



Universidade Federal
de Campina Grande

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

JADE NOBRE FELINTO

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014**

CAJAZEIRAS – PB

2015

JADE NOBRE FELINTO

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014**

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

Orientador(a): Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

F315c Felinto, Jade Nobre

Caracterização Epidemiológica da Hanseníase no Município de Pombal - PB, no Período de 2004 a 2014./ Jade Nobre Felinto. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

63f. il.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof^a. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Monografia (Graduação) – UFCG.

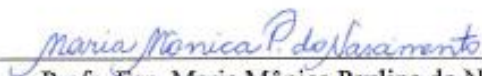
JADE NOBRE FELINTO

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
POMBAL – PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014.**

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

Aprovado em: 02/12/2015

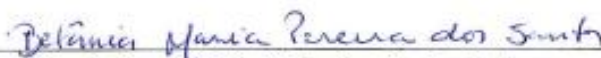
BANCA EXAMINADORA



Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
Orientadora



Profa. Esp. Mary Luce Melquiades Meira
UAENF/CFP/UFCG
1º Membro



Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
ETSC/CFP/UFCG
2º Membro

**CAJAZEIRAS – PB
2015**

Dedico esta monografia aos meus pais Aderlane de Sousa Nobre e João Felinto Neto e a minha irmã Júlia Nobre Felinto.

Pelo amor, apoio, incentivo e compreensão, sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecer acima de tudo a Deus, por ter me abençoado e me dado força para seguir sempre em frente.

Aos meus pais, João e Aderlane, pessoas ímpares, que sempre me apoiaram e lutaram junto comigo na realização desse sonho. Sem vocês nada disso teria acontecido.

À minha irmã, Júlia, pelo companheirismo, amizade, estímulo e amor durante todo esse tempo. Você foi indispensável para seguir em frente.

À minha tia Aucielly, que sempre foi uma inspiração para minha vida e me ajudou quando precisei. Meu muito obrigada.

À minha tia de coração, Skaymmen, que sempre me fez seguir em frente e me incentivou nos momentos difíceis.

Às minhas avós, Josefa e Estela, que mesmo de longe sempre me ajudaram, apoiaram e torceram pela minha vitória.

A toda minha família, que sempre me apoiou de alguma forma nessa árdua caminhada.

Às minhas amigas e companheiras de curso Isaura Carolina, Mayara, Katharine e Marília, que durante todo esse tempo se tornaram minha segunda família.

À minha orientadora, Maria Mônica Paulino do Nascimento, pela compreensão, dedicação, disponibilidade e incentivo na realização desse trabalho.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desse sonho. Vocês fazem parte da minha história, muito obrigada.

FELINTO, J. N. **CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014**. 2015. 63p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras – PB, 2015.

RESUMO

A hanseníase continua sendo um problema de saúde pública no Brasil, representando um grande desafio para as autoridades sanitárias. É uma doença de infecção compulsória, infectocontagiosa, crônica e de evolução lenta, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*. Essa pesquisa proporcionou um conhecimento melhor da magnitude do problema dentro do contexto municipal. O estudo teve como objetivos descrever o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pombal-PB, caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase, e avaliar a taxa de incidência e prevalência da doença no município. Trata-se de um estudo documental, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizada a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Pombal-PB, onde foram obtidos todos os dados de interesse para o estudo. A população foi formada por todos os casos de hanseníase notificados no período de 2004 a 2014 e a amostra composta por 100% da população, 84 casos da doença. A coleta foi realizada do mês de abril de 2015 por meio da consulta às fichas de notificação e do acesso ao programa do SINAN dados para TABWIN, instalados na secretaria de saúde do município. A maioria dos casos da doença ocorreu em pessoas do sexo masculino, adultas, de raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona urbana. A forma clínica predominante foi a dimorfa, com mais de 5 lesões cutâneas, porém a baciloscopia da linfa foi ignorada no momento do diagnóstico. O grau 0 de incapacidade física predominou entre os casos diagnosticados e todos os portadores de hanseníase realizaram um dos esquemas da poliquimioterapia. A maioria dos casos foram detectados através do encaminhamento, notificados como caso novo e em grande parte deles encerrados como cura, porém com alta taxa de abandono de tratamento. Os resultados mostram que no decorrer dos anos ocorreu uma diminuição no número de casos da doença, mesmo assim o município possui alta taxa de incidência e prevalência da hanseníase, não alcançando a meta de eliminação da doença. Perante esses resultados nota-se a necessidade de desenvolvimento de ações de controle mais efetivas por parte dos gestores, com destaque na capacitação dos profissionais de saúde e busca ativa dos contatos, estabelecendo o diagnóstico e o tratamento precoce, com propósito de quebrar a cadeia epidemiológica, tendo em vista o controle e possível eliminação da doença no município.

Palavras-chave: Município. Hanseníase. Perfil Epidemiológico.

FELINTO, J. N. **EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LEPROSY IN THE CITY POMBAL-PB, IN THE PERIOD FROM 2004 TO 2014**. 2015. 63p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2015.

ABSTRACT

The “hanseníase” keeps being a public health problem in Brazil, representing a major challenge for health authorities. It is an illness of compulsory infection, infectious disease, chronic, caused by *Micobacterium leprae*, slow development. This research aimed to describe the epidemiological profile of leprosy in the city of Pombal – PB, characterizes the socio-demographic and clinical profile of leprosy and evaluate the rates of incidence and prevalent of the disease in the city. It deals of a documental, exploratory, descriptive analysis with a quantitative approach. To research development has been used the database of the Information System on Diseases of Compulsory Declaration (SINAN) of the Department of Sanitary and Epidemiological by Municipal Department of Health in Pombal – PB, from where the data reported herein obtained with relevance to the study. The population was formed for all the leprosy cases were registered in the period from 2004 to 2014 and the sample composed by 100% of population, 84 cases of the disease. The collection was carried out in April of 2015 by means consults the appropriate factsheet of notification and the access of the SINAN program data toward TABWIN, installed in the Municipal Department of Health in this city. The majority the cases of the disease occurred in male, adults, brown-race, with low-schooling and residing in urban area. The predominant clinical form was a dimorphic with over 5 skin lesions, however the lymph was ignored at the moment of the diagnosis. The degree 0 of physical disability predominated among the cases diagnosed and all leprosy patients performed one of schemes of polychemotherapy. In most cases, were detected through of routing, notified as new cases and in most of them ending as a cure, but with a high rate of abandonment of treatment. The results shows over the years occurred a decrease in cases of the disease, even so the city have a high rates of incidence and prevalent of leprosy, not reaching the goal of eliminating the illness. In view these results, observe the need of development of control actions more effectives by public managers, particularly in training of health professionals and active search contacts, establishing the diagnosis and early treatment, with purpose to break the epidemiological chain, taking into consideration the control and possible elimination of the disease in the city.

Key words: City; Leprosy; Epidemiological Profile.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição dos dados individuais e de residência dos casos de hanseníase. Pombal-PB, 2004 a 2014.....	26
Tabela 2 – Caracterização clínica da hanseníase. Pombal – PB, 2004 a 2014.....	29
Tabela 3 – Caracterização da hanseníase conforme modo de entrada, modo de detecção, esquema e desfecho terapêutico. Pombal – PB, 2004 a 2014.....	32
Gráfico 1 – Distribuição da hanseníase conforme a classificação operacional. Pombal – PB, 2004 a 2014.....	36
Gráfico 2 – Distribuição da hanseníase conforme o número de contatos registrados e examinados. Pombal – PB, 2004 a 2014.....	37
Gráfico 3 – Taxa de incidência da hanseníase por 100 mil habitantes. Pombal – PB, 2004 a 2014.....	39
Gráfico 4 – Taxa de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes. Pombal – PB, 2004 a 2013.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BAAR – Bacilo Ácido Resistente

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ENH – Eritema Nodos Hansênico

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HD – Hanseníase Dimorfa

HI – Hanseníase Indeterminada

HT – Hanseníase Tuberculóide

HV – Hanseníase Virchowiana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MB – Multibacilar

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paucibacilar

PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância Epidemiológica em Saúde

PQT – Poliquimioterapia

ROM – Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina

RR – Reação Reversa

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SNL – Serviço Nacional de Lepra

SUS – Sistema Nacional de Saúde

TABWIN – TAB para Windows

TCUD – Termo de Compromisso de Uso de Banco de Dados

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 História da Hanseníase	15
3.2 Hanseníase no Brasil	16
3.3 Características Clínicas e Epidemiológicas da Hanseníase	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1 Caracterização da Pesquisa	23
4.2 Local do Estudo	23
4.3 População e Amostra.....	23
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	24
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	24
4.6 Procedimentos para Coleta de Dados	24
4.7 Análise de Dados.....	25
4.8 Posicionamento Ético	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
5.1 Apresentação dos Dados Individuais e de Residência.....	26
5.2 Caracterização dos Casos	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE (S)	53
APÊNDICE A	54
ANEXO (S).....	55
ANEXO A.....	56
ANEXO B.....	57
ANEXO C.....	60
ANEXO D.....	61
ANEXO E.....	62

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, desde dos tempos antigos, é um problema de saúde pública no Brasil e continua representando um grande desafio para as autoridades sanitárias. Apesar de contar com agravantes relacionados às doenças oriundas socioeconomicamente e culturalmente, também é lembrada pelo impacto psicológico resultante das deformidades e incapacidades físicas no curso do adoecimento (SILVA; PAZ, 2010).

É uma doença crônica, granulomatosa, ocasionado pelo *Mycobacterium leprae*. Possui um poder de infectar vários indivíduos, sendo que poucos desenvolvem a doença, propriedade relacionada não só com suas características específicas, como também com sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio (BRASIL, 2009).

Seu contágio ocorre pelas vias aéreas superiores do homem infectado que ainda não iniciou o tratamento através do contato direto e prolongado com o hospedeiro. A transmissão é excluída após o início do tratamento com a polioquimioterapia (PQT). Todavia, possui período de incubação prolongado, geralmente 2 a 7 anos, progredindo de forma lenta e atingindo pessoas de todas as faixas etárias e sexos, ressaltando que crianças são raramente afetadas (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde tem procurado novas estratégias para a eliminação da hanseníase no Brasil. No ano de 2011, o país tinha pouco mais de 29.000 casos notificados, sendo cerca de 2.000 em menores de 15 anos, o que preocupa as autoridades por se tratar de um número elevado. Tendo o Norte, Nordeste e Centro-Oeste como as regiões brasileiras mais endêmicas do país (BRASIL, 2013).

Com relação à Paraíba, a situação epidemiológica, de acordo com dados obtidos entre os anos de 2001 a 2010, mostra que dos 223 municípios, 129 (59%) não notificaram casos em 2010. Dentre todos os municípios, 14 foram considerados hiperendêmicos. A Paraíba possui um dos menores percentuais de cura entre os estados do nordeste brasileiro, ficando à frente apenas da Bahia com 77,8%. (OLIVEIRA, et al., 2013).

Diante de todas essas informações, ressalta-se que o interesse pela temática foi despertado durante o Curso de Graduação em Enfermagem, especificamente nas aulas da disciplina Enfermagem Clínica II e no decorrer do Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras-PB. E foi a partir da escolha do

tema que surgiram os questionamentos acerca da situação da hanseníase no município de Pombal–PB, nos últimos dez anos, bem como o perfil dos portadores dessa doença no referido município.

