

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTIANE FREIRE PINHEIRO

PERFIL DA HANSENÍASE NUM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO

PARAIBANO ENTRE 2008 A 2012

CAJAZEIRAS – PB

2013

CRISTIANE FREIRE PINHEIRO

PERFIL DA HANSENÍASE NUM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO  
PARAIBANO ENTRE 2008 A 2012

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à Universidade Federal de  
Campina Grande – Campus Cajazeiras  
– PB, como requisito parcial para a  
obtenção de Título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms Roberta Romero de Miranda Henriques

CAJAZEIRAS – PB

2013



P464p Pinheiro, Cristiane Freire.  
Perfil da hanseníase num município do alto sertão  
paraibano entre 2008 a 2012 / Cristiane Freire Pinheiro. -  
Cajazeiras, 2013.  
37f.

Não disponível em CD.  
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de  
Professores, 2013.  
Contem Bibliografia e Anexos.

1. Hanseníase. 2. Vigilância epidemiológica. 3.  
Notificação compulsória. I. Henriques, Roberta Romero de  
Miranda. II. Universidade Federal de Campina Grande. III.  
Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 616-002.73

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: 25/09/2013

---

Prof<sup>a</sup> Me. Roberta Romero de Miranda Henriques

---

Prof<sup>a</sup> Maria Mônica Paulino do Nascimento

---

Prof<sup>a</sup> Mércia França

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me deu coragem e forças para chegar até aqui.

À minha mãe, modelo de mulher batalhadora que nunca desanimou diante das dificuldades, que sempre esteve ao meu lado dando todo amor e apoio.

Ao meu amor, meu companheiro, meu amigo, meu tudo... A você Diego Luna, obrigada por ter estado ao meu lado sempre, obrigada pelo apoio em todos os momentos, sem você nada disso hoje poderia ser realidade. Amo-te!

Ao meu avô José Freire, que com seus 99 anos, sempre foi um grande exemplo de vida.

À minha querida orientadora Roberta, todo meu carinho, admiração e gratidão, meus mais sinceros agradecimentos por tudo que fizestes por mim.

À professora Maria Mônica Paulino que através de suas aulas despertou em mim a paixão pela hanseníase.

Aos professores Aissa Romina, Milena Costa, Arieli Rodrigues, Claudia Fernandes, Antônio Fernandes, Mércia França, Alba Rejane e Berenice Gomes.

À minha querida amiga Danielly Fernandes com quem dividi angústias, tristezas e alegrias, o meu muito obrigada por poder sempre contar com você. Que nossa amizade possa se estender para além dos muros acadêmicos.

À enfermeira Elinalda Farias e a todos os outros enfermeiros que tive a oportunidade de encontrar durante os estágios supervisionados I e II.

A todos que participaram de maneira direta ou indireta durante essa extensa caminhada, que sejamos todos iluminados pelas graças do criador.

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 01:** Número de casos notificados entre 2008 e 2012.

**Tabela 02:** Frequência por sexo.

**Tabela 03:** Frequência por faixa etária.

**Tabela 04:** Frequência por raça.

**Tabela 05:** Frequência por escolaridade.

**Tabela 06:** Frequência por zona de residência.

**Tabela 07:** Frequência por modo de detecção.

**Tabela 08:** Frequência por modo de entrada.

**Tabela 09:** Frequência por classificação operacional

**Tabela 10:** Frequência por forma clínica

**Tabela 11:** Frequência por baciloscopia

**Tabela 12:** Frequência por contatos registrados e contatos examinados.

**Tabela 13:** Frequência por avaliação das incapacidades no diagnóstico.

**Tabela 14:** Frequência por avaliação de incapacidades na alta.

**Tabela 15:** Frequência por tipo de saída.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>03</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>06</b>
2.1. Aspectos gerais e breve histórico da hanseníase	<b>06</b>
2.2. Hanseníase no Brasil	<b>08</b>
2.3. Aspectos clínicos da Hanseníase	<b>11</b>
2.4. Sistemas de informação	<b>16</b>
<b>3. PERCURSSO METODOLÓGICO</b>	<b>19</b>
<b>4. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS</b>	<b>21</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>

## RESUMO

A hanseníase consiste numa doença infecto – contagiosa, de notificação compulsória, incapacitante, de alta infectividade e baixa patogenicidade. É causada pelo *mycobacterium leprae*, que apresenta afinidade por nervos periféricos e tecido cutâneo, caracteriza – se por comprometimento neural e alterações na sensibilidade. Sua transmissão ocorre do individuo multibacilar não tratado para o que esteja susceptível. Para fins operacionais, a patologia se classifica em multibacilar e paucibacilar, apresentando como formas clínicas: virchoviana, dimorfa, tuberculóide e indeterminada. A classificação operacional se dá baseada pelo número de lesões apresentadas, até cinco lesões paucibacilar, acima de cinco, multibacilar. A hanseníase traz consigo o estigma e o preconceito de sua evolução histórica, pautada nas crenças religiosas e no isolamento compulsório, ideias que gradativamente têm sido combatidas com a instituição da poliquimioterapia padrão, fazendo com que o portador da enfermidade possa viver no meio familiar e social, por ser um importante problema epidemiológico, se construiu através de dados disponibilizados pela secretaria municipal de saúde de Cajazeiras – PB, através de seu departamento de vigilância epidemiológica, uma análise dos casos de hanseníase notificados no período de 2008 a 2012.

**PALAVRAS - CHAVE:** hanseníase, notificação compulsória, incidência, vigilância epidemiológica.



## **ABSTRACT**

Leprosy is an infectious disease - contagious, compulsory notification, disabling, high infectivity and low pathogenicity. It is caused by *Mycobacterium leprae*, which has affinity for peripheral nerves and skin tissue, characterized - if for neural and changes in sensation. It is transmitted from individual untreated multibacillary for what is likely. For operational purposes, the condition is classified as multibacillary and paucibacillary, presenting as clinical forms: lepromatous, borderline, tuberculoid and indeterminate. The classification is done based operating by the number of injuries to up to five paucibacillary lesions, above five, multibacillary. Hansen brings stigma and prejudice of its historical evolution, based on religious beliefs and compulsory isolation, gradually ideas that have been addressed with the introduction of MDT default, causing the carrier of the disease can live in family and social environment, to be an important epidemiological problem, was constructed using data provided by the municipal health Cajazeiras - PB, through its surveillance department, an analysis of reported leprosy cases in the period 2008-2012.

**KEYWORDS:** leprosy, compulsory notification, incidence, surveillance.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase trata-se de uma doença, por assim dizer, milenar, de modo que relatos de sua ocorrência remontam desde os tempos bíblicos, sob a denominação de lepra. Entretanto, a enfermidade não era tratada como uma simples doença, ela trazia consigo todo um estigma religioso, sendo referida como um castigo aos pecados e o doente era considerado um impuro, devendo dessa forma, ser isolado do convívio familiar e social. Toda a história de segregação e preconceito que a lepra representou foi passada ao longo das décadas, para não se dizer, através dos séculos, fazendo com que ainda hoje exista preconceito em relação à doença (SARMENTO, et al., 2010).

