salário mínimo, enquanto 24,2% viviam com até 1/4 do salário mínimo e outros 13,4% da população viviam com até 70 reais<sup>29</sup>.

A pobreza é uma premissa social associada à distribuição geográfica da hanseníase<sup>30</sup>. As condições socioeconômicas e culturais influenciam bastante na distribuição e propagação da hanseníase, por este motivo esta enfermidade tende a prevalecer em locais com baixas condições socioeconômicas, deficiência de infraestrutura sanitária, higiene, baixa escolaridade e movimentos migratórios para a zona urbana<sup>21</sup>.

A maioria dos pacientes notificados são residentes da zona urbana, corroborando com outros estudos<sup>31-32</sup>. O baixo número de casos na zona rural pode estar relacionado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos enfermos residentes nestes locais, assim como aos profissionais de saúde em realizar o diagnóstico, a vigilância e ao controle destes doentes<sup>21</sup>. O número de sujeitos com hanseníase na zona rural pode ser maior do que o apresentado levando-se em consideração os casos de indivíduos sub diagnosticados e notificados.

A forma clínica e a classificação operacional são características importantes na análise da hanseníase. O estudo revela que a maioria dos pacientes apresentaram a forma clínica dimorfa e são classificados como multibacilar, correspondendo a 9003 (50,8%) e 16313 (82,8%) dos casos, respectivamente. Esses achados revelam que o diagnóstico tem sido realizado tardiamente, o que eleva o risco de desenvolvimento de incapacidades físicas<sup>33</sup>. Em estudo de Viana et al.<sup>34</sup>, 60% dos casos diagnosticados eram dimorfos, considerados, do ponto de vista epidemiológico, importantes na cadeia de transmissão da doença.

O comportamento epidemiológico da hanseníase é influenciado pela cadeia de transmissão e fatores socioeconômicos e operacionais relacionados aos serviços de saúde<sup>35</sup>. As altas taxas de detecção da hanseníase demandam esforços e políticas públicas bem direcionadas para o controle da doença, percebendo-se a necessidade de melhoria nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Considerando que a hanseníase é uma doença de evolução lenta, configurando o quadro de silêncio epidemiológico, a maior proporção da incapacidade e sua intensidade identificada no momento do diagnóstico revelam detecção tardia da doença e sugere um controle ineficaz<sup>12-36</sup>.

Estudo realizado em Buriticupu, MA, observou-se que a falta de pessoal qualificado para realizar a avaliação do grau de incapacidade causa dificuldades na atenção ao paciente, sugerindo necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no programa para a correta avaliação do grau de incapacidades físicas no diagnóstico<sup>2</sup>.

Além disso, a aplicação de técnicas básicas para a prevenção das incapacidades é primordial nas unidades básicas de saúde, devido à sua ampla rede no território nacional, sendo importantes armas para o combate à principal causa do estigma social da doença.

São necessários, ainda, investimentos no que diz respeito à capacitação e à atualização dos profissionais de saúde para a captação precoce dos portadores da doença, sabendo-se que o tratamento precoce do sintomático dermatológico é um grande passo para a minimização do grau de incapacidade física da hanseníase em seus portadores, além de diminuir a transmissão.

Este estudo possui como limitações o fato de ser apenas descritivo, não devendo ser feitas inferências de causalidades, sendo sua descrição apenas geradora de hipóteses, e a utilização de fonte secundária de dados, pois nem sempre essas informações são preenchidas pelo profissional de saúde ou digitador com completude, podendo haver alguma inconsistência. Apesar disso ele é importante por dar subsídios para descrevermos o perfil das pessoas diagnosticadas com hanseníase com incapacidade instalada no Nordeste, e ele é representativo, pelo seu tamanho amostral e período de análise.

## **5- CONCLUSÃO**

Conhecer o perfil epidemiológico dos usuários acometidos de incapacidade no diagnóstico de hanseníase é de suma importância, pois possibilita vigilância maior diante das características sociodemográficas e clínicas elencada.

Na Região Nordeste temos a predominância da incapacidade física entre indivíduos do sexo masculino com mais complicações do que as mulheres, configurando uma detecção mais tardia. Esse fato pode ser explicado pela grande atenção dispensada pelas mulheres em relação à estética corporal e programas voltados a saúde da mulher, assim como o acesso aos serviços de saúde, que para os homens limitam-se por motivos de trabalho e cultura. A baixa escolaridade também é um forte indicador de condições precárias de moradia, higiene e manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase.