Assim, o estudo é relevante por propor analisar a situação epidemiológica da hanseníase em um município do sertão paraibano, pois proporcionou conhecer melhor a magnitude do problema dentro do contexto regional, o que pode não apenas colaborar com a elaboração de políticas públicas mais efetivas para a eliminação da hanseníase em caráter municipal e estadual, mas também incentivar o desenvolvimento de novos estudos epidemiológicos sobre essa enfermidade que tanto afeta a qualidade de vida das pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pombal–PB, entre os anos de 2004 a 2014.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase no município;
- Avaliar taxa de incidência e taxa de prevalência da doença dos últimos dez anos.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 História da Hanseníase

A hanseníase é uma enfermidade que vem atravessando séculos, conhecida mundialmente como uma doença contagiosa, mutilante e incurável, fazendo com que o doente seja excluído da sociedade e do seu ambiente familiar. O estigma que carrega vem sendo perdurado até os dias de hoje, exigindo um grande processo de mudança sobre a enfermidade, a primeira delas foi a mudança do nome lepra, como era chamada na antiguidade, para hanseníase (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Devido à forma como se dava o tratamento, através do isolamento compulsório dos enfermos em leprosários, os doentes eram afastados ainda mais da sociedade, o contato com pessoas sadias era restrito, muitas vezes, eram expulsos de casa e do convívio familiar (TRIERVEILER et al., 2011).

Os primeiros registros da hanseníase ocorreram na Índia, China e países da África. Na Europa, os primeiros casos surgiram na Idade Média, e na América foram em meados do século XVI, através de imigrantes europeus e também por escravos africanos (OPROMOLLA; LAURENTI, 2010).

Acreditava-se que a lepra, como era chamada antigamente, era uma punição divina. Em 1873, um norueguês relacionou a doença com o microrganismo *Mycobacterium leprae*, tendo a confirmação da sua natureza infecciosa (PEREIRA et al., 2012).

Tomando como referência a Bíblia, a hanseníase é considerada uma das doenças mais antigas da humanidade. Denominada como “KUSHTA” ou “LAI-FOM” em seus primeiros registros na Índia há 1500 a. C., atingindo também, na mesma época, a China, Sul da Ásia, Japão, Pérsia, Egito e países mediterrâneos. A lepra possuía também uma denominação bíblica “tsara’ath” oriunda do hebraico. Sua banalização fazia com que, após receber o diagnóstico de “lepra”, o enfermo fosse “isolado” da sociedade e passasse a carregar para sempre o atributo de “leproso” (ALVES; OLIVEIRA, 2011).

O preconceito e a exclusão sempre fizeram parte da vida dos leprosos. Os portadores de hanseníase eram afastados do convívio social. De acordo com a Bíblia, a cura para a doença só era possível após o perdão dos pecados, uma espécie de purificação. Na Idade Média, os doentes

eram isolados em cabanas para passarem por um ritual simbólico semelhante às missas fúnebres, denominada morte social (MARTINS et al., 2012).

Nos dias de hoje, a maioria dos casos de hanseníase se concentram em países tropicais e subtropicais, sendo esses onde também se concentravam a pobreza, a má higiene e a desinformação entre a maioria da população. Levando a pensar que sua ocorrência esteja diretamente relacionada com esses fatores (SOUZA, 2012).

3.2 Hanseníase no Brasil

A hanseníase entrou no Brasil por vários pontos do litoral, com a chegada dos primeiros colonizadores portugueses, contribuindo para sua disseminação também os africanos. Já os índios americanos e principalmente os brasileiros não eram portadores da doença (EIDT, 2004).

Caracterizada por ser uma doença endêmica em países com altas taxas de pobreza e políticas públicas ausentes, a hanseníase ficou conhecida oficialmente no Brasil na década de 1970, por lepra, mal de Lázaro, morfeia e doença de Hans (ALVES; OLIVEIRA, 2011).

O contexto da hanseníase no Brasil corresponde com a sua colonização. Mesmo não possuindo registro entre os índios, a endemia era encontrada em Portugal e nas ilhas africanas (SOUZA; SENA, 2012).

No ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, foram notificados os primeiros casos de hanseníase no Brasil. Através da ordem do então governador-geral da cidade, Gomes Freire de Andrade, no ano de 1741, ocorreram os primeiros internamentos de leprosos. Foram recolhidos 52 indivíduos portadores da doença para pequenas casas em São Cristóvão, que eram sustentados por esmolas e recebiam os cuidados necessários de enfermeiros voluntários, frades franciscanos e negras que eram condenadas por crimes graves (SÁ; SIQUEIRA, 2013).

A hanseníase se destacou com maior incidência nos estados do Rio de Janeiro, Bahia e Pará, no século XVII, avançando posteriormente para o interior. A solução, naquela época, para interromper o avanço da doença por todo o território brasileiro foi o asilamento dos portadores. O primeiro asilo para os doentes foi fundado no ano de 1714, na cidade de Recife, que logo em seguida originaria o Hospital de Lázaros, em 1789. A Coroa Portuguesa não apoiava a iniciativa. Nesse período, a assistência era prestada por instituições de caridade, e o governo

não tomava conhecimento do andamento da endemia, havia uma objeção na elaboração de medidas de saúde pública para controlar a hanseníase (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

A medida do isolamento era dita como salvadora para a “lepra”, já que era considerada uma doença incurável e motivo de inúmeros danos individuais e sociais. Essa foi a decisão que se deu na I Conferência Internacional da Lepra. Logo após questionamentos, o Brasil passou a adotar o isolamento compulsório como tentativa de controle (SAVASSI, 2010).

A internação compulsória ocorreu a partir de 1924, quando o governo brasileiro decidiu acolher o controle da hanseníase baseado em que, se o doente fosse retirado do convívio, estaria salvando a sociedade saudável. O suspeito da doença era recolhido pela Guarda Sanitária e isolado em leprosários, como eram chamados os hospitais-colônias da época (CASTRO; WATANABE, 2009).

Foi a partir do ano de 1930 que ocorreu a intensificação na implantação dos leprosários. Sendo assim, no ano de 1945, o número de cidades hospitais, como eram chamados, ultrapassavam duas dezenas. No Brasil, essas construções eram consideradas uma resposta para um problema ainda sem solução (AMORA, 2009).

O governo federal adotou um novo tipo de controle da doença quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde, com o Serviço Nacional de Lepra (SNL), que tinha o objetivo de desenvolver ações fundamentadas em atender os pacientes já infectados através da reclusão nos leprosários; prevenir, cuidando dos comunicantes; e realizar novos diagnósticos da doença. Além disso, era feito um trabalho de educação em saúde com a população, através da divulgação sobre a importância de um exame médico (CETOLIN et al., 2010).

Em relação à história terapêutica da hanseníase, existem dois momentos importantes, antes e depois da sulfona, que condizem a Era Pré-Quimioterápica com o Óleo de Chaulmoogra e a Era Quimioterápica com o advento da sulfona. A quimioterapia sulfônica possibilitou a negatização bacteriológica e o fim do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase (BASTOS, 2010).

No ano de 1959, a sulfona foi adotada como medicamento pela “Campanha Nacional Contra a Lepra” fazendo com que a internação em leprosários fosse extinta. Mas foi somente em 1962, após a aprovação do Decreto 968 de 7 de maio, que o isolamento foi oficialmente extinto. Apesar dessa conquista, a internação compulsória persistia, sendo eliminada em 1986,

quando houve a recomendação que os leprosários fossem transformados em hospitais-gerais (CAVALIERE; COSTA, 2011).

O termo lepra foi substituído por hanseníase em 1976, pelo Ministério da Saúde, nos serviços de saúde e nas campanhas para divulgação da doença na época, com o objetivo de minimizar o preconceito e as atitudes de discriminação (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/ SUS 01/2001), ocorreu a garantia da universalização e a descentralização da assistência à saúde, o que regulamentou e ampliou a responsabilidade dos municípios no que diz respeito a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Determinando a atenção primária como área estratégica para a eliminação da hanseníase (LANZA; LANA, 2011).

Em 2006, aconteceu o lançamento do Pacto Pela Vida, que representa o compromisso dos gestores do SUS, baseado em prioridades, que são estabelecidas como metas por possuírem impacto sobre a situação de saúde do Brasil. O programa é pactuado em seis grandes vertentes, uma delas é o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, como a hanseníase (FADEL et al., 2009).

O Congresso Nacional sancionou a Lei 11.520 de 18 de setembro de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias, até dia 31 de dezembro de 1986, sendo esta de caráter intransferível, vitalício e mensal (BRASIL, 2007).

3.3 Características Clínicas e Epidemiológicas da Hanseníase

É uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, cuja evolução é crônica, atingindo predominantemente a pele e os nervos periféricos. Mesmo sendo curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial e compromete a qualidade de vida do portador. Para sua transmissão, é necessário um convívio prolongado com pacientes transmissores do bacilo, que é eliminado pelas vias aéreas superiores dos indivíduos multibacilares (SOUSA et al., 2013).

Sua ocorrência está associada a uma série de fatores, que incluem: fatores ambientais, individuais, socioeconômicos e culturais. Além dos relacionados à doença e aos serviços de saúde, como a relação parasito-hospedeiro e a imunização (GARCIA et al., 2013).

A manifestação da doença ocorre através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, por meio do aparecimento de lesões de pele e lesões de nervos periféricos. Os primeiros sintomas são manchas brancas e vermelhas, que surgem em qualquer parte do corpo. O comprometimento de nervos periféricos surge como principal característica da doença, progredindo para incapacidades físicas e deformidades, acarretando múltiplos problemas para o portador de hanseníase. Em relação a sua transmissão, acredita-se que ocorra através do contato íntimo e prolongado com o paciente bacilífero por meio da inalação dos bacilos, dependendo também de fatores externos. No entanto, a cadeia de transmissão é interrompida quando o doente inicia o tratamento quimioterápico (MOREIRA et al., 2014).

O número de lesões na pele é usado para classificar a doença com finalidade terapêutica. Indivíduos que apresentam até cinco lesões são classificados como Paucibacilares (PB) e não tem capacidade de transmissão devido à baixa carga bacilar, enquanto aqueles que apresentam mais de cinco lesões de pele e baciloscopia positiva são classificados como Multibacilar (MB), possuindo uma alta carga bacilar e poder de contágio (BRASIL, 2008).

A hanseníase indeterminada (HI) é caracterizada por manchas hipocrômicas na pele, únicas ou múltiplas, com alteração de sensibilidade e limites indefinidos. Por ser um estágio inicial da doença, não há um comprometimento de troncos nervosos e, desta forma, não ocorrem alterações motoras que desenvolvam incapacidades, podendo ocorrer apenas o comprometimento da sensibilidade térmica, sendo conservadas as sensibilidades dolorosas e táteis. Quanto à baciloscopia, nessa fase, o resultado geralmente é negativo; mas, caso seja positivo, sugere evolução da doença (PEREIRA et al., 2012).

Na hanseníase tuberculóide (HT), a infecção é restrita a poucos locais na pele. Manifesta-se como máculas ou placas bem definidas, com bordas bem delimitadas, hipocrômicas, eritematosas, regulares ou irregulares, circulares ou anulares. Geralmente a lesão é única, apresentando distúrbio de sensibilidade, sudorese e vasomotor. Em caso de lesão neural, ela é agressiva, acometendo habitualmente apenas um nervo periférico. Devido à resposta inflamatória elevada, o nervo pode apresentar edema e compressão, resultando em incapacidades físicas. Neste caso, a baciloscopia é negativa (NEDER, 2014).

