



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

BÁRBARA LETÍCIA DE QUEIROZ XAVIER

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE
REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS – PB

2015

BÁRBARA LETÍCIA DE QUEIROZ XAVIER

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE
REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande – PB, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2015

BÁRBARA LETÍCIA DE QUEIROZ XAVIER

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE
REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – PB, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em ___/___/2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Orientadora - UAENF/CFP/UFCG)

Prof^ª. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire
(Membro - UAENF/CFP/UFCG)

Prof. Dr. Allan Pablo do Nascimento Lameira
(Membro - UACV/CFP/UFCG)

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

X3c Xavier, Bárbara Letícia de Queiroz
Características epidemiológicas e clínicas dos casos de reações
hansênicas em um município do alto sertão paraibano. / Bárbara
Letícia de Queiroz Xavier. - Cajazeiras: UFCG, 2015.
63f. il.
Bibliografia.

Orientador (a): Profª. Maria Mônica Paulino do Nascimento.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Hanseníase. 2. Unidade Saúde da Família- município de
Cajazeiras- PB. 3. Hanseníase- perfil epidemiológico- Cajazeiras-
Paraíba. 4. Reações hansênicas- usuários de Unidade de Saúde
Básica. I. Nascimento, Maria Mônica Paulino do. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-002.73

Dedico este trabalho aos portadores e ex-portadores da hanseníase, por terem contribuído diretamente para a idealização e realização deste trabalho, que possa servir como instrumento de estudo para mudanças na assistência dos mesmos.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus por me fortalecer na Fé e através dela realizar maravilhas em minha vida, como agora na conquista de mais um sonho, que é me formar no curso que sempre desejei. Obrigada Senhor, por ter me dado sabedoria e calma nos momentos de aflição tanto na jornada acadêmica como na produção do meu TCC. Sei que tudo ao Seu tempo e se for para a minha felicidade, se realizará. A Ele toda a honra e glória.

À minha (filha), pelo seu amor incondicional em toda a minha trajetória de vida e de estudos. Mulher de Fé, que ilumina meus passos. Agradeço imensamente, por suas orações para que tudo ocorra sempre conforme a vontade de Deus para minha vida. Pela sua dedicação e apoio irrestrito. Nunca me esqueço de sua presença em todos os momentos da minha vida, por viver comigo mesmo que distante todo o meu sacrifício e esforço diário, por ter intercedido aos santos e vibrado comigo às minhas conquistas acadêmicas e pessoais. Obrigada pelos ensinamentos diários e por seu carinho.

Ao Paim, pelas palavras de força nos momentos mais difíceis que passei longe dele, pelas renúncias para me formar fora e por em nenhum momento ter deixado nada me faltar, sempre priorizando uma educação de qualidade aos seus filhos. Obrigada pelo apoio que o senhor me deu e continua me dando para continuar estudando. Sem sua dedicação e esforço, até aqui não teria chegado. A concretização deste sonho é para o senhor.

Aos meus irmãos lindos, Andréa e Cássio, por me darem força nas dificuldades encontradas, por acreditarem em mim e orarem para que eu conquiste tudo o que sonho. Obrigada por serem meus pais mais novos. Saibam que essa caçula ainda dará muito orgulho a vocês.

Ao meu tio Lisboa (ti Boa, *in memoriam*) que ficou muito feliz com minha aprovação no vestibular, principalmente por que eu viria para a Paraíba, o estado em que ele tanto falava vir conhecer e me trazer. Carrego comigo a simplicidade da pessoa que ele era e por todo o seu amor por mim.

À minha tia Bernadete (tia Dete), por todo o apoio, confiança e orações, além das ajudas quando menos imaginei desde a minha vinda a Cajazeiras para prestar o vestibular como por porções durante alguns momentos da graduação e principalmente agora no término.

Às minhas tias Conceição, Lucy e Zilmar, por todo o carinho, atenção e principalmente pela acolhida pela última quando cheguei a Cajazeiras, a senhora foi uma mãe para mim.

Às minhas avós Francisca e Eunice (vó Quinca e vó Nice) por todo o carinho, cuidado, amor, ensinamentos e bênçãos de proteção divina.

À minha irmã de coração Brenda, amiga de curso e companheira de apartamento, por ter dividido não só os melhores momentos como também os mais difíceis da minha vida durante a graduação. Sou grata por nossas madrugadas de estudo e trocas de saberes, pelas horas de sonho de como será nosso futuro, pelas produções científicas e viagens a congressos, além de todo o apoio e confiança que tens por mim, por transferir um pouco de sua calma quando mais precisei. Sua amizade sincera, palavras, conselho e força ao longo dessa jornada são reflexo do que tenho hoje como definição de amizade leal. Minha irmã branca, tenho certeza que nossa amizade foi um presente de Deus.

À minha amiga outra grande amiga da graduação Jéssica (Jesca), por ter dividido não só os momentos de descontração como também as madrugadas de estudo online. Ganhei de você o inesperado, carinho, disponibilidade e palavras de apoio quando mais precisei. Acredito que nosso amadurecimento mútuo nos tornou mais próximas e nisso nossa amizade foi se fortalecendo cada dia mais.

À minha orientadora Mônica, pela confiança, paciência e oportunidade de dividir comigo seu amplo conhecimento acerca da hanseníase de maneira tão clara. Aprendi muito desde o primeiro dia que a conheci ministrando aula, durante as visitas domiciliares enquanto aluna e monitora, como também no desenvolvimento de todo esse trabalho. És responsável por ter despertado em mim um grande interesse pela área da infectologia. Serei sua eterna admiradora, tanto pelo seu lado humano quanto como profissional.

Aos pacientes de hanseníase, por terem enriquecido meu trabalho com sua simplicidade, acolhimento e atenção durante as visitas domiciliares para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às minhas amigas, Rossana, Geyse, Amanda, Izabele, Emilly, Vivi, Tibéria, Fernanda Tamy, Mariana Nicolau e Rayanne por todo o carinho e amizade ao longo desses anos.

Às minhas primas mais próximas Lailla e Leilla, que mesmo de longe continuam torcendo pelo meu sucesso e vibrando a cada realização.

Aos profissionais da Secretaria de saúde de Cajazeiras, Agentes Comunitários de Saúde e da 9ª Gerência de Saúde que com alguns dados me ajudaram na construção de parte desse trabalho.

À Juliana Lima, técnica de Enfermagem da USF Simão de Oliveira, por todos os ensinamentos na prática técnica de vacinação nos bebês e por sua amizade e carinho construídos ao longo do supervisionado I.

Aos profissionais do HUAC enfermeiros, técnicos e de serviços gerais da Ala E - infectologia, por terem me abraçado como parte da equipe durante as semanas de supervisionado II. Valeu a pena ter prestado assistência com tanto amor àqueles pacientes com os quais criei um vínculo irrestrito. Obrigada por tanta confiança e autonomia. Conseguiram aprofundar mais ainda o meu lado humano sem diferenças, minha dedicação e esforço diário foram confirmados na despedida, pois apesar de tantas lágrimas, sai com o melhor dos sentimentos, realização!

E, finalmente aos professores desta casa UFCG, que contribuíram para a minha formação acadêmica e pessoal.

“Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
(...) E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou
Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar
Vou persistir, continuar a esperar e crer.”
Tudo Posso - Celina Borges

RESUMO

XAVIER, B. L. Q. **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB. 63p. 2015

Os estados reacionais ou reações hansênicas são períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica, principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. São divididas em três tipos: reação reversa (RR), eritema nodoso hansênico (ENH) e neurite isolada (NEU). Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as características epidemiológicas e clínicas dos casos de reações hansênicas em um município do alto sertão paraibano, bem como verificar a frequência das manifestações clínicas dos episódios reacionais em portadores e ex-portadores da hanseníase e descrever o acompanhamento dos casos de reações hansênicas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O presente estudo utilizou um questionário estruturado e individual, aplicado nas residências dos portadores e ex-portadores da hanseníase que desenvolvem reações hansênicas, cadastrados nas três USF com mais casos de hanseníase no município de Cajazeiras-PB. Entre os 22 participantes, a maior parte era do sexo masculino, com idade acima de 61 anos e ensino fundamental incompleto. Com relação a classificação da hanseníase 90,9% eram multibacilares e 77,2% da forma clínica dimorfa. Quando avaliado o tipo de reação, 68,2% foram considerados casos de RR ou reação do tipo 1, 45,5% desenvolveram as reações durante o tratamento e 40,9% após a alta por cura. Em relação ao acompanhamento pela ESF 59,1% foram orientados a retornar na unidade após a alta caso algum sinal ou sintoma de reação surgisse e 54,5% referiram ter recebido orientações dos profissionais sobre as reações hansênicas, porém 63,6% foram diagnosticados em uma unidade de referência, apesar do conhecimento de retornar para ser acompanhado pela equipe de saúde da família. O estudo demonstra a necessidade de qualificação dos profissionais da atenção primária à saúde para um maior e melhor acompanhamento destes casos pela ESF, tanto para que as reações hansênicas sejam diagnosticadas precocemente no decorrer do tratamento e após a alta, como principalmente para realização de condutas de monitoramento do dano neural e de prevenção das incapacidades físicas, evitando que se instalem deformidades que comprometam as atividades diárias e o convívio destas pessoas na sociedade.

Palavras-chave: Hanseníase. Inflamação. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

XAVIER, B. L. Q. FEATURES OF CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL REACTIONS OF LEPROSY CASES IN A CITY OF THE HIGH BACKLANDS OF PARAIBA. Final Course Paper (Bachelor's Degree in Nursing) - Teachers Training Centre, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB. 63p. 2015

The reaction states or leprosy reactions are periods of acute inflammation in the course of a chronic illness, the main cause of damage to the nerves and disabilities caused by leprosy. They are divided into three types: reversal reaction (RR), erythema nodosum leprosum (ENH) and isolated neuritis (NEU). This research aimed to assess the epidemiological and clinical characteristics of cases of Hansen's disease reactions in a city of the high backlands of Paraiba, as well as check the frequency of clinical manifestations of leprosy reactions in patients and former patients of leprosy and describe the monitoring of cases of leprosy reactions by the Family Health Strategy (FHS). This study utilized a structured and individual questionnaire applied in the homes of patients and former patients of Hansen's disease who developed leprosy reactions, registered in the three USF with more cases of leprosy in the city of Cajazeiras -PB. Among the 22 participants, most were male, aged over 61 years old and incomplete primary education. Regarding the classification of leprosy, 90,9% were multibacillary and 77.2 % of the blackening clinical form. When evaluated the type of reaction, 68.2 % were considered cases of RR or type 1 reaction, 45.5 % developed reactions during treatment and 40.9% after discharge by cure. In relation to the monitoring by the ESF, 59.1% were instructed to return to the unit after discharge if any sign or reaction symptom arose, and 54.5 % reported having received guidance from professionals on leprosy reactions, however, 63.6 % were diagnosed in a reference unit, despite the knowledge of returning to be accompanied by the family health team. The study demonstrates the need for qualification of the professionals in the primary health care to a greater and better monitoring of these cases by the ESF, so much so that the leprosy reactions are diagnosed early during treatment and after discharge, as mainly for carrying out monitoring conducts of neural damage and prevention of physical disabilities, avoiding them from installing deformities that impair daily activities and the interaction of these people in society.