A redução de novos casos na região Nordeste é discreta entre os anos de 2010 a 2015, o que denota a permanência de elevada endemicidade e a carência de ações efetivas de educação em saúde para a população.

É necessário que a região em questão fomente maiores investimentos na capacitação profissional e educação permanente dos trabalhadores ligados à hanseníase a fim de que estes sintam maior segurança no atendimento ao usuário e que isto repercuta diretamente na qualidade da assistência prestada, implementando mecanismos de vigilância epidemiológica para a detecção precoce de casos novos, tratamento oportuno, prevenção e tratamento de incapacidades, diminuindo assim, o agravo em questão.

Aliado a esse investimento na qualidade dos serviços de saúde, emerge também a necessidade de investimento no âmbito social, haja vista a íntima relação com a doença.

Sugere-se a necessidade de ampliação dos campos de pesquisa em hanseníase nesta região, no sentido de se conhecer o comportamento epidemiológico e clínico da doença e reduzir os diagnósticos tardios e possivelmente a evolução para a incapacidade física.

Os resultados apontados por esta pesquisa são de extrema relevância para toda a população, pois permite que através da caracterização clínica e epidemiológica dos doentes aja uma vigilância maior em relação a essas pessoas que podem ter incapacidade física no diagnóstico.

Conhecer o perfil desses usuários pode auxiliar os serviços dos profissionais de saúde, pois farão uma detecção precoce e um controle epidemiológico mais eficaz no território. Vai ser importante também para os usuários do SUS, porque com esse diagnóstico precoce e tratamento oportuno às pessoas ficarão menos tempo expostas ao bacilo, e vai ser importante para a saúde pública no geral porque se os acometidos tiverem o tratamento oportuno sem incapacidade física farão menos uso do SUS, diminuindo os gastos hospitalares com internações e reabilitações diante das incapacidades físicas.

## 6- REFERENCIAS

1. BRASIL. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
2. SOBRINHO, R.A.S. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-am Enfermagem, Paraná*, v. 15, n. 6, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_10.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2017.
3. OLIVEIRA, S. S.; GUERREIRO, L. B.; BONFIM, P. M. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. *História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 4, p. 1313-1328, 2007. Acesso em: 20 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n4/10.pdf>>.
4. BRASIL. Boletim Epidemiológico. Hanseníase. v.49, n. 4. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hansenias-publicacao.pdf>
5. BRASIL. Taxa de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Taxa-de-detec----o-geral-de-hansen--ase-1990a2016-.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
6. RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Caracterização, Fatores Relacionados e Evolução. *Cogitare Enfermagem, Minas Gerais*, v. 20, n. 3, p. 496-503, 2015. Acesso em: 19 dez. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>>.
7. Organização Mundial da Saúde, 2010 - Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015. Website. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_global\\_aprimorada\\_reducao\\_hansenias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenias.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2017.
8. Organização Mundial da Saúde, 2016 – Estratégia Global para Hanseníase 2016 – 2020. Website. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
9. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
10. IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: sinopse do censo e resultados preliminares do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>.