A hanseníase dimorfa (HD) caracteriza-se por um grupo de instabilidade imunológica. Sua morfologia mistura os tipos virchowiana e tuberculoide, havendo uma predominância que oscila entre os dois tipos, fazendo com que haja uma variação nas manifestações clínicas que acometem a pele, os nervos e os sistemas. Suas lesões são papulosas com centro hipocrômico e bordas ferruginosas, ausência de sensibilidade ou anestesia, sendo suas manifestações semelhantes às outras formas. Nesse caso, a baciloscopia pode ser positiva ou negativa (TAVARES, 2013).

A hanseníase virchowiana (HV) é altamente contagiosa, sendo que a transmissão depende da exposição íntima e prolongada com o hospedeiro. Caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas e vias aéreas superiores, nervos, olhos, testículos, chegando a afetar também os linfonodos, o fígado e o baço. Sua manifestação na pele ocorre através de pápulas, nódulos e máculas. A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva (OLIVEIRA; MACEDO, 2012).

O diagnóstico da hanseníase é, sobretudo, clínico e baseado no achado de um ou mais sinais, como a presença de lesões cutâneas com perda de sensibilidade, identificação de bacilos no raspado intradérmico e nervos periféricos espessados. Existem poucos exames que auxiliam no diagnóstico da hanseníase, são eles: baciloscopia, histopatologia, teste de Mitsuda, sorologia e reação em cadeia da polimerase (PCR), sendo que os últimos não fazem parte da rotina das unidades de saúde. O teste de sensibilidade é realizado com monofilamentos para detecção de alteração nas lesões de pele. E, como cerca de 30% dos pacientes não manifestam nenhum sinal e sintoma já citado, o diagnóstico se torna difícil e, aliado à resistência dos pacientes em procurar atendimento médico, conclui em um diagnóstico tardio, com o aparecimento de sintomas irreversíveis (MOURA, 2014).

No exame dermatológico, são identificadas lesões de pele através da inspeção de toda superfície corporal do paciente e realização da pesquisa de sensibilidade nas áreas suspeitas para verificação de qualquer alteração. O instrumento utilizado para realização do teste é o estesiômetro, que utiliza a técnica de tocar primeiramente a pele sã e em seguida a superfície suspeita, usando o método de investigação térmico, dolorosa e tátil. As lesões neurológicas são identificadas com a inspeção de olhos, nariz e membros superiores e inferiores. Em relação aos nervos periféricos, é feita a palpação, determinando a força muscular e a extensão dos movimentos, com propósito de verificar possíveis deformações (BRASIL, 2008).

Quanto ao exame laboratorial, o *Mycobacterium leprae* é diagnosticado através da baciloscopia. Se trata de uma técnica de coleta da linfa, através do raspado dérmico dos lóbulos das orelhas, cotovelos e da lesão de pele em análise, para comprovação do índice baciloscópico em microscópio, possuindo um índice de variação entre zero e seis cruces, o que determina se a baciloscopia será positiva ou negativa (RIBEIRO et al., 2014).

O tratamento padrão para a hanseníase é a poliquimioterapia (PQT), de acordo com a classificação operacional da doença. O esquema tem duração de 28 dias. Em pacientes Paucibacilares (PB) possui duração de seis a nove meses, sendo: uma dose mensal supervisionada de rifampicina de 600mg (adulto) e 450mg (criança), dapsona com uma dose mensal supervisionada e uma dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (crianças). Enquanto que o esquema Multibacilar (MB) tem duração média de doze a dezoito meses, com: dose mensal supervisionada de rifampicina de 600mg (adulto) e 450mg (criança), dapsona com dose mensal supervisionada e dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança) e clofazimina com uma dose mensal supervisionada de 300mg (adulto) e 150mg (criança) e uma dose diária de 50mg (adulto) e 50mg (criança), sendo tomada em dias alternados (BRASIL, 2010b).

Os mecanismos que causam deformidades em portadores de hanseníase mais frequentes são os neurogênicos (perda de função neural) e inflamatório (reação imunológica). São considerados primárias dentre as causas neurogênicas: perda sensitiva, motora e autonômica; secundárias: retrações, lesões traumáticas e infecções pós traumáticas. As complicações mais frequentes despontam na face, nos olhos (lagofalmo parcial ou total, opacidade da córnea, madarose, triquíase e perda da sensibilidade da córnea), no nariz, nas mãos e nos pés (garras rígidas ou móveis, ressecamento de pele, hipotrofias, úlceras e reabsorção óssea). E nas causas inflamatórias as principais manifestações são as reações hansênicas, que se tratam de intercorrências oriundas da reação de sistema imunológico no decorrer da doença e surgem como episódio inflamatório agudo e subagudos, com forte relação na instalação das incapacidades e deformidades físicas (DUARTE et al., 2014).

A reação tipo 1 ou reação reversa indica o aumento da imunidade celular, é caracterizada por eritema e edema das lesões pré-existentes e o surgimento de novas pápulas e placas eritematosas. Esses fenômenos reacionais ocorrem geralmente durante o tratamento ou mesmo até depois dele ter sido concluído (SOUZA, 2010).

A reação tipo 2 pode ocorrer nas formas multibacilares, antes, durante ou após o tratamento, desencadeadas por situações diversas, como gravidez, puberdade, infecções,

estresse emocional, vacinação, dentre outros. O quadro nessa fase é variado, dependendo do órgão que houve depósito do imunocomplexo formado, como eritema nodoso, artrite, febre, vasculite cutânea, fotossensibilidade, hiperemia cutânea, orquiepididimite, ofomerulonefrite, pericardite, pleurite ou aparecimento de anticorpos séricos, dentre outros (TEIXEIRA JÚNIOR; SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Para as reações hansênicas o tratamento é realizado com medicamentos imunossupressores, como a prednisona, ou teratogênicos como a talidomina. Na reação tipo 1 é recomendado a prednisona em dose diária de 1 a 2mg/kg/dia, sendo mantida até melhora acentuada do quadro reacional. Para a reação tipo 2 é recomendado o uso da talidomida em dosagem diária de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica, sendo mantida a dose até a melhora do quadro clínico reacional. No Brasil o uso da talidomina é proibido para mulheres em idade fértil, de acordo com a Portaria nº 354 de 15 de outubro de 1997, pois, diante de uma gravidez a criança adquire a Síndrome da Talidomina, adquirindo deformidades. Nesses casos de reações os pacientes seguem o tratamento com a PQT normalmente (OLIVEIRA et al., 2011).

Mesmo com o tratamento nos portadores de hanseníase, é de vital importância o acompanhamento dos contatos domiciliares e peridomiciliares dessas pessoas, em especial naqueles que residem por um período mínimo de três meses até cinco anos antes do diagnóstico, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da hanseníase (GARCIA, et al., 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo documental com abordagem quantitativa.

O modelo de pesquisa descritivo do tipo documental tem como principal característica a descrição das características da população estudada. A coleta de dados é restritamente formada por documentos, escritos ou não, o que é denominado de fontes primárias, podendo estas serem geradas no momento em que o fenômeno ocorre, ou depois. As fontes de coleta de dados para esse tipo de pesquisa podem ser: fontes estatísticas, arquivos públicos e arquivos particulares (MARKONI; LAKATOS, 2010).

A abordagem quantitativa é considerada o que pode ser estimável, de modo que opiniões e informações são expressas em números com o intuito de analisar e caracterizar argumentos. Sendo assim necessário o uso de técnicas e recursos estatísticos (KAUARK, MANHÃES, MEDEIROS, 2010).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Pombal, mais precisamente, no departamento de Vigilância Epidemiológica, na Secretaria Municipal de Saúde do mesmo, que fica localizado no sertão paraibano, distante 381 Km da capital João Pessoa-PB, com uma população de 32.684 habitantes. Possui uma área territorial de 888,807 km² (IBGE, 2014).

O município é composto por doze Unidades Básicas de Saúde, o Hospital Regional Senador Ruy Carneiro, uma Policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Sua principal atividade econômica é o comércio, seguida da agricultura e pecuária.

4.3 População e Amostra

População é considerada o total de indivíduos que possuem aspectos iguais estabelecidos por uma determinada pesquisa (PRODANOV; FREITAS, 2013). Amostra é a parte de um todo, vista como mais representativa (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A população foi formada por todos os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, ofertados pelo banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal-PB. Fez parte da amostra 100% da população, ou seja, 84 casos de hanseníase notificados entre 2004 e 2014.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi definido como medida de inclusão e exclusão: o caso notificado residir no município de Pombal-PB e ter sido notificado no intervalo de tempo do estudo. Foram excluídos da amostra os casos com erro de diagnóstico.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

Foram utilizadas informações do banco de dados municipal, do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) relativo à hanseníase para realização da pesquisa. O instrumento de coleta de dados que foi utilizado na pesquisa foi elaborado de acordo com as variáveis utilizadas na ficha do SINAN-hanseníase, tais como: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, zona, forma clínica, classificação operacional, número de lesões cutâneas, número de nervos acometidos, baciloscopia, avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, esquema terapêutico, desfecho terapêutico inicial, número de contatos registrados e número de contatos examinados.

4.6 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2015, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal – PB.

Primeiramente foi realizado contato com a Secretaria de Saúde de Pombal-PB e o Coordenador Municipal de Vigilância Epidemiológica, com a finalidade de autorizar a realização do estudo, neste mesmo momento foi entregue o Termo de Anuência (APÊNCICE), logo após a autorização para realizar a pesquisa, deu-se início a consulta as fichas do SINAN correspondentes aos anos de 2004 a 2014 que fazem parte dos arquivos, assim como no programa SINAN dados e TAB para Windows (TABWIN), instalados na Secretaria Municipal de Saúde do Município.

4.7 Análise de Dados

Para tabulação e confecção dos gráficos e tabelas foi utilizado o Programa Microsoft Excel (2013), os dados foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e os resultados apresentados através de gráficos e tabelas, com frequência e percentual, sendo todos discutidos de acordo com literatura pertinente.

Para análise da situação epidemiológica da hanseníase no local em estudo, foram utilizados os cálculos dos indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e taxa de prevalência anual (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Taxa de incidência: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de hanseníase em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000 \text{ habitante}$

Taxa de Prevalência: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de hanseníase existentes em curso de tratamento, em 31 de dezembro do ano, na população residente}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 10.000 \text{ habitantes}$

4.8 Posicionamento Ético

A pesquisa foi realizada de acordo com todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Toda e qualquer pesquisa em seres humanos realizada no Brasil deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O parecer ético de toda proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser separada de sua análise científica. Contudo, estes comitês têm o direito de apreciar os orçamentos dos projetos submetidos à sua apreciação (BRASIL, 2013).

Como forma de respeito à legislação e ao ser humano em sua dignidade, foi apresentado, discutido, esclarecido e assinado pelos pesquisadores um Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados. Este documento irá servir como proteção legal tanto para o pesquisador responsável quanto para o pesquisador participante e teve o objetivo de esclarecer de maneira simples e clara ao pesquisado o seu intuito na pesquisa, garantindo o anonimato e o sigilo.