Consiste numa doença infecto – contagiosa de notificação compulsória, de alta infectividade e baixa patogenicidade, apresentando elevado índice de incapacidades. É causada pelo *Mycobacterium Leprae*, um bacilo ácido básico, apresentando afinidade pela pele e nervos periféricos. Por suas características sistêmicas, pode acometer gânglios, olhos, testículos e outros órgãos. Atinge principalmente a camada da população economicamente ativa (BRASIL, 2008).

Tem – se no homem o único veículo de transmissão, que se dá do indivíduo multibacilar que ainda não tenha iniciado o tratamento, dessa forma, a cadeia de infectividade se inicia através das vias aéreas do doente, desse modo, o bacilo poderá entrar em contato com as vias aéreas do indivíduo susceptível, desencadeando assim a infecção. Seu período de incubação é longo, sendo em média de 2 a 7 anos (BRASIL, 2008).

Devido à falta de conhecimentos e a incerteza da real causa da hanseníase associada aos preconceitos religiosos, a única forma de tratamento ou combate à lepra era o isolamento compulsório, onde o doente era obrigado a deixar sua família e viver segregado em leprosários, sendo assim o total rompimento com a vida social e afetiva, o que representava praticamente a morte do doente, tal situação se estendeu até parte do século XX (TRIERVEILER, et al., 2010).

No Brasil, acredita – se que a hanseníase surgiu no período colonial com a chegada dos portugueses, em 1600 os primeiros casos foram notificados e

primeiro leprosário foi construído no Rio de Janeiro (CASTRO, WATANABE, 2009).

No Brasil, a falta de políticas públicas fez que o isolamento também fosse escolhido como forma de combate a doença, fazendo com que o doente fosse, assim como na Europa, obrigado a ser isolado definitivamente de sua família, iniciando assim, uma nova vida entre os muros dos leprosários, desse modo, décadas passavam sem contato com familiares e sem ter uma vida no mundo exterior. Os doentes submetidos ao isolamento perdiam tudo o que tinham: família, filhos, casa, emprego, perdiam sua própria identidade (SAVASSI, 2010).

A introdução da poliquimioterapia padrão (PQT), foi aos poucos mudando o panorama da hanseníase no Brasil, fazendo com que o isolamento não fosse mais a política de saúde para o combate à doença. Assim, foram surgindo novas ideologias voltadas para o portador de hanseníase, baseadas na manutenção do convívio familiar e social, bem como tratamento adequado e prevenção das incapacidades (LANA et al., 2011).

As manifestações clínicas da hanseníase incluem o surgimento de manchas avermelhadas, acastanhadas ou esbranquiçadas com perda ou alteração da sensibilidade, podendo haver comprometimento de nervos. Apresenta uma classificação operacional para fins terapêuticos que se baseia no número de manchas epidérmicas presentes, dessa forma, o indivíduo doente poderá ser classificado em multibacilar (MB) ou paucibacilar (PB), o primeiro apresentando mais de cinco manchas e/ou baciloscopia positiva, e o segundo menos de cinco manchas de pele. O diagnóstico é basicamente clínico e é realizado através da avaliação dermatoneurológica e de forma complementar pela baciloscopia de esfregaço dérmico, vale salientar que seu resultado negativo não descarta o diagnóstico da enfermidade (BRASIL, 2008).

A poliquimioterapia padrão é composta de três drogas, a dapsona, a rifampicina e a clofazimina, a última utilizada apenas no tratamento dos casos multibacilares que é de 12 meses, o paucibacilar apresenta duração de 6 meses. O tratamento se diferencia entre paucibacilar infantil e adulto, multibacilar também nas modalidades adulto e infantil. É importante salientar que a criança portadora de hanseníase do tipo multibacilar, fará o seguimento normal do tratamento, no entanto as doses de clofazimina serão em dias alternados (BRASIL, 2008).

No manejo com a hanseníase, se faz necessário não apenas o tratamento dos indivíduos doentes, mas também o acompanhamento os contatos domiciliares do mesmo, sendo realizada avaliação dermatoneurológica dos contatos, bem como vacinação com BCG – ID. A busca pelos contatos intradomiciliares é importante uma vez que o domicílio representa o principal foco de infecção e sua ocorrência em menores de 15 anos demonstra que a infecção está ativa e é recente (VIEIRA et al., 2008).

Atualmente tem se percebido uma significativa redução da amplitude da doença em todo mundo, inclusive no Brasil devido à introdução de efetivas políticas públicas, que englobam a busca por novos casos, detecção precoce, tratamento adequado e controle dos contatos. Embora já se tenha avançado é de extrema relevância que se dê continuidade às medidas de controle devido ao importante problema de saúde pública que representa a hanseníase (SOBRINHO E MATIAS, 2008).

O interesse pela temática surgiu a partir dos conhecimentos adquiridos na disciplina Enfermagem Clínica II. Sabendo da relevância da Hanseníase para a saúde pública e dos elevados índices da patologia no município de Cajazeiras, localizada no Alto Sertão paraibano justifica – se desenvolver um trabalho com o intuito de se traçar um perfil epidemiológico da referida cidade com ênfase na incidência da enfermidade nos últimos cinco anos, tendo como fonte de pesquisa, os dados disponibilizados na secretaria municipal de saúde de Cajazeiras – PB. Tem – se por principal objetivo verificar em dados da secretaria de saúde a incidência da Hanseníase nos últimos cinco anos no município de Cajazeiras – PB. Através da pesquisa de dados da secretaria municipal de Cajazeiras – PB dos casos notificados de hanseníase de 2008 a 2012, visando traçar um perfil epidemiológico dos casos notificados no município tendo como foco a incidência da doença.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. ASPECTOS GERAIS E BREVE HISTÓRICO DA HANSENÍASE

Doença infecto – contagiosa de notificação compulsória, sendo de extrema importância para a saúde pública, uma vez que consiste numa afecção crônica com alto poder incapacitante, atingindo principalmente a população economicamente ativa. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo ácido – básico resistente, com tropismo pelo sistema tegumentar e pelos nervos periféricos, principalmente as células de schwann. O bacilo apresenta baixa infectividade, acredita – se que 90% da população apresenta defesa natural contra a *M. leprae*. A doença pode manifestar – se também de forma sistêmica, atacando articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. Considera – se o homem como única fonte de infecção, sua transmissão se dá do indivíduo multibacilar que não esteja em tratamento, eliminando o bacilo para o ambiente, infectando aqueles que estejam susceptíveis (BRASIL, 2008).

As vias aéreas superiores são consideradas as principais vias de eliminação e de entrada do bacilo, a transmissão se dá apenas pelo contato prolongado, justificando – se o domicílio do doente ser o mais provável ambiente para o contágio. Consiste numa doença de progressão lenta, apresentando um período de incubação bastante longo, entre 2 a 5 anos (BRASIL, 2008).

A hanseníase consiste numa enfermidade bastante antiga, há relatos de sua ocorrência ainda nos tempos bíblicos. Na Idade média, os enfermos eram excluídos da sociedade e obrigados a vestir roupas que os identificasse, como também deveriam soar uma sineta como aviso de sua chegada. Pouco ou nada se sabia dessa moléstia, fazendo com que o isolamento fosse a solução para o combate a essa patologia (SARMENTO, *et al.*, 2010).

