



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

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012**

FERNANDA AVELINO FÉLIX

CAJAZEIRAS, PB

2014

FERNANDA AVELINO FÉLIX

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012**

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

Orientadora: Profa. Ma. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

CAJAZEIRAS, PB

2014

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

F316a FÉLIX, Fernanda Avelino

Avaliação clínica e epidemiológica da hanseníase no município de Cajazeiras (PB) durante o período de 2002 a 2012. / Fernanda Avelino Félix. Cajazeiras, 2014.

63f. : il.

Bibliografia.

Orientador(a): Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Hanseníase. 2. Hanseníase - epidemiologia. 3. Notificação de doenças. I. Videres, Arieli Rodrigues Nobrega. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-002.73(813.3)

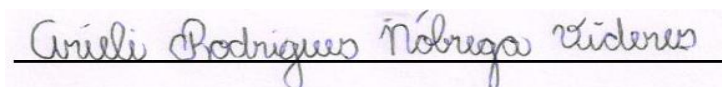
FERNANDA AVELINO FÉLIX

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Campina Grande, como
requisito para a obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em 10 / 09 / 2014

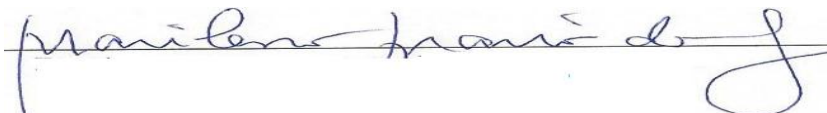
Banca Examinadora



Profª. Ma. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF/CFP/UFCG)
(Orientadora)



Profº. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF/CFP/UFCG)
(Membro Examinador)



Profª. Dra. Marilena Maria de Souza
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC/CFP/UFCG)
(Membro Examinador)

A mamãe, mulher forte, que me ensinou a não desistir e pelo apoio incondicional.

Á minha professora orientadora Arieli por acreditar na minha capacidade e também pela contribuição, enquanto profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço com grande intensidade a Jeová Deus, pela dádiva da vida, por me conceder sabedoria, força, persistência, tranquilidade e paz nos momentos aflitos e angustiantes da construção deste trabalho; por me capacitar e instruir, permanecendo sempre perto de mim, não deixando que eu desistisse, mesmo que tudo em minha volta parecesse estar perdido e sem saída. Muito obrigada Jeová Deus, por tudo que permite em minha vida.

A mamãe pelo amor incondicional, confiança, dedicação, por não medir esforços, apesar das dificuldades e desafios, em oferecer apoio emocional e econômico, nas quais muitas vezes deixou de suprir suas necessidades para prover as minhas. Não encontro palavras para expressar a minha sincera gratidão. Muito obrigada! Que Jeová Deus possa retribuí-la, te abençoando sempre.

Ao meu padrasto Zé pelo apoio e compreensão, por me ajudar financeiramente sempre que possível, deixando de cumprir, muitas vezes, alguns compromissos pessoais para me auxiliar.

A papai, que me ensinou com sua ausência que deveria ser cada dia mais esforçada, devendo parar de sofrer por não ter um pai presente e aumentando minha concentração nos estudos. Acredito que fiz de tudo para que o Senhor fosse um pai de verdade, me ajudando emocionalmente como financeiramente. Apesar de tudo, continuo te amando.

Aos meus irmãos, Fabiano que apesar da distância sempre me incentivou a buscar os meus objetivos. A Fabrício pela complacência e assistência, pelos abraços e conversas que me faz ser mais segura. A Bruno Henrique pelas palavras de apoio e incentivo, mesmo distante e com pouco tempo que nos comunicamos.

A minha irmã Fábيا, pelas ajudas incansáveis, pela disponibilidade e atenção em suprir algumas das minhas necessidades, deixando muitas vezes de se beneficiar para me

amparar. Obrigada pelas palavras de encorajamento e motivação, fazendo-me acreditar que seria possível concretizar meus intuitos, mesmo com as dificuldades.

Aos familiares, tios Zé Romão e Delmira pelo apoio e estímulo; tia Vitória e a sua família pelo acolhimento em sua casa.

A família de José Renato da Nóbrega pela boa hospitalidade em sua residência, me ajudando quando necessitei de um local para ficar quando comecei a estudar, ainda no Ensino Médio.

A Jeanne Sertão e família pelo suporte, preocupação, colaboração e amizade.

A minha orientadora, a professora Arieli, que além de professora e orientadora é uma pessoa muito especial. Obrigada pela disponibilidade, dedicação e paciência em me orientar e também por contribuir com a minha formação pessoal e profissional, pelas palavras de incentivo, encorajamento, pelos abraços que me faziam sentir protegida, pelo carinho demonstrado, e acima de tudo por acreditar que fosse capaz de desenvolver esse trabalho. Você é um exemplo de sabedoria, humildade, competência e de transmitir alegria. Não tenho palavras para expressar minha gratidão e admiração. Muito obrigada por existir e estar presente em minha vida.

Aos meus professores, em especial ao professor Fábio Marques que nunca deixou de me ajudar em todos os sentidos, desde o início do curso. Sempre solícito aos meus pedidos, auxiliando-me seja por meio de palavras de conforto ou financeiramente. Muito obrigada por acreditar em mim, por agir como um pai amoroso. Saiba que em qualquer lugar que eu estiver sempre lembrarei do quanto me ajudou, do quanto foi importante na conclusão deste curso e também do quanto contribuiu com a minha formação pessoal e profissional. Reconheço que essas poucas palavras não são suficientes para te agradecer.

A Jucilene e Yara Clécia, com quem divido o quarto da residência, muito obrigada pela compreensão e coleguismo, pelas palavras de consolo e risadas. Com vocês ninguém fica triste, tudo é motivo de alegria.

A todos os meus colegas de turma pelo companheirismo, pelos momentos divertidos que dividimos, pela troca de conhecimentos, em especial a Layanne e Tâmilles.

A funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras Leocilania Diniz, por auxiliar na coleta de dados, me ensinando a utilizar o SINAN.

As funcionárias da biblioteca da UFCG, pelo carinho, atenção e bom atendimento.

As diversas pessoas que disponibilizaram carona, em diferentes horários e veículos. Essas pessoas foram importantes para a conclusão do meu curso. Talvez se não fosse à generosidade e bondade das mesmas, não teria conseguindo chegar ao término.

A todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho e também para minha formação.

“De modo que a lebra ... se apegará a ti e à tua descendência por tempo indefinido”. 2 Reis 5:27

“E enxugará dos seus olhos toda lágrima, e não haverá mais morte, nem haverá mais pranto, nem clamor, nem dor. As coisas anteriores já passaram”. Revelação 21:4

FELIX, Fernanda Avelino. **Avaliação clínica e epidemiológica da hanseníase no município de Cajazeiras (PB) durante o período de 2002 a 2012.** 2014. 63 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Micobacterium Leprae* e que posiciona o Brasil em segundo lugar em relação à prevalência da doença. Pesquisas assinalam a importância das características epidemiológicas da hanseníase na compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia e no estabelecimento de novas estratégias no controle da doença. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase notificados no município de Cajazeiras (PB) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012. **Material e método:** Estudo epidemiológico observacional descritivo, com abordagem quantitativa. A população/amostra foi formada por todas as fichas de notificação de casos de hanseníase disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012, perfazendo um universo de 759 casos. Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2014 através de um formulário pré-elaborado composto por variáveis presentes na ficha de notificação/investigação da hanseníase e digitados em planilha eletrônica do programa Excel for Windows, versão 2010, conferidos, corrigidos e importados para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), versão 20.0, para análise estatística. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. (CAAE 09432013.7.0000.5182). **Resultados:** Durante o período de 2002 a 2012 foram registrados 759 casos de hanseníase; sendo 50,5% do sexo feminino; com baixa escolaridade; a faixa etária de 20 a 34 anos; houve registros de 54 (7,2 %) casos de menores de 15 anos; a forma clínica foi à indeterminada (30,6%); classificação operacional paucibacilar (57,7%), modo de entrada por caso novo com (93,4%); modo de detecção de caso novo por encaminhamento (57,3%); sem registros de reações hansênicas (32,7%); incapacidade física 0 (zero); apresentando alta por cura 91,4%. **Considerações Finais:** A elaboração do perfil epidemiológico coopera para identificar e compreender os fatores que favorecem a continuidade da endemia, bem como implementar medidas que vise a contenção da doença. A cidade de Cajazeiras-PB, apresenta um alto valor de notificações de hanseníase; percebe-se ainda, que as fichas correspondentes estão sendo preenchidas de forma inadequada.

Palavras-chave: Epidemiologia. Hanseníase. Notificação de doenças.

FELIX, Fernanda Avelino. **Clinical and epidemiological Hansen's disease assessment in the town of Cajazeiras (PB) during 2002 to 2012.** 2014. 63 f. Monograph (Nursing Bachelors Degree) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Hansen's disease is a infectious disease, caused by *Micobacterium Leprae* which one presents Brazil as second country with worldwide prevalence of the disease. Researches analyze the importance of Hansen's disease epidemiological characteristics in comprehension of factors which contributes to maintenance of epidemic and establishment of new strategies in disease control. **Objective:** To describe clinical and epidemiological characteristics of Hansen's disease notified in the town of Cajazeiras (PB) during January 2002 to January 2012. **Method and Material:** Descriptive Observational Epidemiological study, with quantitative approach. The population/sample was made of all the forms of Hansen's disease case notifications available in *Sistema de Informação de Agravos de Notificação* (SINAN) during January 2002 to January 2012, adding 759 cases up. Datas were collected in January and February 2014 via pre-prepared form consisted of present variables in Hansen's disease notification/investigation form and typed in Excel for Windows spreadsheet, 2010 version, checked, corrected and imported to Statistical Package for the Social Sciences (Program SPSS), 20.0 version, for statistical analysis. The research was approved by Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) from Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) of Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. (CAAE 09432013.7.0000.5182). **Results:** During 2002 and 2012, 759 cases of Hansen's disease were registered, 50,5 % of them in 20 to 34 year-old females with low education, there were registers of 54 cases (7,2%) of minors under 15 years old. The clinical form was the indeterminate (30,6%), paucibacillary operational classification (57,7%), admission by new case with (93,4%), new case detection by referral (57,3%) without record of Hansen's disease reactions (32,7%), disability 0 (zero), presenting discharge as cured (91,4%). **Final Considerations:** the epidemiological profile development to identify and comprehend factors that facilitate the epidemic permanence, as well as implementing measures which aim the disease control. The town of Cajazeiras - PB presents high content of Hansen's disease notification, it can be noticed that the relevant forms are not being filled out adequately.