Keywords: Hansen's disease. Inflammation. Epidemiological profile

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo as variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - PB, 2015	32
TABELA 2	Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo as variáveis socioeconômicas. Cajazeiras - PB, 2015	34
TABELA 3	Tipo do surgimento e situação das reações hansênicas segundo características da hanseníase. Cajazeiras-PB, 2015	35
TABELA 4	Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o dano neural e os sinais clínicos. Cajazeiras-PB, 2015	39
TABELA 5	Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o desenvolvimento de incapacidades físicas. Cajazeiras - PB, 2015	41
TABELA 6	Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o acompanhamento na ESF. Cajazeiras- PB, 2015	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
ESF	Estratégia De Saúde Da Família
ML	Mycobacterium Leprae
MS	Ministério Da Saúde
NEU	Neurite Isolada
OMS	Organização Mundial De Saúde
PQT	Poliquimioterapia
RR	Reação Reversa
SINAN	Sistema De Informação De Agravos De Notificação
SUS	Sistema Único De Saúde
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
USF	Unidade De Saúde Da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Caracterizando a hanseníase.....	16
3.2 Reações hansênicas.....	19
3.3 Acompanhamento dos casos de reações hansênicas.....	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 Caracterização da pesquisa.....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 População e amostra	27
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	28
4.5 Instrumento para coleta dos dados.....	28
4.6 Procedimentos para coleta de dados	28
4.7 Análise dos dados.....	29
4.8 Posicionamento ético da pesquisa.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE I – Questionário	53
APÊNDICE II - Termo de Anuência.....	55
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
APÊNDICE IV – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável.....	59
APÊNDICE V – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante.....	60
APÊNDICE VI – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	61

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa crônica, de grande potencial incapacitante, tendo como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae*, ocasionando lesões na pele e nos nervos periféricos dos olhos, membros superiores e inferiores. Apresenta variadas formas clínicas que são determinadas de acordo com níveis de resposta imune celular a esta bactéria, sendo classificadas como: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana (ARAÚJO et al., 2014).

Mesmo com todos os esforços e avanços empreendidos na integração do controle da hanseníase na rede de atenção à saúde, esta doença ainda é considerada um problema de saúde pública (MONTEIRO et al., 2013). Segundo Lastória e Abreu (2012), o Brasil é o único país que não atingiu a meta de eliminação da doença, que é definida pela prevalência menor que 1 caso/10.000 habitantes. Em 2011, 33.955 casos novos foram detectados, tendo como coeficiente de prevalência 1,54/10.000 habitantes.

Seguindo a Índia, o Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de hanseníase (MAIA; TEIXEIRA, 2014). Considerado um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) tem o compromisso de eliminar a hanseníase até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes, para isso lançou o Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase e outras doenças, que representam importantes agravos para saúde pública e constitui basicamente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados da doença. Embora o Brasil registre decréscimos contínuos nos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos de hanseníase, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são consideradas mais endêmicas, com áreas de importante manutenção da transmissão (BRASIL, 2009; MOURA et al., 2012; BRASIL, 2013).

Os estados reacionais ou reações hansênicas caracterizam-se por reações do sistema imunológico do doente ao bacilo (SOUZA, 2010). Estas reações são períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica, é uma característica da hanseníase e pode afetar os nervos do paciente (MINAS GERAIS, 2007). Os indivíduos portadores da hanseníase podem ser surpreendidos por quadros ou estados reacionais, intercorrências no curso da doença, que se apresentam em cerca de 10 a 50% dos casos, ocorrendo principalmente nas formas multibacilares. Constituem importantes fatores de risco para retratamento da hanseníase, além de responsáveis por abandono de tratamento e pelas incapacidades (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, os estados reacionais ocorrem, mas podem ocorrer antes ou até mesmo após a cura do paciente. Sendo estes estados reacionais a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase (SOUZA, 2010). De acordo com Antonio et al. (2011), as reações hansênicas são divididas em três formas clínicas: reação reversa (RR), eritema nodoso hansênico (ENH) e neurite isolada (NEU). A RR é uma reação de imunidade celular, causada por uma resposta exacerbada do hospedeiro aos antígenos liberados pela destruição bacilar. O ENH envolve a imunidade humoral, ligada à destruição de bacilos com exposição de antígenos e estímulo a produção de anticorpos. A NEU caracteriza-se pela inflamação de troncos nervosos periféricos, com alteração das funções sensitivas, motoras e autonômicas, desencadeando incapacidades.

O interesse pela temática foi despertado durante o Curso de Graduação em Enfermagem, especificamente nas aulas da disciplina Enfermagem Clínica II e no decorrer do Estágio Curricular Supervisionado I, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras-PB. Também a partir das vivências enquanto monitora da referida disciplina, no qual se pode observar a existência de casos de hanseníase com reações hansênicas e a associação com o surgimento de incapacidades físicas, bem como o quanto estes agravos interferem nas atividades da vida diária destas pessoas e até mesmo na crença de que a doença possui cura, exibindo um grande problema para a vida destes pacientes.

Este trabalho justifica-se pela escassez de estudos sobre as características epidemiológicas e clínicas dos casos de reações hansênicas e por reconhecer a importância deste conhecimento para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que possam melhorar a qualidade do acompanhamento a estes indivíduos pelos serviços de saúde, em especial pelas Unidades de Saúde da Família, pois observa-se que ainda é insuficiente o acompanhamento destes casos pelas Unidades de Saúde da Família (USF), tanto durante como após o tratamento com a poliquimioterapia (PQT).

A divulgação dos resultados do estudo também poderá contribuir com a conscientização dos profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro, visando o monitoramento mais efetivo dos estados reacionais e das funções neurais, o que demonstraria o reconhecimento da importância das ações de prevenção de incapacidades físicas para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever as características clínicas dos casos de reações hansênicas em um município do alto sertão paraibano.

2.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os episódios reacionais segundo o tipo, o momento do surgimento das reações, os sinais clínicos, o dano neural e as incapacidades físicas.

Verificar o acompanhamento dos casos de reações hansênicas pela Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CARACTERIZANDO A HANSENÍASE

Parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, são consideradas o berço da doença. Os fatores que modificaram o quadro da hanseníase foram a melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico, que há mais de 20 anos tem tratamento e cura. No Brasil, no período de 2007 a 2011, uma média de 37.000 casos novos foram detectados a cada ano, sendo 7% deles em menores de 15 anos (BRASIL, 2014).

A pessoa acometida pela hanseníase (ou lepra) sofre um estigma milenar. Mesmo com a descoberta da sua cura, as raízes de suas representações sociais ainda são resistentes, pois sua imagem ainda se encontra associada a deformidades físicas, que gera medo e repulsa nas pessoas em geral, o que favorece a exclusão social (BATISTA; VIEIRA; PAULA, 2014).

A hanseníase é uma doença que afeta o ser humano como um todo, tendo o *Mycobacterium leprae* (ML) como responsável pelo desenvolvimento dessa doença dermatoneurológica crônica. Doença de evolução lenta, podendo gerar na maioria dos casos, um alto grau de incapacidades e deformidades, em indivíduos não tratados ou tratados inadequadamente devido a diagnósticos tardios, ocasionando limitações na vida social e laborativa. A única fonte de infecção e de transmissão é o homem, acometendo com mais frequência os nervos ulnar, mediando radial, tibial posterior e fibular (CONTI; ALMEIDA; ALMEIDA, 2013).

Ser intracelular obrigatório e ter afinidade pelas células da pele e dos nervos periféricos são uma das características do bacilo, com poder de desencadear deformidades ósteo-articulares e sequelas que podem ser desfigurantes, mutilantes e incapacitantes, provocando transtornos de ordem multidimensional, inclusive aqueles decorrentes do estigma, abandono familiar e exclusão social (PEREIRA et al., 2008). Também caracteriza-se por apresentar alta contagiosidade e baixa patogenicidade (BRASIL, 2009).

A neuropatia da hanseníase é clinicamente mista, compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade cutânea é alterada em suas modalidades térmica e tátil, como sensibilidade profunda, na modalidade dolorosa. Sua distribuição

anatômica se classifica como mononeurite múltipla, isto é, instala-se em um ou vários nervos (BRASIL, 2008a).

Frente ao grande número de casos de hanseníase no mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipulou como meta de eliminação a prevalência de 1 caso para cada 10.000 habitantes até o ano de 2015, utilizando o tratamento poliquimioterápico, composto pela rifampicina, clofazimina e dapsona, além da detecção precoce da doença como estratégias básicas para a obtenção da meta estabelecida (PEREIRA et al. , 2011; IGNOTTI; PAULA, 2010).

É transmitida principalmente pelas vias respiratórias superiores de pacientes multibacilares não tratados (virchowiano e dimorfo), sendo, também, o trato respiratório a mais provável via de entrada do *M. leprae* no corpo (BRASIL, 2014). Possui um período de incubação que varia de dois a sete anos, sendo de evolução insidiosa e de grande potencial incapacitante, o que torna o diagnóstico precoce seu objetivo primeiro (PEREIRA et al., 2008). Ainda segundo Lastória e Abreu (2012); Rodrigues e Lockwood (2011) o modo de transmissão não é completamente compreendido, mas acredita-se que ocorra pelo contato íntimo e prolongado de pessoas suscetíveis com pacientes bacilíferos não tratados.

A transmissão ocorre quando há contato direto e prolongado com o doente não tratado, sendo a principal via de eliminação e infecção do indivíduo pelo bacilo, as vias aéreas superiores: mucosa nasal e orofaringe. Existe, também, a possibilidade de um indivíduo doente e não tratado eliminar bacilos por meio das lesões de pele podendo infectar indivíduos saudáveis que não estejam com a pele íntegra (BRASIL, 2010b).

O diagnóstico da doença pode ser realizado por baciloscopia, biópsia do nervo e entre outras formas de exames (BOECHAT; PINHEIRO, 2012). Para fins terapêuticos a Organização Mundial da Saúde classificou a hanseníase, em 1982, conforme o índice baciloscópico, em paucibacilar (índice baciloscópico menor que 2+) e multibacilar (índice baciloscópico maior ou igual a 2+). No ano de 1988, estabeleceu critérios clínicos novos, passando a considerar paucibacilares casos com até cinco lesões cutâneas e/ou um tronco nervoso acometido e multibacilares casos com mais de cinco lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso acometido, sendo os pacientes com resultado positivo considerado multibacilares, independentemente do número de lesões (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Na Unidade de Saúde da Família, o diagnóstico dos casos de hanseníase é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico que identifica as lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Casos com suspeita de comprometimento neural sem

lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam áreas com alteração sensitiva ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2008b).

O contágio ocorre de pessoa para pessoa, através das vias respiratórias, secreções nasais ou saliva. A maior parte das pessoas que têm contato com o bacilo não adoecem, pois o sistema imune consegue combater a infecção (NUNES, 2008). Dentre as pessoas que adoecem, algumas apresentam certa resistência ao bacilo, que são os casos paucibacilares (PB), responsáveis por abrigar um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas, podendo algumas pessoas se curar espontaneamente. No entanto, um número menor de pessoas não apresenta resistência, o que ocorre nos casos multibacilares (MB), neste caso o bacilo se multiplica no organismo do hospedeiro passando a ser eliminado para o meio exterior, dessa forma infectará outras pessoas. Sendo esta a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2006).

