



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PALOMA EMANUELLE DOS SANTOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM  
HANSENÍASE**

**CAJAZEIRAS – PB  
2017**

PALOMA EMANUELLE DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM  
HANSENÍASE**

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

Orientadora: Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

**CAJAZEIRAS – PB  
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras – Paraíba

S237a Santos, Paloma Emanuelle dos.  
Avaliação da qualidade do serviço de saúde em hanseníase / Paloma  
Emanuelle dos Santos. - Cajazeiras, 2017.  
50f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Hanseníase. 2. Indicadores operacionais de saúde. 3. Serviço de  
saúde em hanseníase - qualidade. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II.  
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de  
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.73

PALOMA EMANUELLE DOS SANTOS

## AValiação DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM HANSENÍASE

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

**Orientadora:** Profa. Especialista Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

Aprovada em: 20/09/17

### BANCA EXAMINADORA



Profa. Especialista Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG  
Orientadora



Profa. Mestre Mônica Paulino do Nascimento  
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG  
Examinadora



Profa. Especialista Paula Frassinetti Oliveira Cezário  
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG  
Examinadora

Cajazeiras – PB

2017

Dedico este trabalho a todos aqueles que nunca desistiram de lutar e aos que não sucumbem perante os obstáculos.  
A todos, meu máximo respeito!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado força e iluminado meu caminho.

Agradeço a minha mãe Dalvirene, *in memorian*, pela dádiva da vida, pela sua proteção e amor.

A minha avó Geraldina, pela minha criação, seus ensinamentos, carinho e esforços para que eu conquistasse o que até aqui conquistei. Razão da minha existência e minha eterna incentivadora.

Ao meu irmão Wellington, *in memorian*, pela missão a mim dada e a sua saudade que me inquieta e estimula a ser melhor.

Aos meus sobrinhos, Bárbara, Emilly, Gabriel, Guilherme e Irene, que com o olhar doce de criança restauraram a minha força e perseverança diante do cansaço e dificuldades do dia a dia.

A minha família e amigos pela compreensão e apoio. Em especial a minha tia Maria Socorro, as minhas irmãs Rosa Dalva e Rejane, a minha madrinha Egnácia e ao meu padrinho João Paulo.

As minhas companheiras de curso e irmãs de sonhos e batalha, Cícera, Gilvaneide e Danielly pelo companheirismo e força dispensadas nos momentos difíceis.

A minha orientadora Gerlane Cristinne, pelo apoio, compreensão, dedicação e disponibilidade na realização desse trabalho. Muito obrigada pela paciência e companheirismo!

Ao coordenador de Vigilância Epidemiológica Benai Ferreira, pelo auxílio na coleta dos dados e sua disponibilidade e colaboração para com o trabalho.

Aos mestres e usuários do serviço público de saúde, pela troca de conhecimentos, compreensão e sua imprescindível participação na minha formação profissional.

A todos aqueles que não foram citados, mas nunca serão esquecidos e que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação ética, pessoal e profissional.

A todos, a minha eterna gratidão.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis sexo, faixa etária, cor/raça (autodeclarada) e zona de moradia no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 2-** Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis da classificação operacional e clínica e baciloscopia no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 3-** Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis da unidade de notificação dos casos, modo de entrada e de detecção no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 4-** Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de coorte. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 5-** Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 6-** Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 7-** Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 8-** Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Aurora – CE, 2017.

**Tabela 9 -** Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes. Aurora – CE, 2017.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACH-** Ações de Controle da Hanseníase

**APS-** Atenção Primária à Saúde

**BA-** Bahia

**CE-** Ceará

**CFP-** Centro de Formação de Professores

**CHR-** Ciências Humanas e Sociais

**CNS-** Conselho Nacional de Saúde

**DATASUS-** Departamento de Informática do SUS

**GIF-** Grau de Incapacidade Física

**HI-** Hanseníase Indeterminada

**HD-** Hanseníase Dimorfa

**HT-** Hanseníase Tuberculoíde

**HV-** Hanseníase Virchowiana

**MB-** Multibacilar

**MG-** Minas Gerais

**MS-** Ministério da Saúde

**MT-** Mato Grosso

**PA-** Pará

**PB-** Paucibacilar

**PCH-** Política de Controle da Hanseníase

**PNEH-** Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase



**PQT-** Poliquimioterapia

**PSF-** Programa Saúde da Família

**OMS/WHO-** Organização Mundial da Saúde

**SINAN-** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**UAENF-** Unidade Acadêmica de Enfermagem

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

**UF-** Unidade Federativa

**UFCG-** Universidade Federal de Campina Grande

**UNICEF-** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**SUS-** Sistema Único de Saúde

## RESUMO

SANTOS, P. E. **Avaliação da qualidade do serviço de saúde em hanseníase.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2017. 50 f.

**Introdução:** A hanseníase é uma doença milenar, infectocontagiosa de evolução crônica, que possui um vasto poder incapacitante e estigmatizante, representando uma das doenças infecciosas que mais acomete a população na atualidade. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos serviços de saúde em hanseníase. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e de base secundária, realizada no departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município de Aurora-CE. A coleta ocorreu nas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de hanseníase. A população consistiu em 152 casos de hanseníase notificados no SINAN durante o recorte temporal de 2009 a 2015, a amostra foi de 151 casos que enquadraram-se nos critérios de seleção. A pesquisa foi realizada obedecendo a preceitos éticos regidos pelas Resoluções 510/2016 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Verificou-se que a hanseníase é hiperêndêmica no município e encontra-se em expansão. Constatou-se prevalência no sexo masculino; na faixa etária economicamente ativa; na cor parda e residentes na zona urbana. A maior parte dos casos foram classificados operacionalmente como multibacilar; forma clínica dimorfa. A baciloscopia foi realizada em 85,4% dos casos. Ao avaliar os indicadores operacionais foi possível observar que o município apresentou melhor desempenho nos indicadores: “Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes” e “Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes” apresentando resultados anuais de 0% e 100% respectivamente. O pior desempenho foi observado no ano de 2014, na avaliação da Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes, com 60,7% de casos avaliados. **Conclusão:** Conclui-se que o serviço prestado pelo município é qualificado de bom a regular, mas que apresentam fragilidades no desempenho das Ações de Controle a hanseníase.

**PALAVRAS-CHAVE:** Indicadores operacionais de saúde. Hanseníase. Qualidade do serviço de saúde.

SANTOS, P. E. **Evaluation of the quality of the health service in leprosy.** Graduation work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2017. 50f.

### ABSTRACT

**Introduction:** Leprosy is a millenary, infectious disease of chronic evolution, which has a vast incapacitating and stigmatizing power, representing one of the infectious diseases that most affect the population today. **Objective:** To evaluate the quality of health services in leprosy. **Method:** This is an exploratory, descriptive, quantitative and secondary-based study carried out in the Department of Epidemiological Surveillance of the Department of Health of the Municipality of Aurora-CE. The collection took place in the records of the Information System of Leprosy Notification Diseases. The population consisted of 152 cases of leprosy reported in the SINAN during the time cut from 2009 to 2015, the sample was 151 cases that fit the selection criteria. The research was carried out obeying the ethical precepts governed by Resolutions 510/2016 and 466/2012 of the National Health Council. **Results:** It was verified that leprosy is hyperemic in the municipality and is expanding. It was found prevalence in males; in the economically active age group; in the brown color and residents in the urban zone. Most of the cases were classified operationally as multibacillary; dimorphic clinical form. Smear microscopy was performed in 85.4% of the cases. When evaluating the operational indicators, it was possible to observe that the municipality showed a better performance in the indicators: "Proportion of cases of leprosy in treatment abandonment among new cases diagnosed in the cohort years" and "Proportion of contacts examined of new leprosy cases diagnosed in the years of the cohorts "presenting annual results of 0% and 100% respectively. The worst performance was observed in the year 2014, in the evaluation of the proportion of cases cured in the year with the degree of physical incapacity assessed among new cases of leprosy in the cohort period, with 60.7% of cases evaluated. **Conclusion:** It is concluded that the service provided by the municipality is qualified as good to regulate, but that they present weaknesses in the performance of the Leprosy Control Actions.

**KEYWORDS:** Operational health indicators. Leprosy. Quality of health service.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo Geral .....	14
2.2 Objetivos específicos .....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1 Hanseníase .....	15
3.2 Assistência em saúde para o controle da hanseníase .....	18
<b>4 PERCUSSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>22</b>
4.1 Caracterização da pesquisa .....	22
4.2 Local do Estudo.....	23
4.3 População e Amostra .....	23
4.4 Critérios de Seleção .....	24
4.5 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados .....	24
4.6 Análise dos Dados .....	24
4.7 Aspectos éticos da Pesquisa .....	26
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
5.1 Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase .....	27
5.2 Indicadores da qualidade do serviço em hanseníase .....	31
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença milenar, infectocontagiosa de evolução crônica, que possui um vasto poder incapacitante e estigmatizante (COSTA et al., 2011). Representa na atualidade uma das doenças infecciosas que mais acomete a população, principalmente em países em desenvolvimento (SOUZA et al., 2013).