A bíblia referencia em seus textos a lepra e os leprosos da época, a *zarraath* ou *Tsaraath* tendo como tradução a lepra, como era então denominada, significava algo que descama. Na verdade, não se pode afirmar ao certo se aqueles acometidos pela lepra realmente eram portadores de hanseníase, na verdade tal significação poderia ser aplicada a doenças como psoríase ou vitiligo. As questões que discriminação e afastamento do convívio coletivo foram surgindo ao se relacionar as lesões

cutâneas com estigmas religiosos e a contagiosidade que tais enfermidades começaram a apresentar. A real origem da doença não apresenta unanimidade nos diversos estudos, entretanto frequentemente são atribuídas aos povos indianos, egípcios e hebreus. Relatos antigos apontam vestígios da patologia em múmias egípcias e esqueletos indianos. A teoria mais aceita é de a doença se originou na Índia (SAVASSI, 2010).

O preconceito e o temor relacionados aos leprosos eram tão arraigados na antiguidade, que o portador da infecção era considerado morto para a sociedade, de modo que uma cerimônia era realizada para marcar a sua morte, ainda que vivos. Desse modo, eram aspergidos com água benta e atingidos com pás de terra, ao final da solenidade o sacerdote declamava: *Sic mortuus mundo, vivus internum Deo*, que quer dizer morto para o mundo, vivo para Deus (NÓBREGA, 2010).

Toda a questão estigmatizante, de medo e preconceito que a hanseníase traz consigo é fruto do imaginário religioso que sua ocorrência desencadeou nos tempos bíblicos em que a então lepra era tido como castigo divino e punição contra os pecados cometidos. Essas crenças fizeram com que a doença fosse tratada de maneira cruel na Idade Medieval (SAVASSI, 2010).

Há ainda relatos de que os primeiros registros da infecção surgiram por volta do século VII a.C, na Índia e no Egito, onde surgiram os primeiros leprosários, destinados a internação dos doentes (NÓBREGA, 2010).

Até parte do século XX, o isolamento compulsório dos doentes configurava como única forma de tratamento até então, representando não apenas a perda do vínculo familiar, mas uma verdadeira morte do doente já que rompia completamente com a sociedade, perdendo sua identidade como ser humano e social (TRIERVEILER, *et al.*, 2010).

Com a descoberta do bacilo ao final do século XIX pelo norueguês Amauer Hansen, fez com que a justificativa do isolamento compulsório passou a ser embasada em argumentos científicos (SAVASSI, 2010).

Grande parte dos casos de hanseníase concentra – se em países em desenvolvimento como os da América Latina, Ásia e África. Acredita – se que cinco

países contribuem com 82% dos casos no mundo, são eles a Índia, Brasil, Indonésia, Myanmar e Nigéria (MARTINS E CAPONI, 2010).

## **2.2. HANSENÍASE NO BRASIL**

Acredita – se que a hanseníase surgiu no Brasil com a chegada dos europeus no período colonial, os primeiros casos foram notificados por volta de 1600, no Rio de Janeiro, onde foi construído o primeiro leprosário, o hospital dos lázaros (CASTRO, WATANABE, 2009).

A presença da hanseníase foi documentada pela primeira vez no Brasil, em 1647, quando a Câmara do Rio de Janeiro solicitou a Portugal a instalação de um leprosário na Igreja da Conceição devido ao grande número de hansenianos na cidade (OPROMOLLA E LAURENTI, 2011).

Até o século XX, não existiam no Brasil políticas públicas voltadas para a enfermidade, só então surgiram as primeiras tentativas de controle, que estavam centradas no isolamento do portador de hanseníase, com sua consequente segregação e exclusão social (SAVASSI, 2010).

O isolamento da família e a quebra dos laços familiares era algo inevitável, o contato com as pessoas de fora do leprosário se dava através de cartas, que antes de chegarem aos familiares eram previamente desinfetadas (MELLAGI, MONTEIRO, 2009).

Pela dificuldade de diagnóstico, a lepra foi decretada como doença de notificação compulsória pelo decreto nº 4464 de 12 de julho de 1902. Esse mesmo decreto obrigava a notificação de outras enfermidades, tais como, difteria, varíola e tuberculose, as chamadas *enfermidades 'pestilenciais'* (SANTOS *et al.*, 2008).

Em 1930, o isolamento se tornou no Brasil uma política de Estado, a questão de se isolar os doentes na época não era unânime entre os profissionais médicos, o considerando necessário apenas em casos extremos de infecção. Aos poucos essa prática foi enfraquecendo à medida que o tratamento medicamentoso foi sendo introduzido. No Brasil a questão do isolamento foi tal qual ao fenômeno que se deu em todo mundo em relação aos portadores de hanseníase, a falta de conhecimento,

preconceito e estigma religioso só serviram para determinar o isolamento como única forma de manejo para a enfermidade (DUCATTI, 2008).

O emprego das duras políticas de combate à hanseníase da década de 30 repercutiu gravemente na vida dos internos dos leprosários, o trauma da internação compulsória, além da perda de suas identidades, laços afetivos, seus lares e empregos. O portador de hanseníase ou que pelo menos tivesse a suspeita de portador da doença era retirado de seu meio de forma abrupta e violenta (TRIERVEILER, *et al.*, 2010).

A grande maioria dos doentes era internada contra a própria vontade, sendo obrigados a romper laços com suas famílias, perdiam suas casas, seu trabalho e toda a sua vida social. Estariam condenados a anos de reclusão, não tendo mais para onde voltar quando em fim acabasse o internamento. Isso ocorria devido à falta de conhecimento e o medo do contágio. Por serem desligados de suas famílias e de suas vidas cotidianas, os internos dos leprosários acabavam formando novas famílias entre si, havendo assim, a definitiva quebra de laços afetivos e familiares com o mundo exterior (TRIERVEILER *et al.*, 2010).

A primeira tentativa de tratamento que não fosse a de simplesmente isolar o doente ocorreu por volta de 1940, através do óleo de chaulmoogra, de origem indiana, tendo como via de administração injeções ou via oral. O desenvolvimento de novos medicamentos fitoterápicos, bem como estudos e pesquisas que iam florescendo, fazia com que a exclusão do portador da infecção fosse cada vez mais debatida (NÓBREGA, 2010).

Nas décadas de 40 e 60 surgiram a Sulfona e a Rifampicina, possibilitando que surgisse um tratamento ambulatorial, deixando próximo o fim da antiga forma de controle, o que fez com que os antigos leprosários ganhassem uma nova importância. O isolamento compulsório foi realmente abolido em 1967. À medida que estudos e novas perspectivas iam surgindo, o isolamento cada vez mais perdia sua razão de ser (CASTRO, WATANABE, 2009).

Embora as ações implementadas pela saúde pública venham proporcionando bons resultados, o Brasil ainda configura como o 2º país do mundo em casos de



hanseníase, sendo a Índia o 1º lugar. Na América do Sul 93% dos casos da patologia são notificados em território brasileiro. A maior ocorrência de casos se dá nas regiões Norte e Centro – Oeste (BATISTA, *et al.*, 2011).

O controle da infecção é uma prioridade do Ministério da Saúde (MS) que preconiza maior cobertura dos movimentos de combate, priorizando os municípios mais endêmicos, tendo como foco os programas de saúde na família e de agentes comunitários de saúde. Desse modo, surge o enfermeiro como componente essencial nas ações de controle, através de visitas domiciliares, busca ativa de novos casos, consultas de enfermagem, atividades educativas e a coordenação de ações desenvolvidas em sua área de abrangência (LANA *et al.*, 2011).