Keywords: Epidemiology. Hansen's disease. Disease notification.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLA

BCG – Bacilode Calmette-Guérin

CEP – Comitêde Ética em Pesquisa

CONEP – ComissãoNacional de Ética em Pesquisa

ENH – Eritema Nodoso Hansênico

ESF – Estratégiade Saúde da Família

HD – Hanseníase Dimorfa

HI – Hanseníase Indeterminada

HT – Hanseníase Tuberculóide

HV – Hanseníase Virchowiana

MORHAN – Movimentode Reintegração de Pessoas atingidas pela Hanseníase

MS – Ministério da Saúde

MB – Multibacilar

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS– Organização Pan Americana da Saúde

PB – Paucibacilar

PNCH – Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PQT – Poliquimioterapia

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

SBH – SociedadeBrasileira de Hansenologia

SINAN– Sistema Nacional de Agravos e Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de incidência da hanseníase no município de Cajazeiras.....	27
Tabela 2 – Distribuição dos casos notificados correlacionando o sexo com o ano.....	29
Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados correlacionando a faixa etária e o sexo..	30
Tabela 4 - Distribuição dos casos com relação à escolaridade e sexo.....	31
Tabela 5 - Distribuição dos casos de acordo com os serviços de saúde notificadores...	33
Tabela 6 - Distribuição dos casos com relação à classificação operacional e o sexo.....	34
Tabela 7 - Distribuição dos casos de acordo com a forma clínica.....	35
Tabela 8 - Distribuição dos casos de acordo com o número de lesões cutâneas e troncos nervosos afetados.	36
Tabela 9 - Distribuição dos casos de acordo com o grau de incapacidade e modo de entrada.....	37
Tabela 10 - Distribuição da população estudada de acordo com modo de detecção do caso novo e esquema medicamentoso inicial.....	38
Tabela 11 - Distribuição dos casos quanto à classificação operacional atual, grau de incapacidade na cura e esquema terapêutico atual.....,.....	39
Tabela 12 - Distribuição dos casos referente ao episódio reacional durante o tratamento, o tipo de saída e a alta por ano.....	41
Tabela 13 - Distribuição dos casos que abandonaram o tratamento por ano.....	43
Tabela 14 - Distribuição do número de contatos registrados.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
OBJETIVOS.....	15
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	24
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA.....	27
5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO – OPERACIONAL E EPIDEMIOLÓGICA.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
7 REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, com alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo *Micobacterium Leprae* bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular obrigatório, que acomete predominantemente os nervos periféricos e, secundariamente, pele e mucosa (MELÃO et al., 2011).

Conforme o Ministério da Saúde (2010a), as vias aéreas superiores constituem a principal via de entrada e eliminação do bacilo de Hansen pelo grande número de lesões que existem na mucosa nasal, na boca e na laringe. O contágio se dá através do contato entre indivíduos sadios e casos bacilíferos da doença (multibacilares) sem tratamento.

Diversos estudos têm relacionado o fator socioeconômico como causa predisponente da hanseníase. Silva et al. (2010) assinalam que as condições econômicas desfavoráveis podem estar relacionadas com o desenvolvimento da doença, interferindo na resposta do organismo ao agente causador.

Duarte; Ayres; Simonetti (2007) apontam que a disponibilidade ou ausência de recursos para as populações de baixa renda contribui positiva ou negativamente nas condições de vida, além de constituírem um fator que pode influenciar na escolha, avaliação e aderência do tratamento proposto.

A distribuição geográfica das taxas de incidência e prevalência da doença apresenta diferenças entre municípios, estados e regiões, não apenas no território brasileiro, como também, em outros países endêmicos. De acordo com Alencar et al. (2008, p. 695) “municípios com maior desigualdade social apresentaram os maiores coeficientes de detecção e de prevalência de hanseníase, reforçando que indicadores sócio-econômicos e ambientais também se mostram importantes preditores da hanseníase”.

Ramos e Souto (2010) apontam que o Brasil apresenta cerca de 94% dos casos notificados de hanseníase nas Américas, além de ser o segundo país com prevalência mundial. No ano de 2005, o coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil diminuiu para 1,48 casos por 10.000 habitantes, equivalendo a 27. 313 indivíduos em tratamento. No mais, a taxa de detecção foi de 2,09 por 10.000 habitantes, o que corresponde à notificação de 38.410 casos. Dessunti (2008) elucida que no último quinquênio o Brasil vem mantendo uma média de 47 mil casos novos por ano.

Consoante Silva Júnior (2008), nesse mesmo ano, os coeficientes de prevalência da doença no Brasil apresentaram-se heterogêneos nas diversas regiões do país, no qual a região Norte foi responsável pelo maior coeficiente, com o correspondente a 4,02 casos por 10 mil

habitantes. Por sua vez, a região Centro-Oeste, apresentou um coeficiente de 3,29 casos por 10 mil habitantes. A região Nordeste apresentou 2,14 casos por 10.000 mil habitantes.

Em contrapartida, o Sudeste e Sul apontaram uma melhor situação da doença em termos de coeficiente de prevalência, manifestando respectivamente, 0,60 e 0,53 caso por 10 mil habitantes. Para Dias; Pedrazzani (2008, p. 754) “coeficientes de prevalência para as regiões sul e sudeste chegam a ser 15 a 10 vezes menores, respectivamente, quando comparados a outras regiões”.

Em 2006, conforme Amaral; Lana (2008), o Brasil registrou um aumento dos coeficientes de prevalência de 2,02 casos por 10 mil habitantes, e de detecção de 2,11 casos por 10 mil habitantes. Lana; Carvalho; Davi (2011) apontam que no ano de 2007, o Brasil apresentou um coeficiente de detecção de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência, de 2,19/10.000 habitantes.

Ainda em 2007, foram detectados em todo o mundo 254.525 casos novos da doença. O Brasil por sua vez, contribuiu com 15,4% (39.125) desses casos, com destaque para a região Nordeste, responsável pela detecção de 16.335 daqueles casos, o equivalente a 41% dos casos do país (ALENCAR et al., 2008; BARBOSA et al., 2008). No ano de 2009, totalizaram 37.610 casos novos da doença (FERREIRA; ALVAREZ; VIRMOND, 2012).

Em 2011, o Brasil apresentou um coeficiente de detecção de 15,88/100 mil habitantes e um coeficiente de prevalência médio de 1,24/10 mil habitantes. Quanto à distribuição da doença por regiões no país neste mesmo ano, constatou-se que as regiões com maior coeficiente de detecção e prevalência médio foram Norte, Nordeste e Centro-Oeste, isto devido a fatores socioeconômicos, culturais e a questões como grau de escolaridade e condições de saneamentos básicos não adequados (RIBEIRO JUNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Considerando-se que Cunha et al. (2012) ressaltam a importância das características epidemiológicas da hanseníase na compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia e no estabelecimento de novas estratégias no controle da doença (processo saúde-doença), justifica-se a necessidade de desenvolvimento deste estudo por perceber que a quantidade de trabalhos científicos que revelam o perfil epidemiológico da hanseníase nas cidades paraibanas, principalmente as do interior do sertão, ainda é escassa.

Diante da realidade, questiona-se: Na última década, como se distribuiu a hanseníase no município de Cajazeiras (PB)? Quais as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase nesse município no período de 2002 a 2012?

Através destes questionamentos, espera-se contribuir com os gestores municipais e estaduais de saúde no sentido de informar, através da análise de indicadores epidemiológicos e operacionais, o comportamento da hanseníase no município, para saber se a endemia está em expansão ou se caminha para o controle, e a partir de então, traçar novas estratégias de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase notificados no município de Cajazeiras (PB) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar o número de casos de hanseníase notificados no município de Cajazeiras (PB) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012;

- Identificar o número de casos de hanseníase em menores de 15 anos notificados durante esse período;

- Traçar o perfil clínico e epidemiológico dos casos de hanseníase no município de Cajazeiras (PB) no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012;

- Correlacionar às características clínicas e sócio-demográficas às características epidemiológicas da doença.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é um relevante problema de saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Para o controle da doença, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seu diagnóstico é realizado através do exame clínico, quando se busca os sinais dermatoneurológicos e através de exame laboratorial (baciloscopia), que também serve como um dos critérios de confirmação da recidiva. O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico em que se procede a uma avaliação dermatoneurológica, buscando identificar sinais clínicos da doença. O roteiro desse diagnóstico constitui-se da anamnese, da avaliação dermatológica e neurológica, do diagnóstico dos estados reacionais, do diagnóstico diferencial e da classificação do grau de incapacidades físicas (LIMA et al., 2010).

Pereira et al. (2012), assinalam que as formas clínicas da hanseníase a tuberculóide e a indeterminada, foram classificadas na forma operacional paucibacilar, estas formas da doença não são transmissíveis. As outras duas formas clínicas dimorfa e virchowiana foram classificadas na forma operacional muitibacilar, sendo consideradas as formas mais graves da doença, em que sem iniciar o tratamento são altamente transmissíveis. A classificação operacional da hanseníase foi criada para fins de tratamento poliquimioterápico (PQT), sendo dividida em dois grupos de acordo com a quantidade das lesões de pele, Paucibacilares (PB) e Muitibacilares (MT).

A hanseníase é uma doença de manifestação clínica espectral e as variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular ao bacilo. Deste modo, apresenta dois tipos imunologicamente polares e estáveis: tuberculóide (pólo benigno) e virchowiano (pólo maligno) e dois grupos instáveis: indeterminado e dimorfo. (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A hanseníase indeterminada (HI) pode ser definida como um estágio inicial e transitório da doença, encontrada nas regiões endêmicas ou hiperendêmicas. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas ou eritêmato-hipocrômicas ou simplesmente áreas circunscritas de pele aparentemente normal que apresentam distúrbios de sensibilidade. Nestes casos, não há comprometimento de troncos nervosos, apenas ramúsculos nervosos cutâneos, e logo os portadores dessa forma clínica não apresentam incapacidades. Aparece nos indivíduos que convivem diretamente com pacientes bacilíferos, acometidos das formas dimorfa e virchowiana. (BRASIL, 2010a).

Na hanseníase tuberculóide (HT), Barbieri e Marques (2009) destacam que as lesões cutâneas são constituídas por pápulas ou placas delimitadas, cheias ou com elevação apenas nas bordas. O tom da lesão é eritemato-acastanhado; o tamanho varia e sua forma pode ser oval, circular, anular ou figurada. Podem ser únicas ou múltiplas e há distúrbios da sensibilidade e da sudorese, bem como comprometimento de nervo.

A hanseníase virchowiana (HV) caracteriza-se pela cronicidade de sua evolução. Na pele observa-se lesões múltiplas, simétricas com pápulas, tubérculos, nódulos eritematosos ou eritemato-acastanhados, placas, ulcerações. Quando há uma infiltração acentuada na face e nos pavilhões auriculares, com acentuação dos sulcos naturais e conservação dos cabelos, configura-se o quadro conhecido como “fácies leonina”. Há madarose e rarefação dos pêlos nos membros, cílios e supercílios (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A hanseníase na forma virchowiana é considerada uma doença sistemática, em que afeta vísceras e órgãos como os olhos, testículos, rins dentre outros. Nas lesões de pele altera a sensibilidade, também acomete os nervos e o resultado da baciloscopia apresenta-se fortemente positivo (PEREIRA et. al., 2012).