As formas paucibacilares correspondem às formas indeterminada e tuberculóide e possuem imunidade celular preservada. Enquanto as formas multibacilares, correspondem às formas virchowiana e dimorfa e apresentam imunidade específica ao bacilo reduzida ou ausente e baciloscopia positiva (BUDEL, 2011).

Na hanseníase tuberculóide há presença de lesões cutâneas, isoladas e de distribuição assimétrica, em placas do tipo eritemato-hipocrômicas ou eritematosas, com alteração da sensibilidade, podendo ocorrer comprometimento de nervos e caracterizada pelo aparecimento de até cinco lesões de pele (BRASIL, 2009; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A forma dimorfa possui manifestações diversas decorrente da instabilidade imunológica do hospedeiro; suas lesões são maiores, mais numerosas e mesclam aspectos da forma tuberculóide e virchowiana. Compreendem diferentes tipos de lesões: pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro), lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade (BRASIL, 2009; ARAÚJO, 2003).

Na hanseníase virchowiana a resposta imunocelular do hospedeiro está deprimida para o bacilo. Caracteriza-se por múltiplas e simétricas lesões cutâneas, com bordas mal definidas caracterizadas por placas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, tubérculos, nódulos, madarose, com alteração de sensibilidade. Podendo ocorrer comprometimento das mucosas, olhos, testículos e ossos, perda dos dentes incisivos centrais superiores, perfuração do septo nasal e manifestações viscerais (LASTÓRIA; ABREU, 2012; BRASIL, 2009).

A introdução da poliquimioterapia (PQT), a partir da década de 1980, como esquema padrão no tratamento da hanseníase, possibilitou o tratamento e a cura, contribuindo para redução gradativa da prevalência da doença. Dessa forma, a PQT foi decisiva no encurtamento no tempo do tratamento (FERREIRA et al., 2010).

Para os casos paucibacilares o tratamento preconizado são seis blisters, tendo em um blister de adulto a dose supervisionada com 600 mg de rifampicina e 100 mg de dapsona e dose auto-administrada com 100 mg de dapsona diárias, totalizando 27 comprimidos. No blister infantil a dose supervisionada possui 300 a 450 mg de rifampicina, 50 mg de dapsona e dose auto-administrada com 50 mg de dapsona diárias, totalizando 27 comprimidos. Serão seis doses, a cada 28 dias, no período máximo de nove meses (BRASIL, 2007).

No esquema multibacilar, são 12 doses supervisionadas em até 18 meses, é utilizada uma combinação das seguintes medicações: rifampicina uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada; dapsona uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada; clofazimina uma dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada. O tratamento infantil é composto por 300 a 450 mg de rifampicina na dose mensal supervisionada, 150-200 mg de clofazimina na dose mensal supervisionada e 150 mg na dose auto-administrada, 50-100 mg de dapsona na dose mensal supervisionada e 50-100 mg na dose auto-administrada (BRASIL, 2005).

A forma correta de prevenir e controlar a doença estão baseadas na realização da detecção oportuna de novos casos, no tratamento com o esquema poliquimioterápico, na vigilância dos contatos domiciliares, na prevenção de incapacidades e na reabilitação (BRASIL, 2010b).

3.2 REAÇÕES HANSÊNICAS

No processo evolutivo da hanseníase, as reações hansênicas constituem importante evento. Durante esses episódios reacionais ocorre a piora das lesões neurológicas, o que conseqüentemente leva ao aumento das incapacidades. Mesmo com os avanços no tratamento da doença, ainda não há um tratamento específico que impeça a ocorrência desses epifenômenos e nem um esquema de tratamento eficaz para todos os casos (URA, 2007).

As reações hansênicas decorrem de alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, podendo ocorrer mais

frequentemente nos casos MB. Ocorrem antes, durante ou depois do tratamento com poliquimioterapia (PQT) (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

As condições que predispõem crises reacionais são por várias situações que levam ao desequilíbrio do sistema imunológico como: estresse físico e psicológico, gravidez, intervenções cirúrgicas, traumas, infecções, fatores hormonais e antibióticoterapias, mas na grande maioria dos casos seu aparecimento e controle estão diretamente relacionados com a instabilidade imunológica, no entanto quando eles ocorrem após alta da terapêutica específica, podem ser confundidos com recidiva (PACHOAL; SOLER, 2014). Nesse sentido, para facilitar o diagnóstico diferencial entre essas duas situações, são necessários estudos para determinar marcadores clínicos e testes laboratoriais sensíveis, precisos, práticos e pouco onerosos que identifiquem fatores de riscos (BRITO et al., 2008).

O elevado contingente de deformidades no pós-alta pode estar condicionado a falta de um monitoramento adequado dos quadros reacionais pela rede de serviços de saúde nesse período. Pessoas que apresentam episódios reacionais após o término do tratamento são mais propensas ao desenvolvimento de deformidades físicas, pois já se encontram fora do registro e não são mais acompanhadas. Como consequência, estas pessoas podem não considerar sinais e sintomas de possíveis complicações, procurando tardiamente os serviços de saúde (MONTEIRO et al., 2013).

Não se trata de reações medicamentosas ou de efeitos colaterais da poliquimioterapia. São fenômenos imunológicos relacionados aos antígenos do *Micobacterium Leprae*, libertados durante a quimioterapia, e ocorrem de acordo com a capacidade do hospedeiro em identificá-lo (PACHOAL; SOLER, 2015).

As reações hansênicas são basicamente classificadas em dois tipos: tipo 1 e tipo 2, sendo a reação do tipo 1, também conhecida por reação reversa, causada pelo aumento da atividade do sistema imunológico, que ao lutar contra o bacilo da hanseníase ou bacilos mortos, induz a instalação de um processo inflamatório agudo principalmente na pele e nos nervos. Ocorre em pessoas com hanseníase multibacilar (MB) e paucibacilar (PB), podendo acometer cerca de 25% de todos os pacientes, geralmente dentro dos seis primeiros meses (ILEP, 2002).

Apresenta-se clinicamente por hipersensibilidade dos nervos à palpação e a perda de função. Pode ou não ocorrer espessamento dos nervos. Quando houver achado isolado de espessamento neural, não indica que seja neurite ou surto reacional. A característica clínica mais comum é a inflamação das lesões de pele pré-existentes, com edema, eritema e calor, acompanhada de novas lesões. Essas lesões geralmente não são dolorosas, embora haja algum

tipo de desconforto. Podem surgir edema de membros ou face e os músculos envolvidos no fechamento das pálpebras podem ser afetados. Como não causa febre, o paciente não sente mal estar geral. Em alguns pacientes essa reação do tipo 1 ocorre antes do diagnóstico e início do tratamento, podendo ser o primeiro sinal da hanseníase, o que leva a pessoa acometida procurar atendimento (MINAS GERAIS, 2007). Principalmente nos tuberculóides e dimorfo-tuberculóides, definindo assim as manifestações tuberculóides reacionais e dimorfo-tuberculóide-reacionais (URA, 2007).

A reação tipo 2, também conhecida por eritema nodoso, trata-se de uma complicação imunológica característica da hanseníase multibacilar. Poderá envolver todo o corpo, causando sintomas generalizados como febre, inflamação de linfonodos, neuropatia, envolvimento articular, testicular, ocular, de extremidades entre outros (GUERRA et al., 2004). Conforme Ura (2007) é característica de pacientes virchovianos polares, mas virchovianos sub-polares e dimorfo-virchovianos, também podem manifestar esta reação.

O eritema nodoso hansênico caracteriza-se clinicamente pelo aparecimento súbito de nódulos inflamatórios, dérmicos ou subcutâneos, eritematosos, com calor local, móveis a palpação, sendo frequentemente dolorosos, que podem evoluir com formação de vesículas, bolhas e ulcerações. As lesões nem sempre são representadas pelos nódulos típicos, podendo assumir vários aspectos, sob forma de pápulas e placas. Ocasionalmente, aparecem lesões endurecidas à palpação, formando verdadeiros plastrões, que se localizam nas regiões posteriores dos membros inferiores e superiores, classicamente conhecidas por paniculite. Os nódulos surgem na pele aparentemente normal, de ocorrência bilateral e simétrica, comumente envolvendo a face e as extremidades. Não acomete o couro cabeludo, axila, virilhas, períneo, mucosas e semimucosas. Podendo durar de 8 a 10 dias até poucas semanas (BRASÍLIA, 2014).

As características mais comuns da reação reversa (RR) são: o aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). As do eritema nodoso hansênico (ENH) são: a presença de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite) (BRASIL, 2010b).

Existem reações leves e graves. A leve afeta somente a pele, apresentando eritema, sem ulceração e sem lesionar tronco nervoso. Devendo redobrar a atenção se a lesão surgir sobre o trajeto de um tronco nervoso ou na face, pois torna maior o risco do dano neural. Já na grave, os sinais são: dor ou hipersensibilidade à palpação dos nervos, podendo ou não ocorrer

espessamento dos nervos, perda recente de sensibilidade, fraqueza muscular recente em mãos e pés, febre alta e mal estar geral, reação em lesão de pele sobre o trajeto de um tronco nervoso, reação em lesão de pele na face, sinais de comprometimento ocular, edema nos membros, acometimento de outros órgãos como testículos, linfonodos ou articulações e ulceração das lesões de pele (MINAS GERAIS, 2007).

Os casos multibacilares podem representar fatores de risco para o desenvolvimento de episódios reacionais. Além disso, a forma indeterminada também pode evoluir durante o tratamento para formas multibacilares, explicando a ocorrência de reações com a forma indeterminada (SILVA; GRIEP, 2007).

A reação mista é uma reação hansênica pouco descrita, que ocorre principalmente na forma clínica dimorfo-virchowiana, podendo ou não aparecer manifestações simultâneas de sinais ou sintomas dos estados reacionais tipo 1 e tipo 2, com uma frequência em torno de 8,8% quando comparada com os outros estados reacionais de pacientes multibacilares (LYRA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de corticóides para o tratamento da reação reversa e a talidomida para o tratamento do eritema nodoso (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010; GUERRA et al, 2004). Na reação do tipo 1 a droga de escolha é a prednisona ou prednisolona, esteróide usado de rotina no Sistema Único de Saúde - SUS e preconizado pelo Ministério da Saúde nas dosagens de 1 a 2 mg/kg/dia, tomando-se diariamente pela manhã, de acordo com a avaliação da sintomatologia e da gravidade do quadro, sendo a dose de manutenção mantida por um período mínimo de dois meses. O Ministério da Saúde recomenda a manutenção da dosagem até a regressão dos sinais e sintomas, quando então poderá ser diminuída em 5 mg a cada duas ou três semanas, até se chegar a 20 mg diários (BRASIL, 2002).

Na reação tipo 2 a talidomida é a droga de escolha, mas devido aos seus efeitos teratogênicos não deve ser usada em mulheres no período fértil. Nestes casos, os corticosteróides são alternativas possíveis, apesar de controlarem com maior dificuldade os episódios reacionais e os índices de recorrência. As dosagens para pacientes masculinos, crianças e idosos, apenas com lesões cutâneas, é de 100 a 400mg/dia, até a regressão das lesões cutâneas. Em pacientes do sexo feminino em idade fértil: tentar inicialmente com anti-inflamatórios não-hormonais e analgésicos, não havendo resposta terapêutica, introduz prednisona, na dose de 40mg/dia, reduzindo gradualmente, conforme a melhoria dos sintomas. Já para o tratamento de lesões cutâneas associadas a neurites, uveítes, orquites e

mão-reacional, optar pelo uso da prednisona 1mg/kg/dia com redução gradual, como nos esquemas acima (URA, 2007).