O projeto foi submetido, através da Plataforma Brasil, ao CEP da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, sendo aprovado através do parecer de N°. 1.171.927.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta fase do estudo, serão exibidos os resultados alcançados a partir da análise das fichas do SINAN – Hanseníase, do Município de Pombal – PB, no período de 2004 a 2014. A amostra do estudo foi composta por 84 casos notificados no período de 10 anos. Os dados colhidos nessa amostra serão apresentados em três partes: dados sociodemográficos, caracterização dos casos e indicadores epidemiológicos e análises através da estatística descritiva simples. Para os indicadores epidemiológicos, foram calculadas taxas de incidência e prevalência anual, com o objetivo de melhor analisar o perfil epidemiológico da doença no município.

5.1 Apresentação dos Dados Sociodemográficos

Tabela 1 – Distribuição dos dados individuais e de residência dos casos de hanseníase. Pombal–PB, 2004 a 2014.

VARIÁVEIS	f	%
Sexo		
Masculino	46	54,77
Feminino	38	45,23
Faixa Etária		
<15	06	7,14
16-30	22	26,19
31-45	17	20,23
46-60	26	30,95
61-75	06	7,14
>76	07	8,33
Raça/cor		
Parda	29	34,52
Branca	25	29,76
Preta	09	10,71
Ignorado/Branco	21	25
Escolaridade		
Não Alfabetizado	23	27,38
Ensino Fundamental	27	32,14
Ensino Médio	06	7,14
Ensino Superior	01	1,19
Ignorado/Branco	27	32,14
Zona		
Urbana	71	84,52
Rural	10	11,90
Ignorado/Branco	03	3,57
TOTAL	84	100

Fonte: Própria pesquisa/2015

Nos dados levantados, constatou-se que, no município de Pombal-PB, a doença prevaleceu nos indivíduos do sexo masculino. Os resultados estão em harmonia com diversos estudos, entre eles os encontrados no de Almeida et al. (2013) realizado em Fortaleza-CE, onde a hanseníase acometeu principalmente homens, com 52%, também confirmado no de Neves et al. (2013).

Mesmo a hanseníase ocorrendo predominante em homens, o número de mulheres afetadas vem crescendo em todas as regiões brasileiras, excluindo assim, a ideia da doença ser de cunho masculino (PAES et al., 2011). Para tal afirmação, têm-se outros estudos que também mostram a hanseníase como uma doença que pode afetar as mulheres em maior número (BATISTA et al., 2011; MELÃO et al., 2011).

Moreira et al. (2014) menciona que as mulheres têm maioria na inserção em unidades básicas de saúde. Segundo Campos et al. (2005), esse fato se dá devido ao maior número de programas específicos para a saúde da mulher e da criança, já que tem acesso a este último ao levarem seus filhos para as consultas.

No entanto, de modo geral, vale ressaltar que dados nacionais mostram uma predominância dos casos em indivíduos do sexo masculino, isso se dá, geralmente, pela falta de preocupação com o corpo e a saúde e o risco de exposição à doença estarem relacionados à ocorrência de tal situação (SOUZA et al., 2011).

Observa-se, ainda, que, na maioria dos casos, os acometidos estão na faixa etária adulta, com idade entre 46-60 anos, correspondendo a 30,95% das ocorrências da hanseníase. Para confirmar esse fato, tem-se o estudo realizado por Brito et al. (2014), que identificou, em grande parte dos casos, a ocorrência entre 46-60 anos, corroborando com os achados desta pesquisa. Outrossim, conforme a Tabela 1, a hanseníase acometeu menores de 15 anos em 7,14% casos. Sendo ratificado por Hacker et al. (2012), que encontrou a ocorrência de hanseníase nessa faixa etária nas cidades do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, respectivamente em 9,8% e 14,9% dos casos.

Além do mais, de acordo com Luna et al. (2013), mesmo a hanseníase sendo considerada uma doença do adulto e do adulto jovem, existe um número expressivo de casos em indivíduos com idade inferior a 15 anos. Isso ocorre devido à exposição prematura ao bacilo, na maioria das vezes em regiões endêmicas, onde o contágio acontece de forma exagerada.

Souza et al. (2011) destaca que a detecção de novos casos em indivíduos com a faixa etária inferior a 15 anos é um evento de alerta para a transmissão. Mostrando a exigência na realização de atividades de vigilância epidemiológica e investigação ativa para a detecção da fonte dessa transmissão.

A hanseníase no município de Pombal/PB ocorreu em maior frequência em pessoas de cor parda com 34,52% casos. Resultados do estudo de Vieira et al. (2014) corroboram com desta pesquisa, com 46,1% dos casos ocorridos acometem a raça/cor parda. Isso não significa dizer que a hanseníase é uma doença que ocorre predominantemente em indivíduos da cor parda; mas, segundo Lima et al. (2009), existe uma predominância da cor parda no Nordeste brasileiro, com 37,2%, pelo fato da forte miscigenação da Região, fazendo com que ela se destaque em relação as outras.

Quanto a escolaridade, a maioria dos casos da doença ocorreram entre pessoas com ensino fundamental, equivalente a 32,14% dos casos, e com a mesma porcentagem foi encontrado registros no campo ignorado/branco. Outro dado que se destaca foi o grande número de indivíduos não alfabetizados, 27,38% dos casos.

A pesquisa de Ribeiro et al. (2013) realizada no estado do Maranhão entre 2001 e 2009 mostrou que a maioria dos indivíduos portadores de hanseníase possuíam o ensino fundamental, com 53% dos casos. Ademais, Miranzi et al. (2010) mostra que um número elevado de indivíduos apresentou a escolaridade ignorada, corroborando com os dados dessa pesquisa. Com essa diagnose, pode-se ter o entendimento de que grande parte dos portadores de hanseníase possui uma baixa escolaridade ou não possui escolaridade, o que contribui de forma significativa para a falta de conhecimento acerca da doença e suas manifestações clínicas, dificultando o diagnóstico precoce. Esses dados reforçam a importância da educação no processo saúde-doença e revelam que sua disseminação também é um problema social.

De acordo com este estudo, também, foi observado que a hanseníase possui um perfil endêmico urbano, com 84,52% dos casos, pois houve uma predominância de casos registrados em indivíduos citadinos. Provavelmente, pelo fato dessa população ter acesso ao serviço de saúde mais facilmente, comparado com a zona rural. Esse resultado pode estar associado à maior facilidade de busca ativa pelos portadores da doença e seus contatos, diferentemente da zona rural devido às limitações geográficas e estruturais, podendo interferir tanto no diagnóstico precoce como na adesão ao tratamento.

De acordo com Silva et al. (2008), os indivíduos que ocupam grandes centros urbanos estão mais predispostos a reproduzir a doença. A hanseníase atinge as pessoas que possuem baixo grau de escolaridade, baixa imunidade, que não possuem saneamento básico e que vivem em condições sociais desfavorecidas (OLIVEIRA et al., 2010).

5.2 Caracterização dos Casos

Tabela 2 – Caracterização clínica da hanseníase. Pombal – PB, 2004 a 2014.

VARIÁVEIS	F	%
Forma clínica		
Indeterminada	20	23,80
Tuberculóide	14	16,66
Dimorfa	23	27,38
Virchowiana	14	16,66
Não classificada	13	15,47
Nº de lesões cutâneas		
Nenhuma	05	5,95
Lesão única	18	21,42
2-5 lesões	22	26,19
>6 lesões	35	41,66
Ignorada/branco	04	4,78
Nº de nervos afetados		
Nenhum	08	9,52
1 nervo	07	8,33
>2 nervos	03	3,57
Ignorado/branco	66	78,57
Baciloscopia		
Positiva	07	8,33
Negativa	03	3,57
Não realizado	07	8,33
Ignorada/branco	67	79,76
Avaliação do grau de incap. física		
Grau 0	46	54,76
Grau 1	19	22,61
Grau 2	04	4,76
Não avaliado	15	17,85
TOTAL	84	100

Fonte: Própria pesquisa/2015

Conforme a Tabela 2, a forma clínica que predominou durante o período do estudo foi a dimorfa, com 27,38% dos casos notificados. Além da importância epidemiológica da predominância de uma forma multibacilar, outro dado considerável é o número elevado de casos não classificados, representando 15,47% dos casos, o que pode estar associado a dificuldade de diagnóstico da hanseníase pelas equipes de saúde. Resultados da pesquisa de

Ribeiro et al. (2013) no estado do Maranhão, mostraram que a forma dimorfa correspondeu a 33,3% dos casos e que 13,4% dos casos não foram classificados, corroborando com os achados deste estudo.

De acordo com o Ministério da Saúde, o predomínio da forma dimorfa mostra que o diagnóstico está sendo feito tardiamente, tornando esse dado preocupante e relevante, pois como essa forma clínica apresenta alta carga bacilar, enquanto não for realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento com a PQT, o contato com outros indivíduos contribui para a transmissão da hanseníase, já que essa forma é contagiosa (BRASIL, 2008).

Em compensação, os dados também apontam um número significativo de indivíduos classificados com a forma indeterminada, 23,80% dos casos, indicando que, mesmo apresentando a maioria dos casos da forma dimorfa, uma parte dos casos está sendo diagnosticada previamente, pois a forma indeterminada representa as manifestações iniciais da doença, o que pode, em alguns casos, evoluir para a cura de forma espontânea. Os casos paucibacilares, embora de sintomatologia mais simples, também precisam de atenção devido à possibilidade de poder evoluir para formas mais graves da doença, com a instalação de incapacidades físicas, quando o tratamento não é instituído no tempo adequado.

Quando analisado os casos em relação ao número de lesões, pode-se verificar que a maior parte de indivíduos apresentou seis ou mais lesões, representando 41,66% dos casos, seguido dos indivíduos com duas a cinco lesões com 26,19% dos casos, compatível com o predomínio da forma dimorfa.

Os achados supracitados corroboram com os encontrados por Barbosa et al. (2014), no estado do Maranhão, o estudo mostrou que no período de 2001 a 2012, 73,41% dos casos apresentaram mais de seis lesões cutâneas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os casos classificados em paucibacilares (PB) são aqueles que apresentam entre uma e cinco lesões e resultado da baciloscopia negativo; e multibacilares, (MB) os que possuem número de lesões superior a cinco, com ou sem resultado de baciloscopia positivo (BRASIL, 2010).

Ao analisar os casos quanto ao número de nervos acometidos, percebe-se que dos 84 casos, 78,57% dos casos foram registrados como ignorados/branco; 9,52% não possuíam nervos acometidos, 8,33% apenas um nervo e 3,57% dos casos possuíam número superior a dois nervos afetados. Estes achados corroboram com os que foram encontrados no estado de

Rondônia por Vieira et al. (2014), em que mostraram um índice elevado de casos ignorados em relação ao número de nervos acometidos.

Devido a esse alto índice de dados ignorados ou em branco no presente estudo, surge o questionamento sobre a importância que está sendo concedida à investigação dos nervos acometidos no momento da avaliação dos portadores de hanseníase. É notório, diante dos números apresentados, a falta de atenção que vem sendo dada a tal avaliação durante o diagnóstico. Esse problema pode ser ocasionado pela falta de segurança dos profissionais de saúde em realizar a avaliação, ou pela não percepção da importância do exame, sendo vultoso que os gestores municipais façam maiores investimentos em capacitação contínua dos profissionais.

Quanto a baciloscopia, em 79,76% dos casos, a informação também foi registrada como ignorada ou em branco, além dos 8,33% que não realizaram o exame, uma vez que a grande maioria dos casos de hanseníase do município não tiveram acesso à baciloscopia da linfa no momento do diagnóstico. Dados semelhantes foram encontrados por Ribeiro et al. (2013) no estado do Maranhão, onde 87,2% dos casos tiveram registro de baciloscopia como ignorada/branco.