11. Leano HAM, Araújo KMFA, Rodrigues RN, Bueno IC, Lana FCF. Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. Rev. Rene. 2017 nov-dez; 18(6):832-9. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31104/71695>
12. Brandão JG. Incapacidade física durante o tratamento poliquimioterápico dos pacientes de hanseníase no Brasil nas coortes de cura de casos novos dos anos de 2010 e 2011[dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
13. Batista ES, Campos RX, Queiroz RCG, Siqueira SL, Pereira SM. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. Rev Bras Clin Med. 2011 Mar-Abr;9(2):101-6.
14. BRASIL. Estatuto da igualdade racial – lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/823981/estatuto-da-igualdade-racial-lei-12288-10>
15. Geledés Instituto da Mulher Negra. Negros são mais suscetíveis a doenças evitáveis no Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/negros-sao-mais-suscetiveis-doencas-evitaveis-no-brasil/>
16. Conte ECM, Magalhães LCB, Cury MRCO, Soubhia RMC, Nardi SMT, Paschoal VDA, et al. Situação Epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil [Internet]. Arq Cienc Saúde. 2009 [citado em 2016 Ago 08];16(4):149-54. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-16-4/IDK1\\_out-dez\\_2010.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK1_out-dez_2010.pdf).
17. Lobo JR, Barreto JCC, Alves LL, Crispim LC, Barreto LA, Duncan LR, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ [Internet]. Rev Soc Bras Clin Med. 2011 [citado em 2016 Ago 08];9(4):283-87. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2187>.
18. Paes ALV, Santos HV, Borges MMG, Penha PGC. Perfil clínico epidemiológico de portadores de hanseníase. Rev Para Med. 2010;24(3/4):29-33. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n3-4/a2341.pdf>
19. Oliveira VM. Levantamento epidemiológico da hanseníase no Estado de Pernambuco, Brasil, 2001 a 2010 [texto na Internet]. In: VI Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação; 2012 Out 19 - 21; Palmas. Anais Eletrônicos. Palmas: IFTO; 2012. [citado 2016 Dez 15]. Disponível em: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2443/1821>
20. Fonseca JMA, Radmann CS, Guimarães AEV, Silva DRC, Oliveira ME. Contribuições da fisioterapia para educação em saúde e grupo de autocuidado em hanseníase: relato de experiência. Rev Eletr Gestão & Saúde. 2015;6(Supl.1):770-7.

21. Ferreira ILCSN, Ferreira IN, Morraye MA. Os contatos de portadores de hanseníase em Paracatu (MG): perfil, conhecimentos e percepções. *Hansen Int* [Internet]. 2012 [citado em 2016 Jul 09];37(1):35-44. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-51612012000100004&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612012000100004&lng=pt&nrm=iso)
22. Silva AR, Matos WB, Silva CC, Gonçalves EG. Leprosy in Buriticupu, State of Maranhão: active search for cases in the adult population. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(6):691-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000600018>
23. Ferreira SB, Ignotti E, Gamba MA. Recidivas de casos de hanseníase no Estado de Mato Grosso. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):1-7. doi: 1590/S0034-89102010000400008.
24. Kaimal S, Thappa DM. Relapse in leprosy. *Indian J Dermatol Venereol Lepro*. 2009;75(2):126-35. doi: 10.4103/0378-6323.48656.
25. El-Hassan LA, Khalil EA, El-Hassan AM. Socio-cultural aspects of leprosy among the Masalit and Hawsa in the Sudan [Internet]. *Lepr Rev*. 2002 [cited 2016 Ago 08];73(1):20-8. Available from: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Mar02/0004.pdf>.
26. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Tropical* [Internet]. 2011 [citado em 2016 Jul 09];44(1):79-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>
27. Ferreira SMB. Determinantes de casos de recidiva em hanseníase no estado de Mato Grosso-Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem; 2010.
28. Romão ER, Mazzoni AM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2013;3(1):22-7.
29. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:70. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006655.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006655.pdf)
30. Magalhaes MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2007 [citado em 2016 Jul 09];16(2):75-84. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol16\\_n2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol16_n2.pdf)

31. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *RevSocBrasMed Trop.* 2010 Jan-Fev;43(1):62-7.
32. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, Sousa CM. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. *EpidemiolServ Saúde.* 2014 Jun;23(2):269-75.
33. Chaves AEP, Araújo KMF, Nunes MLA, Chaves VC, Araujo LC. Hanseníase em idosos no Brasil no ano de 2012 [texto na Internet]. In: III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano; 2013 Jun 13 - 15; Campina Grande. *Anais Eletrônicos. Campina Grande: Realize; 2013.* [citado 2016 Dez 15]. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao\\_oral\\_idinscrito\\_3340\\_09022bf5561f2b8926d64b754efdbb15.Pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_3340_09022bf5561f2b8926d64b754efdbb15.Pdf)
34. Viana LS, Aguiar MIF, Aquino DMC. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. *J Res Fundam Care.* 2016;8(2):4435-46.
35. Lana FC, Davi RF, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *RevElet Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado em 2016 Jul 09];11(3):539-44. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n3/pdf/v11n3a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a10.pdf)
36. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2015 [update 2015 Nov 19; cited 2014 Mar 02]. LeprosyElimination; [about1screen]. Available from: <http://www.who.int/lep/en/>

**APÊNDICES**



## APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**CÓDIGO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** Masculino ( ) Feminino ( )

**IDADE:** \_\_\_\_\_

**RAÇA/COR:**

Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Ignorado ( )