Dessa forma, a hanseníase se encontra inserida no rol das políticas públicas sendo incluída nas ações da atenção básica do sistema único de saúde. Consiste numa importante estratégia dos sistemas municipais de saúde, que tem demonstrado grande eficácia. Sendo a unidade básica de saúde a principal responsável em detectar os possíveis casos e promover um diagnóstico precoce da doença, o enfermeiro surge como ator principal nesse processo devendo atuar desde a detecção precoce dos casos, acompanhamento do tratamento e prevenção de incapacidades, sendo necessário ao profissional o conhecimento técnico – científico acerca da patologia, bem como conhecer sua evolução histórica no decorrer do tempo. Uma importante ferramenta que se deve salientar é a visita domiciliar, visando a busca ativa de novos casos e conhecer a situação de saúde e social do doente e de seus comunicantes (TRIERVEILER *et al.*, 2010).

Todas as políticas implementadas fizeram com que nos últimos anos a hanseníase no Brasil tem dado sinais de estabilização nos coeficientes de detecção, entretanto ainda apresenta significativa endemicidade em regiões como o Norte, Centro – Oeste e Nordeste, afirmando os esforços em se traçar metas para sua eliminação (BRASIL, 2008).

De modo geral, os estados da região nordeste têm apresentado uma importante redução nos índices de detecção da doença. Em 2010, segundo o ministério da saúde, figuram como estados mais endêmicos o Maranhão com 5,7 casos/10 mil

habitantes, o Piauí com 3,5 casos/10 mil habitantes e o Pernambuco com 2,7 casos/10 mil habitantes. Sendo o estado da Paraíba o 4º com menor prevalência. O Rio Grande do Norte surge com o menor coeficiente do Nordeste com apenas 0.74 casos/10 mil habitantes (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Embora tenha se alcançado uma significativa redução no coeficiente de prevalência da hanseníase no estado da Paraíba, tem ocorrido uma intensificação de ações que visem a eliminação da doença, possuindo um padrão de média endemicidade segundo os padrões de prevalência. Segundo o Ministério da Saúde, em 2010, a prevalência da enfermidade era de 1,5 casos por 10 mil habitantes. Levando – se em conta a distribuição geográfica do estado, apresenta áreas de baixa endemicidade em todas as regiões paraibanas, sendo apenas três municípios considerados hiperendêmicos, respectivamente Cajazeiras no alto sertão paraibano, Campina Grande e João Pessoa. O município de Cajazeiras apresentou um coeficiente de detecção de 107,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Com o surgimento de políticas públicas visando o tratamento adequado da hanseníase, somada a necessidade de se acabar com o estigma e discriminação herdados ao longo de séculos, o ministério da saúde por meio da lei 9010 de 23 de março de 1995, recomendou o desuso da palavra lepra e seus derivados, fazendo com que a doença fosse designada apenas como hanseníase. As atuais políticas para o manejo da hanseníase visam não somente a cura do doente, mas sua reinserção no meio social, de modo que ele seja aceito e possa viver com sua família, estando assim, livre de preconceitos de qualquer natureza. Nessa mesma perspectiva, a informação tem papel fundamental afim de realmente por fim ao isolamento e segregação que durante séculos acompanhou o portador da doença (SARMENTO *et al.*, 2010).

### **2.3. ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE**

A hanseníase se manifesta através de alterações epidérmicas tais como, manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, o doente apresenta alterações da sensibilidade referindo choques, câimbras ou formigamentos que culminam na perda da sensibilidade cutânea (BRASIL, 2008).

Podem surgir também pápulas, infiltrações, perda de pelos e ainda redução ou ausência de sudorese na área afetada. As lesões inicialmente iniciam com sensação de queimação ou formigamento, podendo ainda, haver relato de prurido (BRASIL, 2008).

Com a evolução da doença, tais sinais somem, surgindo assim, a perda ou diminuição da sensibilidade. Essa insensibilidade pode atingir várias áreas corporais, seja ao tato, ao calor ou ao frio. Outros sintomas e sinais devem ser observados, como dor e/ou espessamento de nervos, perda da força muscular, edema em membros superiores e inferiores, sensação de obstrução nasal, nódulos eritematosos dolorosos, mal estar gerais, entre outros sinais que devem sugerir a presença da doença (BRASIL, 2008).

Classifica – se a patologia para fins operacionais em dois tipos: multibacilar - MB e paucibacilar – PB. São considerados paucibacilares, os indivíduos que apresentem mais de cinco lesões cutâneas, podendo ainda ser dos tipos: tuberculóide e indeterminada (LIMA *et al.*, 2010).

Os multibacilares por sua vez possuem mais de cinco lesões e são os responsáveis por alimentar a cadeia de transmissão quando não tratados, apresentam duas formas de apresentação virchowiana e dimorfa. É meta do ministério da saúde que as unidades de saúde da família integrem ações de modo que haja detecção precoce dos casos e adesão ao tratamento de todos os indivíduos acometidos pela enfermidade (LIMA *et al.*, 2010).

Faz-se necessária informação clara e objetiva para população, de modo que haja compreensão acerca das características da doença, modo de transmissão, diagnóstico, tratamento e cura. É indispensável ainda, o acompanhamento do doente e de seus familiares de forma individualizada durante todo o tratamento (LIMA *et al.*, 2010).

O diagnóstico da hanseníase consiste basicamente na avaliação dermatoneurológica, a fim de se identificar as áreas com perda ou alteração da sensibilidade cutânea e/ou comprometimento de nervos. Durante sua realização deve ser avaliada a sensibilidade ao calor, ao frio, a dor e ao tato. A sensibilidade térmica em geral é a que mais precocemente se altera. O exame

dermatoneurológico deve compreender a minuciosa investigação das lesões através por meio da palpação, a fim de se determinar o nível das perdas sensitivas e da força muscular, de modo a se classificar o grau de incapacidade física (BRASIL, 2008).

No exame neurológico deverão ser avaliados os olhos, se há coceira, ardor, vista embaçada, ressecamento, lacrimejamento, entre outros sintomas. Deverá também ser verificada vermelhidão, madarose, triquíase, ectrópio, lagofalmo, catarata, entre outras alterações. É necessário o exame das narinas a fim de se averiguar sensação de entupimento, sangramento ou ressecamento, fissuras, úlceras, perfuração de septo. Os membros superiores e inferiores também serão investigados, sendo importante a busca por dormência, dor, perda da força, edemas e outros sintomas (BRASIL, 2008).

Deverão ser realizados testes de força e sensibilidade, através do estesiômetro, onde por meio dos filamentos de diferentes cores e espessuras, será realizado o grau de sensibilidade que o doente apresenta. Além dos testes supracitados, também se faz necessária a avaliação do grau de incapacidades. A mesma deverá ser realizada na ocasião do diagnóstico e na alta, no caso de multibacilar também deverá ser realizada a cada 6 meses. É importante observar a presença de garras, calosidades, fissuras e ressecamentos (BRASIL, 2008).