Nos casos onde a baciloscopia foi realizada, o número de resultados positivo foi superior aos de negativo, o que reforça a ideia de diagnóstico tardio. Em outros estudos, o número de baciloskopias negativas superaram os de positiva (SILVA et al., 2013; OLIART-GUZMAN et al., 2011).

A baciloscopia é um exame complementar no diagnóstico da hanseníase, entretanto, o resultado negativo não exclui a presença da doença, de modo que o resultado positivo identifica as formas MB (BRASIL, 2008).

Foi possível perceber que os casos multibacilares predominam no município, o que significa que a doença encontra-se em plena endemia. Se conjecturarmos o percentual de baciloskopias com resultados positivos no presente estudo, podemos supor que a quantidade de pacientes bacilíferos provavelmente seja bem maior do que o detectado. Aliás, caso todas as baciloskopias tivessem sido registradas, certamente esse número teria sido mais elevado.

No que concerne a variável incapacidade física, no tempo analisado, foram notificados 54,76% casos com grau zero, 22,61% com grau um, 4,76% com grau dois e 17,85% não foram avaliados. Diante dos dados apresentados, é pertinente dizer que a maioria dos casos não apresentaram incapacidades no momento do diagnóstico, significando um aspecto positivo,

pois, apesar do alto número de casos MB, boa parte deu início ao tratamento antes que qualquer incapacidade fosse instalada. De acordo com Lima et al. (2010), esse fato está ligado com uma provável melhora na assistência à saúde, com o diagnóstico prematuro, busca ativa de contatos e maior oferta de atendimentos, entretanto, pode ser efeito das subnotificações da doença.

Por outro lado também pode-se considerar que houve um número elevado de casos com algum tipo de incapacidade no momento do diagnóstico, o que não deveria ocorrer, pois as incapacidades podem ser prevenidas através do diagnóstico precoce da doença. Pode-se inferir um certo despreparo por parte dos profissionais para a avaliação do grau de incapacidade física, pois também houve uma parcela importante de casos não avaliados, mesmo sendo um indicador operacional importante para o programa de hanseníase.

Pesquisa realizada por Batista et al. (2011), na cidade do Rio de Janeiro, mostrou que 72,7% dos casos de hanseníase apresentaram grau 0 de incapacidade física no momento da realização do diagnóstico, corroborando com os resultados do presente estudo.

Tabela 3 – Caracterização da hanseníase conforme o modo de entrada, modo de detecção, esquema e desfecho terapêutico. Pombal – PB, 2004-2014.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Modo de entrada		
Caso novo	70	83,33
Recidiva	04	4,76
Transferência outro município	04	4,76
Transferência outro estado	01	1,19
Outros ingressos	05	5,96
Modo de detecção		
Demanda espontânea	14	16,66
Encaminhamento	41	48,80
Exame de coletividade	02	2,38
Exame de contato	10	11,90
Outros modos	01	1,19
Ignorado/branco	16	19,04
Esquema terapêutico		
PQT MB	50	59,52
PQT PB	34	40,47
Desfecho terapêutico		
Cura	60	71,42
Óbito	03	3,57
Erro diagnóstico	02	2,38
Transferência outro município	01	1,19
Transferência outro estado	01	1,19
Abandono	15	17,85
Ignorado/branco	02	2,38
TOTAL	84	100

Fonte: Própria pesquisa/2015

A tabela mostra que 83,33% das notificações foram apontadas como casos novos e que apenas 4,76% foram casos de recidiva, o que reforça a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da doença para um diagnóstico adequado.

Estudo de Melão et al. (2011) mostrou que a maioria dos portadores de hanseníase entrou no serviço de saúde como um caso novo, equivalente a 81,5% dos casos. Em outro estudo realizado em São Luís-MA, por Pacheco; Aires e Seixas (2014), mostrou que apenas 4,1% dos pacientes foram identificados com recidiva da hanseníase.

O Ministério da Saúde diz que casos novos são aqueles notificados pelo Programa de Controle da Hanseníase que ainda não iniciaram tratamento com a PQT e que não são decorrentes de outro serviço de saúde (BRASIL, 2010a). Estes devem ser diagnosticados, notificados e tratados na Unidade Básica de Saúde, deixando o atendimento hospitalar para casos mais graves, como os que houver recidiva, necessidade confirmada de cirurgia e indicações para internação (BRASIL, 2010b).

A recidiva ocorre em pacientes PB quando após a alta por cura desenvolvem comprometimentos da função neural, novas áreas com mudança de sensibilidade, lesões novas e/ou agravamento de lesões já existentes e que não responderam ao uso de corticosteroides, por no mínimo 90 dias. Enquanto que em pacientes MB sucede-se, quando após alta por cura, manifestarem as mesmas alterações dermatoneurológicas supracitadas, junto com resultados de exames baciloscópicos e/ou histopatológicos com a forma ativa da doença, e não atenderem ao uso de corticosteroides e/ou talidomida para o tratamento.

Como visto na Tabela 3, o modo de detecção da hanseníase mais frequente foi o encaminhamento, correspondendo a 48,80% dos casos, acompanhado da demanda espontânea com 16,66% dos casos. O modo de detecção indica a forma como o paciente entrou no registro ativo, mostrando a forma que o caso foi descoberto. Dessa forma, entende-se que não está ocorrendo a descentralização do diagnóstico da hanseníase para a atenção primária, pois os doentes estão sendo diagnosticados em outros serviços, principalmente na referência secundária e, posteriormente, encaminhados para a USF, onde é realizada a notificação do caso, além do tratamento e acompanhamento até a cura.

Os achados citados são diferentes dos encontrados por Ribeiro et al. (2013), o estudo mostrou que no estado do Maranhão 59,9% dos casos detectados foram por demanda espontânea e, em seguida, por encaminhamento, em 29,8% dos casos. De acordo com Pereira

et al. (2008), essa contrariedade mostra que a população ainda não está bem informada quanto aos sinais e sintomas da hanseníase, já que não é feito o comparecimento voluntário, considerado um ponto negativo.

Sendo assim, pode-se considerar que os tratamentos estão sendo realizados tardiamente. Dessa maneira, os indivíduos que antes poderiam ser classificados como paucibacilares, no qual o esquema é encerrado entre 6 e 9 meses, passam a executá-lo, na maioria das vezes, em um período de tempo maior, entre 12 e 18 meses, pelo fato da evolução da doença para a forma MB, forma operacional mais grave da doença.

A forma de detecção pelo exame de contatos foi de 11,9% dos casos, que pode ser considerada relativamente baixa, quando observado o alto número de MB, que é forma contagiosa da hanseníase. O que mostra a negligência dos serviços de saúde quanto à busca ativa dos contatos (MIRANZI et al., 2010). Os dados ignorados ou em branco mostraram-se elevados, com 19,04% dos casos, evidenciando mais uma vez, a falta de compromisso dos profissionais no momento de preencher a ficha de notificação.

No item esquema terapêutico, o multibacilar (PQT/MB) prevaleceu com 59,52% dos casos, seguido do paucibacilar (PQT/PB) com 40,47% dos registros. Esses dados confirmam os já expostos nesse estudo, já que a maioria dos portadores de hanseníase são multibacilares. Pinto et al. (2010) mostraram achados equivalentes em Salvador-BA, onde 65% dos pacientes fizeram uso do esquema PQT/MB e apenas 35% do PQT/PB.

Quanto ao desfecho dos casos, dos 84 casos notificados 71,42% foram casos encerrados como alta por cura. Ocorreu abandono de tratamento em 17,85% dos casos, dado preocupante, pois de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde valores acima de 10% são considerados altos, recomendando que os serviços tenham atenção maior para que esse percentual não venha a crescer, com o acompanhamento rigoroso do portador de hanseníase (BRASIL, 2009). Apenas 3,57% tiveram o caso encerrado por óbito, o que não se pode relacionar apenas a hanseníase, e sim por qualquer outra causa.

Esses achados corroboram com os de Oliveira; Leão e Brito (2014), os autores mostraram que 87,5% dos casos diagnosticados obtiveram alta por cura, e 3,8% foram encerrados por óbito. Por outro lado, em uma pesquisa realizada no Município de Fortaleza-CE, mostrou que 1,8% dos pacientes abandonaram o tratamento, diferente do que foi encontrado em Pombal. Isso reforça o despreparo da equipe de saúde em acompanhar o

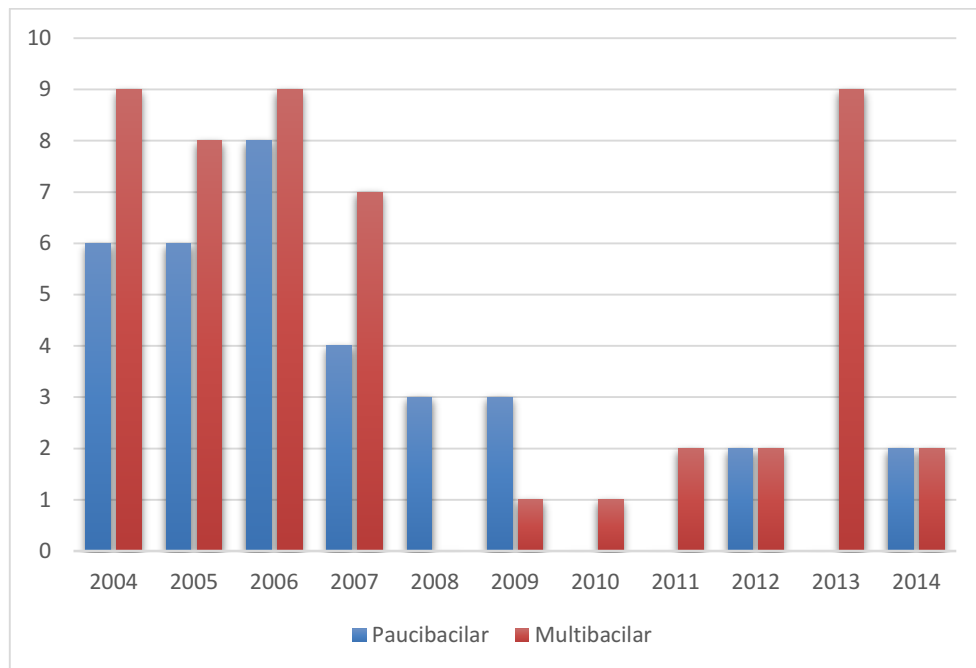
tratamento dos portadores da doença, mostrando que é necessário uma capacitação para que as equipes de saúde melhorem o acolhimento e o vínculo com o usuário, minimizando os casos de abandono do tratamento. De acordo com Gonçalves et al. (2013), quando o paciente abandona o tratamento, faz com que ele contribua para a manutenção da cadeia epidemiológica da doença, assim sendo, para sua dissipação.

Esses achados mostram que o município está desenvolvendo as ações de hanseníase de forma precária, pois de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ao estabelecer que o percentual de cura menor que 75% é considerado precário para a hanseníase (BRASIL, 2009).

Em conformidade com as considerações realizadas, os dados mostram que a conclusão da doença no município foi negativa, pois a parcela de pacientes que aceitaram a PQT, como forma de alcançar a cura, foi bem mais baixa do que o preconizado pelo MS. Fazendo com que seja feita uma reavaliação de como as equipes estão lidando com os portadores de hanseníase em relação à continuidade do tratamento até o seu desfecho, já que o tratamento da pessoa com hanseníase é longo, por meio da administração dos esquemas de tratamento PQT com obediência aos prazos definidos pelo MS: de 6 a 9 meses para casos PB e de 12 a 18 meses para os MB (BRASIL, 2010a).