**GRAU DE ESCOLARIDADE:**

Não Alfabetizado ( )

Ensino Fundamental Incompleto ( )

Ensino Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( )

Ensino Médio Completo ( )

Superior Incompleto ( )

Superior Completo ( )

Especialização ( )

Mestrado ( )

Mestrado em curso ( )

Doutorado ( )

Doutorado em curso ( )

**MUNICÍPIO DE MORADIA:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE LESÕES CUTÂNEAS:** \_\_\_\_\_

**FORMA CLÍNICA:**

Hanseníase indeterminada (HI): ( )

Hanseníase tuberculóide (HT): ( )

Hanseníase virchowiana (HV): ( )

Hanseníase dimorfa (HD): ( )

Não classificado: ( )

**CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL:**

Paucibacilar ( )

Multibacilar ( )

**NÚMERO DE NERVOS AFETADOS:** \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO:**

Grau 0: ( )

Grau 1: ( )

Grau 2: ( )

Não avaliado: ( )

## **APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Por este termo de responsabilidade, eu, Heloisy Alves de Medeiros Leano, autor responsável pela pesquisa intitulada, **CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADES FÍSICAS NO NORDESTE BRASILEIRO**, juntamente com a acadêmica de enfermagem Karina Felipe de Azevedo, assumimos o compromisso de cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, visando assegurar os direitos e deveres que devem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos a responsabilidade indelegável e intransferível mantendo em arquivos todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos endereços correspondente aos sujeitos cadastrados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os dados serão arquivados por um período subsequente de cinco anos. Assumimos o compromisso de apresentar ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) onde o projeto for submetido à avaliação, ou ao CONEP (Comitê Nacional de Ética e Pesquisa) ou ainda as curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

---

HELOISY ALVES DE MEDEIROS LEANO  
Pesquisadora (Responsável)

---

KARINA FELIPE DE AZEVEDO  
Pesquisadora (Participante)

Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP:  
58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA DIVULGAÇÃO DOS  
RESULTADOS**

**TÍTULO: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES  
COM HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADES FÍSICAS NO  
NORDESTE BRASILEIRO.**

Eu, Heloisy Alves de Medeiros Leano, pesquisador responsável pelo presente projeto de pesquisa, juntamente com a graduanda Karina Felipe de Azevedo, afirmamos que o estudo será conduzido utilizando dados secundários proveniente do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Declaramos que não há qualquer cláusula restritiva quanto a divulgação pública dos resultados encontrados, com os devidos créditos aos autores, sejam eles favoráveis ou não para gestores de serviços onde a pesquisa será realizada. Assumimos o compromisso de publicar os resultados em periódicos e eventos científicos nacionais e internacionais.

---

HELOISY ALVES DE MEDEIROS LEANO

Pesquisadora (Responsável)

---

KARINA FELIPE DE AZEVEDO

Pesquisadora (Participante)

Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP:  
58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

## **APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Heloisy Alves de Medeiros Leano, pesquisador responsável e a graduanda Karina Felipe de Azevedo, solicitamos por meio deste documento a dispensa de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo **CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADES FÍSICAS NO NORDESTE BRASILEIRO**. Neste estudo pretendemos analisar a associação da vulnerabilidade programática, social e individual sobre a ocorrência da hanseníase no Nordeste Brasileiro, 2010 a 2015.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: **a)** por ser um estudo que utilizará dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); **b)** pelo fato de que os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; **c)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em um conjunto de dados epidemiológicos, não permitindo a identificação individual dos participantes.

A pesquisa possui riscos mínimos de identificação do indivíduo pelas características individuais (sexo, idade, escolaridade, município de moradia) no banco de dados, mas como não será realizado estudo de caso, os nomes dos indivíduos notificados serão mantidos em sigilo e, os resultados do estudo serão apresentados em conjunto de dados, esse risco é quase nulo. Os benefícios da pesquisa ocorrerão de forma coletiva, uma vez que se trata de um estudo clínico epidemiológico da hanseníase com o propósito de levantar informações, evidenciar possíveis associações e direcionar ações para melhor controle da doença.

O banco de dados ficará protegido e arquivado através de programas computacionais na Universidade Federal de Campina Grande.

O pesquisador e demais colaboradores envolvidos no estudo se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes da pesquisa, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados trabalhados.