A hanseníase dimorfa (HD) engloba os casos que se encontram entre os polos tuberculóide e virchowiano, com características de ambos. Originam-se do grupo indeterminado e podem ser crônicos ou reacionais. Caracteriza-se pela sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, nas quais as lesões da pele revelam-se numerosas, com placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritematosas – ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos de fusos. As lesões neurais são precoces, assimétricas e com frequência levam a incapacidades físicas (OLIVEIRA; MACEDO, 2012).

Durante seu curso clínico ou até mesmo após a cura, a hanseníase pode apresentar estados inflamatórios agudos ou subagudos denominados reações ou estados reacionais do sistema imunológico do paciente ao agente causador da doença o *Mycobacterium leprae*. Devem ser prontamente diagnosticados, pois se não tratados adequadamente podem atingir vários órgãos resultando em sequelas irreversíveis, especialmente neurológicas. As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez e puerpério, puberdade, estresse físico e emocional, dentre outros. Com isso, classifica-se em reações do tipo I ou reação reversa e reações tipo II ou ENH (TEIXEIRA JUNIOR; SILVA; MAGALHÃES, 2011; SOUSA, 2010; GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

A primeira ocorre nos casos em tratamento, geralmente nos primeiros seis meses. Surgem novas lesões e as neurites mostram-se frequentes e silenciosas, ou seja, o dano funcional do nervo se instala sem quadro clínico de dor e espessamento do mesmo. A reação do tipo II resulta em nódulos ou placas eritemato–edemaciadas em qualquer área do tegumento. As pernas, antebraços, coxas, braços, tronco e face são em ordem os locais mais acometidos. Lesões extra-cutâneas mais importantes são as linfadenites, nefropatia, rinite, necrose do palato, laringite, faringite, esplenite, hepatite, artralguas e artrites, dores ósseas, alterações na medula óssea e febre alta ou prolongada e muitas outras (SOUZA, 2010; TEIXEIRA JUNIOR; SILVA; MAGALHÃES, 2011;).

Brasil (2010b) ressalta a relevância da diferenciação entre um quadro reacional e uma recidiva, entendida como a ocorrência de sinais de atividade clínica da doença, após alta por cura. O diagnóstico para diferenciação entre reação e recidiva deve ser realizado com exames clínicos e laboratoriais. A manifestação da recidiva é normalmente após o término da quimioterapia, acima de cinco anos após a cura. Geralmente apresenta lesões novas e as antigas podem apresentar bordas eritematosas; novas alterações neurológicas; não responde bem a corticoterapia.

Diniz et al. (2009); Ferreira; Ignotti e Gamba (2011) destacam alguns fatores que estão relacionados com o desenvolvimento da recidiva na hanseníase, tais como, a resistência bacilar, a forma clínica, o diagnóstico tardio e o tipo de tratamento utilizado entre outros.

No tangente às incapacidades, Duarte; Ayres e Simonetti (2009), explicam que as lesões nervosas quando não diagnosticadas e tratadas precocemente determina alterações sensitivas e motoras que levam à instalação de graus variados de incapacidade físicas, e podem interferir na vida social e econômica dos pacientes, provocar distúrbios psicológicos, resultando no estigma e discriminação dos mesmos.

Dentre as incapacidades graves e socialmente relevantes, estão as lesões nas mãos, pés e olhos que são consideradas como incapacidades graves por causar dificuldades para realização das atividades cotidianas. Nos olhos poderá desenvolver lagofalmo, triquíase, opacidade e ausência de sensibilidade da córnea, além de madarose. Nas mãos e nos pés garras rígidas ou móveis, ressecamento de pele, hipotrofias, úlcera e reabsorção óssea. (ALVES et al., 2010; RONDINI et al., 2010;).

As incapacidades físicas podem ser classificadas em diferentes graus como: grau 0 quando não apresenta comprometimento sensitivo-motor; grau 1 comprometimento sensitivo e grau 2 comprometimento motor com presença de sequelas (REIS; GOMES; CUNHA, 2013).

De acordo com Lastória e Abreu (2012); Nascimento et al. (2011), a prevenção da hanseníase consiste na busca ativa, diagnóstico precoce e notificação de novos casos; no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos diagnosticados (toda pessoa que reside ou que tenha residido com os pacientes nos últimos cinco anos) e logo após, na vacinação de todos os contatos domiciliares independentemente de serem paucibacilares ou multibacilares com Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) por via intradérmica. Ressalta-se, porém, que os contatos sem cicatrizes prévias receberão duas doses de BCG, com intervalo de seis meses entre elas e aquelas com uma cicatriz irão receber apenas uma dose da vacina.

A poliquimioterapia (PQT) é o tratamento adotado pela OMS, sendo distribuído gratuitamente. É específico para cada classificação operacional da doença, ou seja, o tratamento é diferenciado entre os casos paucibacilares e multibacilares. As doses são divididas em mensais supervisionadas na Unidade Básica de Saúde e diárias nos domicílios. Associado à terapêutica a base de fármacos está à prevenção e o tratamento das incapacidades físicas, através de práticas de autocuidado (BARBIERI, MARQUES, 2009).

Para os casos paucibacilares o tratamento é composto por seis cartelas, contendo dose mensal de 600mg rifampicina (duas cápsulas de 300mg), mais uma dose mensal 100mg de dapsona, no qual, esse esquema faz parte do tratamento supervisionado na UBS e ainda é composto pela a dose diária de 100mg de dapsona que devem ser de responsabilidade do próprio paciente. Aqueles que são acometidos da forma multibacilar o tratamento é realizado com 12 cartelas, descritos da mesma maneira que os casos de paucibacilares, apenas acrescentando dose mensal de 300mg de clofazimina (três cápsulas de 100mg), entendido como dose supervisionada e 50mg de clofazimina diariamente (BRASIL, 2010c).

No entanto, as taxas de prevalência da hanseníase apresentaram uma significativa redução devido à implementação da PQT preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980, visando à queda da prevalência global da doença. Conforme Brasil (2006), houve simplificação dos critérios diagnósticos e de classificação, podendo ser implementada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com recursos limitados. Além de ser muito mais eficaz que a monoterapia sulfônica, a PQT reduz o período de tratamento e o risco de recidiva, previne o desenvolvimento de resistência medicamentosa e o aparecimento de deformidades, aumenta a adesão do doente ao tratamento e melhora a atitude da comunidade frente os portadores e a doença.

Todavia, o Brasil ainda vem ocupando o primeiro lugar no mundo em números de casos novos detectados e o segundo lugar em números absolutos, constituindo um grave

problema de saúde pública (BRASIL, 2000). Com sua introdução, surgiu a necessidade de uma classificação mais acurada que possibilitasse a correta alocação do paciente no esquema terapêutico, tendo em vista as diferenças na associação dos quimioterápicos e duração do tratamento (BRASIL, 2001; 2000).

Dessa forma, em 1995, a OMS recomenda para os países endêmicos e para as regiões sem acesso a exames laboratoriais complementares para o diagnóstico, uma classificação simplificada, essencialmente clínica, que utiliza o número de lesões cutâneas e/ou de troncos nervosos acometidos para classificação e alocação do paciente nos esquemas poliquimioterápicos. De acordo com essa recomendação são considerados paucibacilares os casos de hanseníase com até cinco lesões cutâneas e/ou com apenas um tronco nervoso acometido, e multibacilares os casos com mais de cinco lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso acometido. A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões (OMS, 2000).

Para alcançar a meta de menos de 1/10.000 habitantes, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Hanseníase na atenção básica de saúde, apresentando como principal objetivo a redução de casos em menores de 15 anos de idade. No entanto, para que esse objetivo seja concretizado é necessário que o diagnóstico e o tratamento tenham mais acessibilidade e ocorra uma maior atenção para os contatos domiciliares (BRASIL, 2010c).

Pela primeira vez, as atividades de diagnóstico e de tratamento da hanseníase estão integradas no conjunto das ações da atenção básica. Brasil (2006) ressalta que a grande receptividade desse novo modelo pela sociedade e pelos gestores do SUS indica que se trata de um processo irreversível.

O PNCH vem desenvolvendo suas ações em parceria com organizações não-governamentais, entidades governamentais e civis. Entre elas destaca-se o Movimento de Reintegração de Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN), que atua como representante do controle social e mobilização política em defesa dos direitos dos usuários em todos os estados; a Sociedade Brasileira de Hansenologia, que atua na formação de recursos humanos para a atenção na média e alta complexidade, com suporte à rede SUS; a Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) que garante o suprimento de medicamentos e oferece cooperação técnica e financeira; a Pastoral da Criança, que atua na divulgação de informações sobre a doença nas comunidades onde trabalha, e a Federação Internacional de Associações contra a hanseníase (BRASIL, 2006).

Brasil (2009) elucida que entre os princípios e diretrizes do PNCH encontra-se: fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre gestores

municipais, estaduais e federal, e nos instrumentos de macro planejamento das políticas públicas de abrangência nacional; realizar atividades de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e proteção à saúde, envolvendo toda a complexidade de atenção à saúde; promover a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade a sua inclusão na atenção básica e na ESF; preservar a autonomia e integridade física e moral das pessoas portadoras de hanseníase, além de humanizar o atendimento; fortalecer as parcerias com a sociedade civil visando a mobilização e controle social das políticas de saúde relacionadas à hanseníase; atender os interesses individuais e coletivos da população.

Apresenta ainda cinco componentes relevantes para sua efetiva implementação: vigilância epidemiológica através do monitoramento do Sistema Nacional de Agravos e Notificação (SINAN) e análise das informações sobre a endemia; gestão com ênfase no planejamento, monitoramento, avaliação e descentralização das ações de controle para a atenção básica; atenção integral por meio do diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação e resgate social; comunicação e educação utilizando-se a comunicação, a política de educação permanente e a mobilização social; pesquisa através do fortalecimento dos centros de referência e da implementação e financiamento de pesquisas (BRASIL, 2009).

Deste marco histórico, Dias, Pedrazzani (2008, p. 754) consideram que:

A integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social.

De acordo com Brasil (2013) até 2015 está previsto a meta de controle da hanseníase como problema de saúde pública para menos de 1 caso por 10.000 habitantes. As principais ações para obter tal êxito consistem na intensificação da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. Através da parceria com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) e a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) objetiva-se fortalecer as campanhas de busca ativa e transmissão de informações sobre os sinais e sintomas. Também deve ser firmada parceria com universidades tanto públicas como privadas a fim de envolver mais pessoas para auxiliar nas estratégias de eliminação da hanseníase. Outra estratégia é Programa Saúde na Escola (PSE) que deverá atuar nas escolas de ensino fundamental localizadas em áreas de

relevância epidemiológica para a hanseníase, desenvolvendo atividades educativas sobre os sinais e sintomas da doença e a busca de casos entre os alunos e os respectivos contatos intradomiciliares.

Almejando a efetivação desse programa, fica evidente a necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde, principalmente dos profissionais de saúde, no sentido de atuar sobre esse problema. Nesse âmbito, vale ressaltar a relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro- principal articulador das ações na ESF- na equipe de saúde, as quais vão desde a prevenção da doença até a prevenção de incapacidades causadas pela doença.