No ano de 2014, o Brasil coadunado com a Índia e a Indonésia notificaram mais de 10.000 novos casos de hanseníase, correspondendo a 81% dos novos diagnósticos da doença na população mundial (OMS, 2016).

Em 2015, o Brasil registrou 28.761 casos novos de hanseníase, com coeficiente de detecção de cerca de 14 casos/100.000 habitantes. O Nordeste notificou 12.848 (44,7%) casos novos, com coeficiente de detecção de cerca de 23 casos/100.000 habitantes, o Ceará apresentou 1.790 (6,2%) casos novos, com coeficiente de detecção de cerca de 21 casos/100.000 habitantes, enquanto o município de Aurora 19 (1,1%) casos novos, com coeficiente de detecção de cerca de 77/100.000 habitantes, caracterizando-se como uma área hiperendêmica e possuidora do maior coeficiente de detecção da doença do estado (DATASUS- TABNET, 2017).

Ao longo dos anos foram criadas estratégias globais quinquenais para o combate a hanseníase. A mais atual baseada nas anteriores intitula-se “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase” e possui o objetivo de intermediar a eliminação da doença como problema de saúde pública nos países remanescente e minimizar os impactos sociais e humanos da enfermidade até o ano 2020 (OMS, 2016).

No Brasil, a Portaria nº 125 de 26 de março de 2009 do Ministério da Saúde (MS) dispõe sobre as ações para o controle da hanseníase no país, orientando a prática da assistência nos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a obrigatoriedade da atenção à pessoa que convive com a doença (BRASIL, 2009).

De acordo com Sousa, Silva e Xavier (2017a) o controle da hanseníase consiste em um campo estratégico de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo este serviço, encarregado de proporcionar ampla cobertura nas ações preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), com objetivo de eliminar a doença como problema de saúde pública por meio de serviços de qualidade.

Para o monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e avaliação da qualidade dos serviços, o MS estabeleceu indicadores epidemiológicos e operacionais que devem ser avaliados periodicamente (SILVA et al., 2016).

Frente ao exposto e da preocupação com o elevado número de casos diagnosticados de hanseníase em Aurora-CE surgiu a necessidade de um estudo sobre a temática. Sendo assim, os seguintes questionamentos nortearam a elaboração dessa pesquisa: “Qual a situação epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora-CE”, “Como estão os indicadores operacionais em hanseníase no município?”, “Qual é a qualidade do serviço prestado para o controle da endemia no município?”.

Ao responder estes questionamentos pretende-se contribuir para um melhor entendimento do comportamento da doença e a prestação dos serviços de saúde destinados ao combate a hanseníase, além de instigar a discussão local acerca do assunto, bem como oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitirão o controle epidemiológico, melhorando a qualidade de vida dos atores sociais que convivem com a hanseníase e consequentemente da sociedade, comprovando a relevância social deste estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a qualidade dos serviços de saúde em hanseníase.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase;
- Analisar os indicadores de avaliação da qualidade do serviço em hanseníase.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Hanseníase

A hanseníase é uma doença tropical negligenciada, curável, de evolução lenta. Possui um grande potencial incapacitante, o que a constitui até os dias atuais como uma doença de grande importância para a saúde pública mundial (BRASIL, 2010a; OMS, 2016).

É ocasionada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, que caracteriza-se por afetar a pele e os nervos periféricos, podendo atingir outros órgãos e sistemas do corpo humano, possuindo predileção pelas células de Schwann (AZULAY, 2008). Possui alto grau de infectividade e baixa patogenicidade (BRASIL, 2010a; BRASIL 2014).

Embora tenham sido encontradas outras espécies de animais naturalmente infectados com o bacilo (macacos e tatus), sabe-se que o homem é considerado a única fonte de infecção da doença (BRASIL, 2014), a transmissão ocorre pelas vias aéreas superiores da pessoa com uma elevada carga bacilar (multibacilares), não tratada, em contato íntimo e prolongado com o indivíduo suscetível (BRASIL, 2002). Segundo Brasil (2010a) a única forma de interromper essa cadeia de infecção da hanseníase se faz por meio do diagnóstico precoce, tratamento apropriado e investigação de novos casos entre os contatos.

Dados da OMS (2016) apontam que o Brasil está entre os 13 países que mais notificaram casos de hanseníase no mundo no ano de 2014, ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial, estando atrás apenas da Índia.

Hacker et al. (2012) explicam que a situação epidemiológica da hanseníase no Brasil é heterogênea, apresentando nos últimos anos tendências de estabilização, contudo, as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste continuam a apresentar altas taxas de prevalência da doença (BRASIL, 2014), contribuindo para a caracterização da hanseníase como problema de saúde pública no país.

Rodrigues et al., (2017) referem que a distribuição espacial da hanseníase está visceralmente relacionada ao índice de vulnerabilidade social da população, estando as informações epidemiológicas em proporção direta a capacidade operacional dos serviços e programas de controle da doença.

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história epidemiológica e condições sociais do paciente, exame físico geral e dermatoneurológico (BRASIL, 2016a). O diagnóstico laboratorial é realizado através do



exame de baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), que auxilia quando resultado positivo, a realização da classificação operacional dos casos, independentemente do número de lesões, porém o seu resultado negativo não exclui o diagnóstico da hanseníase; o exame complementar, histopatológico, é indicado como apoio na elucidação diagnóstica e em pesquisas (BRASIL, 2014).

A classificação operacional da hanseníase é realizada por meio da quantidade de lesões e comprometimento de tronco nervoso apresentado pelo paciente, assim classificada como caso paucibacilar (PB) o caso que apresenta até cinco lesões de pele e/ou com o comprometimento de até um tronco nervoso; e multibacilar (MB) quando apresenta mais de cinco lesões e/ou mais de um tronco nervoso comprometimento. Quanto às características clínicas, a hanseníase pode ser classificada como indeterminada (HI), tuberculóide (HT), dimorfa (HD) e virchowiana (HV) (BRASIL, 2010a).

A pessoa acometida pela hanseníase apresenta sintomas dermatológicos com características particulares à forma clínica desenvolvida, para tanto o sujeito que vivencia a forma HI pode apresentar áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemo-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos; quando pela forma HT, pode apresentar placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, e até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos; na forma HD, podem apresentar lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro), lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), e alterações de sensibilidade; na forma HV, é observado eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões nas mucosas, e alteração de sensibilidade (BRASIL, 2014).

Quanto aos casos suspeitos, sem lesão cutânea, que apresentam comprometimento neural (hanseníase neural pura) recomenda-se o encaminhamento para os serviços de referência devido a difícil elucidação do diagnóstico e classificação operacional. No serviço de referência, serão realizado o novo exame dermatoneurológico e exames complementares, como a baciloscopia, a histopatologia (cutânea ou de nervo periférico sensitivo), bem como o estudo eletrofisiológico e outros exames mais complexos, desde que haja necessidade. As pessoas encaminhadas para os serviços de referência também são avaliados por profissionais das áreas da ortopedia, neurologia e outros especialistas, para realização de diagnóstico diferencial de outras neuropatias periféricas (BRASIL, 2016a).

O paciente deve ser tratado ambulatorialmente com a administração da poliquimioterapia (PQT) preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de acordo

com a classificação operacional da doença, a idade e o peso do paciente. Se não tratados adequadamente, o indivíduo pode apresentar danos permanentes e progressivos na pele, nervos, membros e olhos. O esquema padrão para tratamento da doença consiste na associação de medicamentos (rifampicina, dapsona e clofazimina) cuja finalidade é eliminar os bacilos e evitar a evolução da doença (WHO, 2015), além de encurtar a duração da infectividade e, portanto, reduzir o risco de transmissão para indivíduos suscetíveis na comunidade (WHO, 2013). O tratamento das formas PB é composto pela combinação de rifampicina e dapsona em seis doses supervisionadas e doses diárias de dapsona em um prazo de até nove meses. Já para os casos MB, é adicionado ao esquema supervisionado a clofazimina, compondo doze doses supervisionadas, além das doses diárias de dapsona e clofazimina, em um período de até dezoito meses (WHO, 2017).

A hanseníase pode apresentar quadro de agudização chamados de estados reacionais ou reações hansênicas, que consistem em uma resposta inflamatória aguda ou subaguda desencadeada pela capacidade imunogênica do bacilo. Esses eventos podem acontecer antes, durante ou após o tratamento específico, sendo de ocorrência mais frequente os casos MB. Sendo caracterizados na reação tipo 1 ou reação reversa por manifestação de novas lesões dermatológicas em forma manchas ou placas, infiltrados, alterações na cor e surgimento de edema nas lesões antigas, e presença ou não de espessamento e inflamação de nervos. Na reação tipo 2 ou eritemas nodoso hansênico, quadro clínico inclui a aparição de nódulos subcutâneos dolorosos, que podem estar acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem neurite e espessamento (BRASIL, 2017).