---

HELOISY ALVES DE MEDEIROS LEANO

Pesquisadora (Responsável)

---

KARINA FELIPE DE AZEVEDO

Pesquisadora (Participante)

Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP:  
58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

## **APÊNDICE E – NORMAS DA REVISTA DE ENFERMAGEM UFPE ONLINE (REUOL) PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO**

### **Submissões Online**

Diretrizes do autor

#### **● FORMATO DO ARQUIVO**

■ Arquivo em formato Word, tamanho de papel Legal (216 x 357 mm [8,5 x 14 pol.]), Fonte Trebuchet de 12 pontos, espaço duplo em todo o manuscrito, incluindo texto, resumo, agradecimentos, referências, legendas de figuras e tabelas. Todas as páginas e linhas devem ser numeradas sequencialmente e como um documento do Word ou como Rich Text (incluindo todas as tabelas e figuras) com margens padrão (cerca de 1 polegada). Tipos de letra fantasia, itálico, sublinhado e negrito não devem ser usados.

■ Página de título / informação do autor. Todos os arquivos do manuscrito carregados (por exemplo, nome, instituição).

#### **● TÍTULO / AUTOR BIOGRAPHY PAGE**

■ As informações para a página de título / biografia devem estar com identificação do autor no arquivo do Word. A informação deve conter apenas:

■ Título do manuscrito

■ Nomes e credenciais do autor (somente a credencial mais alta, seguida por RN e certificações. Você pode incluir um endereço de e-mail no final do seu endereço de correspondência).

■ Autor (es) Filiação (ões): cargo (se mais de um autor for da mesma instituição, listar primeiro o cargo, o nome da pessoa entre parênteses, depois uma vírgula seguida do cargo do candidato, etc.), departamento, instituição, cidade, estado.

■ Autor correspondente (use este cabeçalho). Para publicação, é preferível usar um endereço de trabalho. Você pode incluir um endereço de e-mail no final do seu endereço de correspondência.

- Informações sobre financiamento e outras informações sobre renúncia ou divulgação.

## ● PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

- Os manuscritos não devem exceder 30 páginas (excluindo resumo, nome (s) do autor e credenciais, tabelas / figuras (total combinado limitado de tabelas e figuras: 5) e referências de no máximo 30 referências).

### ● ABSTRACT (até 200 palavras)

Resumo de trabalho de pesquisa: resumo estruturado de no máximo 200 palavras, com 5 títulos - objetivo, método, resultados, conclusão e descritores \*.

\* 6 (seis) Descritores em Português, Inglês e Espanhol. Para determinar os descritores, consulte o site *Descritores em Ciências da Saúde (DECS)* - <http://decs.bvs.br/> ou *MESH - Medical Subject Headings* <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> . Defina palavras-chave se você não encontrar um descritor correspondente.

- Formatar (aderir aos requisitos de formato agilizará a revisão do seu envio)

- A duração máxima do manuscrito é de 30 páginas (excluindo resumo, autor (es), nomes e credenciais, tabelas, figuras e referências).

• **Tabelas** (informação em 2 ou mais colunas. Total combinado de tabelas e figuras: 5). Fotografias não são aceitáveis. Digite cada tabela, em espaço duplo (incluindo cabeçalhos de coluna, notas de rodapé e dados), em uma página separada. Tabelas podem ser incluídas como parte do arquivo do Corpo Principal. Numere as tabelas em sequência em algarismos arábicos e forneça um título conciso e informativo para cada uma delas. Cada coluna nas tabelas deve ter um cabeçalho conciso descrevendo os dados na coluna. Use letras sobrescritas minúsculas para designar notas de rodapé e digite as notas de rodapé abaixo das tabelas às quais elas se referem. As tabelas são citadas no texto em ordem numérica.

Cada tabela deve poder ser entendida sem consultar o texto.

• **Figuras** (estas incluem desenhos de linhas, diagramas e gráficos / gráficos com caixas e / ou linhas, setas, etc. Total combinado de figuras e tabelas): 5). Cada figura deve ser numerada. Ao usar figuras adaptadas de outra fonte, o autor deve obter permissão por escrito do editor original. Todas as figuras devem ser enviadas prontas para câmera.