Nascimento et al. (2011), enfatizam o enfermeiro como membro da equipe multiprofissional que desempenham um papel fundamental na prevenção, controle e tratamento da hanseníase, bem como agente primordial na eliminação da doença no Brasil. Em relação as ações de responsabilidade de um enfermeiro no controle da hanseníase são: busca ativa e diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento do paciente, prevenção e tratamento das incapacidades e deformidades físicas, responsável ainda pelo sistema de registros e realizar pesquisas dentre outros. Essas ações obedecem ao princípio de integralidade do SUS.

Lana, Carvalho e Davi (2011), ressaltam que atividades educativas, detecção precoce dos casos, tratamento com PQT e autocuidados, prevenção das incapacidades e deformidades físicas, busca dos contatos intradomiciliares são atos que promovem o controle da hanseníase. Destarte, o enfermeiro é um profissional ativo e atuante em relação às ações de controle da hanseníase adotadas pelo Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

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

De acordo com Mesquita et al. (2010) a epidemiologia descritiva analisa como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras.

O método quantitativo é caracterizado pela quantificação na modalidade de coleta de dados e no tratamento delas a partir de técnicas estatísticas, desde o mais simples as mais complexas, e tem como objetivo mostrar indicadores, dados e tendências ou produzir teorias com aplicabilidade prática, além de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise (MINAYO, 2008; RICHARDSON, 2008).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na sede da Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Saúde do município de Cajazeiras, localizado na região Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Sul São José de Piranhas, a Noroeste de Santa Helena, a Norte e Leste São João do Rio do Peixe e a Sudeste Nazarezinho. Ocupa uma área de 586,275 km², com densidade populacional de 97,7 hab por km².

De acordo com o censo do IBGE de 2010, a comunidade possui uma população de 58.446 habitantes, dos quais 27.938 são homens e 30.508 mulheres. Desse total o número da população residente alfabetizada é de 43.913 pessoas.

A cidade contém cerca de 14.177 domicílios particulares e permanentes, destes 11.020 possuem esgotamento sanitário, 10.696 são abastecidos pela rede geral de água e 9.762 dispõem de serviço de coleta de lixo. A agropecuária, seguida da indústria e comércio constitui as principais atividades econômicas da comunidade. Em termos de infra-estrutura urbana apresenta 85% das vias pavimentadas e 92% iluminadas. No tangente a Atenção Básica, disponibiliza 15 Estratégias de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal, sendo 11 na zona urbana e quatro na zona rural.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população é o conjunto de elementos que possuem características semelhantes. Por sua vez, a amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população) (RICHARDSON, 2008).

A população/amostra do estudo foi formada por todas as fichas de notificação de casos de hanseníase disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação casos.

Foram incluídas no estudo todas as fichas de notificação de casos de hanseníase independentemente da forma clínica, da forma de entrada e saída. Logo, os casos excluídos compõem os que ainda estão sendo investigados e não foram notificados, ou mesmo, os casos sub-notificados da doença e notificados fora do período estipulado.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para coleta dos dados utilizou-se um formulário pré-elaborado composto por variáveis presentes na ficha de notificação/investigação da hanseníase, tais como: ano de notificação, sexo, faixa etária, etnia, escolaridade, dados clínicos (número de lesões cutâneas, número de troncos nervosos acometidos, forma clínica, avaliação de incapacidade no diagnóstico, classificação operacional atual), atendimento (modo de entrada, modo de detecção do caso novo), dados de laboratório (baciloscopia), esquema medicamentoso inicial e situação de tratamento, medidas de controle (número de contatos registrados e doença relacionada ao trabalho) e número de abandonos e óbitos.

Utilizou-se os indicadores epidemiológicos recomendados pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento das atividades de controle da hanseníase, quais sejam: coeficiente de detecção e prevalência, número de casos ao ano em menores de 15 anos, número de casos registrados que apresentam incapacidade física e deformidades. Infelizmente não foi possível utilizar o número de casos virchowianos e dimorfa com baciloscopia positiva, bem como, a proporção de pacientes curados com seqüelas devido a falta de informações na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, para o desenvolvimento do estudo foi solicitado a Coordenação do Curso de Enfermagem, o Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora da Atenção Básica e a Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase a fim de que fossem apresentados os objetivos, o caráter científico e a relevância social do estudo para os usuários, profissionais e próprio município e solicitada a autorização legal para a coleta documental das informações.

Após autorização dos gestores, a pesquisadora participante se dirigiu a Secretária de Saúde de Cajazeiras para agendar as datas e horários de acordo com a disponibilidade da digitadora do SINAN almejando a realizar uma busca ativa.

Para não interferir no desempenho de seu trabalho, a responsável pela digitação das fichas informou a pesquisadora como usar o sistema para coletar os dados e imprimiu todas as fichas notificadas que atenderam aos critérios de inclusão. Ao término da coleta foram realizados os agradecimentos necessários a todos os funcionários que utilizam a sala como ambiente de trabalho, pois foram atenciosos e solícitos, em especial a funcionária responsável pela digitação do banco de dados.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o término da coleta, os dados foram digitados em planilha eletrônica do programa Excel for Windows, versão 2010, conferidos, corrigidos e importados para o Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), versão 20.0, para análise estatística. O SPSS é um software aplicativo do tipo científico, de apoio à tomada de decisão que inclui: aplicação analítica, Data Mining, Text Mining e estatística que transformam os dados em informações importantes que proporcionam reduzir custos e aumentar a lucratividade.

Para melhor visualização, os resultados foram apresentados em figuras, como tabelas e gráficos, e confrontados com a literatura pertinente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foram considerados os pressupostos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2013). Tais pesquisas devem atender as exigências éticas e científicas

fundamentadas, no qual o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes deverão ser tratados em sua dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade. Neste âmbito, a presente pesquisa, enquanto projeto, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG) vinculado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) e aprovada com parecer nº 477.836 (CAAE 09432013.7.0000.5182).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo encontra-se dividido em duas partes para melhor visualização e compreensão dos resultados pelo leitor. No primeiro momento, os resultados correspondentes a caracterização sócio-demográfica dos casos de hanseníase no município de Cajazeiras (PB) foram apresentados em tabelas dispendo das seguintes variáveis: ano de notificação, sexo, idade (incluindo o número de casos ao ano em menores de 15 anos), escolaridade e serviço de saúde notificador. A variável etnia não foi analisada por insuficiência de informação nas fichas do SINAN.

A segunda parte constitui-se dos dados clínico-operacionais com ênfase nas variáveis: forma clínica e classificação operacional, número de lesões cutâneas e troncos afetados, avaliação do grau de incapacidade, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, esquema medicamentoso inicial, classificação operacional atual, grau de incapacidade na cura, esquema terapêutico atual, episódio reacional durante o tratamento, tipo de saída, ano da alta, número de abandonos, número de óbitos, número de casos registrados com incapacidades físicas e deformidades.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

Tabela 1 - Taxa de incidência da hanseníase no município de Cajazeiras.

Ano de notificação	Nº de casos novos	População residente*	Taxa de incidência
2002	75	55.440	1,352
2003	76	55.776	1,362
2004	78	56.110	1,39
2005	116	56.870	2,04
2006	96	57.225	1,677
2007	67	57.634	1,162
2008	58	57.627	1,006
2009	58	57.876	1,002
2010	75	58.446	1,283
2011	55	58.794	0,935
2012	5	59.130	0,084

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

- As informações referentes a população do município de Cajazeiras foram conseguidas pelo Data Sus através do site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poppb.def>.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que o número de casos de hanseníase notificados no município de Cajazeiras (PB) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012 é significativamente relevante, correspondendo o total de 759 casos. Do período compreendido entre 2002 a 2005, o número de casos apresentou um aumento considerável, atingindo o pico máximo neste último ano com o registro de 116 casos (taxa de incidência de 2,04/10.000 habitantes). Do ano de 2006 a 2009, o município apresenta uma queda no número de notificações.

No ano seguinte, 2010, observa-se um aumento no número de notificações (75), com decréscimo no ano posterior (2011) para 55 casos. Infelizmente não há como mensurar o número de casos notificados no ano de 2012 visto a delimitação do período de coleta de dados do estudo. Destarte, percebe-se uma oscilação no número de casos notificados por ano, podendo inferir que o município vem caminhando para redução/controlar a doença com êxito.

Considerando que a meta de eliminação da hanseníase para o ano de 2015 é de menos de 1 caso por 10.000 habitantes (BRASIL, 2013), percebe-se que mesmo cogitada como uma área endêmica, a cidade de Cajazeiras vem almejando atingir essa meta desde o ano de 2006, atingindo-a com êxito no ano de 2011, na qual apresenta uma taxa de incidência de 0,935/10.000 habitantes. Destarte, considera-se necessária uma intensificação nas políticas públicas voltadas para o controle e eliminação da hanseníase na cidade, visando à redução do número de casos e assim alcançar a meta prevista para o país.

O bacilo causador da hanseníase acomete ambos os sexos, sem apresentar preferência por um ou outro. No desenvolvimento de pesquisas pode ocorrer diferenças reduzidas no número de pessoas atingidas pela doença com relação ao sexo (PINTO, et al., 2010). Desta forma, observa-se na tabela 2, que 384 (50,5%) casos notificados eram do sexo feminino e 375 (49,4%) do sexo masculino.

Em relação à variável sexo, vê-se na tabela 2 que os casos notificados quase apresentaram uma equivalência entre homens e mulheres, demonstrando que ambos os sexos estão propensos a contraírem a doença. Chama-se atenção o fato do grande número de mulheres serem acometidas pela hanseníase tendo em vista que estas se preocupam com sua saúde e procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Assim, pode-se indagar: Será que as usuárias têm procurado a Unidade de Saúde em busca de informações pertinentes a sua saúde? Será que estas têm recebido a visita do Agente de Saúde regularmente? Será que as ações de educação em saúde disponibilizadas pelo governo estão sendo efetivas?

Tabela 2 - Distribuição dos casos notificados correlacionando o sexo com o ano.

Ano de notificação	Variável					
	Sexo				Total	
	M		F			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2002	36	50	38	50	75	100
2003	42	53,9	35	46,1	76	100
2004	45	57,7	33	42,3	78	100
2005	58	50	58	50	116	100
2006	35	36,5	61	63,5	96	100
2007	35	52,2	32	47,8	67	100
2008	25	43,1	33	56,9	58	100
2009	33	56,8	25	43,2	58	100
2010	33	44	42	56	75	100
2011	30	54,5	25	45,5	55	100
2012	3	60	2	40	5	100
Total	375	49,5	384	50,5	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Tais achados são convergentes com os dados apresentados por Simpson; Fonsêca; Santos (2010), que ao estudarem o perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba, encontraram um maior número de casos notificados de hanseníase do sexo feminino, embora a diferença não fosse tão expressiva.