Diante disso, constata-se a importância de investimentos em educação e em saúde para a construção de indivíduos conscientes em relação ao processo saúde-doença, focando para a informação sobre os sinais e sintomas e o longo tratamento que deve ser realizado fidedignamente, de modo que seja dado o progresso ao esquema terapêutico com o uso da PQT para a solução do caso, com a finalidade de alcançar as metas estabelecidas pela OMS e MS, que é de 1 caso a cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Gráfico 1 – Distribuição da hanseníase conforme a classificação operacional.
Pombal – PB, 2004 a 2014.



Fonte: Própria pesquisa/2015

No gráfico acima observa-se que os casos de hanseníase do município de Pombal, no período do estudo, são em sua maioria multibacilares com 59,52% dos casos, enquanto 40,47% são paucibacilares. Os dados apontam que existe uma importante cadeia de transmissão da doença no município, já que as formas multibacilares são as transmissíveis, da mesma forma que indica a necessidade do diagnóstico precoce dos casos pela rede de atenção à saúde local e regional. Estudo de Romão e Mazzoni (2013) na cidade de Guarulhos – SP verificou que a maioria dos casos eram multibacilares com 66,67%, enquanto 33,33% eram paucibacilares, corroborando com os achados supracitados.

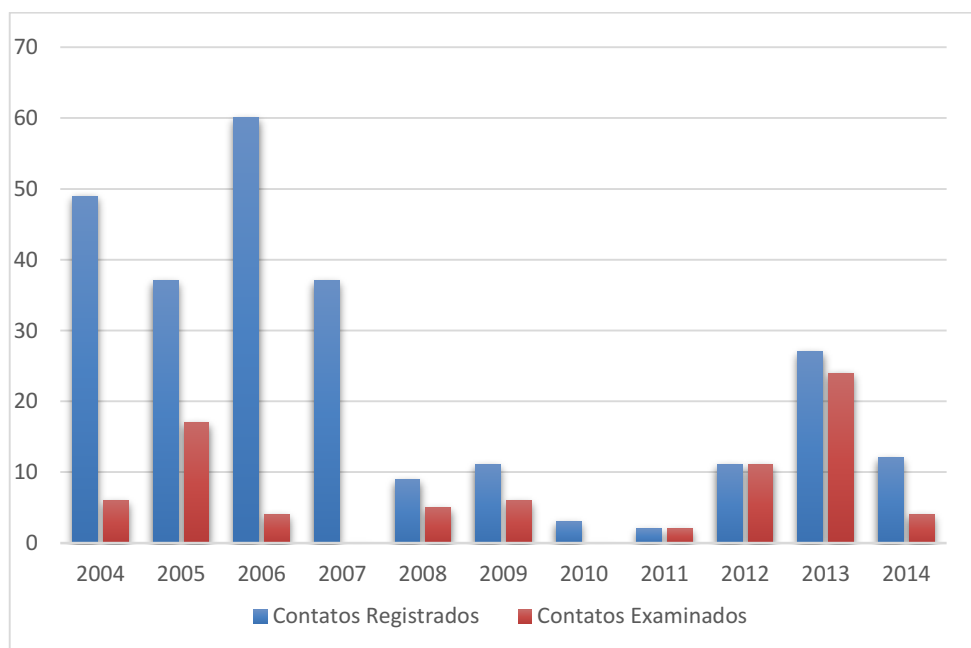
Os anos com predomínio das formas MB foram: 2004, 2006 e 2013, todos com 10,71%, 2005 com 9,52%, 2007 com 8,33%. Foi observado que nos quatro primeiros anos a forma MB apresentou número bem mais elevado quando comparado ao restante dos anos, sugerindo que houve melhor controle na doença e seu diagnóstico ocorreu de forma mais rápida. No entanto, a partir de 2010 os casos multibacilares voltaram a ser significativos, com destaque no ano de 2013 que teve novamente um aumento no diagnóstico dos casos da doença, sendo todos das formas MB, mostrando uma situação preocupante e de alerta para o município.

No Gráfico 1, percebe-se que, nesses últimos dez anos, ocorreram períodos de melhor controle da doença no município, nos anos de 2004 e 2009 as formas PB prevaleceram em relação às MB. Já nos anos de 2012 e 2014, ocorreu um equilíbrio entre as formas, inferindo o resultado da aplicação de campanhas educativas e treinamento dos profissionais das equipes da saúde da família, o que pode ter influenciado na educação da população acerca da doença, sobretudo, quanto aos seus sinais e sintomas e importância do tratamento.

É considerável ressaltar que os portadores das formas paucibacilares da doença não são fontes importantes de transmissão, devido a sua baixa carga bacilar e que o grupo contagiante da doença é formado pelos pacientes multibacilares, até iniciar o tratamento com PQT (BRASIL, 2008).

Após diagnosticada a hanseníase, os serviços de saúde devem impedir que os pacientes mantenham a transmissão da doença, estabelecendo precocemente a PQT, pois quanto mais demorado acontecer o início do tratamento, mais difícil vai ser a chance de cura do mesmo. Este esquema terapêutico elimina a maioria dos bacilos, evitando a progressão da doença, com decorrente instalação de incapacidades.

Gráfico 2 – Distribuição da hanseníase conforme o número de contatos registrados e examinados.
Pombal – PB, 2004 a 2014.



Fonte: Própria pesquisa/2015

Observa-se que dos 258 casos registrados dos 84 pacientes, 30,62% deles foram examinados. Esses dados são avaliados pelo Ministério da Saúde como precários, pois os valores inferiores a 50% se enquadram nessa categoria (BRASIL, 2009). Apenas um único ano manteve patamares iguais entre os contatos registrados e os examinados, ou seja, todos os contatos registrados foram examinados, que foram os anos de 2011 e 2012. Esse resultado é preocupante, pois mostra que a equipe de saúde não está realizando a busca ativa de casos novos da doença, já que os indivíduos que tiveram contato íntimo e prolongado com o doente, portanto, com o bacilo, não estão sendo examinados como se recomenda a Vigilância Epidemiológica.

Os dados do gráfico acima apontam que o exame dermatoneurológico não está sendo realizado com todos os comunicantes registrados, indicando que não existe interesse do município com relação a esse importante indicador, chegando ao ponto de no ano de 2007 nenhum contato ter sido examinado, apesar dos registros dos casos MB terem sido consideráveis.

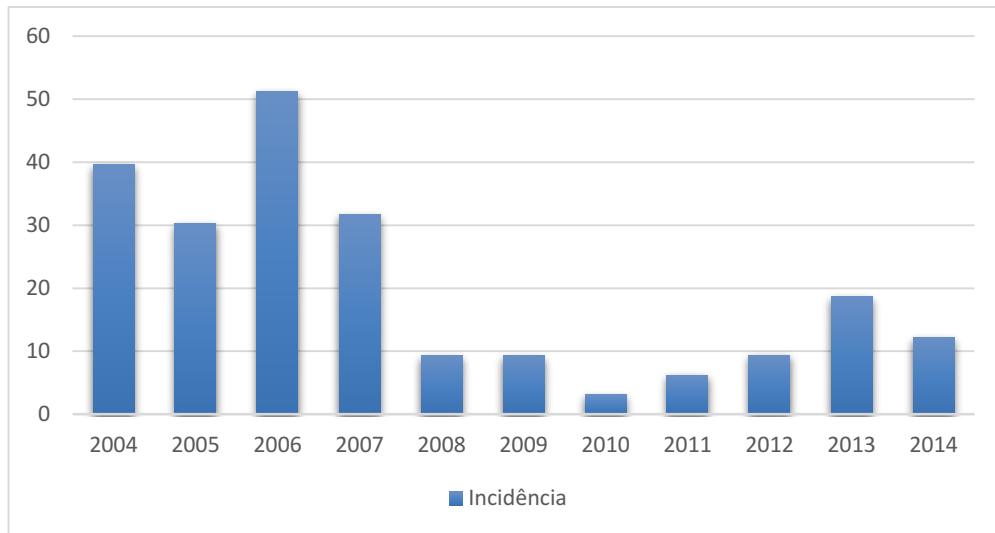
De acordo com o Ministério da Saúde para alcançar as metas de eliminação da hanseníase, que é de menos de 1 caso por 10mil habitantes, é necessário interromper sua cadeia de transmissão, preconizando para isso que 100% dos contatos intradomiciliares sejam examinados. Esses indivíduos são os que habitam na mesma residência ou que tenham um contato constante e demorado com portadores da doença nos cinco anos que antecedem o diagnóstico, essas pessoas estão mais vulneráveis a adquirirem a patologia (BRASIL, 2008).

Devido às dificuldades que os municípios encontram, ao realizarem o exame de todos os contatos dos casos novos de hanseníase, o MS criou a Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a descrição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Este estabelece como propósito que pelo menos 80% dos contatos sejam examinados, com a finalidade de quebrar a cadeia de transmissão da hanseníase (BRASIL, 2013b).

A cobertura do exame de contatos que o município de Pombal – PB apresenta é considerada bem inferior do preconizado pela Portaria descrita acima. Sendo assim, fica constatado que o município encontra dificuldades no controle da doença. Uma forma de atingir as metas propostas é a implementação e planejamento de estratégias que intensifiquem a busca ativa dos casos novos, para que sejam diagnosticados e tratados de forma prematura.

5.3 Indicadores Epidemiológicos: Pombal – PB, 2004 a 2014

Gráfico 3 – Taxa de incidência da hanseníase por 100 mil habitantes.
Pombal – PB, 2004 a 2014.



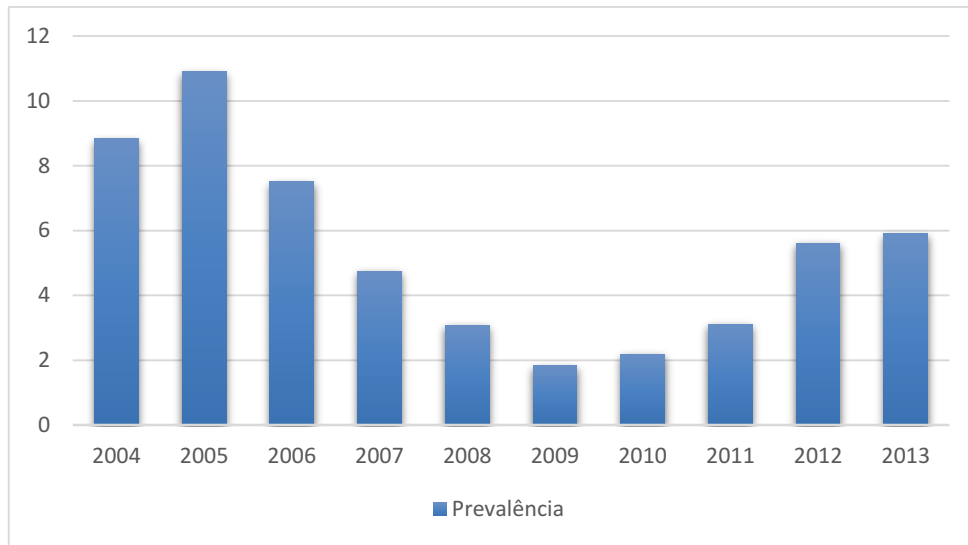
Fonte: Própria Pesquisa/2015

Ao analisarmos o Gráfico 3, foi possível observar que o município de Pombal apresenta um coeficiente de incidência muito alto, apresentando valores entre 39,60 a 12,22 casos por 100 mil habitantes, permanecendo com uma média de 22,08 casos novos por ano. No ano de 2013, o coeficiente foi de 18,68, o que caracteriza a endemia alta. Já em 2006, o valor foi de 51,18, o maior de todo o período da pesquisa, classificando esse ano como hiperendêmico. Durante os outros anos, o município manteve-se entre médio, alto e muito alto, com coeficientes que variam entre 3,11 e 39,60. Os achados citados anteriormente estão corroborando com os encontrados por Miranzi et al. (2010), na cidade de Uberaba, onde foram identificados índices um tanto quanto elevados de incidência para hanseníase, o que classifica o município com valores muito altos.