A talidomida é um medicamento de alta teratogenicidade, mesmo em uma única dose pode causar malformação fetal (HUTCHISON; SHAHAN, 2013). Entre os anos de 1958 a 1962 observou-se o nascimento de milhares de crianças que apresentavam graves deformidades congênitas, caracterizadas pelo encurtamento dos ossos longos dos membros, que foi denominada de focomelia, devido à semelhança com as nadadeiras das focas (BORGES; GUERRA; AARESTRUP, 2005). Esse medicamento foi responsável pelo nascimento de cerca de 10 a 15 mil recém-nascidos com malformações congênitas no mundo (OLIVEIRA; BERMUDEZ; SOUZA, 1999).

No Brasil, o uso da talidomida é regulamentado pela RDC nº 11, de 22 de março de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o controle da substância talidomida e do medicamento que a contenha (BRASIL, 2011). De acordo com a RDC nº 24, de 12 de abril de 2012, da ANVISA, as indicações previstas para tratamento com a talidomida no Brasil são: reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II, DST/AIDS, lúpus eritematoso sistêmico, lúpus eritematoso discóide, lúpus eritematoso cutâneo subagudo, doença enxerto contra hospedeiro e mieloma múltiplo (BRASIL, 2012).

Está contraindicado o uso da talidomida em pacientes com neuropatia prévia e com reações de hipersensibilidade, crianças com idade inferior a 12 anos, mulheres grávidas ou que desejam engravidar, lactantes e doadores de sangue (BRASIL, 2010a).

3.3 ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS

A hanseníase é altamente incapacitante, por provocar lesões nos nervos, isso ocorre devido ao processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais (LEITE; LIMA; GONÇALVES, 2011).

O grau de incapacidade dos pacientes é classificado em: grau 0, quando não houver comprometimento neural nos olhos, mãos ou pés; grau 1, havendo diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, nas mãos e nos pés; grau 2, na presença de incapacidades e deformidades dos olhos (lagofalmo ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana, acuidade visual $< 0,1$), das mão e dos pés (lesões tróficas, garras, reabsorção óssea, mãos ou pés caídos, mutilações e contraturas dos tornozelos) (BRASIL, 2007). Conforme Leite, Lima e Gonçalves

(2011), estas incapacidades podem gerar outras complicações, como alterações de marcha do paciente, levando a limitações na sua participação social.

Souza et al. (2010), complementam que as sequelas, como a mão em garra, devem ser abordadas precocemente como medida de prevenção da instalação permanente de deformidades físicas, uma vez que a mão doente, lesada ou traumatizada perde sua capacidade funcional e resulta na perda da função do próprio indivíduo.

A avaliação da integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento são imprescindíveis no diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional. Para se determinar o grau de incapacidade física é necessário realizar o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein, são seis os tipos de monofilamentos: 0.05g, 0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Quando não houver a disponibilidade de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Para se considerar grau um de incapacidade, deve haver ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta. Ao avaliar a força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. A graduação da força muscular pode ser expressa como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco (ANTONIO et al., 2011).

O grau de incapacidade deve ser avaliado obrigatoriamente no momento do diagnóstico, a cada seis meses no tratamento MB e na alta. É um procedimento fundamental para o planejamento de ações de prevenção de incapacidades e para a obtenção de indicadores epidemiológicos. Esses indicadores possibilitam a análise da efetividade das ações de detecção precoce de casos, e a qualidade da assistência prestada durante o tratamento, podendo indicar a existência de casos não diagnosticados na população (BRASIL, 2008b).

O ministério da Saúde indica um tratamento específico para a pessoa com hanseníase, conhecida por poliquimioterapia, padronizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, conhecida como PQT, que mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. Deve ser realizado nas Unidades de Saúde da Família. Uma vez o bacilo morto, torna-se incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no

início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida e sendo realizado de forma completa e correta garante a cura da doença. (BRASIL, 2002).

Após a alta, o acompanhamento sistemático de pessoas que foram diagnosticadas com hanseníase apresentando ou não incapacidades físicas, possibilitaria uma melhor vigilância em relação às complicações crônicas da doença. Dessa maneira, o Ministério da Saúde preconiza que o paciente deve ser orientado a retornar ao serviço de saúde pós-alta por cura de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2010c).

É primordial que seja realizado o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos quadros de reações e neurites para evitar ou reduzir as complicações como deformidades e incapacidades, amenizando os custos da reabilitação e impactando positivamente na funcionalidade e na qualidade de vida dos indivíduos (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo e abordagem quantitativa.

A pesquisa de campo tem como foco, a abordagem do objeto de estudo no seu ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições espontâneas em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Pode abranger desde os levantamentos, que não são mais descritivos, até estudos mais analíticos (SEVERINO, 2007).

Segundo Gil (2009) as pesquisas descritivas têm como objetivo central descrever as características de uma determinada população e estabelecer uma relação entre as variáveis estudadas. Para Prodanov e Freitas (2013) a pesquisa descritiva foi escolhida porque objetiva verificar a constância com que um fato ocorre, sua natureza, particularidades, determinantes e sua relação com outros fatos. Neste tipo de estudo, o pesquisador não intervém, este observa, registra, analisa e classifica os dados, sem manipulá-los.

Na abordagem quantitativa há uma explanação das causas, por meio de medidas objetivas, testando hipóteses, utilizando-se basicamente da estatística para o tratamento dos dados, devendo ser utilizado quando é exigido um estudo exploratório ou em diagnósticos iniciais de uma situação, transformando a vida social em números (GONÇALVES, 2007).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, localizado no alto sertão paraibano, encontrando-se a 488 km da capital João Pessoa. O município de Cajazeiras tem uma população de 58.446 habitantes, área de unidade territorial de 565,899 km² e uma densidade demográfica de 103,28 hab/km² (IBGE, 2010).

A escolha do município para o desenvolvimento da pesquisa se deu pelo fato de ser uma cidade com alta incidência e prevalência de casos de hanseníase.

Figura 1 – Mapa do município de Cajazeiras



Fonte: Google imagem, 2014.

O município possui 23 Unidades de Saúde da Família (USF), que fazem o diagnóstico da hanseníase e, quando isso não é possível os doentes são encaminhados para diagnóstico na Policlínica. A pesquisa foi desenvolvida com portadores e ex-portadores de hanseníase cadastrados nas USF da zona urbana que apresentam maior número de casos notificados da doença. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde, foram: São José, Sol Nascente e Amélio Estrela (SECRETARIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS, 2015).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de seres animados ou inanimados que possuem pelo menos uma característica em comum (MARCONI; LAKATOS, 2010). Amostra é parte de um universo, é a parcela da população de sujeitos selecionada segundo conveniência da pesquisa, assim, quando se estuda a amostra espera-se que ela represente a população (GIL, 2008).

A população estudada foi constituída pelos casos de hanseníase notificados nos últimos cinco anos, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Secretaria Municipal de Saúde, cadastrados nas USF que foram selecionadas pelo critério de ter maior número de casos.

A população do estudo correspondeu a 99 casos de hanseníase das USF selecionadas, de 2010 a 2014. A amostra foi do tipo intencional, composta por portadores ou ex-portadores de hanseníase que desenvolveram ou estivessem desenvolvendo reações hansênicas durante o período do estudo. Como aproximadamente 25 a 30% dos casos da doença desenvolvem reação antes, durante ou após o tratamento com a PQT (MINAS GERAIS, 2007), a amostra estimada foi de 25 participantes.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Definiu-se como critérios de inclusão estar em uso da PQT ou já ter concluído o tratamento de hanseníase; estar apresentando reações hansênicas; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser lúcido e capaz de compreender o conteúdo da pesquisa.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que, embora tenham sido registrados como caso de reação hansênica, não apresentaram características suficientes para este diagnóstico.

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para Gerhardt e Silveira (2009) questionário é um instrumento de coleta de dados composto por uma sequência de perguntas que devem ser respondidas através da escrita pelo participante da pesquisa. Tem como objetivo levantar informações sobre o assunto que pretende ser abordado. A linguagem deve ser de forma clara e direta, para que o informante possa compreender o que está sendo perguntado.

Foi utilizado como instrumento, um questionário estruturado e individual (APÊNCIDE I) composto por questões abertas e fechadas, dividido em três partes: a primeira abordou o perfil sociodemográfico dos participantes; a segunda obteve informações das características clínicas da hanseníase e dos episódios reacionais; a terceira acerca do acompanhamento pela ESF. O questionário foi formulado pela própria pesquisadora com embasamento nas questões norteadoras.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a etapa do método da pesquisa, que tem por finalidade alcançar conhecimentos sobre a realidade. Nessa fase define-se o local, o modo da realização do estudo, a amostra, o universo, os instrumentos da coleta de dados e a forma de tabulação e

análise dos dados. Essa etapa consiste na reunião de dados através de técnicas específicas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Inicialmente foi enviado um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB, solicitando a autorização para a realização do estudo. Logo após, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande - CFP/UFCG. Foi aprovado pelo CEP do CFP, sob o parecer de número 1.350.572.

A coleta de dados ocorreu entre o final do mês de maio e início do mês de junho. A busca pelos participantes se deu a partir da orientação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que forneceram os endereços e conduziu a pesquisadora até as residências. Os objetivos da pesquisa foram explanados aos pesquisados e sucessivamente apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE III), para que após sua assinatura, fosse dado início à aplicação do questionário.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através da estatística descritiva simples (frequência e percentual). Os mesmos foram tabulados e apresentados em tabelas construídas com auxílio do Microsoft Excel (2010), e posteriormente, discutidos à luz da literatura e outros trabalhos publicados na área.

4.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a pesquisa obedeceu às regulamentações da Resolução N° 466/2012, com o intuito de cumprir os preceitos éticos e legais envolvendo seres humanos em pesquisa científica, ressaltando o respeito pela dignidade humana e o progresso da ciência e da tecnologia, que implicará em benefícios ao ser humano. Além disso, é necessário enfatizar que toda proposta de estudo científico que envolve o ser humano deverá ser revisado de forma ética (CNS, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa do trabalho serão apresentados os resultados obtidos através do questionário estruturado aplicado pela própria pesquisadora, dividido em três partes: dados de caracterização dos participantes (distribuição sociodemográfica e socioeconômica) e dados referentes ao objeto de estudo (características da hanseníase, do conhecimento e situação das reações hansênicas; abandono do tratamento da PQT; desenvolvimento de dano neural e sinais clínicos; desenvolvimento de incapacidades físicas) e acompanhamento pela ESF.

A amostra estimada correspondeu a 25 participantes, mas devido a mudanças de endereço não foi possível aplicar o questionário com 3 destes, sendo a amostra final do estudo composta por 22 participantes entre casos de portadores e ex-portadores da hanseníase, com histórico de reações hansênicas. Destes participantes, 4 eram portadores da hanseníase e 18 ex-portadores.