Considerada uma das mais graves complicações da doença, as incapacidades físicas caracterizam-se pelo comprometimento funcional e estrutural de diversas partes do corpo, entre elas olhos, nariz, mãos e pés. As incapacidades físicas podem ser primárias/deficiências primárias, resultantes do processo inflamatório danoso ao tecido, que são desencadeados pelo sistema imunológico na tentativa de eliminar o bacilo (orquite, uveíte, neuropatia, etc); e deficiências secundárias, causadas pela falta de tratamento e de prevenção do processo lesivo inicial (garra rígida, mal-perfurante plantar, reabsorção óssea). Devido o potencial incapacitante e a sua contribuição com o estigma e isolamento da pessoa no meio social, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das incapacidades, faz-se tão importante para o indivíduo quanto o uso da PQT (BRASIL, 2008b).

A classificação das incapacidades físicas em hanseníase leva em consideração as alterações estabelecidas pela OMS, e se apresenta em três níveis: grau 0 - nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase, grau 1 diminuição ou perda da

sensibilidade nos olhos e/ou diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e/ou nos pés; e grau 2 ou deficiência visível, quando ocorre lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância; lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, e reabsorção nas mãos ou pés; mão caída; pé caído; e contratura do tornozelo (ARAÚJO et al., 2014).

### **3.2 Ações de saúde para o controle da hanseníase**

As primeiras políticas públicas destinadas ao controle da hanseníase tiveram como principal estratégia o isolamento compulsório dos doentes em suas residências ou em leprosários, fator que associado às deformidades físicas causadas pela inexistência de tratamento, agregam até os dias atuais um grande peso ao estigma social e preconceito relacionado à doença (SILVA et al., 2014a). O primeiro plano nacional de combate à hanseníase delineou-se em 1934 durante o governo Vargas (1930-1945), apoiado no tripé: leprosário, preventório e dispensário, tendo como meta principal proteger os indivíduos saudáveis contra a hanseníase (SANTOS, 2011).

Na década de 40, surge o primeiro avanço significativo no tratamento da hanseníase, com o início da utilização da Sulfona, possibilitando o tratamento ambulatorial da doença, porém pouco repercutiu na política de controle da hanseníase, fincado em preceitos de segregação e exclusão da pessoa acometida pela doença (ALMEIDA et al., 2012).

Com a Reforma Sanitária, movimento ocorrido no Brasil entre os anos de 1970-1980, iniciou-se os primeiros questionamentos acerca do modelo assistencial de saúde vigente no país, e a busca pela reestruturação do sistema nacional de saúde. Esse projeto culminou na criação do SUS por meio da Constituição Federal de 1988, garantindo o direito de assistência a saúde para toda a população brasileira, refletindo diretamente na atenção a hanseníase (GOMES, 2016).

Ainda em 1976, o MS criou por meio da portaria nº 165/BSB, de 14 de maio de 1976 a nova Política de Controle da Hanseníase (PCH), recurso que designa as ações de controle que devem ser desempenhadas em todos os serviços de saúde nacionais destinadas ao controle epidemiológico, manejo da doença, prevenção de incapacidades físicas e diminuição do preconceito social sofrido pela pessoa que convive com a enfermidade (BRASIL, 2006).

Quase 40 anos após o início da utilização da Sulfona, no ano de 1982, a OMS passou a recomendar a adoção da PQT como tratamento padrão mundial para a hanseníase. No Brasil

essa implantação ocorreu mais tardiamente, e de forma gradativa, no ano de 1991, normatizada pela Portaria Ministerial nº 140/91- MS (PEREIRA et al., 2012).

Desenvolvido para instaurar o redirecionamento da política nacional de eliminação da hanseníase e alcançar melhores resultados, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNHE) foi criado em 2004 pelo MS (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Devido à cronicidade da doença, e a necessidade de atendimento contínuo em toda a rede de saúde, faz-se necessário um serviço bem estruturado com medidas de intervenções articuladas para o controle da hanseníase enquanto endemia. Para tanto, exige-se um planejamento compatível com as características particulares de cada localidade e população, possível mediante análise da situação, planejamento de intervenções condizentes com a realidade local e dos serviços, e estruturação e adequação das redes de atenção, tendo como protagonista a atenção primária e todos os serviços vinculados a ela (SOUZA; SILVA; XAVIER, 2017a).

O modelo de atenção à hanseníase preconizada pelo PNCH é baseado no diagnóstico precoce de novos casos, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, vigilância dos contatos (domiciliares, familiares, sociais), prevenção e tratamento de incapacidades físicas, educação em saúde e vigilância epidemiológica, devendo ser executado em toda a rede da APS, com suporte de todos os níveis de complexidade (LANZA et al. 2014).

A vigilância epidemiológica consiste no diagnóstico e detecção da doença em fases iniciais, por meio da busca ativa ou passiva de novos casos. A busca por casos da hanseníase deve acontecer em todo o atendimento clínico executado pela APS, por meio da pesquisa verbal sobre sinais e sintomas sugestivo da doença e a avaliação dermatoneurológica de toda pessoa com suspeita diagnóstica. A busca sistemática por meio da investigação de contatos, exame programados na coletividade, exame em populações específicas, realização de exame por demanda e espontaneidade consistindo em uma importante ferramenta para o controle da endemia (BRASIL, 2014).

No combate a hanseníase, a educação em saúde é utilizada para a disseminação de informações relacionada aos sinais e sintomas, complicações, tratamento, prevenção de incapacidades físicas; visando incentivar a procura espontânea pelo serviço na procura de exame dermatológico e detecção de casos novos. Além de promover conhecimentos que subsidiam a diminuição do estigma relacionado a hanseníase (BRASIL, 2016a).

O tratamento é realizado em regime ambulatorial, de caráter oportuno, fornecido gratuitamente a todos os casos diagnosticados; deve-se realizar o acompanhamento do caso, prover orientações a respeito da gravidade e complicações doença, tratamento, reações

adversas, prevenindo o abandono do tratamento ou resistência a adesão do mesmo (BRASIL, 2008a).

As ações de vigilância do contato consiste em um dos pilares da assistência da APS no controle da hanseníase. Para esse público a assistência dar-se-á por meio da anamnese a procura de indícios da doença, avaliação dermatoneurológica na busca por sinais de instalação da hanseníase e vacinação com a BCG nos contatos saudáveis que não apresentaram nenhuma alteração dermatoneurológica, além da orientação quanto aos sinais da doença e procura do serviço de saúde caso surjam alterações. Os contatos devem ser acompanhados continuamente pelo serviço (BRASIL, 2016a).

A prevenção das incapacidades físicas incluem um conjunto de medidas para evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e econômicos, e o surgimento de complicações relacionadas a hanseníase. (Técnicas simples podem ser desempenhadas pelo serviço para prevenir as incapacidades, tais como: educação em saúde, prática de exercícios preventivos, cuidados com os olhos, a adaptações a calçados, férulas e equipamentos de trabalhos) a investigação de incapacidades físicas e tratamento das reações hanseníacas consistem em ações imprescindíveis na prevenção das incapacidades, e permitir o diagnóstico e tratamento dos casos impedindo a progressão do grau de acometimento (BRASIL, 2008a).

Segundo Bassaneze, Gonçalves e Padovani (2014) a hanseníase é uma das doenças que devem ser obrigatoriamente suspeitada, diagnosticada e acompanhada na APS, exceto nos casos que exijam assistência especializada, devendo o paciente ser referenciado para esse e contra-referenciado para o serviço de origem. Sendo a responsabilidade do nível de atenção primária fornecer acessibilidade, integralidade e continuidade do acompanhamento a pessoa que convive com a doença.

Para Moreira et al. (2014) a avaliação da qualidade do serviço deve fazer parte do processo de trabalho em saúde, por propiciar uma mensuração da produtividade do serviço e satisfação dos profissionais e dos usuários e permitir a readequação do serviço prestado.

Para Silva, Sousa e Xavier (2017b) avaliar o serviço de saúde consiste em uma prestação de contas a sociedade sobre os resultados das ações e medidas que estão sendo desenvolvidas no serviço. Por se tratar de um agravo de saúde prioritário, avaliar a hanseníase é de extrema importância para identificar fragilidades e potencialidades na operacionalização da doença e os reflexos na qualidade de vida do usuário do atendimento.

O MS estabeleceu indicadores para o monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública em taxa de prevalência anual de hanseníase

por 10 mil habitantes, taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos, por 100 mil habitantes, taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil habitantes, proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano, proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano, proporção de casos de hanseníase, segundo gênero entre o total de casos novos, proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos e taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor (BRASIL, 2016a).

Para avaliar a qualidade dos serviços em hanseníase os indicadores são: proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano, proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes (BRASIL, 2016a).

## 4 PERCUSSO METODOLÓGICO

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e de base secundária.

A pesquisa exploratória possui característica investigatória. Esse tipo de estudo permite ao investigador o aprofundamento no problema, apropriação da temática e levantamento de hipóteses mais fidedignas, por artifício do levantamento bibliográfico, realização de entrevistas com pessoas de maior experiência no objeto estudado e análises de exemplos. Comumente esse tipo de estudo assume as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para Moresi (2003) a pesquisa de cunho descritivo visa descrever as características de uma população, fato e/ou fenômeno específico, ou estabelecer relações entre variáveis sem aprofundar-se na investigação das suas causas.