Para o diagnóstico da hanseníase também é utilizado o exame baciloscópico, através do esfregaço dérmico, entretanto seu resultado negativo não descarta a possibilidade do indivíduo estar com a doença. No caso de baciloscopia positiva, o indivíduo será considerado multibacilar independente do número de lesões (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Sendo uma patologia facilmente confundida com outras doenças dermatológicas, é importante que o profissional tenha um profundo conhecimento a seu respeito, possibilitando que o mesmo faça o diagnóstico diferencial da enfermidade. Tais doenças que podem ser confundidas com hanseníase incluem eczemátide, vitiligo, dermatofitoses, doenças neurológicas, entre outras. Os casos suspeitos de hanseníase neural pura sem lesão epidérmica evidente devem ser encaminhados à atenção secundária para que seja feita a confirmação diagnóstica, devendo a unidade básica realizar o acompanhamento do doente (BRASIL, 2008).

Em 1981, foi introduzida a poliquimioterapia padrão (PQT) como tratamento para a hanseníase, sendo responsável pela significativa redução da doença nos últimos anos. A partir de então foram desenvolvidas estratégias para o controle da doença, tornando – a uma prioridade para o ministério da saúde, visando proporcionar melhor atenção e assistência ao enfermo (OPROMOLLA E LAURENTI, 2011).

A poliquimioterapia é constituída por um conjunto de três drogas, rifampicina, dapsona e clofazimina. O tratamento se diferencia em quatro modalidades: multibacilar adulto e infantil, paucibacilar adulto e infantil. O acompanhamento do tratamento é de responsabilidade das equipes de saúde da família. O indivíduo multibacilar deve comparecer mensalmente na unidade de saúde da família para receber a dose supervisionada (rifampicina – 600 mg, dapsona – 100 mg e clofazimina – 300 mg) durante 12 meses, fazendo também uso diário das drogas dapsona (100 mg) e clofazimina (50 mg) (BRASIL, 2008).

Será considerado curado o indivíduo que completar doze doses no mínimo em doze meses, ou no máximo em dezoito. No esquema multibacilar infantil, o tratamento terá a mesma duração do que o do adulto, entretanto, as doses de clofazimina deverão ser tomadas em dias alternados. O indivíduo paucibacilar também deverá comparecer mensalmente a unidade básica para receber a dose supervisionada (rifampicina – 600 mg e dapsona – 100 mg), com uso diário de dapsona 100 mg. O tratamento tem duração de seis meses, a cura será considerada quando forem tomadas seis doses no mínimo em seis meses e no máximo em nove (BRASIL, 2008).

Além do tratamento dos indivíduos com diagnóstico comprovado de hanseníase, se faz necessário o acompanhamento de seus contatos intradomiciliares, uma vez que a convivência íntima e prolongada com o doente favorece a transmissão do bacilo (VIEIRA *et al.*, 2008).

Tal acompanhamento consiste na avaliação dermatoneurológica de todos os contatos do doente, sendo considerados como comunicantes todos aqueles que tenham residido com o portador da doença nos últimos cinco anos. Deve – se ter atenção especial aos comunicantes menores de 15 anos, já que a presença de hanseníase nessa faixa etária traduz cadeia de infecção recente e ativa. Após a confirmação de que o contato não tenha adquirido hanseníase, deverá ser avaliada

a presença de cicatriz vacinal de BCG. A vacinação com BCG está indicada para todos os contatos não infectados, sendo indicadas duas doses da vacina. Se não houver qualquer cicatriz, deverá ser realizada uma dose e agendada a próxima para seis meses após. Havendo cicatriz, considera - se como primeira dose e se faz a vacinação do indivíduo como segunda (BRASIL, 2008).

Os pacientes em tratamento devem ser agendados para voltarem à unidade básica a cada 28 dias, para o recebimento da dose supervisionada como também para orientações gerais acerca da doença e para o auto cuidado, avaliação de seu estado de saúde a fim de se observar possíveis reações medicamentosas e presença de estados reacionais hansênicos (BRASIL, 2008).

A adesão ao tratamento é essencial para a cura, entretanto ainda existem casos de dificuldades no seguimento do tratamento, sendo um entrave para o programa de controle da hanseníase. Os problemas de adesão enfrentados inerentes aos pacientes são diversas naturezas tais como falta de compreensão do esquema terapêutico, dificuldades de comunicação, crenças, condição econômico – social (LUNA, *et al.*, 2010).

Pode – se afirmar que todo portador de hanseníase já foi comunicante, mostrando dessa forma a importância epidemiológica de seu efetivo acompanhamento. Para melhor controle dos contatos são fundamentais estratégias que intensifiquem a busca ativa de casos, registro de dados, vacinação com BCG através de ações descentralizadas de controle da doença. Além disso, é importante que exista uma educação continuada e capacitação da equipe multiprofissional estando preparada para a busca e detecção de novos casos e adequado acompanhamento do tratamento, tendo em vista a prevenção das incapacidades e a redução do estigma e preconceito (VIEIRA *et al.*, 2008).

É importante também que se oriente o portador da enfermidade que o tratamento não é contraindicado durante a gestação e nem contraindica o aleitamento materno (BRASIL, 2008).

Outra informação necessária ao portador de hanseníase relaciona – se a possíveis ocorrências de estados reacionais, que poderão surgir durante ou após o tratamento. As reações hansênicas classificam – se em Reação Hansênica tipo 1 ou

reversa e Reação Hansênica tipo 2 ou eritema nodoso. De modo geral, tais reações se manifestam como processos inflamatórios agudos. São consideradas situações de emergência, devendo ser encaminhadas para centros de referência (BRASIL, 2008).

## **2.5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

É inegável a importância que a informação tem na atualidade, seja qual for a atividade a ser desenvolvida. Sendo indispensável nos mais variados campos, a regulação, ordenação e organização das informações. No que tange as esferas públicas se faz necessário o acesso a informação não apenas para se obter conhecimento, como também para se ter acesso a transparência ou não das ações públicas e políticas (VIAMONTE, 2009).

Desse modo, na saúde também se traduz a importância da informação para a democratização e aprimoramento da gestão do sistema único de saúde. O acesso às informações à população através dos meios tecnológicos confirma a descentralização das ações de saúde e a participação popular. O DATASUS foi criado em 2011, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, constando no Decreto nº 7530/2011, que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde (DATASUS, 2008).

Ao Departamento de Informática do SUS: - DATASUS compete:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

IV - assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos

pele Ministério da Saúde;

V - definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde;

VI - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

Desse modo, pode – se concluir que o DATASUS consiste numa importante ferramenta de consolidação e aprimoramento de um eficiente sistema de saúde no Brasil (VIAMONTE, 2009).

O sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) foi gradualmente implantado no Brasil, de 1990 até 1993, tendo em 1998 seus instrumentos de coleta, fluxo e software redefinidos. Tem abrangência nacional, com detalhamento nos níveis estadual e municipal. (IBGE, 2013).

O SINAN representa o sistema oficial brasileiro de informações sobre a hanseníase no país. Apresenta – se como uma ferramenta de auxílio à vigilância epidemiológica, a fim de se planejar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (FREITAS e OLIVEIRA, 2008).

O sistema apresenta como finalidade auxiliar na formulação e avaliação de programas e planos destinados à saúde, visando à tomada de decisões, o que conseqüentemente promove uma melhor qualidade na saúde pública oferecida à população (Secretaria de Vigilância em saúde, BRASIL, 2008).