Ocorreram muitas dificuldades no desenvolvimento da pesquisa, desde a obtenção de informações sobre a população, principalmente a localização das residências dos participantes durante a coleta dos dados e até mesmo a própria identificação destes casos no SINAN. Essas dificuldades já eram esperadas ao iniciar a pesquisa de campo, pois foi possível observar o não preenchimento ou preenchimento inadequado das lacunas referentes às reações hansênicas na ficha de notificação do SINAN, o que pode indicar uma deficiência no monitoramento destes casos pelos serviços de saúde e a baixa preocupação com o acompanhamento, além de dificultar a realização de outras pesquisas com o mesmo sistema de informação.

Além disso, outra dificuldade foi o não conhecimento da doença por parte dos participantes, o que tornou imprescindível o esclarecimento de algumas dúvidas no decorrer da aplicação do questionário, pois a maioria das pessoas não conhecem ou não entendem o que é uma reação hansênica, até mesmo alguns profissionais de saúde demonstraram essa dificuldade.

5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1 – Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo as variáveis sociodemográficas. Cajazeiras - PB, 2015

Variáveis	<i>f</i>	%
Faixa etária		
31 - 40 anos	8	36,3
41 - 50 anos	3	13,6
51 - 60 anos	2	9,1
61 acima	9	41
Sexo		
Feminino	7	31,8
Masculino	15	68,2
Cor		
Branca	7	31,8
Preta	3	13,6
Parda	12	54,6
Estado Civil		
Solteiro	6	27,3
Casado	13	59,1
Viúvo	2	9,1
Separado	1	4,5
Religião		
Católica	16	72,7
Evangélica	6	27,3
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Conforme a Tabela 1, a faixa etária da amostra foi compreendida por indivíduos entre 31 a 40 anos e 61 anos acima, com 36,3% e 41% respectivamente, representando as faixas etárias mais acometidas pelos episódios de reações hansênicas no local do estudo. O predomínio na faixa etária 61 anos acima pode estar relacionado à baixa imunidade que estes

indivíduos apresentam, enquanto os que se encontram na fase produtiva da vida estão mais expostos a situações de estresses, facilitando o desencadeamento das reações hansênicas.

Um estudo realizado por Barbosa, Araújo e Feitosa (2014) na cidade de Timon no Maranhão, apresentou em seus resultados que a faixa etária de maior prevalência concentrou-se entre 20 e 39 anos (33,95%), que define-se por ser um período economicamente produtivo, que caracteriza a hanseníase como doença de adulto e adultos jovens.

Na literatura observa-se que é controverso interpretar se o principal grupo de risco para a hanseníase encontra-se na fase adulta. Certos autores atribuem o risco a fatores biológicos ligados ao processo frenético de maturação da resposta imune com a idade, ao longo período de incubação da doença ou à proteção cruzada conferida pela infecção por outras micobactérias ou por agentes imunizantes não específicos (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

Quanto ao sexo, 31,8% são do feminino e 68,2% do masculino. Apesar de ser uma doença que pode acometer ambos os sexos, nos homens tem uma relação com o déficit do cuidado na saúde. Estes resultados estão de acordo com estudos que afirmam que os maiores coeficientes de detecção dos casos de hanseníase estão presentes no sexo masculino, sendo esta uma população de risco amplamente reconhecida (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011; PENNA; OLIVEIRA; PENNA, 2009; BARBOSA, 2009; LANA, 2003).

Para Lana (2003) e Campos et al., (2005), embora a maior detecção da doença apresente-se em homens, a razão entre os sexos diminuiu ao longo dos últimos anos e os efeitos degenerativos nas mulheres não ocorrem com a mesma intensidade que nos homens, devido a uma maior procura destas pelos serviços de saúde.

Em relação à cor, a maior parte da amostra notificada é da cor parda 54,6%. Os resultados deste estudo corroboram com o de Silva et al. (2013), realizado no norte de Minas Gerais, em que a maior parte da amostra notificada era parda (n = 351; 50,5%). Para Junior, Vieira e Caldeira (2012), este achado reproduz um processo histórico de colonização, mistura de raças, migração e organização espacial no espaço urbano. Não significa que a hanseníase é mais predominante em indivíduos de cor parda.

Quanto ao estado civil, 59,1% são casados, 9,1% viúvos e 4,5% separados, portanto, a maioria dos entrevistados convive com seu cônjuge, o que pode contribuir para os cuidados com a saúde.

No quesito religião, 72,7% afirmam ser de religião católica e 27,3% evangélica. Estes achados nos mostram que estes indivíduos acreditam em Deus, uma vez que a religiosidade é um aspecto positivo no enfrentamento da doença.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo as variáveis socioeconômicas. Cajazeiras-PB, 2015

Variáveis	<i>f</i>	%
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	21	95,4
1 a 2 salários mínimos	1	4,6
Escolaridade		
Não alfabetizado	7	31,8
Fundamental incompleto	10	45,4
Fundamental completo	2	9,1
Médio incompleto	2	9,1
Médio completo	1	4,6
Ocupação		
Aposentado	9	40,9
Do lar	8	36,4
Empregado	3	13,6
Autônomo	2	9,1
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Em relação a Tabela 2, 95,4% indicam ter uma renda familiar de até 1 salário mínimo. Esse baixo perfil socioeconômico nos alerta para uma maior vulnerabilidade da doença, pois condições econômicas desfavoráveis dificultam na manutenção do tratamento, tanto farmacológico como não farmacológico. Estes achados também são evidenciados na pesquisa de Duarte et al. (2014) onde a maioria (n=8) dos 14 portadores de hanseníase declararam sobreviver com renda máxima de 1 salário-mínimo.

Quanto ao grau de escolaridade foi observado que 31,8% não são alfabetizados e que 45,4% possuem o ensino fundamental incompleto. Foi observado que apenas uma minoria obteve um maior grau de estudo. Esse percentual reforça a necessidade de se dispor atenção especial a esses indivíduos, pois a condição de baixa escolaridade é um reflexo dos aspectos sociais e econômicos precários que pode dificultar a assimilação das informações recebidas sobre a doença e o tratamento, além de influenciar na transmissão e aumento da doença na

população. Os dados da pesquisa que revela a baixa escolaridade, em especial de não alfabetizados foram concordantes com o estudo de Barbosa, Araújo e Feitosa (2014).

Quando questionado sobre sua ocupação, 40,9% responderam que eram aposentados, seguido de 36,4% do lar, sendo que destes, somente 13,6 eram empregados e 9,1% exerciam suas funções trabalhistas como autônomos.

5.2 DADOS REFERENTES AO OBJETO DE ESTUDO

Tabela 3 – Tipo do surgimento e situação das reações hansênicas segundo características da hanseníase. Cajazeiras-PB, 2015

Variáveis	<i>f</i>	%
Classificação operacional		
Paucibacilar	2	9,1
Multibacilar	20	90,9
Forma clínica		
Indeterminada	1	4,6
Tuberculóide	1	4,6
Dimorfa	17	77,2
Virchowiana	3	13,6
Baciloscopia no diagnóstico		
Positiva	7	31,8
Negativa	10	45,5
Não informada	5	22,7
Tipo de reação hansênica		
Tipo 1	15	68,2
Tipo 2	7	31,8
Tipo 1 e 2	2	9,1

Momento do surgimento da reação hansênica		
Antes do tratamento	3	13,6
Durante o tratamento	10	45,5
Depois do tratamento	9	40,9
Conhecimento sobre a reação hansênica		
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Neste estudo, a maioria dos casos de reações hansênicas já havia concluído a PQT, sendo ex-portadores da hanseníase 81,8%, enquanto que 18,2% ainda estavam em tratamento, visto que as reações ocorrem principalmente durante o primeiro ano após o diagnóstico, sendo necessário que o monitoramento após a alta faça parte da rotina dos serviços de saúde, principalmente nas USF que são a porta de entrada dos pacientes de hanseníase.

Em um estudo realizado em Minas Gerais, mostrou que após um tempo médio de 18 anos do início do tratamento, 10,2% das pessoas curadas apresentaram episódios reacionais, o que caracteriza o longo período de evolução desta doença crônica (ORSINI, 2008).

Quanto a classificação operacional, a multibacilar correspondeu a 90,9% dos casos. Este achado foi encontrado em diversas literaturas estudadas, confirmando uma ligação direta com o desenvolvimento de reações hansênicas em algum momento durante o tratamento, ou por alguns anos após o tratamento ter sido concluído. Para Silva e Griep (2007), essa forma clínica apresenta maior frequência de reações durante e após a cura.

Um maior índice de pacientes multibacilares também foi encontrado no estudo de Araújo et al. (2014). O alto percentual das formas multibacilares demonstram atraso no diagnóstico, permitindo questionar a falta de detecção de casos nas formas iniciais pela rede básica de saúde, reforçando a importância da capacitação para as equipes de saúde (CARNEIRO et al., 2012).

Pessoas que desenvolvem hanseníase multibacilar, que já tiveram apresentado danos neurais no momento do diagnóstico, devem ser acompanhadas com mais atenção pela equipe de enfermagem, com o objetivo de verificar o surgimento de novos sinais que requeiram

tratamento, pois essas pessoas são mais propensas em cerca de 65% de desenvolver novos danos neurais (ILEP, 2002).

Ao analisar a forma clínica dos participantes, a mais predominante foi a dimorfa 77,2%, seguida da virchowiana com 13,6%. Esse resultado pode demonstrar que o diagnóstico da hanseníase foi realizado tardiamente, aumentando a probabilidade de transmissão da doença, além serem as formas clínicas esperadas para o desenvolvimento de complicações neurais e incapacidades físicas no paciente.

Estes achados também são encontrados na pesquisa de Neves et al. (2013), realizada em Palmas/TO durante o período de 2005 e 2010 com 1362 casos de hanseníase notificados, em que a forma clínica dimorfa aparece com o percentual de 48,6%, seguida pela forma virchowiana 21,3%, assim como no estudo de Corrêa et al. (2012). Já o trabalho de Rodini et al. (2010) diverge deste, pois a forma clínica que obteve maior frequência foi virchowiana com 35%.

Com relação ao resultado da baciloscopia, 45,% dos resultados foram negativos. Quando observado que nesse estudo o maior percentual de pacientes foi MB (17 dimorfa e 3 virchowiana). Sendo que na forma dimorfa, espera-se que a baciloscopia seja negativa ou positiva, sendo obrigatoriamente positiva apenas na forma virchowiana.. Corroborando com os estudos de Carneiro et al. (2012) que avaliou a situação endêmica da hanseníase em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, a baciloscopia negativa apresentou-se em maior percentual, com 39,5% dos casos avaliados.

Do total de pacientes com reações hansênicas neste estudo, 68,2% eram do tipo 1- reação reversa, 31,8% do tipo 2- eritema nodoso hansênico. Pessoas com hanseníase MB podem desenvolver tanto reação do tipo 1 como do tipo 2, onde no presente estudo é concordante com a literatura ao apresentar alto percentual dos pacientes com os dois tipos de reação.

Conforme identificado por Teixeira, Silveira e França (2010), o maior percentual de casos foi de reação do tipo 1, seguida do tipo 2 e por último do tipo mista. Nos estudos realizados por Nery (2006) e Rego (2007), o maior percentual foi de pacientes com eritema nodoso hansênico, uma vez que ambas pesquisas foram compostas por indivíduos multibacilares, sendo que este tipo de reação ocorre com maior frequência nas formas dimorfa e virchowiana, divergindo dos dados da presente pesquisa em que os maiores percentuais foram de reação do tipo 1.