• **Fotografias:** as fotografias devem ser coloridas ou em preto e branco, e de qualidade nítida e clara. As imagens digitais devem ser de alta resolução (pelo menos 300 dpi) e salvas no formato JPEG ou TIFF. Arquivos de imagem devem ser colocados no manuscrito; imagens incorporadas em PDF e slides Power Point® não são aceitáveis. As figuras serão impressas apenas em preto e branco. Legendas de figuras não devem ser incluídas no arquivo gráfico.

■ Adicione números de página no canto superior direito de cada página.

■ Justifique corretamente todo o texto, incluindo títulos.

■ Não anote parágrafos; parágrafos separados com um retorno extra.

■ Subdividir o texto em seções principais, inserindo subtítulos.

■ Todos os títulos vão à direita e são distinguidos por nível da seguinte forma:

● Primeiro Nível (Negrito Itálico em Linha Separada)

● Segundo nível de cabeçalho (regular em negrito na linha separada)

■ Coloque os números de referência em sobrescrito. Eles devem ser texto de tamanho normal, sem parênteses.

■ Não use notas finais (ou programas semelhantes) para formatar suas referências. Os números de referência no texto e a listagem de referência inteira devem estar no tipo normal e inserido manualmente. Não use sobrescrito.

■ Não use cabeçalhos ou rodapés em execução.

■ Anexar arquivos contendo elementos de todo o seu manuscrito. As referências seguirão de acordo com o << formato **Vancouver** >> disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) . O texto deve conter no **máximo 30 referências** , entre elas, pelo menos uma das quais deve ser do JNUOL.

■ As referências são em espaço duplo e colocadas no final do arquivo do manuscrito. As referências são citadas consecutivamente por número e listadas em ordem de citação na lista de referências. Sempre que uma referência é repetida no texto, ela usa o mesmo número de referência a cada vez. Os títulos de periódicos devem ser abreviados na listagem de referência

de acordo com o estilo do Index Medicus. Se não estiver listado no Index Medicus, os títulos dos periódicos devem ser explicados.

► Exemplo de referência para um artigo de periódico:

Santos Júnior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Condições de trabalho e fatores ergonômicos de riscos à saúde da equipe de Enfermagem do atendimento de emergência móvel / SAMU na cidade do Recife. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Jan / Mar [citado 2010 Jan 12]; 4 (1): 246-54. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746> doi: 10.5205 / reuol.746-5686-5-LE.0401201032

► Exemplo de referência para um livro:

McSherry R, Wadding A, Pearce P. Governança em saúde através de liderança eficaz. Em: Jasper M, Mansour J. Liderança Efetiva em Saúde. Malden, MA: Blackwell; 2005: 58-72.

**Tempo para a primeira decisão x Hora da publicação dos manuscritos aceitos** : a Revista está comprometida com a rápida revisão e publicação. Com um tempo até a primeira decisão de menos de 21 dias, o tempo de retorno do Journal é o mais rápido entre os concorrentes. O tempo para publicação dos manuscritos aceitos continua a ser encurtado e a equipe editorial tem uma meta de 6 meses desde a aceitação até a publicação.

► Para mais informações, ligue para o escritório editorial em 55-83-99993-6636 ou envie um e-mail para [reuol.ufpe@gmail.com](mailto:reuol.ufpe@gmail.com)

Lista de verificação da preparação da submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade de sua submissão com todos os itens a seguir, e os envios podem ser devolvidos aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Antes de enviar seu artigo para o Editor da revista, por favor, certifique-se de incluir todos os detalhes necessários. Por favor, consulte o Guia do Jornal para Autores para mais detalhes de qualquer item:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/about/editorialPolicies#custom0>

***Para todos os envios online, por favor, certifique-se de ter fornecido :***

A submissão não foi publicada anteriormente, nem é antes de outra revista para consideração (ou uma explicação foi fornecida em Comentários para o Editor).

■ Nome dos autores e do autor designado como autor correspondente, juntamente com:

- Endereço de e-mail
- endereço postal completo
- números de telefone e fax

Veja o Guia para Autores da revista para mais detalhes: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/about/editorialPolicies#custom0>

■ Os nomes e endereços dos outros autores.

● Verifique se os arquivos de texto de envio on-line estão em um formato de processamento de texto padrão (Word, RTF são preferidos).

■ Assegure-se de que a figura (gráficos) seja de alta resolução. Formatos preferidos são TIFF ou EPS. Certifique-se de que todos os arquivos necessários foram com dados para reprodução por Layout de Editor estão disponíveis.