Os dados são coletados a partir da ficha individual de notificação (FIN), seu preenchimento é realizado nas unidades de saúde onde o ocorra o caso suspeito de enfermidade de notificação compulsória. O instrumento devidamente preenchido deverá ser encaminhado para o serviço de informação ou vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde. Os dados também poderão ser coletados por meio da ficha individual de investigação (FII), que consiste num roteiro investigativo que permite a identificação da fonte de infecção, bem como se desenvolveu a cadeia de transmissão da patologia. Há ainda, a planilha e o boletim de acompanhamento de



surtos e boletins de acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose. O sistema leva em consideração algumas variáveis tais como, mês e ano da notificação, estado e município. Em relação ao paciente serão considerados o sexo, o grau de instrução, a raça, se habita área urbana ou rural e o município onde vive (IBGE, 2013).

A entrada dos dados no sistema dá – se através da notificação e investigação das doenças de notificação compulsória, dentre elas, a hanseníase. Cada enfermidade apresenta um determinado formulário para notificação do caso, o mesmo é preenchido por ocasião do diagnóstico e complementado ao longo da implementação do tratamento (GALVÃO, et al, 2009).

Assim, os dados são enviados para a secretaria de saúde do município, onde serão transportados para o arquivo de computador do SINAN, por sua vez tais dados serão enviados por sistema de correio ou diretamente pela internet para o nível regional, onde serão consolidados os dados de vários municípios, os quais serão remetidos para o nível estadual, que por sua vez os enviará para o nível federal pela internet (GALVÃO, et al, 2009).

### **3. PERCURSSO METODOLÓGICO**

#### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo retrospectivo, que nos permite uma maior familiaridade com o problema, estudando as características de um grupo sem, no entanto, precisar ter contato com o mesmo (GIL, 2008).

#### **3.1 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo será desenvolvido no município de Cajazeiras, semiárido Paraibano, distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Ocupa uma área de 565.899 Km<sup>2</sup> e sua população, de acordo com o censo de 2010 é de 58.446 habitantes, o que classifica como o sétimo maior município em população da Paraíba com um dos melhores índices de desenvolvimento humano do estado.

Atualmente, Cajazeiras é a principal cidade da região do Alto Piranhas e polariza quinze municípios do extremo oeste da Paraíba. Possui uma cultura diversificada, realizando diversos eventos anualmente, como o Carnaval e o Festival Estadual de Teatro (IBGE, 2013).

#### **3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Devido a cidade de Cajazeiras ser considerada uma área endêmica para Hanseníase, a população será constituída de todas as pessoas que foram notificadas com essa patologia através do SINAN e a amostra será dos registros do mesmo sistema entre os anos de 2008 e 2012.

#### **3.3 COLETA DE DADOS**

Para análise dos dados, será utilizado o banco de dados do SINAN cedido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Será analisado através do sistema as variáveis sócio - demográficas, clínicas e de acompanhamento.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das variáveis será em forma de tabulação no programa Excel 2010 e posteriormente apresentados em forma de tabelas e figuras e comentado a luz da literatura pertinente.

### 3.5 ASPECTO ÉTICO

O pesquisador respeitará a Resolução 466/12 do CONEP, mesmo o estudo sendo de caráter documental secundário.

#### 4. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

O indicador geral dos dados foi o índice de incidência da hanseníase no município de Cajazeiras – PB, os referidos dados foram disponibilizados pela secretaria municipal de saúde, sendo os mesmos pesquisados no Sistema de Informações de Agravos notificáveis (SINAN) através do programa TBWIN e estruturados no programa Microsoft Word 2010, apresentados em forma de tabelas.

**TABELA 01:** Número de Casos Notificados de 2008 a 2012

2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
58	58	75	55	68	314

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Iniciando as discussões, tem – se o número geral de casos notificados de Hanseníase no período compreendido entre 2008 e 2012.

**TABELA 02:** Frequência por sexo

	FEMININO	MASCULINO
Nº de casos	159	155

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A tabela nos mostra a frequência de dados dividida por sexo, no intervalo entre 2008 e 2012, apontando uma incidência um pouco mais elevada entre os indivíduos do sexo feminino. Entrando em oposição a Imbira, et al., 2008, que afirma que a incidência entre adultos é maior entre os indivíduos do sexo masculino. Esse resultado pode estar relacionado a maior procura das mulheres pelos serviços básicos de saúde e a resistência dos indivíduos do sexo masculino a cuidarem da saúde.

**TABELA 03:** Frequência por faixa etária

	<b>&lt; de 15 anos</b>	<b>De 16 a 30 anos</b>	<b>De 31 a 45 anos</b>	<b>De 46 a 60 anos</b>	<b>&gt;De 60 anos</b>
<b>Nº de casos</b>	<b>17</b>	<b>76</b>	<b>84</b>	<b>75</b>	<b>59</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A tabela apresenta o índice de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, sendo importante lembrar que a ocorrência da enfermidade nessa faixa etária revela a existência de infecção recente e ativa. Pode – se observar que o ano de 2010 apresenta maior número de casos, 8, sendo mais da metade do total notificado no intervalo de 5 anos. A presença de hanseníase em menores de 15 anos segundo SILVA e CAVALCANTE, 2008, indica a exposição precoce ao bacilo, bem como revela a presença de indivíduos bacilíferos sem tratamento.

Da análise dos dados pode – se observar que o maior número de casos se concentra entre os indivíduos de 31 e 45 anos (84). Seguido da faixa etária de 16 a 30 anos. Assim, podemos concluir que a incidência da doença se concentra no adulto jovem. Desse modo, os dados apresentados encontram respaldo na literatura. Uma vez que de acordo com BRASIL, 2008, em seu caderno da atenção básica, afirma – se a população mais atingida pela hanseníase é a economicamente ativa. Sendo menos frequente na infância e na terceira idade.

**TABELA 04:** Frequência por raça

	<b>Branca</b>	<b>Parda</b>	<b>Amarela</b>	<b>Preta</b>	<b>Indígena</b>
<b>Nº de casos</b>	<b>93</b>	<b>159</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>1</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Em relação a cor declarada por ocasião da notificação os dados revelam maior incidência entre os indivíduos declarados pardos, para Nascimento, et al.,2008, o fato da maior parte dos casos se concentrar entre os indivíduos da cor parda não representa predisposição da raça. Em seguida vem - se a raça branca com 93 casos.

**TABELA 05:** Frequência por escolaridade\*

<b>EFI</b>	<b>EFC</b>	<b>EMI</b>	<b>EMC</b>	<b>ESI</b>	<b>ESC</b>
<b>111</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

\*(**EFI**: ensino fundamental incompleto; **EFC**: ensino fundamental completo; **EMI**: ensino médio incompleto; **EMC**: ensino médio completo; **ESI**: ensino superior incompleto; **ESC**: ensino superior completo).

Os dados apresentados na tabela revelam que a maior parte dos casos ocorreu em indivíduos com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Pode – se relacionar tal fato com as precárias condições de vida e a dificuldade de acesso à saúde pública que apresentam as pessoas menos instruídas. Entretanto, o gráfico revela 2 indivíduos infectados com ensino superior incompleto e 8 com superior completo, desmitificando que a hanseníase não é uma enfermidade exclusiva das classes menos favorecidas, podendo ser contraída seja qual for a classe ou posição social. Devendo assim, ser instituídas em nível de atenção básica, medidas educativas que visem sempre a detecção precoce e o tratamento adequado.