Por outro lado, Lima et al. (2010) ao pesquisarem o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em um Centro de Saúde em São Luís (MA), observaram um maior número de casos em pessoas do sexo masculino, porém sem uma diferença significativa, enfatizando que os homens são os mais acometidos por pertencerem a uma classe sócio-econômica ativa com maior risco de exposição ao bacilo.

Como visualizado na tabela 3, em relação a faixa etária, a hanseníase acometeu as pessoas com diferentes idades, prevalecendo a faixa etária entre 20 a 34 anos. Tais achados são compatíveis a outros estudos quando explicam que a hanseníase acomete mais as pessoas na fase adulta e produtiva, característica essa que promove consequências negativas na vida do doente, da família e da sociedade, em relação aos aspectos sociais e econômicos.

Conte et al. (2009), ao estudarem o perfil epidemiológico da hanseníase em São José do Rio Preto - SP, apontam a faixa etária dos 40 a 55 anos como as idades mais acometidas

pela hanseníase. Assim, a média de idade encontrada no presente estudo diverge das idades encontradas pelos autores citados.

Tabela 3 - Distribuição dos casos notificados correlacionando a faixa etária e o sexo.

Variável						
Idade	Sexo				Total	
	M		F			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
≤1	0	0	1	100	1	100
2 a 9	9	56,2	7	43,8	16	100
10 a 14	9	24,3	28	75,7	37	100
15 a 19	23	51,1	22	48,9	45	100
20 a 34	113	56,7	87	43,3	200	100
35 a 49	70	39,1	109	60,9	179	100
50 a 64	86	50	86	50	172	100
65 a 79	51	57,3	38	42,7	89	100
≥80	14	70	6	30	20	100
Total	375	49,4	384	50,6	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Do total de notificações no período de desenvolvimento do estudo foram registrados 54 (7,2%) casos em menores de 15 anos, ou seja, casos notificados em pessoas com idades de 0 a 14 anos, e destes, 36 foram no sexo feminino. Vê-se a necessidade de ampliar e difundir extra-muros da ESF atividades mais eficazes de educação em saúde direcionadas a crianças com idades entre 10 a 14, faixa etária mais acometida pela hanseníase (37 casos), logo, a que teve maior contato com os casos bacilíferos da doença.

A esse respeito, Pires et al. (2012), ao realizar um estudo sobre a descrição de dois casos de hanseníase em menores de 15 anos no estado de Belém/PA, enfatizam que um maior número de acometidos pela hanseníase com idade inferior a 15 anos proporciona uma hiperendemia na localidade, o que evidencia que a doença ainda não está controlada. Todavia, apesar de não apresentar um expressivo número de casos em menores de 15 anos, o município de Cajazeiras necessita continuar (se já o faz) investindo em ações de controle da doença a fim de atingir a meta de eliminação/controlado preconizado pelo MS.

Imbiriba et al. (2009), ao pesquisarem sobre a avaliação da epidemiologia da hanseníase no município de Manaus segundo a distribuição espacial e condições de vida da população, observaram que dos 4.541 casos, a maioria era crianças com idades entre 10 a 14

anos, correlacionando essa incidência ao longo período de incubação da doença. Ressaltam também que as crianças com idades entre as faixas etárias de 1 a 9 anos tiveram contato precoce com casos na forma dimorfa ou virchowiana da doença, necessitando de intervenções imediatas.

Por outro lado, 554 casos foram acometidos entre as faixas etárias dos 15 aos 59 anos, enquanto que acima de 60 anos tem-se o quantitativo de 151 casos registrados. Desta forma o presente estudo converge com o estudo de Barbieri e Marques (2009) que ao estudarem sobre os aspectos epidemiológicos, históricos, imuno-patológicos e clínicos da hanseníase e suas peculiaridades na população infantil destacaram que a hanseníase pode acometer pessoas de todas idades, com predominância em pessoas adultas.

Tabela 4 - Distribuição dos casos com relação à escolaridade e sexo

Variáveis						
Escolaridade	Sexo				Total	
	M		F			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sem estudo	85	62,1	52	37,9	137	100
Ensino F. incompleto	135	44,3	170	55,7	305	100
Ensino F. completo	8	61,5	5	38,5	13	100
Ensino médio incompleto	36	45,6	43	54,4	79	100
Ensino médio completo	7	63,6	4	36,4	11	100
Ensino superior incompleto	1	50	1	50	2	100
Ensino superior completo	9	32,1	19	67,9	28	100
Total	281	48,9	294	51,1	575	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Dos 759 casos notificados, 575 apresentaram informações sobre a escolaridade, enquanto que os demais casos, como por exemplo, 66 casos foram ignorados, 10 não se aplicaram a essa avaliação, pois eram crianças que não estavam em idade escolar e 108 fichas não apresentaram tais informações.

De acordo com a tabela 4 evidencia-se que a maioria dos casos notificados (442) apresentou baixa ou nenhuma escolaridade, uma vez que 305 casos possuíam o ensino fundamental incompleto e 137 eram analfabetos. Não houve uma diferença significativa entre os sexos em relação à variável escolaridade, fato este que ressalva a importância de homens e

mulheres buscarem um melhor nível de instrução educacional para melhor bem-estar e qualidade de vida.

Vários estudos encontraram resultados similares referentes à baixa escolaridade dos indivíduos acometidos pela hanseníase. Na pesquisa de Ribeiro Junior; Vieira; Caldeira (2012) sobre a descrição dos aspectos epidemiológicos da hanseníase em uma cidade de Minas Gerais encontraram que 62,3% dos indivíduos com hanseníase que não tinham o ensino médio.

Miranzi; Pereira; Nunes (2010) ao buscarem elaborar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, encontraram que tanto as pessoas que não tinham estudo e as que tinha escolaridade acima de 12 anos eram na sua maioria representadas por mulheres, por isso justifica-se que as mulheres por ter mais escolaridade buscam mais os serviços de saúde.

Para Romão e Mazzoni (2013) a avaliação do grau de instrução é relevante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde para a população, com o objetivo de promover o entendimento e esclarecimento acerca da doença, amenizando sua transmissão.

Merece atenção o fato de 133 casos apresentarem um grau de instrução satisfatório, que varia desde o ensino fundamental completo à ensino superior completo, o que indica que a doença pode se manifestar em qualquer pessoa independentemente da idade, sexo, escolaridade, estado civil, ou qualquer outra variável sócio-demográfica. Neste caso, coincidentemente, as mulheres apresentaram melhor nível de escolaridade do que os homens.

No que diz respeito aos serviços de saúde responsáveis pela notificação dos casos de hanseníase, vê-se que 756 usuários foram notificados nas Unidades Básicas de Saúde, conforme preconizado pelo MS, enquanto que apenas três usuários foram notificados em serviços de referência, como por exemplo, a Policlínica (dois casos) e excepcionalmente o setor de Vigilância Epidemiológica (um caso).

A priori, tal fato demonstra a descentralização do diagnóstico pelas unidades de saúde, sugerindo que os profissionais da ESF estão qualificados e atentos aos casos suspeitos da doença desenvolvendo ações de controle como a busca ativa e realizando precocemente o diagnóstico sem precisar referenciar ao serviço especializado.

De fato, o diagnóstico da hanseníase no município de Cajazeiras é realizado essencialmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas quais, após a confirmação, as fichas são enviadas à Secretaria Municipal de Saúde para que seja alimentado o SINAN.

Quanto as UBS, percebe-se que a do Sol Nascente foi responsável pelo maior número de casos, totalizando 176 notificações, enquanto que a UBS Francisco Gonçalves de

Albuquerque notificou apenas um caso em dez anos e um mês. A primeira unidade fica localizada na zona urbana, no bairro Casas Populares de população pobre e classe sócio-econômica baixa. A segunda unidade situa-se na zona rural, no Sítio Serra da Arara, município de Cajazeiras – PB e consiste em um pequeno vilarejo, com aproximadamente 96 casas.

Segundo Schlickman, Guerino (2012), ao estudarem sobre a relação do número das unidades de saúde e a taxa de prevalência da doença, a hanseníase é uma doença de desenvolvimento dominante na área urbana, pois nos locais urbanos são encontrados aglomeração de pessoas favorecendo a transmissibilidade da doença.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de acordo os serviços de saúde notificadores.

Variável	<i>f</i>	%
Serviços de saúde		
UBS Sol nascente	176	23,2
UBS João Bosco Braga Barreto	79	10,4
UBS Amélio Estrela de Cartaxo	76	10
UBS Mutirão	76	10,0
UBS São José	74	9,7
UBS Maria José de Jesus	59	7,8
UBS Dr. Vital Rolim	46	6,1
UBS José Leite Rolim	45	5,9
UBS Simão de Oliveira	34	4,5
UBS Cristo Rei	32	4,2
UBS Dr. José Jurema	28	3,7
Posto de Saúde das Almas	15	2,0
UBS Divinópolis	06	0,8
UBS Higino Dias Moreira	06	0,8
UBS Elvira Dias Da Silva	03	0,4
Policlínica Orcino Guedes	02	0,3
UBS Francisco G. de Albuquerque	01	0,1
Unidade de Vigilância Epidemiológica	01	0,1
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

5.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA – OPERACIONAL

No que diz respeito à forma operacional da doença observou-se uma predominância de casos classificados como paucibacilares (454casos), sendo as mulheres as mais acometidas

com 57,7%. Isso indica que, embora a maioria dos pacientes notificados apresente pouca ou nenhuma escolaridade, no modo geral, a população pode estar bem informada sobre os fatores de risco e a prevenção buscando precocemente a UBS, ou mesmo, que os profissionais têm investido em ações mais efetivas de controle e educação em saúde, diagnosticando e tratando precocemente os casos confirmados.

Por outro lado, é preocupante o grande número de usuários do sexo masculino acometidos pela forma contagiosa da doença. Assim, questiona-se: que fatores contribuem para o aumento da disseminação dessa forma clínica no sexo masculino? O que têm feito os gestores e profissionais envolvidos no controle da doença para intervir nesse número? Nesse caso, pode-se inferir que há falhas no serviço oferecido, seja por parte dos profissionais ou mesmo da clientela?

Tabela 6 - Distribuição dos casos com relação à classificação operacional e o sexo.

Classificação operacional	Variáveis					
	Sexo				Total	
	M		F			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Paucibacilar	192	42,3	262	57,7	454	100
Multibacilar	183	60	122	40	305	100
Total	375	49,5	384	50,5	759	

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Lobo et al. (2011) ao desenvolverem um estudo sobre a prevalência e o perfil epidemiológico de pacientes com hanseníase por meio de exame de contato, em que encontraram um perfil de casos semelhantes a do presente estudo, qual seja, a maioria das notificações foi classificada na forma paucibacilar (75%). Diferentemente de tais achados, um estudo desenvolvido por Miranzi; Pereira; Nunes (2010) com o intuito de elaborar o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase em Uberaba, Estado de Minas Gerais, mostrou que 87,1% das notificações foram classificadas como multibacilares, sendo associadas com pessoas do sexo feminino enquanto que apenas 12,9% eram paucibacilares.

Para Margarido e Rivitti (2009, p. 1052) a hanseníase acomete ambos os sexos, porém a forma virchowiana (multibacilar) é mais predominante nos homens (2:1), sendo explicado por alguma relação com fatores hormonais.