Lakatos e Marconi (2010) consideram em seu estudo a existência dos estudos exploratórios e descritivos combinados. Para os autores esse tipo de estudo é uma ramificação do estudo exploratório, que permite descrever detalhadamente um fenômeno por meio da análise empírica e teórica, podendo ser descrita de forma qualitativa e quantitativa.

Segundo Kauark, Manhães e Medeiros (2010) a pesquisa de abordagem quantitativa permite ao pesquisador lidar com fatos, transformando as informações factíveis de quantificação em números, que por meio de técnicas estatísticas tais como: porcentagens, média, desvio padrão, coeficiente de correlação e as regressões, podem ser agrupados, classificados e analisados. Método frequentemente utilizados em pesquisas, devido a sua confiabilidade e precisão, permitidos pela utilização de um número expressivos de amostras, fator que contribui para uma maior aproximação da realidade da população estudada.

O estudo de bases de dados secundários ou pesquisa documental, denominação utilizada de acordo com a predileção de cada autor, são estudos que possuem nos documentos sem tratamento analítico, a única fonte de coleta de dados. Esses documentos podem ser oriundos de arquivos públicos, particulares e fontes estatísticas (LAKATOS-MARCONI, 2010).

O presente estudo segue as recomendações da Declaração STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para estudos observacionais. É uma iniciativa de pesquisadores em traçar um instrumento de verificação que permita evidenciar os pontos essenciais que devem ser abordados nos estudos observacionais. O intuito de unificar a estrutura de um estudo parte do pressuposto que um desenho claro e coerente facilita a avaliação fidedigna por parte dos avaliadores. Os itens que compõe o instrumento estão relacionados a informações que devem estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão (MALTA et al., 2010).

#### **4.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Aurora-CE, situado na mesorregião do Sul cearense, microrregião do Barro, região Político-administrativo do Cariri, localizado a cerca de 460,8 km da capital, Fortaleza. A estimativa para o ano de 2016 era de aproximadamente 24.548 habitantes distribuídos no território de abrangência da cidade, correspondente a 885,836 Km<sup>2</sup>. O município encontra-se a 283 metros de altitude acima do mar (IBGE, 2017).

A principal atividade econômica da cidade é a agricultura, seguida da agropecuária e do comércio. O Município conta com um Hospital Municipal Geral de pequeno porte, uma Policlínica e 12 unidades de APS, sendo seis delas na área urbana e seis na área rural.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica foi escolhido para a realização do estudo por agrupar as informações sobre as notificações e acompanhamento de casos de hanseníase de todos os serviços que prestam assistência à saúde no município, facilitando assim o acesso às informações de todos os serviços de saúde.

#### **4.3 População e Amostra**

População é considerada um conjunto de elementos inanimados e animados, que possui no mínimo uma característica em comum. A amostra conceitua-se como sendo a parte ou fração de um todo, a qual é vista como a mais representativa (LAKATOS; MARCONI, 2010). A população deste estudo foi constituída por 152 casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante o recorte temporal de



2009 a 2015, disponibilizados por meio do banco de dados do departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município.

A amostra para a pesquisa consistiu em 151 casos de hanseníase nos quais se enquadraram nos critérios para a seleção.

#### **4.4 Critérios de Seleção**

Definiu-se como critério de inclusão, todos os casos de hanseníase notificados no período de 2009 a 2015. Utilizou-se como critério de exclusão os casos com desfecho de erro de diagnóstico.

#### **4.5 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados**

Para a realização do estudo foram utilizadas informações do banco de dados municipal do SINAN, referentes à hanseníase. Utilizou-se para coleta de dados uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel (2010), onde foram associados codificações (Apêndice A) para cada variável contida na ficha de notificação e acompanhamento de caso (Anexo A).

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de julho de 2017, após apresentação do projeto de pesquisa ao Conselho Municipal de Saúde e posterior parecer favorável à coleta pela Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE.

#### **4.6 Análise dos Dados**

Os dados foram trabalhados por meio da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de tabelas (com frequência absoluta e relativa que variou conforme o tipo de variável analisada: quantitativa utilizou-se a mínima, a máxima, média e desvio padrão; qualitativa usou a frequência e o percentil, além dos parâmetros de análise sugeridos pelo MS relativa, sendo todos discutidos à luz da literatura pertinente). Utilizou-se o programa estatístico Epi Info versão 7.0, para a construção dos indicadores que qualificam o serviço de hanseníase, seguiram-se os passos estabelecidos no quadro abaixo.

Quadro 1- Indicadores operacionais de saúde utilizados para a qualificação do serviço em hanseníase

INDICADOR OPERACIONAL	CONSTRUÇÃO	PARÂMETROS
Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de coorte	NÚMERADOR: Casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano da avaliação DENOMINADOR: Total de casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Bom: $\geq 90,0\%$ ; Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ ; Precário: $< 75,0\%$ .
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	NÚMERADOR: Casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação DENOMINADOR: Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Bom $< 10,0\%$ ; Regular $10,0$ a $24,9\%$ ; Precário $\geq 25,0\%$ .
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	NÚMERADOR: n° de contatos dos casos novos de hanseníase examinados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) DENOMINADOR: total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Bom: $\geq 90,0\%$ ; Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ ; Precário: $< 75,0\%$
Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano	NÚMERADOR: Número de casos de recidiva de hanseníase notificados DENOMINADOR: Total de casos notificados no ano FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Não especifica parâmetro
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de	NÚMERADOR: Casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico,	Bom: $\geq 90,0\%$ ; Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ ;

incapacidade física avaliado no diagnóstico	residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação DENOMINADOR: Casos novos de hanseníase, residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Precário: <75,0%.
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes	NÚMERADOR: Casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local DENOMINADOR: Total de casos curados no ano residentes no mesmo local FATOR DE MUTIPLICAÇÃO= 100	Bom: ≥90,0%; Regular: ≥75,0 a 89,9%; Precário: <75,0%.

Fonte: Brasil, 2016.

#### 4.7 Aspectos éticos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada obedecendo a preceitos éticos regidos pela Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016b). Cumpriu-se no estudo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução Nº 466/2012 do CNS, na qual, incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres dos envolvidos (BRASIL, 2012).

De acordo com a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016b), o estudo dispensa a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas em seres Humanos, por se tratar de pesquisa social com bancos de dados, incapazes de identificação de usuários. No entanto, a proposta de pesquisa foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde e ao Departamento de Vigilância Epidemiológica do município, órgão que concedeu a anuência. A anuência concedida encontra-se disposta na seção de anexo correspondendo ao anexo b.

Pode-se julgar que os riscos inerentes a pesquisa são mínimos. Espera-se que esta pesquisa contribua na fomentação de conhecimentos e melhorias no serviço de saúde, beneficiando diretamente os usuários e a população em geral.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente seção serão abordados os resultados e discussão em dois momentos, no primeiro, o perfil clínico e epidemiológico dos casos notificados e confirmados de hanseníase e no segundo, a avaliação da qualidade do serviço em hanseníase.

### 5.1 Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase

A amostra foi composta por 151 casos de hanseníase notificados e confirmados e encontram-se distribuídos na Tabela 1 de acordo com as variáveis de sexo, faixa etária, cor/raça (autodeclarada) e zona de moradia.

TABELA 1- Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis de sexo, faixa etária, cor/raça (autodeclarada) e zona de moradia no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	50	33,1
Masculino	101	66,9
<b>Faixa Etária</b>		
4 a 14 anos	7	4,0
15 a 29 anos	21	13,9
30 a 44 anos	48	31,8
45 a 59 anos	32	21,2
60 a 74 anos	27	17,9
75 a 90 anos	17	11,2
<b>Mínima – máxima</b>	4 – 90	
<b>Média (± desvio padrão)</b>	19,6	
<b>Cor/raça (autodeclarada)</b>		
Branca	40	26,5
Preta	20	13,3
Parda	83	55,0
Amarela	4	2,6
Ignorado	4	2,6
<b>Zona de Moradia</b>		
Urbana	85	56,3
Rural	60	39,7
Periurbana	1	0,7
Ignorado	5	3,3
<b>Total</b>	151	100

Fonte: Dados da pesquisa. SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017.

Percebe-se que o sexo masculino compõe a predominância dos casos, este estudo assemelha-se ao de Silva et al. (2014b) que foi realizado no Acre e o de Basso e Silva (2017) em Santarém – Pará, ambos sobre o perfil clínico e epidemiológico da hanseníase, tendo prevalência de 60,6% e 76,9%, respectivamente para o homem. Justifica-se que um dos

fatores que contribuem para a maior incidência da doença em pessoas do sexo masculino é uma suscetibilidade existente causada pelas relações de convívio pessoal e de trabalho (BASSO; SILVA, 2017).