**TABELA 06:** Frequência por zona de residência

<b>ZONA URBANA</b>	<b>ZONA RURAL</b>
<b>284</b>	<b>22</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A tabela revela maior incidência entre indivíduos da zona urbana, não sendo encontrada literatura que respalde tal achado, entretanto acredita – se que tal resultado é decorrente tanto pela população urbana ser proporcionalmente maior que a rural, como também pelo fato do acesso às unidades básicas ser mais difícil para os que vivem no campo.

**TABELA 07:** Frequência por modo de detecção

<b>ENCAMINHAMENTO</b>	<b>DEMANDA LIVRE</b>	<b>EXAME COLETIVIDADE</b>	<b>EXAME CONTATOS</b>	<b>OUTROS</b>
<b>143</b>	<b>99</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

O modo de detecção mais frequente apresentado na tabela é o de encaminhamento (143), seguido da demanda livre. A detecção através do exame dos contatos foi baixa (8). Segundo BRASIL 2008, os contatos intradomiciliares são fundamentais na cadeia de transmissão, uma vez que o contágio se dá por meio da convivência

prolongada. Através de exames coletivos (31), outras formas de detecção (7). Na detecção de casos é fundamental a busca por novos casos tanto entre pacientes que não tenham tido contato com portadores da hanseníase como também aqueles considerados contatos. Contato domiciliar é todo indivíduo parente ou não que tenha convivido com o doente nos últimos 5 anos da data do diagnóstico.

**TABELA 08:** Frequência por modo de entrada

<b>CASO NOVO</b>	<b>RECIDIVA</b>	<b>TRANSFERÊNCIA</b>	<b>OUTRO</b>
<b>288</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A principal forma de entrada para tratamento de hanseníase foi como caso novo (288). E apenas 7 casos iniciaram o tratamento por recidiva. Em geral, os casos de recidiva são raros e podem acontecer até 5 anos após o tratamento. Os casos em que haja suspeita de recidiva devem ser encaminhados para serviços de média e alta complexidade, para que haja confirmação do diagnóstico. (BRASIL, 2008).

**TABELA 09:** Frequência por Classificação Operacional

<b>PAUCIBACILAR</b>	<b>MULTIBACILAR</b>
<b>168</b>	<b>146</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Observa – se que dos 314 casos de hanseníase no município de Cajazeiras, no período compreendido entre 2008 e 2012, predominou a forma paucibacilar, sendo essa forma segundo BRASIL, 2008, a forma clínica não transmissível da doença. Embora a maioria dos casos seja paucibacilar, não há uma diferença tão relevante entre o número de casos multibacilar (146). Os portadores da forma multibacilar da doença são os responsáveis por alimentar a cadeia de transmissão, sendo de fundamental importância epidemiológica seu tratamento.

**TABELA 10:** Frequência por forma clínica

<b>INDETERMINADA</b>	<b>TUBERCULÓIDE</b>	<b>DIMORFA</b>	<b>VIRCHOWIANA</b>
<b>89</b>	<b>68</b>	<b>102</b>	<b>33</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A análise do gráfico revela que o maior número de casos se concentra no tipo dimorfa (102), seguida do tipo indeterminada (89). Entretanto numa análise geral,

considerando a classificação operacional da doença têm – se maior incidência das formas não transmissíveis.

**TABELA 11:** Frequência por baciloscopia

<b>POSITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>	<b>NÃO REALIZADA</b>
<b>45</b>	<b>177</b>	<b>30</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A baciloscopia apresenta – se como um exame completar para o diagnóstico da hanseníase, entretanto seu resultado negativo não descarta a presença da doença. (BRASIL, 2008). O gráfico revela que 177 tiveram seu resultado como negativo e 45 positivo e em 30 casos não foi realizada a baciloscopia. Sabendo que no período entre 2008 e 2012 foram notificados 146 casos multibacilares confirma – se o que diz a literatura a respeito do resultado da baciloscopia.

**TABELA 12:** Frequência por contatos registrados e examinados

<b>CONTATOS REGISTRADOS</b>	<b>CONTATOS EXAMINADOS</b>
<b>1210</b>	<b>826</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Da análise dos dados, observa – se que foram registrados 1210 contatos e destes apenas 826 foram examinados. Desses, 8 foram diagnosticados com a doença. É indispensável a busca e o exame dos contatos intradomiciliares do doente, uma vez que é a melhor forma de interromper a cadeia de infecção, sendo indicado a todos os contatos avaliação dermatoneurológica e baciloscopia. Havendo entre os contatos indivíduo acometido pela doença o mesmo será encaminhado para iniciar o tratamento, para os não doentes indica – se a vacinação com BCG – ID.

**TABELA 13:** Frequência por avaliação das incapacidades no diagnóstico

<b>GRAU ZERO</b>	<b>GRAU I</b>	<b>GRAU II</b>	<b>NÃO AVALIADO</b>
<b>191</b>	<b>78</b>	<b>29</b>	<b>5</b>

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Pode – se observar que na notificação dos casos, a maior parte (191) apresentou grau zero de incapacidades, sendo um aspecto positivo já que pode indicar diagnóstico precoce. Outro ponto importante que o gráfico revela é que apenas 6 casos não foram avaliados. De acordo com Gonçalves, et al, 2008, pacientes que



iniciam o tratamento com grau de incapacidade I possuem maior propensão de desenvolver neurites ou estados reacionais ou longo do tratamento ou após a alta. Já os pacientes com grau II de incapacidade apresentam danos neurais e sequelas já instaladas. Isso reflete o importante papel da unidade básica na busca ativa de novos casos através das visitas domiciliares e a avaliação precoce dos casos suspeitos.

**TABELA 14:** Frequência por avaliação das incapacidades na alta

GRAU ZERO	GRAU I	GRAU II	NÃO AVALIADO
121	39	15	86

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

Através da análise dos dados, é possível concluir que a maior parte dos casos tratados (121), por ocasião da alta apresentou grau zero de incapacidade, sendo um ponto positivo, revelando boa adesão ao tratamento e diagnóstico precoce. Entretanto, parte significativa da amostra surge como não avaliado (86), não sendo possível conhecer o real estado desse paciente, já que não se tem dados que permitam dizer que não há incapacidades e se há qual o grau que apresentam. Dos casos em tela, 39 casos apresentaram grau I de incapacidade e apenas 15 apresentaram grau II, podendo ser um indicativo de má adesão terapêutica e diagnóstico tardio, como também falta de acompanhamento adequado.

**TABELA 15:** Frequência por modo de saída

CURA	TRANSFERÊNCIA	ABANDONO	ÓBITO	ERRO
248	8	8	1	6

Fonte: Depto. De Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras

A análise dos dados nos mostra que 248 casos tiveram alta por cura, demonstrando a efetividade do tratamento. Do restante, 8 foram transferidos para outros estados ou municípios; 1 caso foi a óbito; 8 abandonaram o tratamento e em 6 casos houve erro de diagnóstico.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por seu estigma e preconceito trazidos desde os remotos tempos bíblicos, a hanseníase, ainda hoje faz com que seus portadores sofram com a discriminação decorrente de sua evolução histórica, marcada por exclusão social e desconhecimento, a doença é frequentemente relacionada com a pobreza, fazendo com que nos dias atuais uma nova forma de preconceito surja.