Concernente à forma clínica, 232 casos foram classificados como indeterminada, 217 como dimorfa, 196 como tuberculóide e 62 como virchowiana. Chama-se atenção para o incorreto preenchimento da ficha de notificação, bem como da ausência de informações, uma vez que 12 casos não foram classificados quanto à forma clínica e 40 fichas não apresentaram qualquer registro dessa classificação, algo deveras negativo para o controle da doença. Sugere-se a oferta de capacitação/reciclagem aos profissionais envolvidos na notificação da doença.

Vê-se também uma divergência correlacional entre a classificação operacional e a forma clínica, de modo que o somatório da forma indeterminada e tuberculóide (428) deveria corresponder ao número de casos paucibacilares (454), porém não é isso que acontece. A mesma situação se repete com os casos multibacilares e as formas dimorfa e virchowiana. Isso sugere um falso/incorreto diagnóstico e/ou um errôneo preenchimento da ficha SINAN.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de acordo com a forma clínica.

Variáveis	<i>f</i>	%
Formas Clínicas		
Indeterminada	232	30,6
Dimorfa	217	28,6
Tuberculóide	196	25,8
Virchowiana	62	8,2
Sem informação	40	5,3
Total	747	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Em Divinópolis–MG, Lanza et al. (2012) ao estudarem a análise do perfil epidemiológico de pacientes hansenianos demonstraram que 33,6% dos casos foram classificados na forma dimorfa, 29,4% na virchowiana e 37% nas formas paucibacilares (indeterminada e tuberculóide). A esse resultado atribuem o retardo na confirmação diagnóstica da doença, conseqüentemente, a ampla transmissibilidade e o aumento das incapacidades físicas.

A tabela a seguir ilustra as variáveis lesões cutâneas (com um número de até quatro lesões, cinco ou mais lesões) e números de troncos nervosos (nenhum tronco nervoso, um ou mais tronco nervoso), ambas imprescindíveis por tratar-se de hanseníase, uma vez que pesquisas revelam que é através das lesões que se pode diagnosticar um caso novo e

dependendo da quantidade determina-se o tipo de tratamento. Com relação à avaliação de troncos nervosos afetados, sendo em um número pequeno de acometimentos nos nervos significa que o diagnóstico foi precoce ou a avaliação não foi realizada adequadamente.

Tabela 8 - Distribuição dos casos de acordo com o número de lesões cutâneas e troncos nervosos afetados.

Variáveis	<i>f</i>	%
Nº de lesões cutâneas		
Até 4 lesões	548	72,2
5 ou mais lesões	211	27,8
Nº de troncos nervosos afetados		
Nenhum tronco afetado	702	92,5
1 ou mais troncos afetados	57	7,5
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Duas variáveis relevantes no traçado do perfil clínico da hanseníase consistem no número de lesões cutâneas e número de troncos afetados. Vê-se um predomínio de casos com até quatro lesões e sem nenhum tronco nervoso afetado, algo esperado se considerada a classificação operacional, em que 454 casos foram avaliados como paucibacilares. Um dado significativo diz respeito ao número máximo de lesões, qual seja, 60 e o número máximo de troncos afetados, qual seja, seis.

Para Melão et al. (2011), as lesões cutâneas são características importantes para a exibição da doença e também o principal motivo pela procura da consulta médica. Destarte, o aparecimento de 60 lesões de pele demonstra a busca tardia do usuário pelo serviço de saúde e conseqüentemente pelo diagnóstico médico, assim como aumento da cadeia de transmissão.

Corroborando com os achados do presente estudo, Mello; Popoaski; Nunes (2006) demonstraram em seu estudo sobre a avaliação do perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase que o número de troncos nervosos afetados foi de quatro ou mais.

Na tabela 9 são descritos o grau de incapacidade (grau 0, grau 1 e grau 2) e modo de entrada (caso novo, transferência de outro município, transferência de outro estado, recidiva, outros reingressos), dos casos notificados. São duas variáveis que expressam, na primeira, se o acometido pela doença apresenta ou não alguma sequela e, a segunda, a forma de como foi notificado.

Tabela 9 - Distribuição dos casos de acordo com o grau de incapacidade e modo de entrada.

Variáveis	<i>f</i>	%
Grau de incapacidade		
Grau 0	487	64,2
Grau 1	179	23,6
Grau 2	54	7,1
Não avaliado	39	5,1
Modo de entrada		
Caso novo	709	93,4
Transferência de outro município	4	0,5
Transferência de outro estado	7	0,9
Recidiva	20	2,6
Outros reingressos	17	2,3
Ignorado	2	0,3
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Em relação às incapacidades físicas 487 (64,2%) não apresentaram nenhuma incapacidade, 179 (23,6%) o grau 1 e 54 (7,1%) com grau 2. Batista et al. (2011), investigou o perfil clínico-epidemiológico dos acometidos pela hanseníase e obteve os resultados que estão relacionados com a pesquisa em análise, em que o grau 0 com maior frequência 160 (72,7%), o grau 1 com 43 (19,5%) e grau 2 com 17 (7,7%). Os autores justificaram tal achado pela demora na realização do diagnóstico.

Segundo Ramos e Souto (2010) que realizou um análise sobre a situação relacionada à incapacidade dos pacientes com hanseníase destacou o grau 1 com 66% e o grau 2 com 11,3%, desta forma discorda dos resultados mostrados acima. Explicando que os pacientes que apresentaram algum grau de incapacidade é pelo fato do diagnóstico tardio.

Sobre o modo de entrada dos casos notificados, vê-se na tabela 9 que 709 (93,4%) corresponderam a um caso novo, 20 (2,6) por recidiva, 17 (2,2%) através de outros reingressos, 4 (0,5%) transferência de outro estado, 2 (0,3%) casos ignorados.

Entende-se por caso novo todas as pessoas que nunca fizeram tratamento para hanseníase e que apresentem uma ou mais das seguintes características como: lesões de pele

com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva. (BRASI, 2002)

Segundo Sobrinho; Mathias e Lincoln (2009), que efetuou um estudo sobre as características clínicas, operacionais e a distribuição segundo o gênero e o grau de alfabetização a maior parte do modo de entrada dos acometidos pela hanseníase foi por meio dos casos novos, totalizando 81, 9%, confirmando o estudo em análise.

A tabela a seguir refere-se às formas de detecção de um novo caso de hanseníase e também sobre as medicações utilizadas no início do diagnóstico da doença.

Tabela 10 - Distribuição da população estudada de acordo com modo de detecção do caso novo e esquema medicamentoso inicial.

Variáveis	<i>f</i>	%
Modo de detecção de caso novo		
Encaminhamento	435	57,3
Demanda espontânea	190	25
Exame de coletividade	50	6,6
Sem informação	50	6,6
Exame de contato	22	2,9
Outros modos	10	1,3
Ignorado	2	0,3
Esquema terapêutico inicial		
PQT/PB/6 doses	452	59,6
PQT/MB/12 doses	266	35
Outros esquemas substitutivos	41	5,4
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

A forma de predominância do modo de detecção do caso novo foi o encaminhamento com 435 (57,3%) casos, depois 190 (25%) por meio de demanda espontânea, assim comprova que está ocorrendo uma insuficiência na busca ativa e também que a população está mais informada quanto às características de identificação da doença, buscando os serviços de saúde.

A pesquisa de Lana; Carvalho; Davi (2011) examinou a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com o desenvolvimento das ações de controle e os resultados estão de acordo com o estudo em discussão quando se trata do modo de detecção do caso novo, pois

os autores encontraram que os casos novos foram detectados através de demanda espontânea ou encaminhamento com 87,5%, abordando uma deficiência na efetivação da busca ativa.

Com referência ao esquema medicamentoso inicial destaca-se na tabela 10 que 453 (59,6%) realizou o tratamento com PQT/PB/ 6 doses, isso porque a maioria dos casos quanto a forma operacional foi paucibacilar, logo após PQT/MB/ 12 doses 266 (35%), 41 (5,4%) casos realizou o tratamento com outros esquemas substitutivos.

Silva et al. (2013), alcançou em sua pesquisa acerca do perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase resultados não semelhantes ao citados acima, com 88,3% das pessoas acometidas pela doença, com esquema terapêutico inicial para a forma multibacilar. Acrescentaram que este esquema é o mais solicitado para o tratamento das pessoas com hanseníase.

A seguir serão discutidas as características clínicas – operacionais atuais, ou seja, as classificações que se aproximam do momento da alta, quando termina o tratamento, acrescentando o episódio reacional no momento do tratamento, o tipo de saída e data da alta.

Tabela 11 - Distribuição dos casos quanto a classificação operacional atual, grau de incapacidade na cura e esquema terapêutico atual.

Variáveis	<i>f</i>	%
Classificação operacional atual		
Paucibacilar	445	58,7
Multibacilar	314	41,3
Grau de incapacidade		
Grau 0	444	58,4
Grau 1	78	10,3
Grau 2	32	4,2
Não avaliado	153	20,2
Sem informação	52	6,9
Esquema terapêutico atual		
PQT/PB/6 doses	444	58,5
PQT/MB/12 doses	281	37
Outros esquemas substitutivos	34	4,5
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Um dos critérios avaliados no momento da alta refere-se à classificação operacional. Infelizmente, observa-se que o número de casos multibacilares aumentou de 305 para 313

enquanto o número de casos paucibacilares diminuiu de 454 para 444, indicando uma fragilidade no diagnóstico clínico-laboratorial. Consequentemente, com o aumento de pacientes bacilíferos têm-se o aumento da cadeia de transmissão e da prevalência de novos casos, dificultando ainda mais as ações de controle da doença.

Quanto ao grau de incapacidade no momento da alta, 444 casos foram avaliados com grau 0; 78 com grau I e 52 com grau II. Tais achados seriam significativamente positivos se a redução em todos os graus adviesse realmente de uma acurada avaliação, porém não é o que se observa na tabela 8. É preocupante o expressivo aumento de pacientes não avaliados quanto a presença de incapacidade no momento da alta (de 30 para 153 casos), dificultando a evolução dos mesmos.

Com respeito ao grau de incapacidade na cura o estudo de Romão e Manzoni (2013), sobre a descrição do perfil epidemiológico da hanseníase é concorrente, pois o número de pacientes avaliados também foi maior com 96,11% em confrontação aos não avaliados. Os autores abordaram que o resultado foi positivo, pois mostra a atenção por parte do serviço de saúde quando trata-se de incapacidades físicas. Concernente ao grau de incapacidade II alcançou 15,87% das pessoas com essa classificação. Essa porcentagem constatada também é superior à evidenciada acima.

No tocante ao esquema terapêutico atual, 443 casos foram tratados com esquema PQT/PB, 280 com esquema PQT/MB, 34 com outros esquemas substitutivos. Os esquemas estão relacionados à classificação operacional da doença, logo, é perceptível a incompatibilidade percentual entre ambas variáveis antes e após o tratamento.