● Todas as tabelas estão presentes (incluindo título, descrição, notas de rodapé).

■ Outras considerações:

● Assegure-se de que seu manuscrito tenha sido 'verificado ortograficamente'.

■ Verifique se as referências estão no formato correto para o diário. (Veja o "Guia para Autores" da revista para mais detalhes: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html))

● Todas as referências mencionadas na lista de referências devem ser citadas no texto e vice-versa.

● Verifique se foi obtida permissão para o uso de material protegido por direitos autorais de outras fontes (incluindo a Web).

Aviso de direitos autorais

**DECLARAÇÃO PUBLICADA DO CONSENTIMENTO INFORMADO**

O (s) autor (es) abaixo assinado (s) transfere (s) todos os direitos autorais do manuscrito (título do artigo) para a Revista da Enfermagem UFPE on-line. O (s) signatário (s) garante que o artigo é original, não infringe os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de um terceiro, que não foi enviado para publicação em outro periódico e não foi publicado anteriormente. O (s) autor (es) confirma (m) que a versão final do manuscrito foi revisada e aprovada por ele (s) >>.

Além disso, concordamos que este manuscrito não foi submetido ou publicado em qualquer outro periódico, incluindo o Journal of Nursing da UFPE on-line - JNUOL, e nenhuma parte do manuscrito está duplicada. Entendemos que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos autorais do manuscrito são transferidos para a JNUOL.

Todos os manuscritos publicados tornam-se propriedade permanente do Journal of Nursing UFPE on-line e não podem ser publicados sem o consentimento por escrito do editor.

---

—

Assinatura do Autor Correspondente Assinatura da Parte Financeiramente Responsável

Assinatura do autor:

---

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail inseridos neste site de revista serão usados exclusivamente para os propósitos declarados desta revista e não serão disponibilizados para qualquer outra finalidade ou para qualquer outra parte.

**ANEXOS**

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM HANSENÍASE ACOMETIDOS POR INCAPACIDADES NO NORDESTE BRASILEIRO

**Pesquisador:** Heloisy Alves de Medeiros Leano

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 87704518.0.0000.5182

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.706.816

#### Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objetivo descrever as características sócias demográficas e clínica epidemiológicas dos pacientes acometidos por incapacidades físicas no momento do diagnóstico no nordeste brasileiro. O estudo será do tipo transversal, descritivo, e natureza quantitativa, onde serão analisados todos os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no SINAN no período de 2010 a 2015 que apresentaram incapacidade física grau 2 no momento do diagnóstico.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever as características sócias demográficas e clínica epidemiológicas dos pacientes acometidos por incapacidades físicas no momento do diagnóstico no nordeste brasileiro, 2010 a 2015.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- A pesquisa possui riscos mínimos de identificação do indivíduo pelas características individuais (sexo, idade, escolaridade, município de moradia) no banco de dados, mas como os resultados serão apresentados em conjunto de dados epidemiológicos, e o nome dos indivíduos notificados será mantido em sigilo no banco, é quase nulo o risco de identificação dos indivíduos notificados.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.706.816

**Benefícios:**

- Os benefícios da pesquisa ocorrerão de forma coletiva, uma vez que se trata de um estudo clínico e epidemiológico da hanseníase com o propósito de levantar informações, evidenciar possíveis associações e direcionar ações para melhor controle da doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância científica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto completo;
- Termo de compromisso dos pesquisadores;
- Termo de divulgação dos resultados;
- Dispensa do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido;
- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.

Acrescentou o instrumento para coleta de dados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado, salvo melhor juízo desta assembleia.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer APROVADO em reunião do Colegiado realizada em 11 de junho de 2018.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1088329.pdf	02/06/2018 09:38:43		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS1.docx	02/06/2018 09:38:04	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.doc	04/04/2018 14:16:38	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito
Declaração de Pesquisadores	c.pdf	04/04/2018 13:01:12	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito
Folha de Rosto	cep.pdf	04/04/2018 12:58:13	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito
Outros	divulgacao.pdf	04/04/2018 12:57:11	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.706.816

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	04/04/2018 12:54:05	Heloisy Alves de Medeiros Leano	Aceito
---	------------------	------------------------	---------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 11 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Januse Nogueira de Carvalho**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br