O maior contingente de reações hansênicas surgiram durante o tratamento com 45,5% e depois no tratamento 40,9%. O monitoramento do episódio reacional deve fazer parte da rotina da rede de serviços de saúde, pois esta é uma medida de prevenir a evolução da piora das funções neurais, além de reduzir os custos com o tratamento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Condizente com o estudo de Monteiro et al. (2013), onde os achados evidenciaram uma associação entre a ocorrência de episódios reacionais durante e depois do tratamento da poliquimioterapia. No estudo realizado por Souza et al. (2010), entre os pacientes registrados no serviço de Dermatologia e Hansenologia da Unidade Antônio Carlos Pereira no município de Juiz de Fora, 52,5% tiveram reações hansênicas durante ou após a PQT.

É extremamente importante compreender a correlação entre as formas clínicas e os estados reacionais, principalmente quando estes estados ocorrem após a alta por cura, podendo ser confundidos com recidiva (SHETTY; WAKADE; ANTIA, 2001). Para Teixeira, Silveira e França (2010), quando os quadros reacionais ocorrem tardiamente, após a alta medicamentosa, o diagnóstico é mais difícil devido à necessidade de diferenciação com os quadros de recidiva.

A presença de episódios reacionais após o término do tratamento tornam os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento de deformidades físicas, pelo fato de já estarem fora do registro e não serem mais acompanhados. Isso pode levar os pacientes a não considerar sinais e sintomas como possíveis complicações, fazendo com que procurem tardiamente os serviços de saúde. Portanto, o monitoramento pós-alta deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde (ORSINI, 2008).

Devido às deformidades, pessoas acometidas pela hanseníase podem sofrer prejuízo na sua capacidade de trabalho e, conseqüentemente, no auto sustento e da família, gerando repercussões de ordem psicológica, social e física (DIFFEY et al., 2000; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Embora 68,2% participantes tenham afirmado possuir conhecimento sobre a reação hansênica, os mesmos ainda a confundem com a hanseníase acreditando ser seu reaparecimento. Esse fato deixa evidente a necessidade de estratégias mais eficazes na disseminação da informação da diferença entre as duas condições, esclarecendo para a população que a hanseníase raramente recidiva quando tratada adequadamente.

Foi verificado no presente estudo que a taxa de abandono no tratamento foi de 68,2%, representando 15 de um total de 22 dos pacientes estudados, considerada muito alta. Durante a coleta dos dados foi possível observar que o abandono esteve relacionado à descrença na

cura da doença com a realização da PQT, a mudança na coloração da pele e a piora do quadro clínico quando surgiram as reações hansênicas.

Estudo realizado para avaliar a prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado, 29 dos 55 pacientes estudados não aderiram à intervenção completa da poliquimioterapia. Esta não adesão pode se justificar pelas condições socioeconômicas e culturais, por dependência de transportes, pela baixa expectativa em relação ao tratamento não medicamentoso e por se tratar de uma doença crônica e estigmatizante (RODINI, 2010).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o dano neural e os sinais clínicos. Cajazeiras-PB, 2015

Variáveis	<i>f</i>	%
Nervos acometidos		
Ulnar	8	36,4
Mediano	9	40,9
Radial	4	18,2
Fibular	3	13,6
Tibial	4	18,2
Sinais clínicos na pele e nos nervos		
Lesões inflamadas	11	50
Nódulos subcutâneos	8	36,4
Dor ou perda de sensibilidade	17	77,3
Nova perda de sensibilidade	10	45,5
Nova fraqueza muscular	9	40,9
Sinais clínicos nos olhos		
Dor e vermelhidão	13	59,1
Nova diminuição da acuidade visual	14	63,6
Nova fraqueza muscular no fechamento das pálpebras	3	13,6

Sinais clínicos nos membros		
Mão inchada	6	27,3
Pé inchado	13	59,1
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Os pacientes com reações hansênicas podem desenvolver quadro clínico variado e diversos tipos de danos neurais. Nesse estudo foi possível observar a manifestação de sinais clínicos em todos os nervos, geralmente associada a queixas álgicas. Para Almeida, Almeida e Magalhães (2003), as lesões ou comprometimentos dos nervos fibular e tibial acarretam perdas sensitivas em todo o pé. Conti, Almeida e Almeida (2013) citam em seu estudo que, os nervos afetados geralmente são mistos, isto é, possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas e as alterações acontecem em todos esses aspectos.

Na pele, os participantes apresentaram lesões inflamadas e nódulos subcutâneos. Nos olhos, incômodos referentes a acuidade visual e força muscular. São escassos os estudos que abordem o aspecto descritivo da ocorrência de danos neurais nas reações hansênicas. Outra limitação do estudo foi o auto-relato, pois como na maioria dos casos o questionário foi aplicado durante o tratamento do episódio reacional, os sinais e sintomas foram relatados com base em histórias de episódios anteriores, o que pode comprometer a fidedignidade dos resultados.

Quando avaliado os sinais clínicos nos membros, constatou-se que 59,1% dos casos desenvolveram pé inchado. Observa-se uma menor proporção no desenvolvimento dos sinais clínicos nas mãos, por ser uma região de percepção precoce e por sua fácil aplicabilidade das medidas de autocuidado, diminuindo a frequência de incapacidades.

Estes achados estão de acordo com os encontrados por Carvalho e Alvarez (2000), os autores encontraram elevada frequência de incapacidades nos pés, isoladamente, quando comparada com os resultados encontrados nas mãos. Para Araújo et al. (2014), a maior presença e o aumento da frequência de incapacidades físicas, principalmente nos pés, pode ter sido influenciado pelo descuido nas orientações relacionadas ao autocuidado.

Tabela 5 - Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o desenvolvimento de incapacidades físicas. Cajazeiras-PB, 2015

Variáveis	F	%
Grau de incapacidade física atual		
Zero	7	31,8
Um	2	9,1
Dois	12	54,5
Não informado	1	4,6
Surgimento das incapacidades físicas		
Antes do tratamento	2	9,1
Durante o tratamento	6	27,3
Depois do tratamento	6	27,3
Não informado	8	36,4
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

A maioria dos participantes 54,5% apresentaram grau 2, o grau máximo de incapacidade física associado a doença. Durante a aplicação do questionário foi possível observar os sinais e sintomas nos olhos, mãos e pés: nos olhos, algumas foram queixas da perda parcial ou total da acuidade visual e opacidade corneana; nas mãos, lesões, paralisia e reabsorção dos nervos ulnar, mediano e radial; nos pés, úlcera plantar, reabsorção óssea, lesões traumáticas e garras nos dedos e pé caído.

Isso nos leva ao questionamento quanto ao desenvolvimento de ações que poderiam ter sido efetuadas na prevenção desse cenário. Para prevenção de incapacidades a nível domiciliar, faz-se necessário além de intervenções educativas, um monitoramento atento às funções neurais destes pacientes, tanto durante o tratamento como após a alta por cura. Croft (2000) acredita que o grau de incapacidade está diretamente relacionado com o tempo de evolução da doença.

De acordo com a “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011 – 2015”, a atual meta mundial para a redução da carga da hanseníase define a redução da taxa de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade por 100 mil habitantes em, pelo menos, 35% até o final de 2015 (OMS, 2010).

Observa-se que o momento de surgimento das incapacidades físicas foi igual durante o e depois do tratamento, com 27,3%, sendo baixa a frequência anteriormente ao tratamento. Esse percentual pode estar ligado ao não seguimento clínico dos pacientes durante o período de tratamento ou após sua saída do registro ativo dos casos de hanseníase. Estes dados concordam com os achados nas pesquisas realizadas por Schiapati (2005) e Araújo et al., (2014), onde foi encontrado menor taxa de incapacidades físicas no início do tratamento.

Aproximadamente 23% dos pacientes com hanseníase desenvolvem incapacidade física após a alta (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009). Para Goulart, Penna e Cunha (2002), para identificar precocemente as complicações neurais e incapacidades é necessário avaliação e monitoramento do estado em que se encontram os pacientes, essencial para a preservação da estrutura e função do nervo periférico.

Um maior percentual esteve relacionado a variável não informado, com 36,7%. Porém não significa que estes pacientes não desenvolveram espessamento neural ou dores no decorrer do tratamento. Pode indicar uma falha na disseminação de informações ao próprio paciente, como a falta de avaliação no registro de incapacidades.

Os serviços de saúde devem concentrar um maior número de atividades para o seguimento qualificado dos casos de hanseníase, não só no momento do diagnóstico e durante o tratamento, como também após a alta da poliquimioterapia, pois este é o momento em que ocorre o comprometimento da função neural, sendo um fator determinante no desenvolvimento da incapacidade ou deformidade física (CROFT, 2000).

Tabela 6 - Distribuição dos casos de reações hansênicas segundo o acompanhamento na ESF. Cajazeiras- PB, 2015

Variáveis	<i>f</i>	%
Orientado sobre reações hansênicas		
Sim	12	54,5
Não	10	45,5
Orientados sobre autocuidados		
Sim	16	72,7
Não	6	27,3
Orientado a retornar a USF após alta		
Sim	13	59,1
Não	9	40,9
Local de diagnóstico da reação hansênica		
USF	6	27,3
Referência	14	63,6
Outro	2	9,1
Medicação utilizada para reação hansênica		
Prednisona	19	86,4
Talidomida	3	13,6
Prednisona e Talidomida	2	9,1
Nenhum	1	4,6
Total	22	100

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Referiram ter recebido orientação sobre as reações hansênicas 54,5% dos pacientes estudados. Mas, o percentual relacionado à orientação pode não ser satisfatório, pelo fato destes pacientes ter o direito de receber informações claras nas USF acerca da doença que desenvolveram. Faz-se necessário a criação de um vínculo maior entre a equipe de saúde e estes pacientes durante o período do tratamento.

Em relação aos autocuidados, 72,7% afirmaram ter recebido algum tipo de orientação no decorrer do acompanhamento na USF, sendo citadas principalmente orientações como: evitar sair no sol, massagear a pele no momento da hidratação com óleo e cremes, cuidado com objetos para não se cortar ou queimar-se, lixar calosidades e rachaduras, além do uso de calçados apropriados.

Nas Unidades de Saúde da Família a enfermagem é responsável pela prescrição de cuidados, pois são capacitados para realizar: prova de diagnósticos e consultas de enfermagem, que vão desde a anamnese, exame físico até a orientação sobre a terapia medicamentosa.

Carvalho e Alvarez (2000) acreditam que os profissionais muitas vezes se preocupam mais com as deformidades visíveis e existentes, que se esquecem de voltar a atenção para prevenção das novas deformidades, principalmente quando estas já podem ser previstas por exames confiáveis.

A identificação precoce dos sinais e sintomas sugestivos de reações hansênicas é fundamental para a prevenção de incapacidades físicas, pois são a principal causa de lesões dos nervos e, conseqüentemente, das incapacidades físicas relacionadas à doença. Para prevenir a evolução destes danos, deve-se prescrever cuidados como o repouso do membro, exercícios de alongamento, hidratação e lubrificação da pele, proteção e adaptações de áreas afetadas durante as atividades diárias e outros cuidados com os olhos, mãos e pés, como observação diária da integridade dos mesmos. No Manual de prevenção de incapacidades, recomenda-se imobilização de nervos atingidos ou das mãos e pés em estado reacional, com posterior reabilitação do membro atingido juntamente com o tratamento medicamentoso. (BRASIL, 2008b).