Tal fato merece uma especial atenção visto que o diagnóstico incorreto concorre para o tratamento inadequado, podendo contribuir para o aumento da transmissibilidade da doença, bem como para o abandono do tratamento ou mesmo para sua adesão. Surgem então alguns questionamentos: como os serviços estão se comportando frente um caso suspeito e confirmado de hanseníase? O que justifica a incoerência de informações na ficha do SINAN? Há falta de compromisso ou de atenção por parte dos profissionais envolvidos no controle da doença?

O episódio reacional durante o tratamento, ou seja, os tipos de reações apresentadas nos acometidos durante o tratamento, que podem ser reação I, reação II e reação I e II o tipo de saída que é a forma como o indivíduo termina ou não o tratamento (cura, transferência para o mesmo município, transferência para outro município, transferência para outro Estado, por óbito, por abandono, por erro no diagnóstico), e o ano da alta (2002 a 2013) serão destacados na tabela a seguir.

Tabela 12 - Distribuição dos casos referente ao episódio reacional durante o tratamento, o tipo de saída e a alta por ano.

Variáveis	<i>f</i>	%
Episódio reacional durante o tratamento		
Reação tipo I	18	2,4
Reação tipo II	3	0,4
Reação tipo I e II	2	0,3
Sem reação	249	32,7
Sem informação	487	64,2
Tipo de saída		
Cura	696	91,7
Transferência mesmo município	2	0,3
Transferência outro município	3	0,4
Transferência outro Estado	3	0,4
Óbito	9	1,2
Abandono	17	2,2
Erro diagnóstico	13	1,7
Sem informação	16	2,1
Alta por ano		
2002	17	2,2
2003	63	8,3
2004	82	10,8
2005	95	12,5
2006	105	13,9
2007	84	11,1
2008	77	10,2
2009	54	7,1
2010	69	9,1
2011	63	8,3
2012	32	4,2
2013	11	1,4
Sem informação	7	0,9
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Sobre os surtos reacionais manifestados durante o período de tratamento, 249 casos não apresentaram nenhum episódio reacional, o que contribui positivamente para a adesão e término do tratamento nos meses preconizados. Dos 759 casos, apenas 23 apresentaram

reações, sendo que 18 tiveram reação do tipo I, três a reação do tipo II, e dois casos apresentaram reação do tipo I e II. Tal fato infere que os pacientes foram diagnosticados e tratados precocemente, evitando o surgimento dessas reações.

A esse respeito, Teixeira; Silveira; França (2010) enfatizam que as reações apresentadas durante o tratamento podem ser explicadas pela própria disposição do sistema imunológico do paciente, assim como pelo tratamento medicamentoso utilizado.

Número expressivo foi o de fichas sem a informação específica (487), dificultando o adequado acompanhamento do paciente durante o tratamento. Mais uma vez observa-se o descaso dos profissionais envolvidos quanto o correto e completo preenchimento das fichas do SINAN, o que é lamentável, visto que a ocorrência de reações hansênicas é uma variável determinante no tratamento e na cura do paciente.

Quanto ao tipo de saída, a maioria dos pacientes (694) obteve alta por cura, dois foram transferidos para outra unidade no mesmo município, três foram transferidos para outro município, três foram transferidos para outro estado, nove pacientes faleceram, 18 abandonaram o tratamento e 13 foram diagnosticados erroneamente. 15 fichas não continham as informações pertinentes.

Sousa; Gomes; Bezerra (2010) ao pesquisarem sobre identificar o comportamento e as Características Epidemiológicas da Hanseníase no Município de Pombal – PB, também identificaram a prevalência de casos que receberam alta por cura, quando o paciente termina o tratamento utilizando todas as doses recomendadas, em que as seqüelas, reações, e baciloscopias positivas com fragmentos de bacilos não interferem que o mesmo receba alta.

Estudando a avaliação do perfil clínico-epidemiológico dos portadores de hanseníase Mello; Popoaski; Nunes (2006) demonstraram que 38,5% dos pacientes receberam alta por cura, 5,3% por abandonarem o tratamento e 43,9% corresponderam a uma variável ignorada. Acrescentam que o número de casos de abandono está relacionado a dificuldade de aceitação do tratamento, talvez pelo período longo de duração do tratamento ou até mesmo pelo estigma que acompanha a doença.

O ano da alta demonstrado na tabela 12 é de relevante importância, ressalta o período de desenvolvimento do tratamento, como também o término do tratamento. As altas ocorreram em 12 anos e o ano de 2006 foi o ano que mais ocorreu alta com 105 (13,8%) casos. Tiveram 7 (0,9%) casos sem informações, embora pareça ser um número pequeno não deveria ocorrer, pois representa uma deficiência no preenchimento completo das fichas, além ser casos que podem estar propagando a doença, ou seja, casos em que pode não ter concluído o tratamento.

De acordo com a portaria de nº 3.125 emitida pelo Ministério da Saúde em outubro de 2010 um caso é considerado abandono quando o acometido pela hanseníase não comparece há 12 meses ao serviço de saúde para receber a medicação.

Na tabela abaixo estão descritas o número de casos que abandonaram o tratamento, representando um total de 17 (2,2%) casos, embora esse resultado não seja tão alarmante em relação à população de pesquisa. Porém, é necessário buscar medidas de resolutividade, pois esses casos promovem a propagação da doença.

Tabela 13 - Distribuição dos casos que abandonaram o tratamento por ano.

Variável	<i>f</i>	%
Tipo de saída: abandono		
Ano		
2002	1	0,12
2004	1	0,12
2005	4	0,52
2006	2	0,21
2007	1	0,12
2008	2	0,21
2010	2	0,21
2011	4	0,52
Total	17	2,2

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

Observa-se na tabela que os casos de abandono com maior número foram nos anos 2005 e 2011, ambos registraram 4 (0,52%) casos, indicando que acometidos pela hanseníase ainda abandonam o tratamento de forma equivalente em anos mais recentes. Nos anos de 2002, 2004 e 2007 tiveram apenas 1 (0,12%) caso de abandono por ano, sendo o suficiente para a transmissibilidade da doença. Em 2006, 2008 e 2010 foram constatados 2 (0,21%) casos por ano. Assim certifica-se que os casos de abandono estão ocorrendo de forma crescente, às medidas para evitar tal fato não estão surtindo efeito.

Sousa et al. (2013) ao estudarem os fatores que influenciaram os pacientes a faltarem ou abandonarem o tratamento apontam que os casos de abandono de tratamento com forma multibacilar promovem o aumento na transmissão da doença, além da possibilidade do desenvolvimento de incapacidades físicas, bem como o estigma social, discriminação e

preconceito com o acometido e também a sua família. A pesquisa dos autores é divergente do presente estudo, encontraram 4 (13,3%) casos que abandonaram o tratamento.

A tabela 14 demonstra a distribuição do número de pessoas que os indivíduos notificados tiveram contato, destacando que o número máximo de contatos obteve um valor expressivo.

A vigilância epidemiológica é responsável não só pela coleta, processamento, avaliação e interpretação dos dados referentes aos acometidos pela hanseníase, mas também por todas as informações relacionadas aos contatos dos acometidos pela doença. Assim desenvolvem ações voltadas para a investigação epidemiológica dos contatos, afim de, reduzir a cadeia de transmissão, atingir o controle e eliminação da doença (BRASIL, 2010d).

Tabela 14 - Distribuição do número de contatos registrados.

Variável	<i>f</i>	%
Número de contatos		
0	175	23,1
1	80	10,5
2	157	20,7
3	130	17,2
4	84	11,1
5	51	6,7
6	27	3,6
7	25	3,3
8	7	0,9
9	11	1,4
10	5	0,7
11	3	0,4
12	1	0,1
13	1	0,1
16	1	0,1
19	1	0,1
Total	759	100

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB.

Fonte: Pesquisa Direta (2014).

De acordo com Pires et al. (2012), avaliar o número de contatos é uma atividade relevante, pois a partir da mesma são implementadas medidas necessárias para prevenção, identificando as características clínicas com a possibilidade de diagnóstico precoce, redução da infecção e conseqüentemente da propagação da doença, por interceptar a sua transmissão.

Corroborando com tais autores, Lanza; Luna (2011) enfatizam que a vigilância dos contatos intradomiciliares é uma ação importante para o controle da doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos propostos foi verificado que na cidade de Cajazeiras -PB ainda são notificados muitos casos de hanseníase, apesar de existir a cura para essa doença há muitos anos, ainda observa-se a sua propagação de forma ampla.

Ao Analisar as características sócio-demográficas, nota-se que a hanseníase dispõe de um maior número de casos em adultos do sexo feminino, sendo importante ressaltar que foi encontrado 7,1% casos, em pessoas com idades inferiores há 15 anos. A escolaridade considerada baixa, destacando a UBS de procedência a Unidade Sol Nascente.

As características clínico-operacional evidencia-se a maioria como paucibacilar, com grau 0 (zero) de incapacidade tanto no diagnóstico como também no momento da cura, modo de entrada por meio de caso novo, modo de detecção de caso novo através de encaminhamento, episódio reacional durante o tratamento com ênfase para a reação tipo 1, tipo de saída foi por alta por cura, o ano que mais aconteceu alta foi o ano de 2006 e na avaliação do número de contatos domiciliares tiveram pelo menos em média 2 contatos por pessoa acometida pela hanseníase.

No processamento da avaliação das variáveis contactou-se que o preenchimento das fichas de notificações está sendo incorreto, muitas vezes não são apresentadas as informações, nem a classificação ou as informações são ignoradas, assim percebe-se que os profissionais não estão qualificados para o preenchimento das fichas e também aparenta uma deficiência na compreensão a cerca da doença.

O desenvolvimento deste estudo cooperou para um melhor entendimento sobre o perfil clínico epidemiológico da hanseníase no município de Cajazeiras-PB, e poderá propiciar o desenvolvimento e aprimoramento de ações que fomenta a detecção, tratamento precoce, a prevenção e tratamento de incapacidades físicas, assim reduzindo o índice de notificações de hanseníase na cidade.

Com objetivo de eliminar a hanseníase como um relevante problema de saúde pública, poderá ser desenvolvida uma capacitação dos profissionais, visando o correto preenchimento das fichas de notificação, ou até mesmo participarem de cursos de educação continuada, afim de, promover uma ampla compreensão a respeito da hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M. de et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 694-700, 2008.
- ALVES, C. J. M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 4, p. 460-461, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na Microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 701-707, 2008.
- BARBIERI, C. L. A; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Pediatria**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 281-290, 2009. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1319.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2014.
- BARBOSA, J. C. et al. Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 727-733, 2008.
- BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 9, n. 2, p.101-106, mar-abr. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso em: 11 de ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **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: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU nº 12, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos em hanseníase baciloscopia**. Brasília: MS, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroide_s_hansenise.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3125, de 7 de outubro de 2010. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. Brasília: MS, 2010b.