O Ministério da Saúde estabelece a seguinte classificação para os índices de incidência para a hanseníase por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2,00), média (2,00 a 9,99), alta (10,00 a 19,99), muito alta (20,00 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40,00) (BRASIL, 2009).

Taxas elevadas deste coeficiente geralmente estão relacionadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, deficiência nas ações educativas, no tratamento padronizado e no acompanhamento dos casos (OMS, 2010).

Gráfico 4 – Taxa de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes.
Pombal – PB, 2004 a 2013.



Fonte: Própria Pesquisa/2015

Como observado no gráfico acima, o coeficiente de prevalência no município do estudo oscilou de 8,83 a 5,91 casos por 10 mil habitantes, preservando uma média de 5,37 casos por ano. Nos anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, o coeficiente variou entre 4,75 a 3,11. Segundo o MS, esses valores classificam o município como endemia média. O único ano que o coeficiente foi classificado como muito alto foi o de 2005 com o valor de 10,90 por 10 mil habitantes. O restante dos anos a classificação foi de alta, não apresentando nenhum ano com hiperendemia.

Ximenes Neto et al. (2013) mostra, em sua pesquisa, realizada no município de Cariré – CE, um alto coeficiente de prevalência da hanseníase, corroborando com os dados observados no Gráfico 4. Outros estudos também apontaram altos coeficientes de prevalência da doença (PEREIRA et al., 2011; SILVA et al., 2013).

As elevadas taxas de prevalência da hanseníase também representam, em geral, baixos índices de desenvolvimento socioeconômico, educacional e de atenção à saúde, bem como apontam deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos a cada ano. O Ministério da Saúde classifica as taxas de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes em: baixa (menos que 1,0 caso), média (1,0 a 4,9), alta (5,00 a 9,99), muito alta (10,00 a 19,99), hiperendêmica (maior ou igual a 20,00) (BRASIL, 2009).

Esses dados, quando correlacionados com os do gráfico anterior, mostram que o município de Pombal – PB, no período analisado, apresentou-se em situação que oscilou entre média e alta, com consequente preservação da endemia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da hanseníase representar um problema de saúde pública, é uma doença de fácil diagnóstico e tratamento. O indivíduo deixa de transmitir a doença com o início do tratamento através da poliquimioterapia (PQT), fazendo com que a cadeia de transmissão seja interrompida. No entanto, as políticas de controle da hanseníase que são aplicadas no Brasil estão focadas nos municípios prioritários, tirando a atenção dos pequenos municípios, onde a doença se expande silenciosamente.

Com o objetivo de delimitar a totalidade de problemas acerca da percepção e análise do quadro situacional da doença no Município de Pombal – PB, surgiu a curiosidade da criação desse estudo, que teve como objetivos analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pombal–PB, entre os anos de 2004 a 2014, como objetivo geral, e caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase no município, bem como avaliar taxa de incidência e taxa de prevalência da doença dos últimos dez anos, como objetivos específicos.

O estudo mostrou que houve grande oscilação no número de casos da doença, totalizando 84 casos notificados nos 10 anos analisados, sendo sua maioria do sexo masculino, adulto, da raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona urbana. Quanto à forma clínica, foi verificado que a maioria dos casos foram classificados como dimorfa, multibacilar, com uso da PQT/MB, e a maior parte dos indivíduos recebeu alta por cura.

Quanto aos contatos, 258 foram registrados, mas apenas 79 foram examinados, não alcançando a meta recomendada pelo Ministério da Saúde, que sugere que 100% dos contatos sejam examinados, com intuito de quebrar a cadeia de transmissão da doença, mostrando vulnerabilidade nas ações de busca ativa de novos casos. Um ponto negativo que o estudo mostrou foi que em apenas dois anos todos os contatos registrados foram examinados, confirmando que o município precisa aprimorar as atividades de vigilância epidemiológica.

A respeito do número de lesões, notou-se que a maioria dos portadores apresentavam mais de cinco lesões cutâneas, entretanto a maioria dos casos, quanto ao número de nervos afetados foi classificado como ignorado ou branco, sendo objeto de questionamento, já que a forma multibacilar frequentemente afeta algum tronco nervoso. Com relação ao resultado da baciloscopia da linfa, apresentou-se também a maioria dos casos avaliados ignorados ou em

branco, mostrando pouca atenção para o exame laboratorial, que auxilia na classificação da doença.

Na avaliação do grau de incapacidade, foi registrado que a maioria dos casos avaliados se mostrou com grau zero, resultado positivo, porém pode indicar pouca experiência dos profissionais para a realização do exame, já que a forma multibacilar é potencialmente incapacitante.

Os pacientes foram detectados, em maior parte pelo encaminhamento, e a maioria entrou no serviço de saúde como caso novo. Todavia, o propósito de eliminação da hanseníase no município não foi alcançado, mostrado pelos altos níveis de incidência e prevalência.

Constata-se que a hanseníase no município de Pombal – PB representa um importante problema de saúde pública, de acordo com os resultados desta pesquisa, especialmente devido ao predomínio da forma multibacilar, pois trata-se da forma transmissível da doença que auxilia na manutenção da sua cadeia de transmissão.

Perante os resultados, foi possível perceber a relevância da elaboração de ações de controle mais eficazes na eliminação da hanseníase no município, como desenvolvimento de programas de educação permanente com a finalidade de promover a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente na tomada de decisões para um diagnóstico precoce e descentralizações das ações. Além do que, os gestores municipais devem investir em campanhas de divulgação sobre a doença perante a população, para alertar sobre os sinais e sintomas da enfermidade, na busca pelo diagnóstico e tratamento precoce.

Enseja-se que o estudo venha a contribuir para a criação de políticas públicas locais mais efetivas no controle da hanseníase, com atenção maior na capacitação dos profissionais de saúde e busca ativa dos contatos intradomiciliares, com o propósito de quebrar a cadeia de transmissão da doença, facilitando na elaboração de mais pesquisas sobre o tema, de maneira que as discussões sobre a doença e a dificuldade de sua eliminação como problema de saúde estejam presentes entre gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. S. et al. Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 817-826, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/27.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.
- ALVES, J. A.; OLIVEIRA, J. A. A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública: a geografia do isolamento em Manaus-AM, Brasil. **Revista Geográfica de América Central**, Costa Rica, n. (esp.), 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/download/2711/2592>>. Acesso em: 30 mar. 2015.
- AMORA, A. A. Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leprosos no Brasil. **Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantã**, São Paulo, v.5, n. 1, p. 23-53, jan-jul. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v5n1/v5n1a03.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2015.
- BARBOSA, D. R. M. et al. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 4, p.347-56, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n4/REV_Caracteristicas-epidemiologicas-e-espaciais-da-hanseníase-no-Estado-do-Maranhao.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.
- BASTOS, R.P.C. **Hanseníase: Estudo epidemiológico e clínico dos casos ocorridos em menores de 15 anos, no Estado de Alagoas, no período de 1990 a 2007**. Dissertação (Mestrado) Mestrado em Ciências da Saúde, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – ICBS, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp141393.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.
- BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-6, mar-abr. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e sua quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 247-256, mai-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewFile/236/243>>. Acesso em: 31 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013**. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, 2013b. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

_____. **Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007.** Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Congresso Nacional, 18 de setembro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111520.htm>. Acesso em: 14 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013a. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** 2. Ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n 21). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde: 2010a. 448p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: baciloscopia em hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 54p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseníase.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 100 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-93, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6092/pdf_5872>. Acesso em: 27 out. 2015.

CAMPOS, S. S. L. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 167-173, 2005. Disponível em: <http://www.ilsil.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10698>. Acesso em: 26 out. 2015.

CASTRO, S. M. S. de; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-487, abr-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/11.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

CAVALIERE, I. A. de L.; COSTA, S. G. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a09v21n2.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

CETOLIN, S. F. et al. Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 2, p. 135-162, jul-dez. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/677/601>>. Acesso em: 07 abr. 2015.

DUARTE, L. M. C. P. S. et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.8, n.8, p. 2816-22, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6135/10062>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

EDIT, 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. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, mai-ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

JUNIOR, G. J. A. T.; SILVA, C. E. F.; MAGALHÃES, V. Aplicação dos critérios diagnósticos do lúpus eritematoso sistêmico em pacientes com hanseníase multibacilar. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 01, p. 85-90, jan.-fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/19.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

FERREIRA, S. M. B. et al. Recidivas de casos de hanseníase no estado de Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 650-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

GARCIA, D. R. et al. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 02, p. 168-72, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/11.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

GONÇALVES, N. L. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em Juazeiro no Norte, CE. **Revista de Biologia e Farmácia**, Campina Grande, v. 09, n. 04, 2013. Disponível em: <<http://sites.uepb.edu.br/biofar/download/v9n4-2013/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO%20DA%20HANSEN%20DASE%20EM%20JUAZEIRO%20DO%20NORTE,%20CE.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

HACKER, M. A. V. B. et al. Pacientes em Centro de Referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986 – 2008. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2533-2541, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a33v17n9.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251210&search=paraibalpombar>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa**: Um guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010. 88 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em Hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. (esp.), p. 238-46, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em centro de saúde em São Luís, MA. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 323-7, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

LIMA, L. de S. et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, p. 74-83, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a001.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

LUNA, I. C. F. et al. Perfil Clínico-Epidemiológico da Hanseníase em Menores de 15 anos no Município de Juazeiro – BA. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 2, p. 208-215, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2906/pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARTINS, A. M. et al. Privação e padecimento: uma compreensão existencial do ser frente à hanseníase. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 59-67, 2012.