Quando questionados sobre as orientações para retornar a USF, 59,1% referiram ter recebido. Estes pacientes relataram que logo que surgiram novas manchas, nódulos ou dor nos nervos, voltaram a procurar os profissionais da saúde, pois as enfermeiras haviam recomendado o retorno pelo menos seis meses após o término do tratamento e principalmente quando surgissem sinais dermatoneurológicos. Segundo Duerksen (2003) a avaliação

neuroológica abrangente dever ser repetida duas ou três vezes por ano e até por cinco anos após o término do tratamento farmacológico.

A unidade de referência foi o local de diagnóstico mais citado pela amostra, 63,6% dos casos. É possível notar que há dificuldade no diagnóstico preciso das reações hansênicas por parte dos profissionais das Unidades de Saúde da Família, o que leva estes pacientes a serem encaminhados para centros de referência, onde é possível realizar uma consulta com o dermatologista para iniciar o tratamento correto para cada tipo de reação.

Entre as medicações para o tratamento das reações hansênicas, o corticóide prednisona foi a opção mais utilizada, por 86,4% dos pacientes. Foi possível observar a dependência que os participantes desenvolveram a esta medicação, chegando ao ponto de fazer uso sem que a dose tenha sido prescrita por profissionais da saúde. Foi frequente o relato da compra e uso indiscriminado por meio da autoadministração, enquanto a situação ideal seria o uso regulado e apenas com acompanhamento médico, pois a droga necessita de um desmame gradual com a finalidade de não causar danos ao organismo e, conseqüentemente, à saúde do paciente.

Conforme Talhari (1994) a utilização dessas drogas causam efeitos colaterais como a possibilidade da ocorrência de diabetes, hipertensão, osteoporose, úlcera péptica, hipercalcemia, cataratas, entre outros. Isso justifica o cuidado com o tratamento muitas vezes prolongado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitem inferir que as reações hansênicas ocorrem com maior frequência nas formas multibacilares durante ou após o tratamento com a PQT, corroborando com a literatura. Estes dados representam um grande desafio para os programas de hanseníase em todos os níveis de atenção à saúde, sendo ideal a promoção de estratégias mais eficazes para o diagnóstico, controle e tratamento de episódios reacionais.

Os achados reforçam a necessidade de monitoramento clínico pela equipe de saúde da família após o término do tratamento, por um período de pelo menos seis meses a sete anos após a alta, visto que em alguns pacientes o comprometimento neural possa ocorrer de forma lenta e silenciosa.

Com relação aos danos neurais, durante o estudo foi possível observar que o grau de incapacidade 2 foi o mais perceptível entre estes indivíduos, levando-se em conta que esse potencial incapacitante acarreta prejuízo físico, comprometimento na participação social, além de danos psicológicos e dificuldade nas atividades da vida cotidiana destas pessoas. Mas pode-se observar que eles receberam orientações para o autocuidado e prevenção das incapacidades, o que levanta o questionamento de que a assimilação das informações pode ter sido dificultada pelo baixo nível de escolaridade.

Em relação a orientação de retornar a USF após alta, embora a maioria tenha respondido que sabia aonde ir caso algum sinal ou sintoma sugestivo de reação surgisse, estes pacientes buscaram e foram diagnosticados com reações hansênicas em uma unidade de referência, indicando uma falha na assistência por não diagnosticar estes episódios enquanto realizavam o tratamento da PQT, como durante o acompanhamento após a alta.

Entende-se que os dados aqui apresentados podem oferecer subsídios para elaboração de estratégias educativas para os pacientes e para os profissionais da saúde, capacitações por meio de cursos e treinamentos. Principalmente focando na qualidade de vida dos pacientes que finalizam o tratamento, com maior atenção não só aos que apresentem incapacidades já instaladas, como também os que não tenham apresentado incapacidades no momento da alta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA J. A.; ALMEIDA S. N. D. ; MAGALHÃES H. M. Avaliação e tratamento dos membros inferiores para prevenção de incapacidades. In: OPROMOLLA DVA, BACCARELLI R. **Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2003.
- ANTONIO, J. R. et al. Avaliação epidemiológica dos estados reacionais e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase na cidade de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**, v. 18, n. 1, p.9-14, jan-mar. 2011.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 36, n. 3, p. 373-82, mai.-jun., 2003.
- ARAÚJO, A. E. R. A. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev bras epidemiol**, v. 17, n. 4, p.899-910, out-dez. 2014.
- BARBOSA, J. C. Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas [**Tese de Doutorado**]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.
- BARBOSA, D.R.M.; ARAÚJO, A.A.; FEITOSA, J.C. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do maranhão, 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 1, 2014.
- BATISTA, T. V. G.; VIEIRA, C. S. C. A.; PAULA, M. A. B. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-104, 2014.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev. Virtual Quim.**, v.4, n. 3, p. 247-256, 2012.
- BORGES, L. V.; GUERRA, M. O.; AARESTRUP, F. M. Talidomida: De teratogênica à terapêutica. **Boletim do Centro de Biologia da Reprodução**, Juiz de Fora, v. 24, p. 31-44, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_plano.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2015.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. **Hanseníase: Protocolo de Atendimento** – Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007. Disponível: < <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13400645600001230.pdf>>. Acesso: 15 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. **Cadernos de atenção básica**, n. 21, 2. ed. rev. , Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**, 7. ed., Ministério da saúde: Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 125**, de 26 de março de 2009. Diário Oficial da União. Define ações de controle da hanseníase. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 30 de março de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**, 2. ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Anvisa. **RDC nº 11, de 22 de março de 2011**. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **RDC nº 24 de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre a atualização do Anexo III, Indicações previstas para tratamento com a Talidomida, da RDC nº. 11, de 22 de março de 2011. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. – 1. ed., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 100 p.

_____. Ministério da saúde. **Hanseníase**. Brasil: Ministério da saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniaze/11294-descricao-da-doenca>>. Acesso em: 09 mar de 2015.

BRASÍLIA. **Hanseníase : avanços e desafios** / Elioenai Dornelles Alves, Telma Leonel Ferreira, Isaiás Nery, organizadores ; Alberto Novaes Ramos Júnior ... [et al.]. – Brasília: NESPROM, 2014.

BRITO, M. F. M. et al. Associação entre reação hansênica após alta e a carga bacilar avaliada utilizando sorologia anti PGL-I e baciloscopia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, Suplemento II, p. 67-72, 2008.

BUDEL, A. R. et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 5, p. 942-6, 2011.

CAMPOS, S. S. L. et al. Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. **Hansenol Int**, p. 30:167-73, 2005.

CARNEIRO, M. et al. Situação endêmica da hanseníase em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Rev Epidemiol Control Infect**, v. 2, n. 1, p. 10-13, jan/mar, 2012.

CARVALHO, G.A.; ALVAREZ, R.R.A. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v. 25, n. 1, p. 39-48, 2000.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2015.

CONTI, J. O.; ALMEIDA, S. N. D.; ALMEIDA, J. A. Prevenção de incapacidades em hanseníase: relato de caso. **SALUSVITA**, Bauru, v. 32, n. 2, p. 163-174, 2013.

CORRÊA R.G.C.F. et al., Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil, **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 45, n. 1, p. 89-94, 2012.

CROFT, R. P. et al. A clinical prediction rule for nervefunction impairment in leprosy patients, p. 355:1603-6, 2000.

DIFFEY, B., et al. The effect of leprosy-induced deformity on the nutritional status of index cases and their household members in rural South India: a socio-economic perspective. **Eur J Clin Nutr**; p. 54:643-9, 2000.

DUERKSEN, F. Reabilitação. In: Opromolla DVA, editor. Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr.Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima, p.113-115, 2000.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. (Educação a Distância).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação pesquisa científica**. – 4 edição. São Paulo: Alínea, 2007. 96p.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 267-74, 2009.

GOULART, I.M.; PENNA, G.O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 35, n. 4, p. 365-75, 2002.

GUERRA, J. G. et al. Avaliação de série de casos de eritema nodoso hansênico: perfil clínico, base imunológica e tratamento instituído nos serviços de saúde. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 37, p. 384-390, 2004.

HUTCHISON, T.A.; SHAHAN, D.R. (EDS): DRUGDEX® System. **MICROMEDEX**. Greenwood Village, Colorado: Thomson Healthcare, 2013. Disponível em: <<http://www-micromedexsolutions-com.ez54.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/li brarian>>. Acesso em: 28 de agosto.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232MA>>. Acesso em: 11 de abril 2014.

IGNOTTI, E.; DE PAULA, R. C. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: Saúde Brasil 2010: **Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, p. 186-202, 2010.

ILEP, 2002. 370 p. Crédito: Organização Mundial da Saúde. Colaboração: **International Federation of Anti-Leprosy Associations**. Colaboração. Brasil. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Learning_Guides/lg2stbrport.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

JUNIOR, A. F. R.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 4, p.272-7, 2012.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 4, p. 857-67, 2009.

LANA, F. C. R. et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenol Int**, p. 28:131-7, 2003.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, p. 173-9, 2012.

LEITE, V. M. C.; LIMA, J. W. O.; GONÇALVES, H. S. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 659-665, abr, 2011.

LYRA, M. R. Descrição epidemiológica das reações hansênicas em pacientes multibacilares submetidos à PQT/OMS de 12 doses fixas. 2004. 111 f. Dissertação (**Mestrado em Medicina Tropical**). Instituto de Medicina Tropical da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004).

MAIA, F. B.; TEIXEIRA, E. R. Contribuições da tecnologia assistiva no resgate da autonomia de pacientes com sequelas da hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 8 (supl. 1), p. 2562-4, jul., 2014.

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

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Como reconhecer e tratar reações hansênicas**/ editores e revisores, Ana Regina Coelho Andrade... [et al.]. – 2. ed. – Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria do Estado de Minas Gerais, 2007. 90 p. (Guias de Aprendizagem sobre Hanseníase; 2).

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p.909-920, mai. 2013.

MOURA L. T. R. et al. Hanseníase em menores de 15 anos na cidade de Juazeiro-BA. **Hansenologia Internationalis**, v. 37, n. 1, p. 45-50, 2012.

NERY, J. A. C. et al. Contribution to diagnosis and management of reactional states: a practical approach, **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 4, p. 367-75, 2006.

NEVES et al. Perfil de pacientes com incapacidades físicas por hanseníase tratados na cidade de Palmas-tocantins. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN:1982-4785**, v.04, n. 2, p.139-48, 2013.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 99-106, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, M.H.P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n.1, p. 51-60, Jan/Mar 1998.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; SOUZA, A. C. M. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 99-112, jan.- mar, 1999.

Organização Mundial da Saúde. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010.

ORSINI, M. B. P. Estudo da função dos nervos periféricos de pacientes com hanseníase, acompanhados por um período médio de 18 anos após o início da poliquimioterapia [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

PASCHOAL, V. D.; SOLER, Z. A. S. G. O fenômeno reacional na hanseníase e aspectos da assistência de enfermagem. **REFACS (online)**, v. 3, n. 1, p. 46-51, 2015.

PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M. L., PENNA, G.O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil, **Lepr Rev**, p. 80:332-44, 2009.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, A. G. C.; VIEIRA, S. M. S. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61(esp) p. 774-80, Brasília, 2008.

PEREIRA, E. V. E. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An Bras Dermatol**. v. 86, n. 2, p. 235-40, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REGO, V. P. A. et al. Características da reação tipo 1 e associação com vírus B e C da hepatite na hanseníase, **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 40, n. 5, p. 546- 9, 2007.

RODINI, F. C. B. et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidados para pacientes, **Fisioter Pesq**, v. 17, n. 2, p. 157-66, 2010.

RODRIGUES, L. C.; LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet infectious diseases**, v. 11, p. 464-470, 2011.

SCHIAPATI, T. Grau de incapacidade atribuído aos casos novos em hanseníase no momento de sua admissão. **Hansen Int**, p.30: 124, 2005.

SMS. **Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras**, 2015. Disponível em: <<http://cajazeiras.pb.gov.br/>>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo; Cortez, 2007.

SHETTY, V.P.; WAKADE, A.; ANTIA, N.H. A high incidence of viable Mycobacterium leprae in post-MDT recurrent lesions in tuberculoid leprosy patients. **Lepr Rev**, p. 72:337-344, 2001.

SILVA, S. F., GRIEP, R.H. Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro. **Hansenol Int.**, v. 32, p. 155-62, 2007.

SILVA, P. L. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no norte de minas gerais. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol. 4, n. 3, p.896-07, 2013.

SINAN. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**, 2015. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 22 de abril de 2015.

SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 6, p.737-739, nov-dez. 2010.

SOUZA, C. F. D. et al. A importância do diagnóstico precoce da hanseníase na prevenção de incapacidades. **Hansen Int**, v. 35, n. 2, p. 61-66, 2010.

TALHARI, S. Hanseníase: situação atual. **Rev Bras Dermatol**, v. 69, n. 3, p. 209-15, 1994.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v. 43, n. 3, p.287-292, mai-jun. 2010.

URA, S. Tratamento e controle das reações hansênicas. **Hansen Int.**, v. 32, n.1, p. 67-70, 2007.

APÊNDICE I - Questionário

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

PARTE I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

1. **Idade:** _____ anos
2. **Gênero:** () F () M
3. **Cor:** () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
4. **Estado civil:** () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Separado (a)
() Outro: _____
5. **Religião:** () Católica () Evangélica () Não Tem () Outra _____
6. **Ocupação:** _____
7. **Renda familiar mensal:** () Até 1 salário mínimo () 1 a 2 salários mínimos
() Acima de 2 salários mínimos () Não informado
8. **Escolaridade:**
() Não alfabetizado () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

PARTE II - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE E EPISÓDIOS REACIONAIS

Portador de hanseníase: () **Ex-portador de hanseníase:** ()
Tempo de término da PQT (em meses): _____

Houve lesões cutâneas? () Sim () Não

Qual forma de hanseníase você apresenta/ apresentou?

() Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana
(Verificar através do cartão de controle do tratamento ou pelas informações do participante)

Houve nervos acometidos? () Sim () Não

() Ulnar () Mediano () Radial () Fibular () Tibial
(Verificar através da localização dos sinais e sintomas)

Resultado da baciloscopia no diagnóstico: () Positiva () Negativa () Não Realizada/Não informada

Houve abandono de tratamento? () Sim () Não

Tem conhecimento sobre a reação hansênica? () Sim () Não

Quando surgiram as reações hansênicas? (explicar em linguagem clara para melhorar a compreensão do participante sobre esta condição clínica)

() Antes do tratamento () Durante o tratamento () Após o tratamento

Sobre as reações hansênicas, que sinais clínicos você desenvolveu? (explicar em linguagem clara para melhorar a compreensão do participante sobre esta condição clínica)

Na pele: () Lesões inflamadas () Nódulos subcutâneos

Nos nervos: () Dor ou hipersensibilidade () Nova perda de sensibilidade () Nova fraqueza muscular

Nos olhos: () Dor e vermelhidão () Nova diminuição da acuidade visual
() Nova fraqueza muscular no fechamento das pálpebras () Mão inchada () Pé inchado

Qual a frequência de episódios reacionais (tentar definir um número total aproximado de episódios)

Nº de episódios: _____

Conduta (Medicamentos usados): _____

Qual o grau de incapacidade física? () Zero () Um () Dois () Não Avaliado/Não Informado

Em que momento surgiram as incapacidades físicas? () Antes do diagnóstico () Durante o tratamento () Após a alta

PARTE III – ACOMPANHAMENTO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Foi orientado sobre as reações hansênicas? () Sim () Não

Foi orientado sobre autocuidados? () Sim () Não

Quais? _____

Foi orientado a retornar a UBS após alta, caso algum sinal ou sintoma surgisse novamente? () sim () não

Em qual local foi diagnosticada a reação hansênica? USF () Referência () Outro () _____

Fez ou faz uso de qual(is) medicação(ões) para reação hansênica? Predinisona () Talidomida () Outros () _____

Qual a dose atual? _____

Há quanto tempo usa esta dosagem? _____

Como adquire a medicação?

Desenvolveu alguma doença após o uso da corticoterapia? () sim () não

Se sim, qual: _____

APÊNDICE II – Termo de Anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA MUNICIPAL / DEPARTAMENTO DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO”**, a ser desenvolvida pela pesquisadora Bárbara Leticia de Queiroz Xavier, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Renata Emanuela de Queiroz Régio
 Renata Emanuela de Queiroz Régio
 Departamento de Educação em Saúde

Renata Emanuela de Queiroz Régio
 Renata Emanuela de Queiroz Régio
 COREN-PB 350.144

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo “CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO”, coordenado pelo professor MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO e vinculado ao Centro de Formação de Professores – CFP da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Objetivos: Este estudo tem por objetivo, conhecer o perfil dos casos de reações hansênicas do município de Cajazeiras-PB, bem como verificar o perfil sócio-demográfico e clínico dos portadores e ex-portadores da hanseníase que desenvolvem episódios reacionais, caracterizar os episódios reacionais em portadores e ex-portadores da hanseníase e verificar o surgimento das incapacidades físicas nos casos de reações hansênicas.

Importância do estudo: A divulgação dos resultados do estudo também poderá contribuir com a conscientização dos profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro, visando o monitoramento mais efetivo dos estados reacionais e das funções neurais, o que demonstraria o reconhecimento da importância das ações de prevenção de incapacidades físicas para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Procedimentos: A coleta de dados ocorrerá entre os portadores e ex-portadores de hanseníase em suas residências, na cidade de Cajazeiras-Paraíba, onde haverá a possibilidade de realizar esclarecimento sobre o tema abordado antes da aplicação do questionário, reduzindo as dúvidas pertinentes à doença. Será aplicado um questionário composto por questões abertas e fechadas e dividido duas partes: a primeira pretenderá abordar o perfil sociodemográfico dos participantes; a segunda contemplará as características clínicas e a terceira a investigação do acompanhamento das reações hansênicas nas Unidades Saúde da Família.

Sempre que houver necessidade, o participante poderá solicitar esclarecimentos sobre qualquer etapa do estudo, poderá recusar sua participação em qualquer etapa da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo e o participante terá direito a assistência em qualquer momento, sendo esta de responsabilidade dos autores da pesquisa.

Riscos e desconfortos: Toda Pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconfortos, porém os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, no entanto o único risco que a pesquisa oferece será o da quebra do anonimato, no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não haja desconforto ou risco mínimo previsível para os que irão participar do estudo. Um desconforto possível é o participante se inibir com o questionário e induzir uma resposta imprecisa, apesar de o questionário não apresentar perguntas agressivas. Não haverá realização de outros procedimentos com o participante, apenas a aplicação do questionário. O estudo não acarretará em despesa para o participante.

Confidencialidade: Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento, exceto aos responsáveis pelo estudo. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisas e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Benefícios esperados: Os benefícios da pesquisa serão de suma relevância no quesito de políticas públicas e saúde a nível local, servindo como base de apoio para as novas estratégias para a prevenção de reações hansênicas e incapacidades físicas. O trabalho teve início do mês de setembro de 2014 e será finalizado no mês de setembro de 2015.

Justificativa: Este trabalho justifica-se pela escassez de estudos sobre o perfil dos casos das reações hansênicas e por reconhecer a importância deste conhecimento para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que possam melhorar a qualidade do acompanhamento a estes indivíduos pelos serviços de saúde, em especial pelas Unidades de Saúde da Família.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO, cujos dados para contato estão especificados abaixo.

DADOS PARA CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

NOME: MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CAMPUS CAJAZEIRAS

ENDEREÇO: Dimas Andriola, 21

CEP: 58900-000

TELEFONE: (83) 9311.3927

EMAIL: enfmonicapaulino@hotmail.com

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

LOCAL E DATA

Assinatura ou impressão datiloscópica do
voluntário ou responsável legal

Assinatura do pesquisador (a) responsável

APÊNDICE IV – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, **Maria Mônica Paulino do Nascimento**, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Bárbara Letícia de Queiroz Xavier**, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

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

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

Cajazeiras-PB, ____ de _____ de 2015.

Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

2359978

APÊNDICE V – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

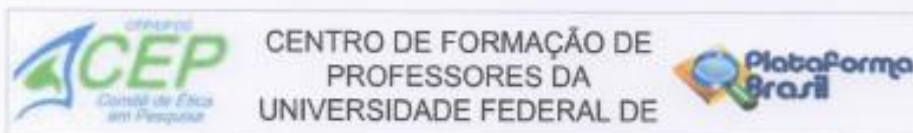
EU, **Bárbara Letícia de Queiroz Xavier**. Aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), **Maria Mônica Paulino do Nascimento**, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

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

Cajazeiras-PB, _____ de _____ de 2015.

Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
210220005

APÊNDICE VI – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44860115.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.350.572

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO, 44860115.8.0000.5575 e sob responsabilidade de MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO trata de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo e abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO tem por objetivo principal conhecer as características epidemiológicas e clínicas dos casos de reações hansênicas em um município do alto sertão paraibano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 55.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.350.572

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE REAÇÕES HANSÊNICAS EM UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO, número 44860115.8.0000.5575 e sob responsabilidade de MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO.

Considerações Finais a critério do CEP:

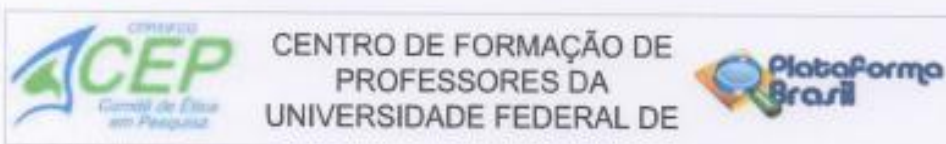
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_502886.pdf	16/10/2015 17:54:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	16/10/2015 17:54:06	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/10/2015 17:42:52	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_2.pdf	16/10/2015 17:40:47	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	16/10/2015 17:40:06	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/10/2015 17:34:59	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2675 E-mail: cep@cfp.ufcp.edu.br



Continuação do Parecer: 1.360.572

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAJAZEIRAS, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

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