Disponível

em:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenfase_2010.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva.** Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: MS, 2010c. 168 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010.** Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União. 2010d. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 30 de ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH.** Relatório de Gestão. Brasília, MS: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006 – 2010.** Brasília, MS: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenfase.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Utilização de Medicamentos e Imunobiológicos na Área de Hanseníase.** Brasília, MS: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil.** Brasília, MS: 2000.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do Nordeste brasileiro. **Rev. Enferm. UFPE.** Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-2693, ago. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/6092-60466-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/6092-60466-1-PB%20(3).pdf)> Acesso em: 22 ago. 2014.

CONTE, E. C. M. et al. Situação Epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde,** v. 16, n. 4, p. 149-154, mar-abr. 2011. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK1_out-dez_2010.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CONTI, J. L.; ALMEIDA, S. N. D.; ALMEIDA, J. A. Prevenção de incapacidades em hanseníase: relato de caso. **Saluvista,** Bauru, v. 32, n. 2, p. 163-174, 2013. Disponível em: <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v32_n2_2013_art_04.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos do município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 689-693, 2008.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-756, 2008.

DINIZ, L. M. et al. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 4, p.420-424, jul-ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n4/a12v42n4.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p.100-107, jan-mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

_____. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 15, n. esp., p. 774- 779, set-out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_09.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2014.

FERREIRA, S. M. B.; IGNOTTI, E. GAMBÁ, M. A. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-764, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2587.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

FERREIRA, T. L.; ALVAREZ, R. R. A.; VIRMOND, M. C. L. Validação do questionário de avaliação funcional das mãos em hanseníase. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 435-445, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3618.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

GONCALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F. ANTUNES, C. M. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 267-274, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/119.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

GONÇALVES, N. L. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em Juazeiro do Norte, CE. **Revista de Biologia e Farmácia**, v. 9, n. 4, p. 1-10, 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: 22 ago. 2014.

IMBIRIBA, E. N. B. et al. Desigualdade social, crescimento urbano e hanseníase em Manaus: abordagem espacial. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, v.43, n.4, pp. 656-665. Epub 17-Jul-2009. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2008nahead/6895>>. Acesso em: 31 jul.2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

- LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Dermatologia**, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com as ações de controle. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan-mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2014.
- LANZA, F. M. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. **Rev. Enferm. UFSM**; v. 2, n.2. p. 365 – 374, 2012 mai/ago Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5343/3761>>. Acesso em: 05 ago. 2014.
- LIMA, H. M. N.; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras.Clin.Med**, 2010; v. 8 n. 4, p. 323-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2014.
- LOBO, J. R. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev. Bras.Clin. Med.** São Paulo, 2011 jul-ago; v.9, n.4, p. 283-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2187>>. Acesso em: 05 ago. 2014.
- LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, v. 63, n.6, pp. 983-990. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>>. Acesso em: 22 agos. 2014.
- MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESE, R.; FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia. 4º ed. **rev. e atual.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009. Cap. 53. p. 1047 a 1082.
- MELAO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 44, n. 1, p. 79-84, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- MESQUITA, k. O. et al. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na UTI neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Sobral no ano de 2009. **S A N A R E**, Sobral, v. 9, n.2, p. 66-72, jul./dez.2010. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/7/5>>. Acesso em: 02 jun. 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MIRANZI, S. S.C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2010, v.43, n.1, pp. 62-67. ISSN 0037-8682. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>>. Acesso em: 05 agos. 2014.

MELLO, R. S.; POPOASKI, M. C. P.; NUNES, D. H. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. **Arquivos Catarinenses de Medicina** V. 35, n. 1, de 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/352.pdf>>. Acesso em: 14 agos. 2014.

NASCIMENTO, G. R. C. et. al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 4, p. 743-750, out-dez. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a20.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2014.

NOGUEIRA, P. S. F. et al. Repercussões da interação entre hanseníase e gravidez. **Rev. Enferm. UFPE on line**. 2012 Sept; v. 6, n. 9, pp. 2243-9. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2778/pdf_1473>. Acesso em: 22 agos. 2014.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol.**, v. 7, n. 1, p. 45-51, jan-abr. 2012. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/viewFile/966/409>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guia para eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública**. 1. ed. 2000.

PEREIRA, D. L. et. al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26025372004.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2014.

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**, 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: 22 de agos. 2014.

PIRES, C. A. A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev. paul. pediátrica**. [online]. 2012, v.30, n.2, pp. 292-295. ISSN 0103-0582. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em: 15 agos. 2014.

RAMOS, J. M. H.; SOUTO, F. J. D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 3, p. 293-297, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/16.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

REIS, F. J. J. ; GOMES, M. K.; CUNHA, A. J. L. A. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetida à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. **Fisioter. Pesqui.**, v. 20, n. 2, p. 184-190, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n2/14.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

RIBEIRO JUNIOR A. F, Vieira M. A.; Caldeira A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, 2012. jul-ago; v.10 n. p.4272-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**.3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROMÃO, E. R.; MANZZONI, A, M.; Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev. Epidemiol. Control. Infect.** 2013; v.3 n.1, p. 22-27. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3344>>. Acesso em: 13 agos. 2014.

SCHLICKMAN, E. E. D. GUERINO, M. R. Relação entre o número de casos de hanseníase e o número de unidades básicas na cidade de Primavera do Leste-MT, Brasil. **J Health Sci Inst.** 2012; v 30 n.2 p.150-5. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p150-155.pdf> Acesso em: 02 set. 2014.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. da et al. Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 713-717, 2008. Disponível em: <<http://www.cet.edu.br/uploads/ARTIGO%20HANSENIASE.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

SILVA, D. R. X et. al. Hanseníase, condições sociais e desmatamento na Amazônia brasileira. **Rev. Panam. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 268-275, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n4/a05v27n4.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SILVA, P. L. N.; et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n. 3, 2013 p. 896-07. Disponível: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/579>>. Acesso em: 13 agos. 2014.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C.; Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen Int.** 2010; v. 35 n. 2, p. 33-40. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SOBRINHO, R. A. S; MATHIAS, T. A. F; LINCOLN, P. B. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. **Ciência Cuidado Saúde**, 2009 Jan/Mar; v. 8, n. 1, p. 19-26. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7767/4403>>. Acesso em: 12 agos. 2014.

SOUSA, M. C. M.; GOMES, A. L. M.; BEZERRA, V. M. S. Comportamento epidemiológico da hanseníase no município de Pombal – PB. **Rev. Saúde. Com** 2010; v. 6, n. 1, p. 31-41. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v6/v6n1a04.pdf>>. Acesso em: 16 agos. 2014.

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

Soc. Bras. Med. Trop., v. 44, n. 1, p. 85-90, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/19.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANCA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2010, v. 43, n.3, pp. 287-292. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/15.pdf>>. Acesso em: 24 agos. 2014.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Dados sócio-demográficos

Ano de notificação: _____ Sexo: () M () F Idade: _____
Etnia: _____ Escolaridade: _____

Dados clínico-operacionais

Número de lesões cutâneas: _____
Número de troncos nervosos acometidos: _____
Forma clínica: () Indeterminada () Dimorfa () Tuberculóide () Virchowiana
Avaliação de incapacidade no diagnóstico: () Sim () Não Grau: _____
Classificação operacional atual: () Paucibacilar () Multibacilar
Modo de entrada: _____
Modo de detecção do caso novo: _____
Esquema medicamentoso inicial: _____
Situação de tratamento: _____
Número de contatos registrados: _____
Doença relacionada ao trabalho: () Sim () Não Especificar: _____ Número de abandonos: _____ Número de óbitos: _____
Coeficiente de detecção e prevalência: _____ / _____
Número de casos ao ano em menores de 15 anos: _____
Número de casos registrados que apresentam incapacidade física e deformidades: _____
Número de casos virchowianos e dimorfa com baciloscopia positiva: _____
Proporção de pacientes curados com sequelas: _____

ANEXOS

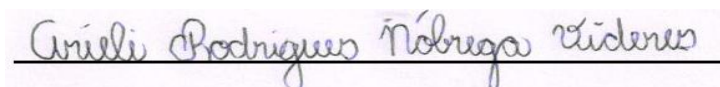
Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo assinado, autora da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012”** assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisas, ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras, 23 de junho de 2013.



Arieli Rodrigues Nóbrega Videres


Autora da pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu, Celso Nóbrega, Secretário de Saúde do município de Cajazeiras (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Avaliação clínica e epidemiológica da hanseníase no município de Cajazeiras (PB) durante o período de 2002 a 2012”, que será realizada na Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde através das fichas do SINAN no período de julho a agosto de 2013, tendo como pesquisadora/autora Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Cajazeiras, 12 de dezembro de 2012.



Dr. Celso Nóbrega
Secretário Municipal de Saúde

Celso Nóbrega dos Santos
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula Nº 1488

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

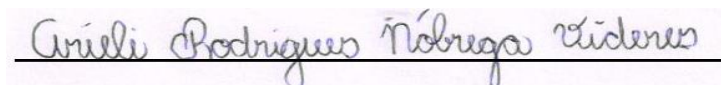
Título do projeto: AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012

Pesquisadora: Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cajazeiras, 23 de junho de 2013.



Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Autora da pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012

Pesquisador: ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09432013.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 477.836

Data da Relatoria: 25/09/2013

Apresentação do Projeto:

A hanseníase, mundialmente conhecida como lepra, é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, com alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo *Micobacterium Leprae* que acomete predominantemente os nervos periféricos e, secundariamente, pele e mucosas. É tida como um dos males mais antigos da história da humanidade, sendo considerada durante muito tempo uma doença contagiosa, mutilante e

incurável, provocando uma terrível carga estigmatizante, caracterizada por atitudes preconceituosas de rejeição ao doente, originando sua exclusão da sociedade. Nesse sentido, o presente estudo objetiva avaliar as características clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase notificados no município de Cajazeiras (PB) durante o período de janeiro de 2002 a janeiro de 2012. Para lograr tal objetivo, será realizado um estudo

epidemiológico observacional descritivo, com abordagem quantitativa, cuja população/amostra será formada por todas as fichas de notificação de casos de hanseníase disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na sede da Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Saúde. Os dados coletados nos meses de novembro e dezembro de 2012 serão analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (Programa SPSS), versão 12.0.

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



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENIASE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS (PB) DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2012		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 200	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES			
6. CPF: 048.757.214-98		7. Endereço (Rua, n.º): PRIMEIRO DE MAIO ALTO DO CAPANEMA CASA SOUSA PARAIBA 58803720	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (83) 8841-0524	10. Outro Telefone:
		11. Email: arieli.nobrega@hotmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>29</u> / <u>05</u> / <u>13</u>		<i>Arieli Rodrigues Nobrega Videres</i> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		14. CNPJ: 05.055.128/0003-38	15. Unidade/Órgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de Formação de Professores)
16. Telefone: (83) 3532-2000		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u><i>Osimar Luiz da Silva Filho</i></u>		CPF: <u>154 167 803 63</u>	
Cargo/Função: <u>VICE-DIRETOR / CFP MAT. SIAPE n.º: 033797</u>			
Data: <u>04</u> / <u>05</u> / <u>2013</u>		<i>Osimar Luiz da Silva Filho</i> Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			