Disponível em: <<http://www.ils1.br/revista/download.php?id=imageBank/v37n1a07.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 1, p. 79-84, jan-fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

MIRANZI, S. S. C. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

MOREIRA, A. J. et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

MOURA, R. S. **Avaliação de diferentes métodos para a classificação de pacientes e de carreadores de antígenos empregados na sorologia de hanseníase**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública. Goiânia, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4181/5/Tese%20-%20Rodrigo%20Scaliante%20de%20Moura%20-%202014.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

NEDER, L. **Manifestações musculoesqueléticas e auto-anticorpos em crianças e adolescentes com hanseníase**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-26052014-102145/publico/LucianaNeder.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

NEVES, T. V. et al. Perfil de pacientes com incapacidades físicas por hanseníase tratados na cidade de Palmas – Tocantins. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v.4, n. 2, p. 139-48, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/223-4060-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Ceará, v. 16, p. 1311-1318, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a65v16s1.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

OLIART -GUZMAN, H. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, V. 36, n. 1, p. 39-45, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Jade%20Nobre/Downloads/v36n1a07.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do paraná. **SaBios: Revista Saúde e Biologia**, Paraná, v. 7, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em:

<<http://www.revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/download/966/409>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 865-71, nov-dez. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a15.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

OLIVEIRA, S. G. de. et al. Gestação e hanseníase: uma associa o de risco nos serviços de saúde. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 36, n. 01, p. 31-38, 2011. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v36n1a06.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

OLIVEIRA, T. A. P. et al. Estudo das Incapacidades dos Casos Notificados de Hanseníase em uma Gerência Regional de Saúde do Vale do Jequitinhonha entre 2001 e 2008. **Hansenologia Internationalis**, Minas Gerais, v. 35, n. 1, p. 45-52, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v35n1/v35n1a06.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

OLIVEIRA, V. M. et at. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Revista ScireSalutis**, Aquidabã, v. 3, n. 01, p. 16-27, 2013. Disponível em: <<http://www.sustenere.co/journals/index.php/sciresalutis/article/view/ESS2236-9600.2013.001.0002/232>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 01, p. 195-203, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1764.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

ORGANIZA O MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redu o adicional de carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Organiza o Mundial de Saúde. Brasília: Organiza o Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenise.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

PACHECO, M. A. B.; AIRES, M. L. L.; SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupa o urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 23-30, jan-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/690/602>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PAES, A. L. V. et al. Perfil Clínico-Epidemiológico De Portadores De Hanseníase. **Centro de Saúde-Escola do Marco**, Belém, p. 01-05, 2011. Disponível em: <<http://files.bvsTia.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n3-4/a2341.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

PEREIRA, D. L. et at. Estudo da Prevalência das Formas Clínicas da Hanseníase na Cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26025372004.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

PEREIRA, E. V. E. et al.; Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 235-40, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a05.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 4, p. 906-918, out./dez., 2010. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/82/88>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 276 p.

RIBEIRO, S. L. E. et al. Anticorpos naturais e autoanticorpos na hanseníase. **Revista Scientia Amazonia**, v. 3, n.3, p. 1-19, 2014. Disponível em: <<http://www.scientia.ufam.edu.br/attachments/article/32/v3%20n3%2001-19%202014.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

RIBEIRO, V. da S. et al. Características Clínicas e Epidemiológicas da Hanseníase no Estado do Maranhão, 2001 a 2009. **Revista Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 14, n. 2, p. 81-86, 2013. Disponível em: < <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/2298/381>>. Acesso em: 27 out. 2015.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3344/2644>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SÁ, M. B.; SIQUEIRA, V. H. F. Hanseníase, preconceito e parrhesia contribuições para se pensar saúde, educação e educação em saúde. **Revista Ciência e Educação**, Bauru, v. 19, n. 1, p. 231-247, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v19n1/16.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Revista Interface – Comunic..Saude, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.205-18, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://scielo.com.br/pdf/icse/v16n40/aop1412.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisa René Rachou, Programa de Pós

Graduação em Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte-MG, 2010. Disponível em: < http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em Saúde no Programa de Controle da Hanseníase: A Vivência da Equipe Multiprofissional. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 223-229, abr-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

SILVA, P. L. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 03, p. 896-07, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/579/pdf_1>. Acesso em: 06 nov. 2015.

SOUSA, B. R. M. et al. Educação em saúde e busca ativa de casos de hanseníase em uma escola pública em Ananindeua, Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 143-9, 2013. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/467/550>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

SOUZA, J. F. M.; SENA, T. C. C. B DE. O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela hanseníase da Unidade Especial Abrigo João Paulo II. **Revista Portal de Divulgação**. v. 25, n. 3, p. 07-25, set. 2012. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/download/282/282>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SOUZA, L. R. **Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase**. Dissertação (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo-SP, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-07122012-162848/publico/LuisRobertoSouza.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 6, n. 43, p. 737-739, nov-dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/29.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SOUZA, V. F. M. et al. Relato de três casos novos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Itaguaí, Rio de Janeiro – evento de alerta para a investigação epidemiológica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 1011-15, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n5/v86n5a24.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

TAVARES, J.P. et al. Fisioterapia no atendimento de pacientes com hanseníase: um estudo de revisão. **Revista Amazônia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2013. Disponível em: < <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/download/414/172>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

TEIXEIRA JUNIOR, G. J. A.; SILVA, C. E. F.; MAGALHÃES, V. Aplicação dos critérios diagnósticos do lúpus eritematoso sistêmico em pacientes com hanseníase multibacilar.

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Recife, v. 44, n. 1, p. 85-90, 2011.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/19.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

TRIERVEILER, J. et al. Trajetória Histórica do Controle e do Cuidado da Hanseníase no Brasil. **Associação Brasileira de Enfermagem**. Santa Catarina, v. 2, n. 3, p. 63-76, 2011.
Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol2artigo4.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

VIEIRA, G. D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 269-275, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a08.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré-CE 2001 a 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 3, p. 829-842, 2013.
Disponível em:
<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/480/pdf_1>. Acesso em: 10 de nov. 2014.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

ELABORADO DE ACORDO COM A FICHA DO SINAN-HANSENÍASE

DATA DA NOTIFICAÇÃO: _____

1. DADOS INDIVIDUAIS

Sexo: () M () F () Ignorado

Idade: _____

Raça/cor: () Branca () preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado () Em branco

() **Escolaridade:** () Nenhuma () Fundamental completo () Fundamental incompleto

() Médio completo () Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto

() Ignorado () Em branco

2. DADOS DE RESIDÊNCIA

Bairro: _____

Zona: () Urbana () Rural () Periurbana () Ignorado

3. DADOS DO CASO

Profissão/ ocupação: _____ () Ignorado () Em branco

Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Vichorwiana () Não classificada

Classificação Operacional: () Paucibacilar () Multibacilar () Ignorado () Em branco

Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado

Modo de entrada: () Caso novo () Transferência do mesmo município (outra unidade) () Transferência de outro município (mesma UF) () Transferência de outro estado () Transferência de outro país () Recidiva () Outros reingressos () Ignorado

Modo de Detecção: () Encaminhamento () Demanda espontânea () Exame de coletividade () Exame de contatos () Outros modos () Ignorado () Em branco

Baciloscopia: () Positiva () Negativa () Não realizada () Ignorado

Esquema Terapêutico Inicial: () PQT/PB 06 Doses () PQT/MB 12 Doses () Esquemas substitutivos () Ignorado () Em branco

Desfecho Terapêutico: () Cura () Transferência para o mesmo município () Transferência para outro município () Transferência para outro estado () Transferência para outro país () Óbito () Abandono () Erro diagnóstico

Número de Contatos Registrados: _____ **Número de Contatos Examinados:** _____

Número de lesões: _____ **Número de nervos afetados:** _____

ANEXO (S)

ANEXO A
Termo de Anuência



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: **“CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014”**, a ser desenvolvida pelo pesquisador Jade Nobre Felinto, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento, está autorizada pra ser realizada junto a este serviço.

Desde já informamos que para ter acesso aos dados da Secretaria Municipal de Saúde, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Atenciosamente,

Pombal-PB, 17 de abril de 2015.

Roselene Oliveira Freitas P. de Queiroga

Secretária Municipal de Saúde

Roselene Oliveira F. Pereira de Queiroga
Matricula: 578921
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B

Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Título do Projeto de Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014.
Nome do Pesquisador Responsável: Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Nome do Pesquisador Participante: Jade Nobre Felinto
Finalidade: Projeto de Pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso

INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA:

Justificativa: O interesse pela temática foi despertado durante o Curso de Graduação em Enfermagem, especificamente nas aulas da disciplina Enfermagem Clínica II e no decorrer do Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras-PB. A partir da escolha do tema surgiram os questionamentos de como estava a situação da hanseníase no município de Pombal-PB, nos últimos dez anos, e qual o perfil dos portadores de hanseníase neste município.

Objetivos:

Geral: Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pombal-PB, entre os anos de 2004 a 2014.

Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da hanseníase no município;
- Avaliar taxa de incidência e taxa de prevalência da doença dos últimos dez anos.

Procedimentos: O projeto será enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Após aprovação do comitê será iniciada a coleta de dados através de um questionário elaborado de acordo com a ficha do SINAN-Hanseníase, pelos próprios pesquisadores. Os resultados serão apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande.

Riscos ou desconfortos: Toda Pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconfortos, porém os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O único risco que a pesquisa oferece será a da quebra do anonimato, no entanto, todos os cuidados serão realizados para não haver desconforto ou risco mínimo previsível aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Benefícios esperados: A pesquisa apresentará resultados significativos, de interesse municipal e estadual, da situação epidemiológica da hanseníase no município vigente. Além disso, visa oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitirão a redução da prevalência da doença no município, melhorando a qualidade de vida dos portadores de hanseníase.

Declaração:

Nós, membros do grupo de pesquisa identificado acima, baseado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado, declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados nas fichas de notificação de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa;
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- f) Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Reafirmamos, outro sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Como prova de compromisso, disponibilizamos nossos dados para contato, pesquisadora responsável a Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento, através do telefone (83) 93113927 e pesquisador participante o Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Jade Nobre Felinto, através do telefone (83) 96548895.

Cajazeiras-PB 16 de abril de 2015


Pesquisadora responsável


Responsável pelo banco de dados

ANEXO C**Termo de Compromisso e Responsabilidade da Pesquisa por Responsável**

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

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de JADE NOBRE FELINTO, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 16 de abril de 2015.



Prof. Esp. MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

SIAPE: 2359978

ANEXO D**Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante**

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

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, JADE NOBRE FELINTO. Aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 16 de abril de 2015.

Jade Nobre Felinto

JADE NOBRE FELINTO

211120057

ANEXO E

Parecer Consubstanciado do CEP



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014.

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44860015.2.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.171.927

Data da Relatoria: 14/05/2015

Apresentação do Projeto:

O presente projeto é intitulado CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE POMBAL-PB, NO PERÍODO DE 2004 A 2014, e pretende fazer um estudo descritivo-quantitativo dos casos de Hanseníase do município de Pombal com vistas a geração de políticas públicas de enfrentamento de tal doença no citado município.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

- Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Pombal-PB, entre os anos de 2004 a 2014.

Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da hanseníase no município;

- Avaliar taxa de incidência e taxa de prevalência da doença dos últimos dez anos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos a participantes, tendo em vista que os casos contabilizados da doença no município são fruto de um levantamento de banco de dados de fichas disponibilizadas pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica do município. Quanto aos benefícios, entendemos

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.171.927

que a investigação poderá gerar grandes ganhos ao município, considerando que encaminhamentos poderão ser tirados no sentido de promover ações para a erradicação dos casos de hanseníase no município em tela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mesmo sendo de natureza quantitativa, a pesquisa em tela possui caráter científico e possui encaminhamento teórico-metodológico compatível com pesquisas na área de saúde, bem como objetiva encaminhar políticas públicas para o tratamento da hanseníase no município onde será desenvolvida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados: Termo de Compromisso e responsabilidade da pesquisadora participante; Instrumento (ficha de levantamento e descrição dos casos de hanseníase); Termo de Compromisso de Uso de Banco de Dados; Projeto de Pesquisa e Folha de rosto da pesquisa (fomulário PLATAFORMA BRASIL).

Recomendações:

Anexar o termo de anuência da Secretaria Municipal à lista de termos de apresentação obrigatórios. Deixar claro se a pesquisa oferece algum risco.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para que o projeto seja aplicado é importante que as recomendações acima sejam atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.171.927

CAJAZEIRAS, 05 de Agosto de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

CEP: 58.900-000

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br