Sugere-se também que existam mais programas voltados para as mulheres e por estas se preocuparem mais com a estética corporal (RIBEIRO; LANA, 2015; MELÃO et al., 2011), e que homens não tem o costume de procurar os serviços de saúde, em especial na atenção primária (ALENCAR; CUNHA, 2017), além do sexo feminino apresentar uma resposta imunológica mais eficaz contra o bacilo, diminuindo o risco de desenvolver a doença e de apresentar gravidade (BASSO; SILVA, 2017).

Ressalta-se no entanto que a prevalência do sexo masculino não é universal, há várias localidades, particularmente na África onde a prevalência dos dois gêneros é semelhante, ou mesmo maior no feminino (WHO, 2017), como encontrada em estudos realizados na Paraíba e no Maranhão (SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010; SOUSA et al., 2013).

Na análise de distribuição da idade identificou que a maioria dos casos encontra-se na faixa etária correspondente à população economicamente ativa, corroborando com o estudo de Santos et al. (2016), realizado na Cidade de Tucano-BA, no qual identificou predomínio da doença na faixa etária entre 30-45 anos, correspondendo a 31,8% dos casos.

O surgimento da hanseníase em pessoas na idade economicamente ativa resulta na maioria das vezes em prejuízos financeiros e pessoais, principalmente quando associada às incapacidades físicas, que possibilita a vivência de dificuldades em desenvolver e manter-se no trabalho, ou mesmo conseguir um novo, direcionando assim o indivíduo a margem da cadeia produtiva (PINHEIRO et al., 2016; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012). Sugere-se que há maior contato social nas pessoas na faixa etária economicamente ativa, aumentando assim a possibilidade de convivência com pessoas com hanseníase sem tratamento, e a suscetibilidade a hanseníase.

Franco e colaboradores (2014) discorrem em seu estudo que um dos fatores de risco para a hanseníase em menores de 15 anos, são a consanguinidade com outros casos e ter sido ou ser contato intra-domiciliar da doença.

Ao analisarmos a variável cor/raça (autodeclarada) evidenciou maior expressão da cor parda, indo ao encontro do estudo realizado na Cidade de Uberaba/MG por Miranzi; Pereira e Nunes (2010), que também evidenciaram a prevalência da doença na raça parda, seguida pela raça branca e preta, e diverge do estudo de Barbosa et al. (2014) realizado em Timon/ MA que obteve prevalência da hanseníase em indivíduos da raça negra, com 419 casos notificados (28,9%), seguida da cor branca com 252 notificações (168%). Para Lima e colaboradores

(2009) um dos fatores que influenciam para o maior acometimento da cor parda na hanseníase, não está diretamente relacionado a uma suscetibilidade genética da cor/raça, mas, a maior prevalência da cor na região causada pela miscigenação existente no nordeste brasileiro.

No que diz respeito à zona de residência, foi verificado no presente estudo que a hanseníase apresentou-se mais endêmica na zona urbana. É de conhecimento que a hanseníase está associada a aglomerações populacionais e situações de vulnerabilidade social, fator de extrema importância para o entendimento da distribuição dos casos.

Na Tabela 2 observa-se a distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a classificação operacional, clínica e baciloscopia.

TABELA 2- Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis de classificação operacional e clínica e baciloscopia no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

VARIÁVEIS	f	%
<b>Classificação operacional</b>		
Paucibacilar (PB)	34	22,5
Multibacilar (MB)	116	76,8
Ignorado	1	0,7
<b>Classificação Clínica</b>		
Indeterminada	24	16,0
Tuberculoíde	11	7,3
Dimorfa	74	49,4
Virchowiana	26	17,3
Não Classificado	14	9,3
Ignorado	1	0,7
<b>Baciloscopia</b>		
Positiva	82	54,3
Negativa	47	31,1
Não realizada	10	6,6
Ignorada	12	8,0
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2016.

Verifica-se o predomínio de casos com a classificação operacional MB e clínica HD. Esta situação comprova que o diagnóstico da hanseníase está ocorrendo tardiamente no município e tem como agravante a manutenção da cadeia de transmissão da doença (RIBEIRO et al., 2014), haja vista ser a forma infectante da doença. Presumi-se que há fragilidades na rede de atenção básica na detecção da hanseníase nas fases iniciais da doença.

Esse resultado está em concordância com o estudo de Oliveira e Macedo (2012), realizado no município de Iretama, Paraná.

A baciloscopia foi positiva na maioria dos casos indo ao encontro da classificação operacional e clínica do estudo em tela. Segundo Brasil (2010b) a baciloscopia é uma ferramenta imprescindível para o diagnóstico diferencial da hanseníase, a classificação

operacional da doença e para o diagnóstico de casos de recidiva. Sendo um exame amplamente recomendado, de fácil execução, pouco invasivo e de baixo custo. Observou-se que o número de casos que tiveram a baciloscopia não realizada ou ignorada compõe um número expressivo da amostra.

Na Tabela 3 verifica-se a distribuição dos casos de acordo com as variáveis da unidade de notificação dos casos, modo de entrada e de detecção.

TABELA 3- Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com as variáveis da unidade de notificação dos casos, modo de entrada e de detecção no período de 2009 a 2015. Aurora – CE, 2017.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
<b>Unidade de Notificação do Caso</b>		
UBS do Tipi	7	4,6
UBS da Ingazeiras	20	13,2
UBS da Santa Vitória	8	5,3
UBS da Cachoeira	5	3,3
UBS do Centro	15	9,9
UBS do Araçá	67	44,4
UBS da Paulo Gonçalves	18	11,9
UBS da Santa Cruz	9	6,0
Policlínica DrºAcilon Gonçalves	1	0,7
Hospital Geral Inês Andreazza	1	0,7
<b>Modo de entrada</b>		
Caso novo	124	82,1
Transferência do mesmo município	1	0,7
Transferência de outro município mesma UF	2	1,3
Transferência de outro estado	2	1,3
Transferência de outro país	4	2,7
Recidiva	16	10,6
Outros reingressos	2	1,3
Ignorado	0	-
<b>Modo de Detecção</b>		
Encaminhamento	37	24,5
Espontânea	76	50,3
Exame de coletividade	6	4
Exame de contatos	3	2
Outros modos	2	1,3
Ignorado	27	17,9

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017.

Em relação a unidade de notificação, observa-se que a UBS que mais notificou casos está localizada em um dos bairros mais populosos da cidade, e que apresenta-se em constante expansão.

Verificou-se que uma parcela significativa da amostra que ingressaram como caso novo da doença por meio de demanda espontânea, o que sugere fragilidades dos serviços em realizar ações de busca ativa em coletividade e exame dos contatos. Resultados semelhantes foram observados por Paes et al. (2010) na cidade de Belém-PA.

Segundo Melão et al. (2011) a presença da detecção de casos por meio da busca espontânea ao serviço de saúde indica que está ocorrendo a difusão de informações entre a população do município a respeito dos sinais e sintomas da hanseníase, enquanto que o encaminhamento do caso, evidencia que os profissionais de saúde estão atentos para o diagnóstico endemia na cidade.

## 5.2 Indicadores da qualidade do serviço em hanseníase

Na Tabela 4 verifica-se a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de coorte.

TABELA 4- Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de coorte. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Período Coorte	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	2009 e 2010	96,7	
2012	2010 e 2011	94,5	Bom: $\geq 90\%$ ;
2013	2011 e 2012	96,4	Regular: $\geq 75$ a $89,9\%$ ;
2014	2012 e 2013	96,6	Precário: $< 75\%$ ;
2015	2013 e 2014	91,0	
Média	-	95,0	

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

Os dados da Tabela 4 evidenciaram que na maioria dos anos avaliados a proporção de cura dos casos novos de hanseníase foi superior a 95,0% dos casos, consistindo em um parâmetro bom para a cura, contudo, no ano de 2015 a porcentagem de cura apresentou uma significativa redução.

Segundo Brasil (2016) esse indicador permite avaliar a qualidade da assistência que os serviços de saúde prestam a pessoa que convive com a hanseníase, bem como permite fazer uma análise do acompanhamento e efetividade do tratamento.

Para Oliveira et al. (2015) essa diminuição nos índices de cura, ocorridos no último ano de avaliação, possui sua significância para a supervisão do serviço, indicando que tal diminuição pode sugerir a presença de fragilidades no acompanhamento e tratamento dos casos, mesmo com o grande número de cura da doença no município, exigindo uma maior atenção e monitoramento desse indicador por partes dos profissionais e governantes.

Na Tabela 5 observa-se a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.



TABELA 5- Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Período Coorte	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	2009 e 2010	-	
2012	2010 e 2011	-	Bom <10%
2013	2011 e 2012	-	Regular 10 a 24,9%
2014	2012 e 2013	-	Precário ≥25%
2015	2013 e 2014	-	
<b>Média</b>	-	-	

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

Evidencia-se que entre os anos avaliados não houve abandono de tratamento, qualificando o serviço como bom de acordo com a avaliação do indicador.

Verificou-se na construção do indicador a existência de casos com o preenchimento da variável desfecho do caso ignorado, que pode ter mascarado a existência de casos de abandono. Casos esses que foram descartados do numerador de construção influenciando diretamente nos resultados obtidos.

Esse indicador operacional de abandono de tratamento permite avaliar a capacidade do serviço de saúde em dispensar assistência integral a pessoa que está em tratamento para a hanseníase bem como averiguar o êxito do tratamento (BRASIL, 2002).

Segundo Ribeiro et al. (2017) alguns fatores estão ligados ao abandono do tratamento, tais como: a incidência de reações hansênicas durante o tratamento, ocorrência de efeitos adversos da PQT, deficiência na orientação da pessoa que está em tratamento causando a incompreensão da situação e gravidade da doença, e o estigma social associado a hanseníase levando a pessoa a retardar a procura do serviço para um diagnóstico e continuidade do tratamento.

Para Luna et al. (2010) é necessário que seja dispensado um cuidado específico e integral a pessoa que convive com a hanseníase, com a realização de investigação de fragilidades que podem influenciar na não adesão da pessoa ao tratamento ou levar ao abandono do mesmo.

Na Tabela 6 observa-se a proporção de contatos examinados em relação aos contatos que foram registrados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

TABELA 6- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Período Coorte	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	2009 e 2010	100,0	
2012	2010 e 2011	100,0	Bom: $\geq 90,0\%$
2013	2011 e 2012	100,0	Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$
2014	2012 e 2013	100,0	Precário: $< 75,0\%$
2015	2013 e 2014	100,0	
<b>Média</b>	-	100,0	

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

Observa-se que o coeficiente de contatos examinados foram proporcionais ao número total de contatos que foram registrados em todos os anos de avaliação, sugerindo que as ações de vigilância epidemiológica da doença estão sendo realizadas no domicílio dos casos índices, com o intuito de romper a cadeia de transmissão por meio da detecção precoce dos casos.

A vigilância de contatos domiciliares consiste em uma das estratégias mais importantes para o controle epidemiológico da hanseníase e a prevenção de incapacidades físicas decorrente da mesma, uma vez que proporciona um diagnóstico da doença em fases iniciais e sem maiores complicações.

Ao comparar o número de realização de exame em contatos dos casos de hanseníase com o número de casos diagnosticados por meio da realização do exame de contatos, percebe-se que somente 2% dos casos novos diagnosticado tiveram como modo de detecção o exame realizados em contatos a hanseníase. Esses dados convergem dos achados de Garcia et al. (2013) em um município hiperendêmico para a doença, localizado na Unidade Federativa do Mato Grosso, no qual identificou-se que cerca de um terço dos casos novos de hanseníase eram contato da doença. Gerando-nos questionamentos a respeito das características da cadeia de transmissão da doença e vigilância dos contatos, uma vez que esses resultados são incompatíveis com o perfil clínico observado na maioria dos casos que apresentou-se como multibacilares.

Na Tabela 7 verifica-se a proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano.

TABELA 7- Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	-	
2012	4,1	
2013	-	Não especifica parâmetro
2014	3,6	
2015	4,1	
<b>Média</b>	2,4	

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

Entre os anos de 2011 a 2015, foram notificados na cidade 106 casos de hanseníase, destes, três casos (2,8%) foram recidivas. Ferreira, Ignotti e Gamba (2011) discorrem em seu estudo sobre os principais fatores que estão relacionados a ocorrência de casos de recidiva, além dos fatores clínicos e relacionados ao tratamento, enfatizam a existência de fatores socioeconômicos e hábitos de vida do indivíduo (moradia, renda familiar, transporte, consumo de álcool) e fatores relacionados ao serviço de saúde (orientação, dispensação da medicação, acessibilidade do serviço) e a contribuição na ocorrência da recidiva.

Para Ferreira et al. (2010) os casos de recidiva são indicadores que devem ser considerados para a avaliação da eficácia do tratamento, devendo ser um ponto a ser observado na avaliação da qualidade do serviço e a identificação de falência terapêutica. Melão et al. (2011) ressaltam que uma das maiores dificuldades em detectar corretamente a recidiva de um caso está em fazer o diagnóstico diferencial dos episódios agudos das reações hanseníacas, requerendo maior aptidão da equipe de saúde em conhecer os critérios clínicos para o diagnóstico de recidiva.

Na Tabela 8 evidencia-se a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Aurora – CE, 2017.

Tabela 8- Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	100,0	
2012	94,4	Bom $\geq 90\%$
2013	86,7	Regular $\geq 75$ a $89,9\%$
2014	100,0	Precário $< 75\%$
2015	94,1	
<b>Média</b>	95,0	

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

A proporção de avaliação da GIF nos casos novos de hanseníase é utilizado pelo MS para mensurar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a atenção destes as incapacidades físicas decorrente da hanseníase, bem como estimar o tempo de permanência da doença e a manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2016).

No estudo, observa-se que apenas o ano de 2013 foi classificado com qualidade regular, os outros foram conceituados com bom serviço.

Para Alves et al. (2010) por meio da avaliação do grau de incapacidade física pode-se ter uma idéia a permanência da doença antes do diagnóstico, onde casos que são diagnosticados com o grau de incapacidade física instalados (grau 1 e 2) indicam um

diagnóstico retardatário, que alimentou a cadeia de transmissão contribuindo para a propagação da doença.

Achados semelhantes foram encontrados por Alves et al. (2017) em um estudo sobre o perfil epidemiológico no estado do Piauí, que evidenciaram o declínio anual na proporção de AGIF no diagnóstico dos casos durante os anos de 2005 a 2014.

Na Tabela 9 observa-se a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes.

TABELA 9 - Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes. Aurora – CE, 2017.

Ano Avaliado	Período Coorte	Porcentagem (%)	Parâmetros de acordo com o MS*
2011	2009 e 2010	86,2	
2012	2010 e 2011	86,4	Bom $\geq 90\%$
2013	2011 e 2012	86,7	Regular $\geq 75$ a $89,9\%$
2014	2012 e 2013	60,7	Precário $< 75\%$
2015	2013 e 2014	75,9	
<b>Média</b>	-	79,2	

Fontes: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2017; BRASIL, 2016\*.

Esse indicador permite avaliar a qualidade do serviço e a capacidade de prevenir e tratar as incapacidades físicas.

A média da proporção de curados na série histórica avaliada (79,2%) classifica o serviço como regular, indicando a presença de fragilidades no programa de atenção à pessoa que convive com a hanseníase, e devendo ser dispensado maior atenção.

Para Oliveira et al. (2015) a avaliação desse indicador de saúde pode sugerir falhas na capacidade do serviço de diagnosticar as incapacidades físicas, de prevenir e de tratar as mesmas, elencando que um dos principais motivos dessas falhas são o despreparo da equipe de saúde para o manejo da hanseníase.

Ao avaliar conjuntamente todos os indicadores, constata-se que a qualidade do serviço dispensada ao controle e manejo da hanseníase é de boa a regular, existindo fragilidades na detecção oportuna do caso, e vigilância de ocorrência de incapacidades físicas, estando tais fragilidades evidenciadas na prevalência das formas clínicas MB, e baixos escores de realização da avaliação do GIF no diagnóstico e alta do caso.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste estudo, constata-se que a hanseníase continua a assolar a população aurorense, apresentando-se de forma crescente nos últimos anos. Os casos notificados apresentaram-se em maior proporção no sexo masculino, na idade economicamente ativa, em pessoas autodeclaradas pardas, residentes da zona urbana, estando a UBS Araçá como o serviço a que realizou mais notificações.

O estudo revelou contradições entre os indicadores operacionais, podendo ser claramente evidenciado ao comparar os dados da tabela 6 com o perfil clínico da hanseníase apresentado no município, estando a maioria dos casos classificados operacionalmente como multibacilar, forma clínica como dimorfa com baciloscopia de linfa positiva, formas avançadas da doença, sugerindo problemas com o preenchimento das fichas de notificação e acompanhamento dos casos. A maioria dos casos notificados consistiu em casos novos, a demanda espontânea como o principal modo de entrada. A maioria dos desfechos deu-se pela alta por cura.

Apesar da qualificação geral do serviço, percebe-se ao analisar as oscilações anuais e as dificuldades em manter o valor dos indicadores, que o município possui fragilidades na assistência e controle da endemia. Diante de tais resultados observa-se a necessidade de intensificação das ações de prevenção e identificação precoce da hanseníase e do grau de incapacidades no início do tratamento e na alta medicamentosa, associada à avaliação contínua dos pacientes com hanseníase e seus comunicantes, a fim de controlar a expansão do agravo e de suas complicações. Fazendo-se necessário a investigação das ACH desenvolvidas nos serviços.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para a compreensão da caracterização da hanseníase no município; bem como instigar a investigação local e reformulações nas ACH desempenhadas pelos serviços. Sugere-se a realização de investigações na operacionalização dos serviços de saúde, para possibilitar uma melhor compreensão das lacunas na assistência. Além de pesquisas na área.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, L.; CUNHA, M. Doença de Hansen no Brasil: Monitorização das Incapacidades. **Millenium.**, v. 2, n. 3, p. 63-73, 2017. Disponível em:

<<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/12062/9417>>. Acesso em: 13 ago 2017.

ALMEIDA, S. S. L; SAVASSI, L. C. M. ; SCHALL, V. T; MODENA, C. M. Maternidade e hanseníase: as vivências de separação devido ao isolamento compulsório. **Revista Estudos de Psicologia.** (Natal) [online]., v.17, n.2, p.275-282. 2012, ISSN 1678-4669. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200011) > Acesso em 18 jul. 2017.

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. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 43, n. 4, p. 460-461, jul-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>> Acessado em: 13 set. 2017.

ALVES, E. S et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva. **Revista online cuidado é fundamental.**, v. 9, n. 3, p: 648-652, jul./set 2017. Disponível em:

<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5530/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5530/pdf_1)>

Acessado em: 17 set. 2017.

ARAÚJO, A. E. R. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**, vol. 4, n. 17, v. 4, p. 899-910, out-dez, 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt\\_1415-790X-rbepid-17-04-00899.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00899.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2017.

AZULAY, R.D; AZULAY, D.R. **Dermatologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 984p.

BARBOSA, D.R.M. et al., Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.**, v. 8, n. 1, p. 1-13. 2014.

Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/view/1983/1090>>

Acessado em: 06 de set. 2017.

BASSANEZE, B; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Características do processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário. **Revista Diagnóstico e Tratamento.**, v. 19, 2 ed., p. 61-67. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n2/a4138.pdf> > Acesso em 08 de ago. 2017.

BASSO, M. E. M; SILVA, R. L. F da. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica.**, v. 15, n.1. p. 27-32. jan-mar 2017. Disponível em:

<<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833138/27-32.pdf>> Acessado em: 02 de set. 2017.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Revista Virtual de Química.**, v. 4, n. 3, p. 247-256. Rio de Janeiro, Brasil, 2012. Disponível em: <<http://rvq.s bq.org.br/imagebank/pdf/v4n3a05.pdf>> Acessado em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/aurora/panorama>> Acessado em: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Departamento de Informática do SUS. Epidemiologia e Mortalidade. **Acompanhamento da hanseníase no Brasil**, 2017a. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/hansenias/cnv/hansw>> Acessado em: 09 de agos. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009.** Instruções normativas. Disponível em: <[http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html)> Acesso em: 3 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde : volume 2** , 1. ed. atual. –Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-2.pdf>> Acessado em: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. 444 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). . Disponível em: <[http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guia\\_bolso.pdf](http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf)> Acesso em: 3 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_.eliminacao\\_hansenias\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_.eliminacao_hansenias_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf)> Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. 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\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf)>  
Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf)>  
Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_procedimentos\\_tecnicos\\_corticosteroides\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseníase.pdf)> Acessado em: 09 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010**. Brasília, 2006. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase\\_plano.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_plano.pdf)> Acessado em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad21.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf)> Acesso em: 3 jun. 2017.

COSTA, V. H. M. V. et al., Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 450-467 jul./set. 2011. Disponível em:  
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=592247&indexSearch=ID>> Acessado em 15 jul. 2017

FERREIRA, S. M. B; IGNOTTI, E; GAMBÁ, M. A. Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-64, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2587.pdf>> Acessado em: 13 de set. 2017.

FERREIRA, S. M. B. et al., Recidivas de casos de hanseníase no estado de Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, agosto, 2010, p. 650-657. Disponível em:  
<<http://www.redalyc.org/pdf/672/67240186008.pdf>> Acessado em: 13 set. 2017.

FRANCO, M. C. A. et al., Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. **Revista Paraense de Medicina**, v. 28, n. 4, p. 29-40, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf>> Acessado em: 05 de set. de 2017.

GARCIA, D. R. et al. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Caderno de Saúde Coletiva**. v.21, n. 2, p: 168-72. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/11.pdf>> Acessado em; 12 set. 2017.



GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T (organizadoras). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <[www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf](http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf)> Acessado em: 17 set. 2017.

GOMES, F. B. F. **Indicadores epidemiológicos da hanseníase e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o Índice de Desenvolvimento Humano em Minas Gerais- período 1998- 2013**[ manuscrito] , Belo Horizonte: 2016.

HACKER, M. A. V. B. et al. Pacientes em centro de referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 17, n. 9, p. 2533-2541, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a33v17n9.pdf>> Acessado em: 14 de set. 2017.

KAUARK, Fabiana; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

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

LANZA, F. M; VIEIRA, N. F; OLIVEIRA, M. M. C. de; LANA, F. C. F. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN.**,v. 67, n. 3, p. 339-46, 2014. Disponível em: < DOI 10.5935/0034-7167.20140044> Acesso em: 8 de agos. 2017.

LUNA, I. T; BESERRA, E. P; ALVES, M. D.S; PINHEIRO, P. N. C. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN.**, v. 63, n. 6, p: 983-90 Brasília, nov-dez, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>> Acessado em: 12 set. 2017.

MALTA, M.; CARDOSO, L.O; BASTOS, F. I; MAGNANINI, M. M. F; SILVA, C. M. F. P. da. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista Saúde Pública.**, v. 44, n. 3, p.559-65, 2010. Disponível em: <[https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE\\_translation\\_portuguese\\_Commentary\\_Malta\\_RevSaudePublica\\_2010\\_checklist.pdf](https://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE_translation_portuguese_Commentary_Malta_RevSaudePublica_2010_checklist.pdf)> Acessado em: 8 jun. 2017.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 44, n.1, p.79-84, Uberaba, jan-fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>> Acessado em: 12 set. 2017.

MIRANZI , S. S. C; PEREIRA, L. H. M; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.**, v. 43, n. 1, p. 62-67, jan-fev, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1>> Acessado em: 06 de set. 2017.

MOREIRA, K. S; LIMA, C. A; VIEIRA, M. P; COSTA, S. M. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 101-

109, jan./abr. 2017. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p101-109> > Acesso em: 08 agos. 2017.

MORESI, E. (organizador). **Metodologia da Pesquisa**. Universidade Católica de Brasília – UCB. Brasília – DF, 2003.

OLIVEIRA, F. L; MACEDO, L. C. Perfil Epidemiológico dos portadores de Hanseníase em em município da região Centro-Oeste Do Paraná. **SaBios: Revista Saúde e Biologia.**, v.7, n.1, p.45-51, jan./abr., 2012. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/966/409>> Acessado em: 15 set. 2017.

OLIVEIRA, K. S. de et al., Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiologia a Serviço da Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 507-516, Sept. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000300507](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300507)>. Acessado em: 11 Set. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020**: Acelerar a ação para um mundo sem lepra: período do plano: 2016-2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016.

PAES, A. L. V; SANTOS, H. V; BORGES, M. M. G; PENHA, P. G. C. da. Perfil clínico-epidemiológico de portadores de hanseníase. **Revista Paranaense de Medicina.**,v.24, n. 3, ed.4, jul.-dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=603870&indexSearch=ID>> Acessado em: 10 set. 2017.

PEREIRA, D. L. el al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-Go. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**; v. 16, n. 1, p. 55-67. Universidade Anhanguera Campo Grande, Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26025372004>> Acessado em: 18 jul. 2017.

PINHEIRO, M. G. C. et al. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem.**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-11, abr./jun, 2016. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15669/pdf\\_59](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15669/pdf_59)>. Acesso em: 31 jul 2017.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores Relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**; n. 20, v.3, p: 496-503, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F; CALDEIRA, A. P.; Vieira, M. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**; v.10, n. 4, jul.-ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acesso em: 31 jul 2017.

RIBEIRO, M. D. A; CASTILLO, I. S; SILVA, J. C. A; OLIVEIRA, S. B. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.30, n.2, p: 221-228, abr./jun., 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847491/9-a-visao-do-profissional-mara.pdf>> Acessado em: 12 set. 2017.

RODRIGUES, R. N. et al. Hanseníase e vulnerabilidade da saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **REME – Revista Mineira Enfermagem**. 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1133>>. Acessado em: 15 jul. 2017.

SANTOS, A. D. dos; SANTOS, M. B; BARRETO, A. S; CARVALHO, D. S; ALVES, J. A. B; ARAÚJO, K. C. G. M. de. Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de hanseníase em área endêmica. **Revista de Enfermagem UFPE online**; v. 10, supl. 5, p :4188-97, Recife, nov. 2016. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9771/pdf\\_11383](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9771/pdf_11383)> Acessado em: 05 de set. 2017.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.253-274. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-24972>> Acessado em: 1 jul. 2017.

SILVA, L. S. R da et al. A assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo programa de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE online**; v. 10, n. 11, p. 4111-7, Recife, nov., 2016. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8606/pdf\\_11360](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8606/pdf_11360)> Acesso em: 2 jun. 2017.

SILVA, M. S; SILVA, E. P; MONTEIRO, F. F; TELES, S. F. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo. **HansenologiaInternationalis**.v. 39 n. 2, p. 19-26. 2014a. Disponível em: <[www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v39n2a03.pdf](http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v39n2a03.pdf)> Acessado em: 15 set. 2017.

SILVA, R. C. C. DA; et al. Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidades prisionais. **Revista Cuidado é fundamental online**; v. 6, n. 2, p. 493-506, 2014. abr./jun. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622006.pdf>>. Acessado em: 18 jul. 2017.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **HansenologiaInternationalis**., v. 35, n. 2, p. 33-40, 2010. Disponível em: <[http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=11244#](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244#)>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SOUSA, G. S. de; SILVA, R. L. F da; XAVIER, M. B. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2017a. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251/pdf>> Acessado em: 6 agos. 2017

SOUSA, G. S. de; SILVA, R. L. F da; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde Debate.**, v. 41, n. 112, p. 230-242, Rio de Janeiro. Jan-Mar 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0230.pdf>> Acessado em: 09 de agos. 2017b.

SOUZA, V. B de et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. **Revista Brasileira Promoção Saúde.**, v. 26, n. 1, p. 110-116, Fortaleza, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2641/pdf>> Acessado em: 15 set. 2017.

WHO - World Health Organization. **Leprosy elimination, 2017.** Disponível em: <<http://www.who.int/lep/disease/en/>>. Acesso em: 31 mai. 2017.

\_\_\_\_\_ - World Health Organization. **Weekly epidemiological record.** n.35, v. 88, p. 365-380, 30 aug., 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2013/wer8835.pdf?ua=1>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

## APÊNDICES

### APENDICE A- CÓDIGOS UTILIZADOS NA CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS

Quadro de códigos utilizados na construção do banco de dados	
CÓDIGO/ ABREVIACÃO	SIGNIFICADO/RESULTADO
<b>ANO</b>	Ano de notificação do caso
<b>NÚM NOT.</b>	Ordem cronológica numeral dos casos notificados
<b>UBS</b>	<b>Unidade básica de saúde ou serviço de saúde que notificou o caso</b>
1	UBS do Tipi
2	UBS da Ingazeiras
3	UBS da Santa Vitória
4	UBS da Cachoeira
5	UBS do Centro
6	UBS do Araçá
7	UBS da Paulo Gonçalves
8	UBS da Santa Cru
9	Policlínica Drº Acilon Gonçalves
0	Hospital Geral Inês Andrezza (Municipal)
<b>ID de PAC</b>	<b>Iniciais dos pacientes</b>
<b>IDADE</b>	<b>Idade do paciente em anos completos</b>
<b>GÊNERO</b>	<b>Gênero do paciente</b>
M	Masculino
F	Feminino
I	Indeterminado
<b>COR</b>	<b>Cor/raça do paciente</b>
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena
9	Ignorado
<b>ZONA</b>	<b>Zona de moradia do caso</b>
1	Urbana
2	Rural
3	Periurbana
9	Ignorado
<b>Nº de L</b>	<b>Número de lesões</b>
<b>F.C</b>	<b>Forma clínica</b>
1	Indeterminada
2	Tuberculoíde
3	Dimorfa
4	Virchowiana
5	Não Classificado

9	Ignorado
<b>C.O Diag.</b>	Classificação operacional no momento diagnóstico
1	Paucibacilar (PB)
2	Multibacilar (MB)
9	Ignorado
<b>Nº de N.A</b>	Número de nervos afetados
<b>AGIF diag</b>	Avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico
0	Zero
1	Incapacidade grau I
2	Incapacidade grau II
3	Não avaliado
9	Ignorado
<b>M.E- modo de entrada</b>	Modo de entrada
1	Caso novo
2	Transferência do mesmo município (outra UBS)
3	Transferência de outro município mesma UF
4	Transferência de outro estado
5	Transferência de outro país
6	Recidiva
7	Outros reingressos
9	Ignorado
<b>M.D</b>	<b>Modo de detecção do novo caso</b>
1	Encaminhamento
2	Demanda espontânea
3	Exame de coletividade
4	Exame de contatos
5	Outros modos
9	Ignorado
<b>Bac</b>	<b>Baciloscopia</b>
1	Positiva
2	Negativa
3	Não realizada
9	Ignorada
<b>ET inicial</b>	<b>Esquema terapêutico inicial</b>
1	PQT/PB
2	PQT/MB
<b>Nº de CR</b>	Número de contatos domiciliares registrados
<b>C.O Atual</b>	Classificação operacional atual
1	Paucibacilar (PB)
2	Multibacilar (MB)
9	Ignorado
<b>AGIF na cura</b>	<b>Avaliação do grau de incapacidade física na alta por cura</b>
0	Zero
1	Incapacidade grau I

2	Incapacidade grau II
3	Não avaliado
9	Ignorado
<b>ET atual</b>	<b>Esquema terapêutico atual</b>
1	PQT/PB
2	PQT/MB
3	Outros esquemas substitutos
<b>ER Trat</b>	<b>Episódio reacional durante o tratamento</b>
1	Reação tipo 1
2	Reação tipo 2
3	Reação tipo 1 e 2
4	Sem reação
9	Ignorado
<b>Nº de DS</b>	<b>Número de dose supervisionada tomadas</b>
<b>Nº de CE</b>	<b>Número de contato domiciliar examinado</b>
<b>TS</b>	<b>Tipo de saída</b>
1	Cura
2	Transferência para o mesmo município
3	Transferência para outro município
4	Transferência para outro estado
5	Transferência para outro país
6	Óbito
7	Abandono
8	Erro diagnóstico
9	Ignorado
<b>DT ALTA</b>	<b>Data da alta</b>

**APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE TERMO DE ANUÊNCIA ENVIADA AO  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETÁRIA DE  
SAÚDE DE AURORA- CEARÁ**



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

---

Para: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE/ Departamento de Vigilância Epidemiológica

Da: Profa Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras

**SOLICITAÇÃO**

Solicito de V.Sa., um termo de anuência para que o projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM HANSENÍASE", a ser desenvolvido pela pesquisadora PALOMA EMANUELLE DOS SANTOS, matrícula 213120071 no curso de Graduação em Enfermagem da UFCG, sob a orientação da Professora Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras, seja realizado utilizando as bases de dados secundárias (SINAN) do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Município.

Em anexo, a proposta do projeto de pesquisa.

Antecipadamente, agradeço.

17 de julho de 2017.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, reading 'Gerlane Cristinne Bertino Vêras', is positioned above the typed name.

Profa Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
Pesquisadora Responsável  
Matrícula 2475886



# ANEXOS

## ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CASO

SINAN		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Semana Epidemiológica	
				Notificação	Data Diagnóstico
Agravo/doença:	HANSENIASE	Cod.(CID10):	A30.9	Data da Notificação	
UF: PB Município de Not.:		Cód.(IBGE):		Cód. CNES:	
Unidade de Saúde:				Data de Diagnóstico	
Nome do Paciente:					
Idade:	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	Data de Nascimento:			
Sexo:	Gestante:	Raça/Cor:	Escolaridade:	Nº Cartão SUS:	
Nome da Mãe:					
UF: PB Município de Res.:				Cód.(IBGE):	
Bairro:	Logradouro:			Cód. Log.:	
Distrito:		Número:	Complemento:		
Geo campo 1:	Geo campo 2:		Ponto de Referência:		
CEP:	(DDD) Telefone:	Zona:	País (se residente fora do Brasil):		
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Nº do prontuário:	Ocupação:				
Nº de lesões cutâneas	Forma Clínica:	Classificação Operacional:	Nº de Nervos Afetados:		
Avaliação do Grau de Incapacidade Física do Diagnóstico:	Modo de Entrada	Modo de Detecção do Caso Novo:			
Baciloscopia	Data do Início do Tratamento:	Esquema Terapêutico Inicial			
Numero de Contatos Registrados:					
<b>Acompanhamento do Caso</b>					
UF PB Município de Notificação Atual	Código(IGBE)	Nº Notificação Atual			
Data notificação Atual:	Unidade de Saúde Atual:	Código:			
UF PB Município de Residência Atual:		Código(IGBE)			
Distrito de Residência Atual:	CEP:	Bairro de Residência Atual:			
Data do Último Comparecimento	Classificação operacional atual:				
Avaliação de incapacidade física no momento da cura:	Esquema Terapêutico Atual				
Episódio reacional durante o tratamento:	Data da mudança do esquema:				
Nº de doses supervisionadas	Nº de contatos examinados:	Tipo de saída:			
Data da Alta:					

**ANEXO B-TERMO DE ANUÊNCIA CEDIDO PELA COORDENAÇÃO DE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO NA PESSOA DO  
COORDENADOR RESPONSÁVEL PELO SETOR**

ESTADO DO CEARÁ



**PREFEITURA MUNICIPAL DE AURORA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Do: Departamento de Vigilância Epidemiológica de Aurora-Ce

AURORA 20/07/2017

TERMO DE ANUÊNCIA

Venho por meio deste, conceder a anuência para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE EM HANSENÍASE", a ser desenvolvida pela pesquisadora PALOMA EMANUELLE DOS SANTOS, sob a orientação da Professora Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

Atenciosamente,

Benaia Ferreira de Moraes  
Coordenador de Vigilância Epidemiológica

PREFEITURA MUNICIPAL DE AURORA  
Benaia Ferreira de Moraes  
COORD. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
PORTARIA 07042/2017