O papel das unidades básicas é fundamental para o controle da hanseníase, devendo sempre pautar sua dinâmica de trabalho na visita domiciliar e busca ativa de casos. Além disso, é fundamental que os responsáveis pela notificação da doença a faça de maneira completa, de modo que se possa traçar um fiel perfil da incidência da doença.

A incidência de hanseníase durante o período estudado não apresentou grandes alterações, mantendo – se mais ou menos constantes, não sendo encontrados em nenhum dos anos pertencentes ao período 2008-2012, valores discrepantes dos demais. Segundo o censo de 2010, Cajazeiras possui uma população de 58.446 habitantes, o município teve nesses cinco anos, uma média de 62,8 casos/ano, apresenta por sua vez um coeficiente de detecção a cada ano estudado de 9.92 em 2008; 9.92 em 2009; 12.83 em 2010; 9.41 em 2011 e 11.63 em 2012. Desse modo, pode – se afirmar que durante o período estudado o município apresentou coeficiente de detecção hiperendêmico.

Os resultados demonstram a necessidade de ações que visem não apenas a detecção dos casos, mas também o tratamento adequado e o acompanhamento dos contatos a fim de se evitar que novos casos surjam. Além disso, se faz necessário que as unidades básicas façam as notificações de maneira completa, uma vez que se pode observar que muitos dos dados coletados acham – se incompletos não permitindo que se trace um perfil fidedigno da incidência da doença no município.

Uma importante questão é a qualidade das notificações, uma vez que durante a coleta dos dados, foi possível observar que o banco de dados não contempla todas as variáveis necessárias para que se pudesse traçar um perfil fiel da realidade da hanseníase no município de Cajazeiras.

## REFERENCIAS

BATISTA, Elisa Siqueira. CAMPOS Roberta Xavier. GONÇALVES, Rômulo da Costa et al. **Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ.** Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo – SP, 2011. p.101-106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010.** Brasília – DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde: 2010.

CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena Akemi Wada. **Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2009, p.449-487.

DUCATTI, Ivan. **A hanseníase no Brasil na era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador.** Tese (Doutorado) – Programa de pós graduação em História Social do departamento de História. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, 2008.

FILHO, Jorge Antônio. ANDRADE, Leonardo Guimarães de. FERNANDES, Priscila Neves e cols. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil.** Revista de Ciência & Tecnologia / Universidade Iguaçu, v.11, n° 2, p. 46-52 (Dezembro 2011). Nova Iguaçu – Rio de Janeiro: Gráfica Universitária, 2011.

FREITAS, Rejane Maria dos Santos. OLIVEIRA, Elzira Lúcia de. **Hanseníase: avaliação diagnóstica a partir dos dados do SINAN em Itaperuna-RJ.** Universidade Candido Mendes-Campos, RJ, 2008.

GALVÃO, Paulo Roberto Silva. FERREIRA, Andréia Torres. MACIEL, Maria das Graças Falcão. **Col. Uma avaliação do sistema de informação SINAN usado no programa de controle da hanseníase no Estado do Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009. p.87-102

GONÇALVES, Soraya Diniz. SAMPAIO, Rosana Ferreira. ANTUNES, Carlos Maurício de Figueiredo. **Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 41(5):464-469, set-out, 2008.

LANA, Carlos Félix. CARVALHO, Ana Paula Mendes. DAVI, Raquel Ferraz Lopes. **Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle.** Escola Anna Nery. São Paulo, 2010.

LIMA, Hívena Maria Nogueira. SAUAIA, Naime. COSTA, Vanja Raposo Lima da. NETO, Guilherme Tude Coelho. FIGUEIREDO, Patrícia de Maria Silva. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA.** Revista Brasileira de Clínica Médica 8(4), 2010. p.323-327.

LUNA, Izaildo Tavares de. BESERRA, Eveline Pinheiro. ALVES, Maria Alves Santos. PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa. **Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 63. Taubaté – SP, 2008. p.983-990.

MELLAGI, André Gonçalves. MONTEIRO, Yara Nogueira. **O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2009, p.489-504.

MELÃO, Suelen. BLANCO, Luis Felipe de Oliveira. MOUNZER, Nage e cols. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 44(1):79-84, jan-fev, 2011

MIRANZI, Sibelly de Sousa Castro. PEREIRA, Livia Helena de Moraes. NUNES, Altacílio Aparecido. **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 43(1):62-67, jan-fev, 2010.

NÓBREGA, Arieli Rodrigues Videres. **Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar.** Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

OLIVEIRA, Vagne Melo. ASSIS, Caio Rodrigo Dias de. SILVA, Kaline Catiely Campos. **Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010.** Escola superior de sustentabilidade, Aquidabã – SE, 2013.

OMOPROLLA, Paula Araújo. LAURENTI, Ruy. **Controle da Hanseníase no estado de São Paulo: análise histórica.** Revista de Saúde Pública Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, 2011.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. SOUZA, Letícia Pumar Alves de. SIANI, Antonio Carlos. **O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.15. Rio de Janeiro - RJ, 2008 p.29-47.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas René Rachou, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte – MG, 2010.

SILVA, Clodoaldo Gomes de Carvalho. CAVALCANTI, Carmem Diana Torres Viana. **Situação de Hanseníase no município de Cabrobó – PE 2001 a 2007**. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008.

TEIXEIRA, André Costa. CRUVINEL, Danilo Lemos. *Col/s*. **Avaliação da concordância entre exames clínicos e laboratoriais no diagnóstico da hanseníase**. Revista da Sociedade de Medicina Tropical. Vol.41. Uberlândia – MG, 2008. p.48-55.

TRIERVEILER, Juliana. ROSA, Maria Catarina da. BELLAGUARDA, Maria Ligia dos Reis. **Trajatória Histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil**. História da Enfermagem Revista eletrônica. vol. 01. 2010. p.63-76.

VIAMONTE, Luiz Bernardo Marques. **Informação e Informática na área pública: o DATASUS como objeto de estudo**. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional em gestão da informação e comunicação em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro – RJ, 2009.

VIEIRA, Carmem Silvia de Campos Almeida. SOARES, Marina Teixeira. RIBEIRO, Tatiana Siqueira Xavier. SILVA, Letícia Faroni Guimarães. **Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase**. Revista Brasileira de Enfermagem. Taubaté – SP, 2008. p.682-688.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>

Acessado em 19 de julho de 2013 às 17h00min horas

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>

Acessado em 20 de Julho de 2013 às 19h00min horas

<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agrivos-de-notificacao-sinan>

Acessado em: 20 de julho de 2013 às 20h00min horas

# Anexos

## ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

#### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada ”INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NUM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO.”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) CRISTIANE FREIRE PINHEIRO, sob orientação de ROBERTA ROMERO DE MIRANDA HENRIQUES está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim 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,

---

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

**ANEXO III**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE**

Ao \_\_\_\_\_

Encaminhamos o (a) pesquisador (a) CRISTIANE FREIRE PINHEIRO, para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE NUM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO”. Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 08 de Agosto de 2013

Atenciosamente,

---

DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE