



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RAMON FIGUEIRÊDO DINIZ

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012

CAJAZEIRAS-PB

2013

RAMON FIGUEIRÊDO DINIZ

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012**

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

Orientadora: Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

Co-Orientadora: Prof^ª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento

CAJAZEIRAS-PB

2013



D585s Diniz, Ramon Figueirêdo.
 Situação epidemiológica da hanseníase no município de
 Jerico-PB, no período de 2001 a 2012 / Ramon Figueirêdo
 Diniz. - Cajazeiras, 2013.
 59f.

 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. Epidemiologia I. Nascimento, Maria
 Monica Paulino do, Esp.(Orientadora) II. Universidade
 Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
 Professores. IV. Título

CDU 616-002.73

RAMON FIGUEIRÊDO DINIZ

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012**

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

APROVADO EM: / /2013

BANCA EXAMINADORA:

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

Prof^ª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Co-orientadora)

Enf. Ms. Eliane Sousa Leite
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

CAJAZEIRAS-PB

2013

Dedico esta monografia aos meus pais Ronaldo e Aparecida, a minha esposa Kalina, a minha filha Tháyla e a minha irmã Maria Emília. Pelo AMOR, compreensão, apoio, incentivo e dedicação, para que eu pudesse realizar esse sonho.

AMO VOÇÊS!

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS, por ele ter me dado força e iluminado meu caminho pra continuar seguindo em frente e conseguir realizar esse sonho.

Aos meus pais, Ronaldo e Aparecida, pelo AMOR, carinho, compreensão, incentivo e dedicação, por nunca terem medido esforços, por terem se esforçado, pelos conselhos que me davam nos momentos mais difíceis e por estarem sempre ao meu lado quando eu mais precisava, AMO VOCÊS!

A minha esposa Kalina, pelo AMOR, companheirismo, compreensão, incentivo e dedicação, e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, TE AMO!

A minha filha Thayla, pois após o seu nascimento pude ver a vida de um modo diferente e por ter me dado mais força ainda para conseguir os meus objetivos, PAPAI TE AMA!

A minha irmã Maria Emília, pelo AMOR, apoio e dedicação, pois mesmo após algumas “briguinhas” logo nos acertamos, AMO VOCÊ!

A minha orientadora Maria Mônica Paulino do Nascimento, pelo apoio, dedicação e disponibilidade na realização desse trabalho, meu muito obrigado.

A minha co-orientadora Aissa Romina Silva do Nascimento, também pelo apoio, dedicação e disponibilidade na realização desse trabalho, meu muito obrigado.

A Enfermeira Eliane Leite Sousa, por ter aceitado fazer parte da minha banca, meu muito obrigado.

A todos os Professores que eu tive a oportunidade de ser aluno um dia, meu muito obrigado.

Ao meu amigo Breno Fontes, pelo apoio nesses últimos meses de luta.

Ao meu amigo Danilo Bruno, pois mesmo estando longe sempre me incentivou na realização desse sonho.

A todos aqueles que acreditavam que eu era capaz de conseguir realizar esse sonho e a todos aqueles que NÃO acreditavam, pois com suas críticas me deram força para que eu pudesse seguir em frente.

Por fim, meu muito obrigado a todos que fazem parte da minha história e que contribuíram para a realização desse sonho.

RESUMO

DINIZ, R. F. **SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENIASE NO MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012.** 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2013.

A hanseníase é uma doença antiga, permeada por estigmas e tabus, infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos com lesões de pele e nervos periféricos. Durante milênios a hanseníase foi considerada uma doença incurável, porém, com a introdução da polioquimioterapia (PQT) em 1986, e a reorientação das ações de diagnóstico e controle da doença surgiram novas perspectivas terapêuticas e possibilidades de cura modificando o curso da doença. O presente estudo tem como objetivo conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município de Jericó-PB, no período de 2001 a 2012, verificar o perfil sócio demográfico e clínico dos casos de hanseníase, relacionar a proporção de contatos registrados com examinados e realizar o cálculo dos indicadores epidemiológicos, taxa de incidência e taxa de prevalência anual. A pesquisa adotou o enfoque tipo documental, exploratório descritivo, caracterizado por uma abordagem quantitativa. Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizada a base dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde, no Departamento de Vigilância Epidemiológica onde foram obtidos todos os casos notificados no período de 2001 a 2012. A população foi composta por todos os casos de hanseníase notificados no período do estudo, totalizando 27 casos. A amostra constou com 100% da população. A coleta foi realizada no mês de abril de 2013, através da consulta às fichas do SINAN e do acesso ao programa do SINAN dados TABWIN, instalados na secretaria de saúde do município. Os resultados mostram que nos últimos anos houve uma diminuição de casos, com maior predomínio do sexo feminino, na faixa etária adulto jovem, de raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona urbana. Com relação à forma clínica a que mais predominou foi a dimorfa, com a classificação operacional multibacilar. Quase todos os pacientes realizaram um dos esquemas da poliquimioterapia-PQT. A maioria dos casos foi detectada através de encaminhamento, entrando como caso novo. Poucos foram avaliados o grau de incapacidade e em quase a totalidade o desfecho foi a cura. A maioria dos contatos não foram examinados, o município obteve uma alta taxa de incidência e prevalência em hanseníase, não atingindo a meta de eliminação da doença. Além disso, houve grandes limitações no processo de coleta de dados, restrito as fichas de notificação, que apresentaram considerável contingente de informações faltosas, que comprometem algumas inferências. Diante desses resultados a necessidade de desenvolvimento de ações eficazes, por parte dos gestores, capacitando principalmente os profissionais da área da saúde, implementando e planejando estratégias que possam intensificar a busca ativa dos casos, realizando o exame dos contatos e o diagnóstico precoce, com vistas ao controle e possivelmente eliminação desta endemia do município nos próximos anos.

Palavras-chave: Controle. Epidemiologia. Hanseníase.

ABSTRACT

DINIZ, R. F. EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF LEPROSY IN THE DISTRICT OF JERICÓ-PB, IN THE PERIOD 2001-2012. 59f. End of Course Work (Graduate Nursing) – University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2013.

Leprosy is an ancient disease, permeated by stigmas and taboos, infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, slow evolution, manifested by signs and symptoms dermatoneurológicos with skin lesions and peripheral nerves. For millennia leprosy was considered an incurable disease, but with the introduction of polioquimioterapic (PQT) in 1986, and the reorientation of shares diagnostic and disease control came new therapeutic perspectives and curability modifying the disease course. The present study aims to evaluate the epidemiological situation of leprosy in the district of Jericho-PB, in the period 2001-2012, verify the socio demographic and clinical cases of leprosy, relate the proportion of contacts registered with and examined conduct the calculation of epidemiological indicators, incidence and prevalence rate annually. The research adopted the approach type documentary, descriptive, exploratory characterized by a quantitative approach. For the development of the research was the basis of the data used in the Information System of Appeal Notice (SINAN) of the Municipal Health Department of Epidemiological Surveillance was obtained where all reported cases in the period 2001-2012. The population consisted of all leprosy cases reported during the study period, a total of 27 cases. The sample comprised 100% of the population. Data collection was conducted in April 2013, through consultation with chips SINAN and program access data SINAN TABWIN, installed in the county health department. The results show that in recent years there has been a decrease of cases, more predominantly female, aged young adult, mixed race, low education and living in the city. Regarding clinical form that was more prevalent dimorphic, with the operational classification multibacillary. Almost all patients underwent one of the schemes of poliquimioterapic-PQT. Most cases were detected through routing, entering as a new case. Few were assessed degree of disability and in almost all the outcome was the cure. Most contacts were not investigated, the municipality has a high incidence and prevalence of leprosy, not reaching the goal of eliminating the disease. In addition, there were major limitations in the process of data collection, the restricted reporting forms, which showed considerable contingent of faulty information, we undertake some inferences. With these results, the need for development of effective action on the part of managers, empowering mainly practitioners of health, planning and implementing strategies to enhance active case search, performing the examination of contacts and early diagnosis, with a view to control and possibly eliminate this endemic disease of the county in the coming years.

Keywords: Control. Epidemiology. Leprosy.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição de casos de hanseníase segundo a classificação operacional no período de 2001 a 2012.....	36
GRÁFICO 2: Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com o número de contatos registrados e examinados no período de 2001 a 2012.....	37
GRÁFICO 3: Taxa de incidência da hanseníase (por 100 mil) no período de 2001 a 2012.....	38
GRÁFICO 4: Taxa de prevalência da hanseníase (por 10 mil) no período de 2001 a 2012.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Apresentação dos dados individuais e de residência.....	29
TABELA 2 – Caracterização dos casos.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.: Antes de cristo

BAAR: Bacilo Acido Álcool Resistente

BCG: Bacilo de Calmette-Guérin

DNES: Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

ENH: Eritema Nodoso Hansenico

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HD: Hanseníase Dimorfa

HI: Hanseníase Indeterminada

HT: Hanseníase Tuberculóide

HV: Hanseníase Vichorwiana

LER: Lesões por Esforços Repetitivos

MB: Multibacilar

MORHAN: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS/OMS: Organização Pan-Americana de Saúde OMS

PB: Paucibacilar

PEH: Plano de Eliminação da Hanseníase

PEN: Plano de Emergência Nacional

PNCH: Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PNEH: Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase

PQT: Poliquimioterapia

PQT/OMS: Poliquimioterapia padrão OMS

SINAN: Sistema Nacional de Agravos e Notificação

SNL: Serviço Nacional da Lepra

TCUD: Termo de Compromisso de Uso de Banco de Dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E CLINICOS DA HANSENÍASE.....	14
2.2 POLITICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA O CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.....	21
2.3 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA HANSENÍASE.....	23
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
3.6 PROCESSAMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....	28
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
4.1 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE(S).....	50
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	52
ANEXO(S).....	54
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	56
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida desde os tempos remotos como lepra, morfeia, sangue queimado, mal de Hansen, é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Micobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, além de glândulas, globo ocular, mãos, pés entre outros. Possui uma evolução lenta, manifestando-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, o indivíduo doente poderá desenvolver incapacidades físicas e evoluir para deformidades, sendo na população mais pobre onde se encontra um número maior de pessoas com incapacidades (SILVA, 2012).

Doença crônica, transmissível e curável, que tem como única fonte de infecção o ser humano, sua transmissão se dá de uma pessoa infectada pelo bacilo e ainda não tratada, que o elimina para o meio exterior através das vias aéreas superiores, as quais são a principal porta de entrada da bactéria no indivíduo sadio. A doença deixa de ser transmitida logo após o início do tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Essa patologia pode atingir pessoas de ambos os sexos e todas as idades, sendo menos frequente em menores de quinze anos (BRASIL, 2010).

Os sinais e sintomas da doença poderão aparecer após um longo período de incubação, geralmente de 2 a 7 anos, progredindo lentamente. É menos frequente na infância, porém, a exposição precoce em focos domiciliares aumenta a incidência nessa população (BRASIL, 2008).

A classificação operacional da hanseníase, de acordo com o Ministério da Saúde, é baseada no número de lesões de pele, os casos que apresentam até cinco lesões são denominados de paucibacilares (PB) e os que apresentam mais de cinco lesões são denominados de multibacilares (MB). Para a classificação e diagnóstico desses casos, poderá ser utilizada, como exame complementar, a baciloscopia da linfa, se o resultado da mesma é positivo nos diz que o caso é MB, e se for negativo não afasta a suspeita da doença, pois os casos paucibacilares não são diagnosticados (BRASIL, 2010).

Com a introdução da poliquimioterapia (PQT) no Brasil como esquema terapêutico para tratamento da hanseníase, ocorreu uma grande redução no coeficiente de prevalência, que passou de 19 casos em 1985 para 1,71 casos em 2005 por 10.000 habitantes. Porém em 2010, dos 40.474 casos novos nas Américas, 37.610 ocorreram no Brasil, ou seja, 93% dos casos. Portanto a hanseníase no Brasil ainda é considerada um

grave problema de saúde pública, sendo um dos países mais endêmicos do mundo (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde tem como meta eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2015, alcançando o coeficiente de 1 caso por 10.000 habitantes, para isso lançou o Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase e outras doenças, plano esse que baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados (BRASIL, 2012).

A situação epidemiológica da hanseníase na Paraíba caracterizou-se por uma diminuição no coeficiente de prevalência, com 1,5 casos por 10.000 habitantes. O estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificada por um padrão de media endemidade, segundo os parâmetros de prevalência. No mesmo ano, com relação aos menores de 15 anos o coeficiente de prevalência foi de 4,1 casos por 100.000 habitantes, padrão de elevada magnitude, e o percentual de cura dos casos diagnosticados foi considerado como regular com taxa de 77,8% (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, a escolha da temática justifica-se pela atuação como aluno e monitor da disciplina de enfermagem em clínica II, durante os atendimentos as pessoas com essa doença, no estágio supervisionado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cajazeiras-PB, onde pode-se observar que a hanseníase é um problema de saúde pública muito sério e pelo interesse em conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município do estudo.

Diante desse contexto, o estudo propõe como objetivo geral: conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município de Jericó-PB, no período de 2001 a 2012; e como específicos: verificar o perfil sócio demográfico e clínico dos casos de hanseníase e relacionar a proporção de contatos registrados com examinados e calcular os indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e taxa de prevalência para cada ano do período do estudo.

A pesquisa apresentará resultados significativos, de interesse municipal e estadual, da situação epidemiológica da hanseníase no município. Oferecendo subsídios para elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitam a redução da prevalência da doença, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos com hanseníase.

2 REVISÃO DA LEITERATURA

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA HANSENÍASE

As descrições mais antigas sobre a hanseníase relatam a sua existência a 1400 anos a.C., no Levítico na Bíblia e 600 anos a.C. na Índia, era considerada uma moléstia hereditária, conhecida como lepra, morfera, entre outros, mas foi em 1873 que o médico norueguês Armauer Hansen descobriu que a doença era causada por uma micobactéria, o *Mycobacterium Leprae*, a qual foi denominada de bacilo de Hansen (FOCACIA et al., 2009).

No Brasil, os documentos mais antigos que relatam casos de hanseníase são por volta do século XVII. Nesta época no momento que as pessoas eram diagnosticadas como “leprosas” eram imediatamente encaminhadas para asilos-colônias, denominados de “leprosários”. A tese de que as pessoas acometidas pelo bacilo de Hansen deveriam ser isoladas, foi dada pelo próprio Armaeur Hansen na I Conferencia Internacional de Leprologia em 1897, na cidade de Berlin, pois não se sabia como a doença era transmitida, daí a necessidade de isolamento (BORESTEIN et al., 2008).

Ainda segundo Borestein et al. (2008), em 1923, no Terceiro Congresso de Leprologia na França, o isolamento começou a ser questionado de maneira bastante tímida. No Brasil a política de controle da doença após a década de 30 era baseada sobretudo na construção de asilos-colônias nas diversas unidades da federação e somente por volta de 1950 teve início o uso de medicamentos eficazes no combate a hanseníase, desta forma desenvolveu-se a certeza de que o convívio social não trazia riscos a população, mas mesmo assim pôde-se perceber que ainda era nítido o estigma da doença, provocado pelo preconceito, medo e pelas rejeições por parte da sociedade (LUNA et al., 2010).

Para minimizar esses estigmas existe no Brasil organizações não governamentais como a Movimentação de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), criada em 1981, sendo esta entidade a representante nacional do controle social e da mobilização política em prol dos direitos dos portadores do mal de Hansen (VIANA et al., 2011).

De acordo com Souza-Araújo, (1946), o Dr. José Souza Maciel, diretor do Serviço de Profilaxia da Paraíba de 1922 a 1930, forneceu um boletim onde foram notificados 81 casos de hanseníase, havendo dois focos da doença: um em Jericó e o

outro em Areia. Mas na Paraíba, existem ainda três municípios que são considerados como prioritários no combate a hanseníase, são eles: Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa (BRASIL, 2011).

A hanseníase é caracterizada como uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Micobacterium leprae*, bacilo ácido- álcool resistente (BAAR) e gram-positivo, considerada um problema de saúde pública no Brasil. Acomete a pele, os olhos, as mãos, os pés e os nervos periféricos, com o aparecimento de manchas hipocrômicas ou hiperocrômicas, lesões, perda da sensibilidade no local da mancha e nas extremidades, além de neurites, o que a torna de simples e fácil diagnóstico na maioria dos casos. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades essas que não são em função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos (GUSMÃO; ANTUNES, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) a transmissão da hanseníase se dá através de uma pessoa infectada pelo bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas sadias e susceptíveis a doença. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. Leprae*, a principal via de eliminação do bacilo pelo organismo são as vias aéreas superiores, as quais são também a principal porta de entrada da bactéria no indivíduo sadio, mas para que a transmissão ocorra é necessário um contato prolongado entre uma pessoa infectada com uma pessoa sadia. A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos e todas as idades, sendo mesmo frequente em menores de 15 anos (BRASIL, 2002).

A doença progride lentamente, tendo um período de incubação de em média 2 a 7 anos, desde o contato com a pessoa doente até o aparecimento dos primeiros sinais da doença (BRASIL, 2008). Dentre os indivíduos que apresentam a hanseníase, cerca de 99% deixam de transmitir a doença a partir do início da PQT, pois as primeiras doses da medicação destroem quase a totalidade dos bacilos, tornando essas pessoas incapazes de transmitir a doença (BRASIL, 2002).

Manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, nas lesões dermatológicas mais frequentes pode-se observar: diminuição (hipoestesia) ou ausência (anestesia) da sensibilidade, além de manchas pigmentares ou discrômicas, placas, infiltração, tubérculos e nódulos, ocorrendo mais frequentemente na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas. As lesões nervosas são decorrentes de inflamações nos

nervos periféricos (neurites), manifestando-se através de: dor e espessamento dos nervos periféricos, perda da sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos e perda da força nos músculos inervados pelos nervos que foram acometidos pela bactéria (BRASIL, 2008).

A classificação operacional de um caso de hanseníase é baseada no número de lesões de pele, os casos que apresentam até cinco lesões são denominados de paucibacilares (PB) e os que apresentam mais de cinco lesões são denominados de multibacilares (MB). Os paucibacilares não transmitem a doença por terem uma carga bacilar baixa, já os multibacilares transmitem a doença, pois sua carga bacilar é muito alta (BRASIL, 2010). Ainda segundo a classificação de Madrid, a hanseníase classifica-se com as seguintes formas clínicas: indeterminada e tuberculóide incluídas nos paucibacilares (PB) e dimorfa e vichorwiana incluídas nos multibacilares (MB) (BRASIL, 2005).

A hanseníase indeterminada (HI) é considerada a primeira manifestação clínica da doença, caracterizando-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por área de hipoestesia da pele, as lesões são em pequeno número e podem localizar-se em qualquer área da pele. Normalmente apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada, a dolorosa pode ou não estar alterada e a tátil encontra-se preservada, não havendo comprometimento de troncos nervosos, se não tratada ela poderá evoluir para outras formas da doença, tuberculóide, vichorwiana e dimorfa, podendo também evoluir para a cura (PORTO, 2010).

A forma clínica tuberculóide (HT), segundo Lopes (2006) caracteriza-se pelo aparecimento de lesões cutâneas com bordas pronunciadas, em pequeno número e assimetricamente distribuídas pelo corpo, podendo apresentar-se, quando mácula, com lesão hipocrômica ou eritematosa, e na maioria dos casos como placa, com lesão eritematosa ou acobreada, difusamente infiltrada, com limites externos bem definidos, podendo apresentar microtubérculos e geralmente a lesão não ultrapassa dez centímetros de diâmetro. Troncos nervosos podem ser envolvidos resultando em alterações tanto sensitivas como autonômicas, que evoluem para hipoestesia e anestesia, com diminuição ou ausência de pelos, a baciloscopia apresenta-se negativa, a quantidade de bacilos é pequena, portanto não a risco de contágio.

A hanseníase dimorfa (HD) caracteriza-se por apresentar aspectos clínicos dermatológicos que se aproximam bastante dos tipos vichorwiano e tuberculóide, pode

apresentar lesões cutâneas de tonalidade avermelhada, pápulas, tubérculos, nódulos e placas. As lesões cutâneas podem apresentar aspecto anular, circulares ou ovais, ou faveolar, as lesões anulares possuem anel eritemato acobreado, mais delimitado interna e externamente e as lesões faveolares denominadas também de “queijo suíço” apresentam placas eritematosas com limites mal definidos. Os troncos nervosos estão envolvidos, havendo distúrbios sensitivos, motores e tróficos e a baciloscopia pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável (ORSINI, 2008).

A hanseníase vichorwiana (HV) manifesta-se em indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o bacilo, podendo evoluir da forma indeterminada ou apresentar-se como tal desde o início, a evolução crônica caracteriza-se pela infiltração difusa da pele, mucosas, vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar também os linfonodos, o fígado e o baço. Pode ocorrer a rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios (madarose), acometimento isolado dos nervos periféricos, como também mono neuropatias múltiplas e poli neuropatias (OPROMOLLA, 2002; ORSINI, 2008).

Para diagnosticar a hanseníase, é realizado um exame clínico buscando sinais dermatoneurológicos da doença. O indivíduo é considerado doente de hanseníase necessitando de tratamento polioquimioterápico quando apresenta uma ou mais das características a seguir: lesões de pele com alteração da sensibilidade, espessamento de nervos periféricos com alteração de sensibilidade, e baciloscopia positiva para o bacilo de Hansen. O diagnóstico da hanseníase pode ser: clínico, laboratorial e diferencial, entretanto, o diagnóstico clínico é o mais utilizado, podendo ser acompanhado por testes auxiliares, tais como: prova da histamina, prova de pilocarpina e pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (BRASIL, 2007).

No diagnóstico clínico realiza-se o exame físico do paciente, buscando sinais sugestivos da doença. Faz-se a anamnese do indivíduo, a avaliação dermatoneurológica, diagnósticos dos estados reacionais, o diagnóstico diferencial e a classificação do grau de incapacidade física. Durante a anamnese, deve-se conversar com o paciente sobre os sinais e sintomas da doença, esclarecer suas dúvidas, observar sinais de alteração na pele e há quanto tempo elas aparecem, possíveis alterações de sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil), e se há dores nos nervos ou fraqueza muscular (FERREIRA, 2010).

Para realizar a pesquisa da sensibilidade, usa-se o estesiômetro, tocando a pele sã e posteriormente a área suspeita, usando o método de pesquisa térmica, dolorosa e tátil. Na identificação de lesões neurológicas, inspecionam-se os olhos, nariz, membros

superiores e inferiores, ao examinar os olhos deve-se questionar sobre ardor, prurido, visão embaçada e/ou pálpebras pesadas, e em relação aos nervos periféricos deve-se realizar a palpação, avaliar a força muscular do paciente e observar se há dificuldade na amplitude dos movimentos (BRASIL, 2008).

O diagnóstico laboratorial é feito através do exame baciloscópico, que é um exame microscópico complementar realizado através de um esfregaço intradérmico, no qual é diagnosticado as formas clínicas da hanseníase vichorwiana e alguns casos de dimorfa. Mas, se o resultado do exame for negativo não se afasta a suspeita de hanseníase, pois o mesmo não diagnostica as formas clínicas indeterminada e tuberculóide (BRASIL, 2010).

O MS refere que, a hanseníase também pode ser confundida com algumas doenças neurológicas e de pele que apresentam sinais e sintomas similares aos seus, a principal diferença entre a hanseníase e as outras doenças de pele são as alterações de sensibilidade que só ocorrem em lesões hansênicas. As principais doenças de pele que fazem diagnóstico diferencial com a hanseníase são: pitíriasevesicular, eczemátide, tina do corpo e vitiligo. Já para as lesões neurológicas, a hanseníase pode ser confundida com: síndrome do túnel do carpo, neuralgia parestésica, neuropatia diabética, Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e neuropatia alcoólica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Com o diagnóstico precoce da doença e o reconhecimento imediato dos quadros reacionais, pode-se tanto interromper a cadeia de transmissão como também prevenir incapacidades físicas (ARAUJO, 2003).

A hanseníase vem sendo tratada desde 1981 quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu a poliquimioterapia (PQT) como tratamento, dos seguintes medicamentos: dapsona, rifampicina e clofazimina. Existem pessoas que apresentam resistência ou intolerância aos medicamentos citados anteriormente, diante disso, foi criando um esquema terapêutico alternativo que utiliza a rifampicina, ofloxacina e minociclina (ROM), esse tipo de tratamento é utilizado em centros de referências para tratar pacientes paucibacilares com lesão única e sem acometimento de troncos nervosos. O tratamento compreende a quimioterapia específica, a supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas e psicossocial (PROMOLLA; LAURENTI, 2011).

O tratamento com a PQT/OMS no Brasil só começou a ser implantado em 1986, e em 1991 foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde, sendo o tratamento

poliquimioterapico recomendado para todos os casos de hanseníase (GOULART et al., 2002). O tratamento é feito em ambulatório e a medicação é administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente. O esquema PB tem duração de seis a nove meses da seguinte maneira: rifampicina, uma dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança), e dapsona, uma dose mensal supervisionada e uma dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança). O esquema MB dura doze a dezoito meses da seguinte forma: rifampicina, dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança), dapsona, dose mensal supervisionada e uma dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança) e clofazimina, uma dose mensal supervisionada de 300mg (adulto) e 150mg (criança) e uma dose diária de 50mg (adulto) e 50mg em dias alternados (criança) (BRASIL, 2010).

Esses esquemas possuem duração de 28 dias, devendo-se, por isso, programar junto ao paciente um horário para as próximas consultas. Ao completar o tratamento, o doente terá alta por cura, mesmo que permaneça com sequelas da doença. A internação só é indicada em casos de intercorrências, estados reacionais graves ou para correção cirúrgica de deformidades físicas (BRASIL, 2002).

A PQT/OMS mata o bacilo, tornando-o inviável e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura, o bacilo morto é 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, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades não devem ser dissociadas do tratamento PQT/OMS e essas atividades de prevenção e tratamento de incapacidades serão baseadas nas informações obtidas através da avaliação neurológica durante o diagnóstico e no término do tratamento (BRASIL, 2007).

De acordo com Duarte et al. (2008), a atuação do enfermeiro no tratamento da hanseníase é de extrema importância, pois acompanha o paciente e a família durante o tratamento e a prevenção de incapacidades, realizando sempre a busca ativa dos casos e o exame dos contatos, atuando também na educação em saúde para outros profissionais e a população em geral, além de incentivar a participação dos pacientes nas atividades de vida diárias.

As reações hansênicas ou estados reacionais são fenômenos inflamatórios agudos e subagudos, localizados ou sistêmicos, que podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento da doença. O estado reacional constitui a principal causa de lesões

dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. As reações hansênicas podem ser de dois tipos: reação tipo 1 ou reversa e reação tipo 2 ou eritema nodoso da hanseníase (ENH) (SOUSA, 2010).

As reações hansênicas constituem intercorrências na doença, com sinais e sintomas que levam o paciente ao sofrimento e sequelas neurológicas, muitas vezes mais expressivas que as esperadas na hanseníase sem quadro reacional. Elas representam fenômenos imunológicos, frequentemente pouco entendidos que refletem em quadro clínico peculiar exigindo a atenção do dermatologista (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

A reação tipo I ou reversa acomete entre 10 e 33% dos pacientes com hanseníase, caracteristicamente na hanseníase dimorfa mediada pela imunidade celular, e surgem geralmente durante o tratamento ou após o primeiro ano da alta, e apresentam as seguintes características clínicas: infiltração de lesões antigas associada ao surgimento de novas lesões em forma de manchas ou placas infiltradas, eritema, dor, lesões vésico-bolhosas, ulcerações, hiperestesia, parestesia, mal estar, dor ou espessamento de nervos periféricos com perda da função sensitivo-motora e, mais raramente, febre, déficit da função neural na ausência de sintomas (neuropatia silenciosa), acometendo principalmente os nervos ulnar e tibial posterior (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010).

Já a reação tipo II ou eritema nodoso hansênico ocorre em aproximadamente 25 a 30% dos casos de hanseníase, principalmente na forma multibacilar, de maneira espontânea ou desencadeado por infecções intercorrentes, anemia, estresse, puberdade, gestação, intervenção cirúrgica e uso de fármacos como antibióticos, progesterona e vitamina A. Caracteriza-se por lesões eritematosas, dolorosas, de tamanho variável, incluindo pápulas e nódulos, localizadas em diferentes regiões da pele. Alguns casos evoluem com neurite, orquite, epididimite, irite, iridociclite, artrite, linfadenite, dano hepático, edema dos membros inferiores, pré-tibialgia, febre, espessamento nos nervos e mal estar generalizado (VALENTE; VIEIRA, 2010).

O tratamento da reação tipo I é feito com o corticosteroide Prednisona na dose diária de 1 a 2mg/kg de peso, deve ser feita regularmente a avaliação do estado reacional do doente para que possa reduzir a dose do medicamento em intervalos fixos e quantidade pré-determinada, conforme avaliação clínica (BRASIL, 2007). Com o agravamento do quadro reacional deve-se retomar a dose anterior imediatamente. Já o tratamento da reação tipo II é feito com talidomida na dose de 100 a 400mg/dia, o

doente pode apresentar alguns efeitos adversos como: sonolência, tontura, cefaleia, boca seca e constipação intestinal, e esse medicamento não é indicado para mulheres em idade fértil (VALENTE; VIEIRA, 2010).

2.2 POLITICAS PUBLICAS NO BRASIL PARA O CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE

No Brasil as Políticas Públicas para o controle da hanseníase começaram a surgir por volta de 1912 durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia, foi destacado a importância da notificação compulsória e do tratamento da hanseníase com rigor científico, além do “isolamento humanitário” em hospitais-colônia que não apenas abrigassem os doentes, mas também atuassem de maneira profilática, adotando medidas como a de afastar os filhos recém-nascidos sadios de seus pais doentes e dar-lhes assistência em educandários. Em 1920, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Inspeção de profilaxia da lepra, cujas orientações priorizavam a construção de leprosários em todos os Estados endêmicos (FERREIRA, 2010).

Em 1941, com o advento da sulfona o Governo Federal cria o Serviço Nacional da Lepra (SNL) com objetivo de implementar e implantar ações de controle, manutenção e criação da tríade leprosário-preventório-dispensário. Os leprosários e preventórios tinham a finalidade de reclusão, respectivamente para os doentes e os filhos sãos, e os dispensários eram salas especiais que tinham como objetivo: descobrir novos casos da doença precocemente, fazer a vigilância dos casos não contagiantes, controlar todos os comunicantes e examiná-los pelo menos uma vez por ano, fazendo a vigilância dos egressos dos leprosários até a alta definitiva (DORNELES, 2005).

Ainda segundo Dorneles (2005) em 1962, foi implementada uma nova política de controle da hanseníase, baixada pelo Decreto nº 968, revogando o isolamento compulsório e mantendo a determinação de afastar as crianças de seus pais, medida essa que foi debatida no VIII Congresso Internacional da Lepra em 1963, que passava a recomendar que os filhos dos doentes de hanseníase permanecessem com seus pais e fossem avaliados regularmente. Na Conferência Nacional de Hanseníase em 1976, surgiu uma grande preocupação em relação a diminuição das sequelas e a prevenção de incapacidades, ocorrendo ainda a substituição do Serviço Nacional da Lepra pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS).

Em 1981, para minimizar o preconceito e responder as dúvidas sobre a hanseníase foi criado o MORHAN-Movimento de reintegração de pessoas atingidas pela Hanseníase, que é um dos mais bem sucedidos movimentos sociais no Brasil, com representação no Conselho Nacional de Saúde. Nesse mesmo ano a OMS introduziu a quimioterapia combinada com o uso de três drogas, conhecida como a poliquimioterapia (PQT/OMS), com a adoção gradativa da poliquimioterapia no Brasil. Em 1986, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária reestruturou o programa utilizando as seguintes iniciativas: a integração do programa nos serviços básicos de saúde, descentralização administrativas e de controle, realização de estudos a tendência da endemia e a realização de atividades de educação em saúde (MORHAN, 2006; BRASIL, 2002).

Dessunti (2008) relata que em 1991, na 44ª Assembleia Mundial de Saúde o Brasil assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, no período que compreende os anos de 1990 a 1994, houve o lançamento do Plano de Emergência Nacional (PEN), que tinha como metas a detecção de todos os casos novos esperados, tratar com a PQT, aplicar a BCG em contatos intradomiciliares e conhecer a real prevalência da hanseníase. Logo, em 1995, foi elaborado o Plano de Eliminação da Hanseníase (PEH), que previa eliminar a doença como problema de saúde pública, em menos de 1 caso por 10.000 habitantes, até o ano 2000, tendo como prioridades a detecção intensiva dos casos, a vigilância epidemiológica, a atenção as incapacidades e o tratamento com a PQT (BRASIL, 2002).

Não alcançando a meta de eliminar hanseníase até o ano 2000, o Brasil na 3ª Conferência Regional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), sobre a eliminação da hanseníase nas Américas, em 1999, na Venezuela, assinou a declaração de Caracas, comprometendo-se novamente a eliminar a doença como problema de saúde pública até o ano de 2005 (FERREIRA, 2010).

Em 2004, em decorrência dos altos índices apresentados no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), integrando várias instituições do governo e diversas organizações não governamentais para o controle da doença. Como a meta de eliminação da hanseníase não foi atingida em 2005, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de eliminá-la em nível municipal até 2010, a partir daí foi criado o Plano de Eliminação da Hanseníase (PEH) em nível municipal 2006-2010 tendo como principais atividades o diagnóstico dos casos, tratamento com poliquimioterapia, vigilância epidemiológica, exames de comunicantes,

educação do paciente, família e comunidade, prevenção de incapacidades, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência e o acompanhamento dos casos até a cura (SAVASSI, 2010; BRASIL, 2006).

No ano de 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou 244.796 casos novos de hanseníase no mundo, dos 40.474 casos novos registrados na América, o Brasil foi responsável por 37.610, ou seja, 93% dos casos novos, significando uma taxa de detecção de 19,64 novos casos para 100.000 habitantes, desse total 7,1% eram menores de 15 anos e 7,2% foram diagnosticados tardiamente, já com deformidades, a redução de casos em menores de 15 anos é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) (PENNA et al., 2011; BATISTA et al., 2011).

O Brasil alcançou um coeficiente de 1,24 casos por 10.000 habitantes em 2011, sendo as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, as responsáveis pela maior parte desse coeficiente. Na Paraíba são notificados cerca de 800 casos de hanseníase por ano, no período que compreendeu os anos de 2001 a 2008, os indicadores epidemiológicos variaram de regular a precário, e no ano de 2008, em 22 municípios do estado foram notificados casos de hanseníase em menores de 15 anos (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde tem como meta eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2015, alcançando o coeficiente de 1 caso por 10.000 habitantes, para isso lançou o Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase e outras doenças, plano esse que baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados (BRASIL, 2012).

2.3 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA HANSENÍASE

De acordo com a Portaria nº 3.125/GM de 07 de outubro de 2010, a vigilância epidemiológica da hanseníase é realizada através de um conjunto de ações que fornecem informações sobre a doença e seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de avaliar, recomendar e executar as atividades de controle da doença, desenvolvendo atividades de coleta, processamento, análise, interpretação dos dados. Objetivando a detecção e tratamento dos casos, interrompendo a cadeia de transmissão, prevenindo incapacidades físicas e realizando exames dermatoneurológicos de todos os contatos de casos (BRASIL, 2010).

Segundo o MS após a conclusão do diagnóstico, o caso deve ser notificado de acordo com a semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando a ficha de notificação e investigação do Sistema Nacional de Agravos e Notificação/SINAN, a mesma deve ser enviada ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, essas fichas devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o paciente tenha sido diagnosticado. A partir daí devem ser tomadas as medidas cabíveis ao tratamento específico, tratamento das incapacidades, exames dos comunicantes, quebrando assim a cadeia de transmissão (BRASIL, 2008).

Para o acompanhamento dos casos devem ser enviadas, pelas Unidades de Saúde as informações do acompanhamento através do preenchimento do Boletim de Acompanhamento de Casos/SINAN, o mesmo deve ser encaminhado ao final de cada mês ao nível hierárquico superior, contendo informações sobre a data do último comparecimento, tipo de alta, data da alta, avaliação do grau de incapacidade na alta, número de contatos examinados, situação administrativa e o número de doses de PQT/OMS administradas (BRASIL, 2007).

De acordo com o MS a alimentação do SINAN permite a construção de indicadores, que são aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno, permitindo descrever uma determinada situação e acompanhar mudanças ou tendências de um agravo em um período de tempo, servindo como meio de monitorizar o processo de um programa e apresentado características de disponibilidade, confiabilidade, fidedignidade, simplicidade e discriminabilidade. Existem os indicadores epidemiológicos e operacionais e a ficha de investigação (BRASIL, 2002).

Os indicadores epidemiológicos servem para avaliar a magnitude e a transcendência do problema de saúde pública, sendo representados pelos coeficientes por 10.000 habitantes, de detecção anual de casos novos e detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, prevalência da doença, percentagem de casos com incapacidades físicas entre casos novos e casos curados detectados e avaliados no decorrer de um ano. Sendo seus resultados classificados em nível: hiperendêmico, muito alto, alto, médio e baixo (BRASIL, 2002).

Já os indicadores operacionais, servem para mensurar o trabalho realizado, seja em função da qualidade ou da quantidade, utilizando-se a percentagem de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade física, proporção de cura e abandono avaliados no decorrer do ano, percentagem dos contatos examinados também no

decorrer do ano e a proporção de unidades de saúde com cobertura para a PQT (BRASIL, 2001).

Na ficha de investigação encontram-se os dados para a construção dos indicadores e para as análises das variáveis de acordo com as características de tempo, lugar e pessoa, podemos obter dela também dados sobre a identificação do caso (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação), dados clínicos (forma clínica e classificação operacional), atendimento (modo de entrada e detecção de caso novo), tratamento (esquema terapêutico), avaliação do grau de incapacidade (grau I, II e III), entre outros (BRASIL, 2008).

Para que se possa melhorar o controle da doença, os profissionais de saúde devem desenvolver ações educativas de vigilância epidemiológica contando com o apoio dos pacientes, dos familiares e da comunidade, para a compreensão do processo de adoecimento, tanto da doença em si, como da sua aceitação e suas consequências na vida de cada paciente, chamando a atenção para os primeiros sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo tem como proposta metodológica uma pesquisa de um estudo descritivo do tipo documental com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva do tipo documental objetiva escrever as características de um objeto de estudo, a fonte de coleta de dados esta restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primarias, estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois. As fontes de coleta de dados para a pesquisa documental podem ser: arquivos públicos, arquivos particulares e fontes estatísticas (LAKATOS, 2010).

Gonsalves (2007) relata que na abordagem quantitativa a 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.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Departamento de Vigilância Epidemiológica, na Secretaria municipal de Saúde, localizada no município de Jericó-PB, a oeste do estado da Paraíba, Mesorregião do sertão Paraibano e Micro Região de Catolé do Rocha, distante 421 km da capital (CPRM, 2005), com uma população de 7.538 habitantes e área territorial de 179,310km² (IBGE, 2010).

A cidade possui duas USF, com uma âncora cada, e um Centro de saúde. A principal atividade econômica é a agricultura, seguida da agropecuária e comércio.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População, no sentido geral, é um conjunto de elementos com pelo menos uma característica comum, essa característica deve delimitar, inequivocamente, quais elementos pertencem ou não à população. A amostra é um subconjunto,

necessariamente finito de uma população, no qual todos os elementos serão examinados para efeito da realização do estudo estatístico desejado (RODRIGUES, 2005).

A população deste estudo foi constituída por todos os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no período de 2001 a 2012, no total de 27 casos disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, no banco de dados da Secretaria de Saúde do município. A amostra constou com 100% da população.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão definiu-se: residir em Jericó e ter sido notificado no período do estudo. Os critérios de exclusão foram: residir em outro município e ter sido notificado fora do período que compreende os anos de 2001 a 2012.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização do estudo, foram utilizadas informações do banco de dados municipal, do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), referentes a hanseníase. O instrumento de coleta de dados dessa pesquisa foi elaborado através da utilização das seguintes variáveis da ficha do SINAN-hanseníase: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, bairro, zona, profissão/ocupação, forma clínica, classificação operacional, avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, modo de entrada, modo de detecção do caso novo, baciloscopia, esquema terapêutico, desfecho terapêutico inicial, número de contatos registrados, número de contatos examinados.

3.6 PROCESSAMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi feito um contato com a Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenadora Municipal de Vigilância Epidemiológica, a fim de solicitar a liberação deste estudo, na oportunidade foi entregue o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A).

A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2013, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após a concedida autorização para efetivação da pesquisa, foram consultadas as fichas do SINAN correspondentes aos

anos de 2001 a 2012 que constam no arquivo, bem como foram acessados os programas SINAN dados e TAB para Windows (TABWIN), instalados na Secretaria Municipal de Saúde do município.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para tabulação e confecção dos gráficos e tabelas foi utilizado o Microsoft Excel (2010), os dados foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo todos discutidos a luz da literatura pertinente ao tema.

Foram utilizados para melhor análise da situação epidemiológica da hanseníase no município em estudo, o cálculo dos indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e taxa de prevalência anual.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo com seres humanos, os pesquisadores cumprirão as recomendações emanadas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/CNS. Foi utilizado um Termo de Compromisso de Uso de Banco de Dados (TCUD) (ANEXO B), que resguarda a autonomia dos sujeitos da pesquisa, com a preservação do anonimato e sigilo com relação às informações concedidas, não havendo a exposição dos indivíduos notificados no banco de dados, o que não implica em comprometimento ético.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante esta etapa do estudo serão apresentados os resultados obtidos a partir da ficha do SINAN – Hanseníase, da qual foram extraídos os dados epidemiológicos da doença no município de Jericó-PB dos últimos doze anos, referente ao período de 2001 a 2012. Os dados serão distribuídos em três partes: apresentação dos dados individuais e de residência, caracterização dos casos e indicadores epidemiológicos (incidência e prevalência anual). A amostra do estudo foi composta por 27 casos notificados durante estes anos.

Tabela 1 – Apresentação dos dados individuais e de residência.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Gênero		
Feminino	14	51,8
Masculino	13	48,2
Faixa Etária		
15 – 30	07	25,9
30 – 45	09	33,4
45 – 60	05	18,5
60 – 75	04	14,8
75+	02	7,5
Raça		
Parda	10	37
Branca	07	25,9
Preta	02	7,5
Em Branco	08	29,7
Escolaridade		
Nenhuma	02	7,5
Fundamental incompleto	06	22,2
Ignorado	18	66,6
Em branco	01	3,7
Bairro		
Beira Rio	18	66,6
Centro	05	18,5
Jardim Horizonte	01	3,7
Sítio Malhadinha	02	7,5
Sítio Fortuna	01	3,7
Zona		
Urbana	24	88,8
Rural	03	11,2
TOTAL	27	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A Tabela 1 mostra que dos 27 casos notificados no período do estudo, 51,85% são do gênero feminino enquanto 48,15% são do gênero masculino. Esses resultados

estão de acordo com os encontrados por Nardi et al. (2012), que identificaram em uma área endêmica de São Paulo o percentual de 51,6% dos casos de hanseníase em mulheres. Melão et al. (2011), também detectaram no estado de Santa Catarina uma maior prevalência da doença no gênero feminino, com 57,4% dos casos.

A tendência da hanseníase já começou a se modificar, visto que a mulher encontra-se em uma crescente inserção no mercado de trabalho, expondo-se aos mesmos riscos que os homens, justificando assim a mudança de um maior número de casos do sexo masculino para o feminino. Ressalta-se ainda que a predominância de detecção em mulheres se dá devido a uma maior preocupação com o corpo, além de programas específicos voltado a saúde feminina, fatos estes que levam as mulheres a procurarem com maior frequência os serviços de saúde, favorecendo seu diagnóstico mais precocemente (FERREIRA, 2007).

Observa-se que a maioria dos casos encontra-se na faixa etária de jovem-adulto, entre 15 e 45 anos, sendo que do total de casos, 25,9% encontram-se na faixa etária de 15 a 30 anos, 33,4% entre 30 e 45 anos, 18,5% entre 45 e 60 anos, 14,8% entre 60 e 75 anos e 7,4% com 75 anos ou mais, não houve registro de portadores da doença na faixa etária menor que 15 anos. Estes achados vêm a confirmar com a literatura, onde há relatos de que a hanseníase acomete todas as idades, sendo mais frequente nos adultos jovens, fato esse que pode estar relacionado a um prolongado período de incubação (MONTENEGRO et al., 2011).

Ao analisarmos a variável raça/cor, o tipo parda prevaleceu com 37% dos casos, seguida de em branco com 29,7%, branca com 25,9% e preta com 7,5%. Em se tratando do dado “em branco” é importante lembrar que a ficha de notificação pode não estar sendo preenchida devidamente ou os profissionais de saúde não estão dando importância a essa variável.

De acordo com Alves et al. (2005), o que faz um indivíduo pertencer a determinado grupo racial varia de acordo com a época e a região do mundo em que ele vive, e com os interesses políticos e culturais em classificá-lo em um determinado grupo. Ainda é possível realizar associação entre a existência de desigualdades sociais e cor, onde as populações das raças parda e preta teriam um menor nível de escolaridade e, conseqüentemente, um menor poder aquisitivo (IBGE, 2010).

Quanto a variável escolaridade, a categoria ignorado foi a que mais predominou com 66,6% dos registros, seguido de fundamental incompleto com 22,2%, nenhuma com 7,5% e em branco com 3,7%. Portanto, podemos perceber que, assim como

ocorreu na variável raça, o preenchimento da ficha do SINAN pode não estar sendo feito da forma correta, pois a qualidade de um dado na notificação em hanseníase é verificada, sobretudo, pela avaliação de completude e consciência das fichas de investigação.

A educação proporciona ao indivíduo maior compreensão do processo saúde-doença, levando a busca do serviço de saúde mais precocemente. A maioria dos portadores possui um baixo nível de instrução e se encontram em um contexto de pobreza e de condições de vida precária. O conhecimento sobre a escolaridade deve nortear a adaptação da linguagem nas ações de educação em saúde, nas orientações quanto aos auto cuidados e tratamento, visando um melhor entendimento do paciente quanto a doença (OLIVEIRA et al., 2012).

Foi verificado no presente estudo que a hanseníase possui um perfil endêmico urbano com 88,8% dos casos, os bairros que registrarão casos da doença foram: Beira Rio com 66,6% dos casos, Centro com 18,5% e Jardim Horizonte com 3,7%. Já a zona rural obteve apenas 11,2%, sendo 7,5% no Sítio Malhadinha e 3,7% no Sítio Fortuna.

Ainda de acordo com Oliveira et al. (2012), os aglomerados urbanos favorecem a transmissão da doença. E, a hanseníase acomete mais intensamente aquelas pessoas em condições sociais menos favorecidas, desprovidas de saneamento básico, com menor grau de escolaridade, alimentação deficiente, residente em casas aglomeradas, em condições precárias e aqueles com deficiência imunológica frente ao parasita.

Tabela 2 – Caracterização dos casos.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Forma clínica		
Indeterminada	03	11,2
Tuberculóide	01	3,7
Dimorfa	10	37
Vichorwiana	07	25,9
Não Classificada	06	22,2
Avaliação do grau de incapacidade física		
Grau 0	07	25,9
Grau I	05	18,5
Não avaliado	15	55,5
Modo de entrada		
Caso novo	25	92,5
Recidiva	02	7,5
Modo de detecção		
Encaminhamento	10	37
Demanda espontânea	04	14,8
Em branco	12	44,5
Exame de contatos	01	3,7
Esquema terapêutico		
PQT PB	05	18,5
PQT MB	16	59,3
Esquemas substitutivos	06	22,2
Desfecho terapêutico		
Cura	24	88,8
Abandono	03	11,2
TOTAL	27	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Com relação às formas clínicas da doença, foram notificados 11,2% da forma indeterminada, 3,7% da forma tuberculóide, 37% da forma dimorfa, 25,9% da forma vichowiana e 22,2% dos casos não foram classificados. No período do estudo foi evidente que a maioria dos casos notificados foram das formas dimorfa e vichorwiana, totalizando 62,9%, existindo ainda um alto índice de casos que não foram classificados, 22,2%.

A predominância de casos dimorfos e vichowianos pode ocorrer devido a diagnósticos tardios, tornando-se assim um dado preocupante, pois estas formas apresentam uma alta carga bacilar. Deixando assim o município em situação de endemia pois, enquanto não forem tratadas, favorecerão a cadeia de transmissão da doença. No qual ideal seria que a maior porcentagem dos casos encontrados fosse da forma indeterminada da hanseníase, isso porque essa forma é o estágio inicial da doença. O

Ministério da Saúde preconiza que a hanseníase seja diagnosticada o mais rápido possível, prevenindo que a mesma evolua para formas mais graves e para as incapacidades (SIMPSON et al., 2010).

Em se tratando da variável grau de incapacidade física, no período estudado, foram notificados 25,9% dos casos com grau 0, 18,6% com grau I e 55,5% não foram avaliados. A variável grau de incapacidade é considerada uma prioridade pelo Ministério da Saúde, sendo um importante indicador operacional, pois indica a precocidade do diagnóstico da doença. Observa-se neste estudo que existe um grande número de pessoas que não foram avaliadas quanto ao seu grau de incapacidade. O que pode refletir um descompromisso da equipe responsável pelo diagnóstico dos casos e uma possível deficiência no controle da doença no município.

As incapacidades físicas não são inevitáveis ou necessárias, na hanseníase, pelo contrário, sua presença indica deficiências no diagnóstico e tratamento. A determinação do índice de incapacidades de um paciente, antes do tratamento, é um aspecto importante no combate a infecção, pois se não é proporcionada uma assistência preventiva, só resta esperar a instalação definitiva da incapacidade e a invalidez. A regularidade da terapia é essencial para a cura do paciente, a prevenção de incapacidades é uma das atividades primordiais durante o processo terapêutico, e em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo parte integrante do tratamento. Para o paciente, o aprendizado do autocuidado é a forma valiosa para evitar sequelas (RAPOSO et al., 2011).

De acordo com a tabela acima, podemos observar que 92,5% dos casos notificados são considerados casos novos e que apenas 7,5% são recidivas da doença, concordando com os dados encontrados no desfecho terapêutico logo a diante, do qual obtém-se que a maioria dos casos notificados receberam alta por cura, justificando a eficácia da PQT.

Segundo o MS, casos novos são todos os casos registrados no programa de controle da hanseníase, que ainda não fizeram nenhum tipo de tratamento e não foram transferidos de outro serviço de saúde. A reincidência ocorre quando o paciente após a alta desenvolve novos sinais e sintomas da doença, apesar de ser raro, isso ocorre quando o paciente recebeu a PQT de forma inadequada para sua forma clínica ou não realizou de maneira correta (BRASIL, 2010).

Quanto ao modo de detecção, observa-se que o dado em branco predominou com 44,5% dos registros, seguido de encaminhamento com 37%, demanda espontânea

com 14,8% e exame de contatos com 3,7%. O modo de detecção mostra como o paciente entrou no registro ativo, indicando a forma de descoberta desse caso novo. O predomínio do dado “em branco” mostra mais uma vez a falta de compromisso da equipe ao realizar a notificação do caso. Também observa-se que a pouca busca ativa dos casos entre os contatos intradomiciliares pois apenas 3,7% dos casos novos detectados são originados através dos exames de contato.

O segundo modo de entrada de casos novos mais frequente são os encaminhamentos, sendo estes, provavelmente, reflexo das suspeições diagnósticas pela equipe de saúde. Em terceiro lugar está a demanda espontânea, indicando que possivelmente não é realizado um trabalho de atividade educativa com a população, faltando assim o conhecimento sobre a doença e o incentivo da busca por tratamento.

A vigilância de contatos não deve ser esquecida, sendo realizada de forma sistemática e eficiente pelos serviços de saúde, essa ação deve ser estimulada continuamente, para que os contatos domiciliares possam ser orientados e examinados sistematicamente, possibilitando, cada vez mais, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, e, conseqüentemente, diminuição das fontes de infecção na população em geral e controle da endemia, num futuro próximo (ANDRADE et al., 2008).

Na variável esquema terapêutico, o esquema multibacilar predominou com 59,3% dos registros, seguido do esquema paucibacilar com 18,5% e os esquemas substitutivos com 22,2%. Esses dados mostram que a maioria dos casos notificados foram tratados com um dos esquemas de PQT, o que é de grande relevância, pois este esquema leva a cura em curtos períodos de tempo. Os esquemas substitutivos aparecem com 22,2% dos registros, devido a alguns casos em que a forma clínica não foi classificada, mas foram tratadas com estes.

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo. Ele interrompe a cadeia de transmissão, sendo usado como uma estratégia para o controle da endemia e para eliminar a doença enquanto problema de saúde pública. É iniciado assim que ela é classificada, já que para se determinar qual esquema deve-se estabelecer para o paciente é extremamente necessária esta informação. O tratamento integral do doente de hanseníase é a polioquimioterapia, seu acompanhamento, com visitas para identificar e tratar possíveis intercorrências e complicações da doença, bem como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2010).

A partir do descrito é possível inferir a importância, eficiência e eficácia da PQT, que após sua introdução na Paraíba em 1990, houve um acréscimo significativo em altas por cura da doença. No período estudado, dos 27 casos de hanseníase notificados pelo SINAN, 88,8% tiveram encerramento devido alta por cura. E 11,2% por abandono. Justificando o que foi citado anteriormente, sendo oportuno considerar que é de fundamental importância a realização de um bom trabalho educativo, pelas equipes de saúde, na conscientização dos doentes sobre a adesão ao tratamento polioquimioterápico. Contudo, não foi possível saber através dos dados obtidos o motivo dos abandonos.

As atuações das equipes da ESF contribuíram para o fortalecimento do Plano de Eliminação da Hanseníase, pois houve um crescimento na detecção de novos casos por meio da descentralização da saúde, uma maior cobertura dos serviços e treinamento, com diagnóstico precoce dos casos, diminuição das incapacidades físicas e redução do abandono ao tratamento (BRASIL, 2008).

Não houve preenchimento, nas fichas analisadas, das variáveis ocupação e baciloscopia. Esse dado mostra mais uma vez, um certo descompromisso da equipe de saúde e/ou do responsável pelo preenchimento das fichas de notificação. Também é importante que antes da digitação a pessoa responsável observe o correto preenchimento da ficha, para que os campos ignorado, em branco e as variáveis incompatíveis entre si, sejam identificadas e a ficha retorne a Unidade de Saúde para adequações, pois quando essa rotina não está implantada, ocorre a comprometimento e até inviabilidade de análise de alguns indicadores necessários para avaliação da magnitude da doença.

O monitoramento e avaliação do programa de eliminação da hanseníase dependem da qualidade dos dados coletados na notificação e acompanhamento dos casos, assim como o adequado processamento e consolidação dos mesmos. Apesar da hanseníase não fazer parte da lista de doenças relacionadas ao trabalho, a importância de considerá-la é devido a influência da ocupação no agravamento ou manutenção de alguns casos de neurite hansênica (BRASIL, 2012).

Segundo o MS, a baciloscopia de esfregaço intradérmico deve ser utilizada como exame complementar para a identificação dos casos PB e MB de difícil classificação clínica. Baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença. A baciloscopia é um exame complementar ao diagnóstico e deve ser solicitado pelo médico da unidade básica, prioritariamente, nas seguintes situações: em

caso de dúvida na classificação operacional para instituição da poliquimioterapia, no diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas e em casos suspeitos de recidiva (BRASIL, 2012).

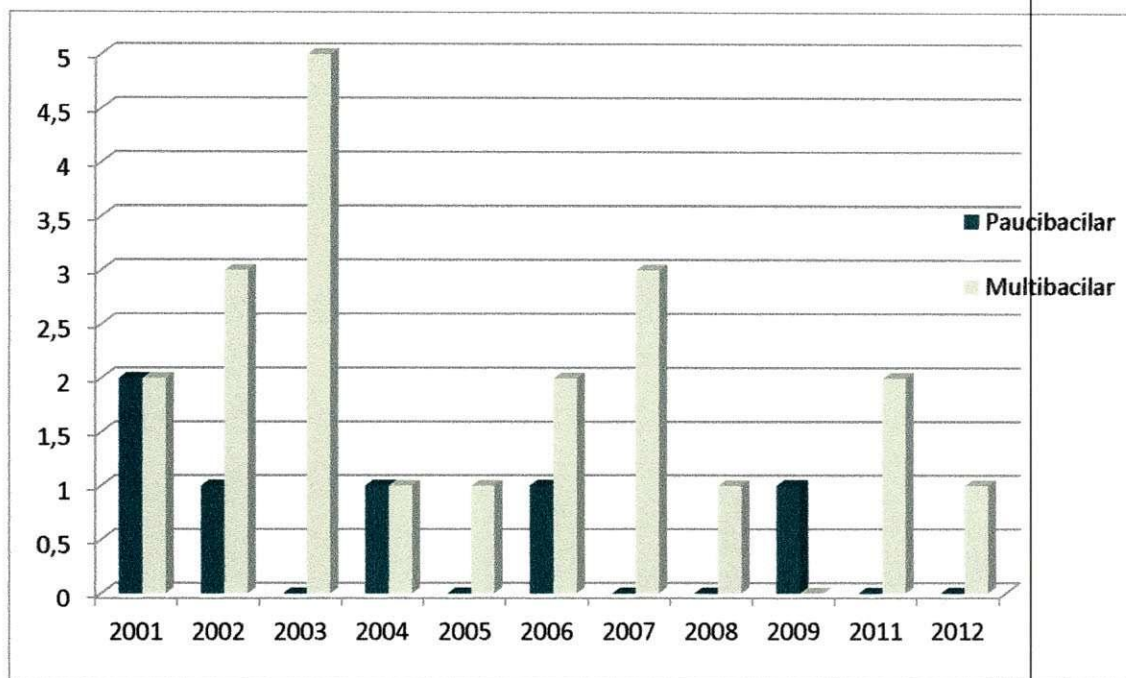


Gráfico 1: Distribuição de casos de hanseníase segundo a classificação operacional no período de 2001 a 2012.

Fonte: Própria Pesquisa/2013

No gráfico 1 evidencia-se que dos 27 casos notificados, 77,7% são multibacilares, e apenas 12,3% paucibacilares. O ano de 2003 obteve a maior predominância, em relação aos outros anos, de casos multibacilares e no ano de 2010 não houve registro de casos da doença. Esse dado nos mostra que o diagnóstico da doença no município do estudo está sendo feito de forma tardia e, quanto maior o atraso no diagnóstico, maior a chance de desenvolvimento de incapacidades físicas irreversíveis e lesões decorrentes da própria evolução da doença. Além da presença de fontes de infecção que contribuem para a continuidade do ciclo de transmissão da doença

Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que os doentes multibacilares continuem transmitindo a doença, instituindo precocemente a terapia medicamentosa, buscando a destruição dos bacilos existentes no organismo, evitando, assim, a evolução da doença e a instalação de sequelas incapacitantes. Os

doentes multibacilares são importantes como fonte de transmissão da doença, em virtude da alta carga bacilar, constituindo o grupo contagiante até o início do tratamento específico. Quanto mais demorado for o início do tratamento, mais difícil é a cura da hanseníase (BRASIL, 2007).

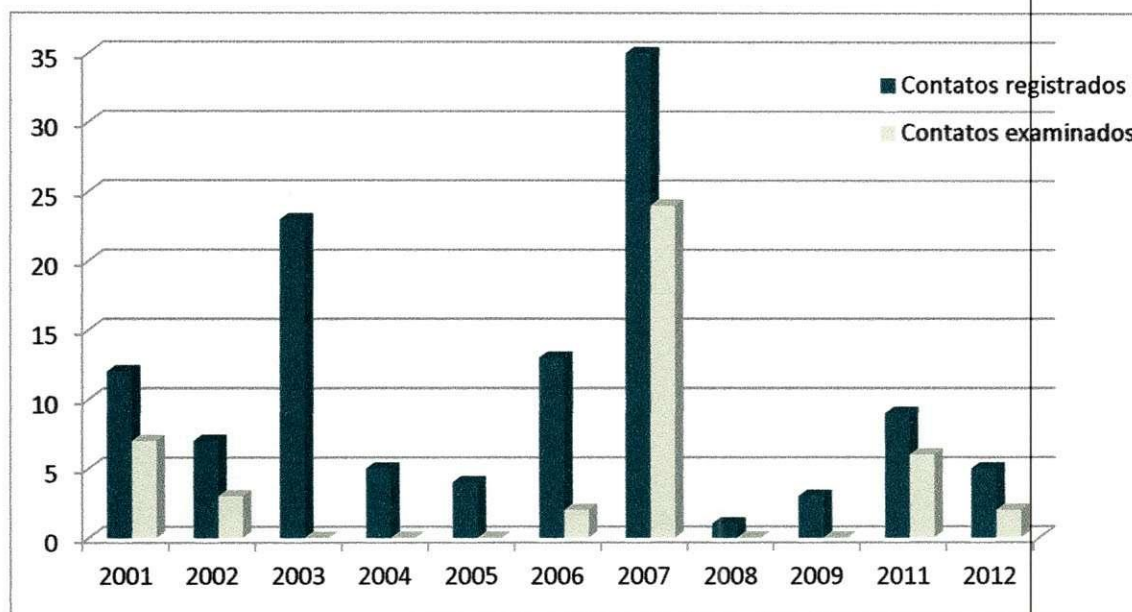


Gráfico 2: Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com o número de contatos registrados e examinados no período de 2001 a 2012.

Fonte: Própria Pesquisa/2013

No gráfico 2, observa-se que dos 117 contatos dos 27 casos registrados no momento da notificação, apenas 44 foram examinados, 37,6% da amostra. A maior predominância de contatos examinados foi no ano de 2011, com 66,7%. Estes dados mostram a ineficiência do controle dos comunicantes e, conseqüente, problemas operacionais relativos ao desenvolvimento das ações do PNCH, comprometendo as metas de eliminação da doença. A vigilância desses contatos deve ser realizada de forma sistemática e eficiente pelos serviços de saúde, para que possam ser adotadas medidas como o diagnóstico e o tratamento precoces.

De acordo com Amorim et al. (2010), o exame de contatos é realizado em pessoas que convivem ou conviveram nos últimos cinco anos com o paciente no mesmo domicílio, sendo por isso as pessoas que correm maior risco de serem contaminadas. Para isso requer a necessidade de profissionais capacitados com um bom plano de ação vigente, com vistas a lidar com a complexidade da atenção primária no âmbito pessoal,

familiar e social. Realizando atividades educativas, promovendo a saúde e a prevenção da doença.

4.1 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS – JERICÓ-PB – 2001 A 2012.

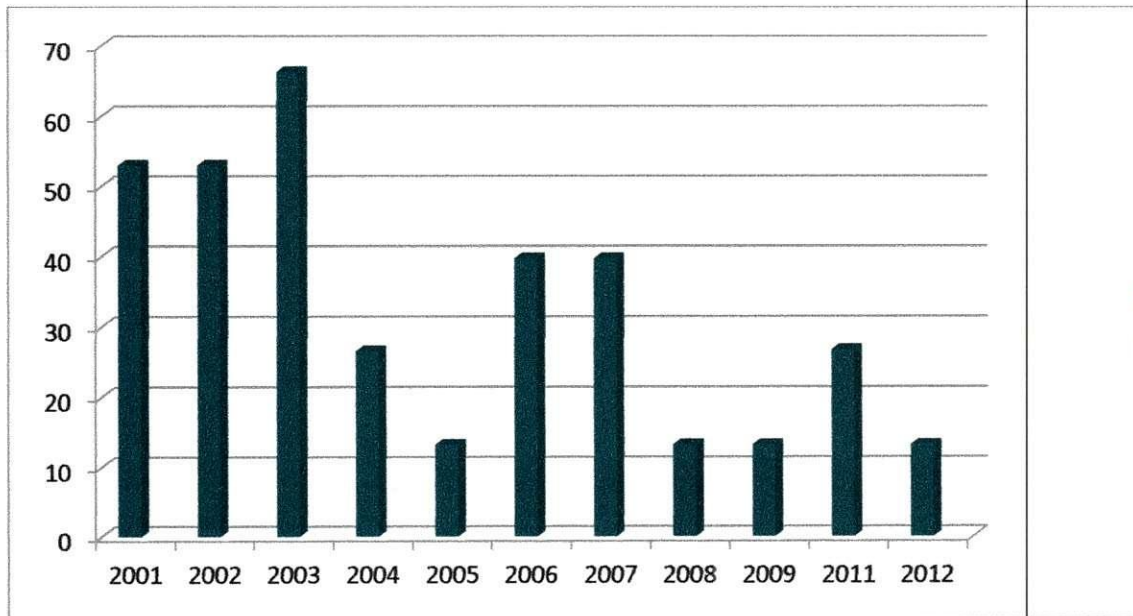


Gráfico 3: Taxa de incidência da hanseníase (por 100 mil) habitantes no período de 2001 a 2012.

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Ao analisar o gráfico acima, constatou-se que o município do estudo, obteve um alto coeficiente de incidência que flutuou de 13,2 a 66,3 casos por 100 mil habitantes, tendo uma queda nos últimos anos, mantendo uma média entre os anos estudados de 29,7 casos. Os achados deste estudo vem de acordo com os de Raposo et al. (2012) que identificaram um alto coeficiente de incidência em Aracaju, capital do estado de Sergipe.

No ano de 2010 não houve registro de casos da doença, porem existe a possibilidade de ter ocorrido, como já foi citado anteriormente, a falta de preenchimento da ficha do SINAN, e até mesmo a falta de capacitação dos profissionais na realização da busca ativa dos casos novos e na divulgação de informações para a comunidade sobre a importância do diagnóstico precoce. Pois os anos anteriores e posteriores registraram casos da doença.

O Ministério da Saúde adota a seguinte classificação das taxas de incidência de casos por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2,00), média (2,00 a 9,99), alta (10,00 a

19,99), muito alta (20,00 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual 40,00). De acordo com os dados do gráfico, na maioria dos anos o município esteve em situação de endemia muito alta e hiperendemia. Taxas elevadas estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos (BRASIL, 2009).

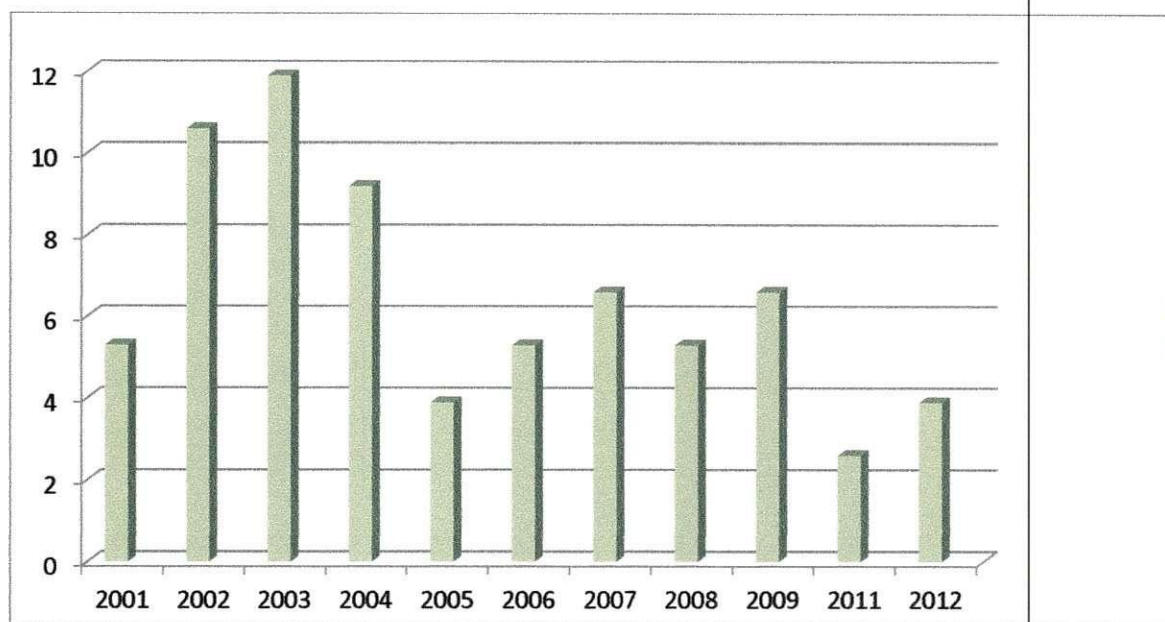


Gráfico 4: Taxa de prevalência da hanseníase (por 10 mil) habitantes no período de 2001 a 2012.

Fonte: Própria Pesquisa/2013

De acordo com o gráfico 4, observou-se que o coeficiente de prevalência no município do estudo, variou de 2,6 a 11,9 casos por 10 mil habitantes, mantendo uma média entre os anos de 5,9 casos. Estes dados vão de acordo com os de Silva et al., (2010), que observou um alto coeficiente de prevalência da hanseníase no município de Botucatu, estado do Maranhão.

Mesmo que em 2010 não tenha sido registrado nenhum caso da doença, não podemos dizer que o município atingiu a meta de eliminação para o ano, que é de menos de um caso por 10 mil habitantes, pois houve registro de casos da doença nos anos anteriores e posteriores. O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2011, o Brasil apresentou uma taxa de prevalência de

1,24 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 23.660 casos em tratamento, enquanto que a região Nordeste obteve 1,56 casos para 10.000 habitantes e a Paraíba apresentou uma taxa de 0,87 casos por 10.000 habitantes (BRASIL, 2012).

De acordo com o MS, as taxas elevadas de prevalência de hanseníase refletem, em geral, setores como desenvolvimento social e educação, visto que a maioria dos doentes tem baixa renda e baixa escolaridade. Indicando deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos anualmente. O Ministério da Saúde classifica as taxas de prevalência em: baixa (menos de 1 caso por 10 mil), média (1 a 4), alta (5 a 9), muito alta (10 a 19) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20). Esses dados, confrontados com os do gráfico acima, mostram que o município estudado apresentou na maioria dos anos um alto coeficiente de prevalência (BRASIL, 2010).

Portanto, ações intersetoriais e interdisciplinares precisam ser pensadas e planejadas com real intenção de combater a endemia hanseníca no município, estimulando o empoderamento dos sujeitos e da comunidade para que se tornem atores no processo saúde doença, no sentido de atuarem na melhoria da qualidade de vida e de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública no Brasil, estamos diante de uma doença de fácil diagnóstico, que possui tratamento acessível a toda população e cura para todos os casos que forem diagnosticados. Porém, as políticas públicas se voltam muito para os municípios prioritários, esquecendo dos pequenos municípios onde a doença se alastra silenciosamente.

O estudo revelou que o sexo feminino predominou com uma pequena maioria, na faixa etária de adultos jovens, de raça parda, e residente na zona urbana. Em relação a forma clínica, observou-se que um maior número foi da forma dimorfa, e consequentemente, a classificação operacional de maior predomínio foi a multibacilar, os esquemas de poliquimioterápicos foram os mais utilizados, houve também uma pequena proporção de contatos examinados, daí a necessidade de ações rápidas para o diagnóstico dos casos, evitando assim a transmissão descontrolada da doença.

Tratando-se da avaliação do grau de incapacidade física, na maioria dos casos, essa categoria não foi avaliada, no modo de detecção a categoria em branco foi a que mais predominou seguida de encaminhamento. No modo de entrada, os casos novos foram quase a totalidade dos registros, e a cura predominou em quase todos os casos no desfecho terapêutico. A meta de eliminação da hanseníase não foi atingida, evidenciado pelo alto coeficiente de incidência e prevalência da doença no município.

Diante dos resultados encontrados, é necessário que o município promova e intensifique a descentralização das ações de controle da doença, desenvolva programas de capacitação para as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estimule a busca ativa de novos casos. Também é importante que sejam desenvolvidas ações de acompanhamento durante e após o tratamento, com o objetivo de prevenir incapacidades físicas, manter o controle dos contatos intradomiciliares e consolidar o sistema de vigilância sobre a doença.

Há necessidade ainda de se desenvolver estratégias práticas e inovadoras que atendam as necessidades assistenciais dos grupos especiais, carentes, marginalizados e isolados geograficamente. Além disso, houve grandes limitações no processo de coleta de dados, restrito as fichas de notificação, que apresentaram considerável contingente de informações faltosas, que comprometem algumas inferências.

Com esse estudo, pretendemos contribuir para o desenvolvimento de ações eficazes, por parte dos gestores, capacitando principalmente os profissionais da área da saúde, implementando e planejando estratégias que possam intensificar a busca ativa dos casos, realizando o exame dos contatos e o diagnóstico precoce, com vistas ao controle e possivelmente eliminação da doença do município nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. et al. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. **Gazeta Médica da Bahia**, 2005. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/355/344>> Acesso em: 12 Abr. 2013.

AMORIM, A. A. et al. Qualificação da vigilância dos contatos de hanseníase no município de Teresina-Piauí: o relato de uma experiência. **Hansenologia Internacionais** vol. 35, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>> Acesso em 12 Abr. 2013.

ANDRADE, A. R. C. de. et al. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 41(Suplemento II):56-59, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41s2/v41s2a12.pdf>> Acesso em: 13 Abr. 2013.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Minas Gerais. v. 36, n. 3. p. 373-382, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>> Acesso em: 02 Nov. 2012.

BORESTEIN, M. S. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Revista Brasileira Enfermagem**. vol.61. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700009> Acesso em: 05 Nov. 2012.

BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio demográfico e clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira Clínica Médica**. v. 9(2). p. 101-106. Mar-abr, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>> Acesso em: 02 Nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_atencao.pdf> Acesso em: 10 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf> Acesso em: 01 Dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90 p. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 10) - (Série A. Normas e Manuais

Técnicos; n. 111). Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf> Acesso em: 02
 Nov. 2012.

_____. Ministério de Minas e Energias. Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. **Diagnóstico do município de Jericó, estado da Paraíba.** CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em: <
<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/JERI092.pdf>> Acesso em: 23 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **relatório de situação: Paraíba.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 20 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pb2.pdf>> Acesso em: 05 Nov. 2012.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniose_plano.pdf> Acesso em: 15 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <
http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf> Acesso em: 20 Nov. 2012.

_____. 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. 197 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf>> Acesso em: 02 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **relatório de situação: Paraíba.** Brasília, 2009. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_pb_relatorio_de_situacao.pdf>
 Acesso em: 15 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: Dados e Indicadores Seleccionados.** Brasília, 2009. Disponível em:
 <http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf> Acesso em: 18 Abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_face_maos_pes.pdf> Acesso em: 12 Nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 54 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_hanseníase_10_0039_m_final.pdf>
Acesso em: 03 Nov. 2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**. Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília 15 de outubro de 2010. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf>
Acesso em: 02 Dez. 2012.

_____. 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. 444 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen_infecciosas_guia_bolso_8ed.pdf>
Acesso em: 10 Nov. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasil, 2010. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: 12 Abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: **relatório de situação: Paraíba**. 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 36 p.. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_pb_5ed.pdf> Acesso em: 02 Dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil-2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <
http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseníase_2011_final.pdf> Acesso em: 03 Nov. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 100 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf> Acesso em: 28 Nov. 2012.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61. Brasília, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000700006&script=sci_arttext> Acesso em: 08 Jan. 2013.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61. p. 753-756. Brasília, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>> Acesso em: 21 Dez. 2012.

DORNELES, M. M. **A hanseníase e a política de saúde em Uberlândia**. Uberlândia, 2005. 133f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: < http://www.ig.ufu.br/sites/ig.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/M%C3%A1rcia_Mattos.pdf> Acesso em: 02 Jan. 2013.

DUARTE, M. T. C. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61. p. 767-773. Brasília, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700019> Acesso em: 13 Jan. 2013.

FERREIRA, I. N. et al. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu – Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006). **Rev. bras. epidemiologia**. v.10 n.4 São Paulo dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400014> Acesso em: 20 Abr. 2013.

FERREIRA, I. L. C. S. N. **Subsídios para reorientação dos serviços de saúde em relação aos contatos de portadores de hanseníase de paracatu (mg)**. Franca, 2010. 87f. Dissertação de Mestrado. Programa Promoção de Saúde. Universidade de Franca. Disponível em: < http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=187117> Acesso em: 05 Dez. 2012.

FOCACCIA, R. et al. **Veronesi: Tratado de Infectologia**. 4. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 1047-1081

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

GOULARTE, I.M.B. et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35. n.5. Uberaba set./out. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822002000500005&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 14 Jan. 2013.

GUSMÃO, A.P.B.; ANTUNES, M.J.M. Ter hanseníase e trabalhar na enfermagem: história de lutas e superação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62. n.

6. Brasília nov./dez. 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600003&script=sci_arttext>
 Acesso em: 12 Jan. 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA – IBGE.
 Disponível em:
 <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=250740> Acesso em 23 Nov. 2012.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica.** v. 3. São Paulo: Roca, 2006. p. 4858-4863.

LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 63 no.6 Brasília nov./dez. 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600018&script=sci_arttext> Acesso em: 21 Jan. 2013.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Tropical.** vol.44 no.1 Uberaba Jan./Feb. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>> Acesso em: 10 Abr. 2013.

MONTENEGRO, R. N. M. et al. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev. Soc. Bras. Med. Tropical.** vol.44 no.2 Uberaba Mar./Apr. 2011 Epub Apr 15, 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000200020>
 Acesso em: 25 Abr. 2013.

MORHAN. **Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase.** Departamento de Formação de Projetos e Pesquisa – DEFORP. Cadernos do Morhan: Atenção Integral à Hanseníase no SUS – Reabilitação um Direito Negligenciado. Morhan, nov. 2006. Disponível em: <
http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_01.pdf> Acesso em: 08 Fev. 2013.

NARDI, S. M. T. et al. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Revista Saúde Pública** vol.46 no.6 São Paulo Dec. 2012 Epub Jan 28, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013005000002&script=sci_arttext> Acesso em: 22 Abr. 2013.

OLIVEIRA, F. F. L. de. et al. Perfil Epidemiológico dos Portadores de Hanseníase em um município da região Centro - oeste do Paraná. **Revista Saúde e Biologia,** v.7, n.1, p.45-51, jan./abr., 2012. Disponível em:
<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/viewFile/966/409>>
 Acesso em: 15 Abr. 2013.

OPROMOLLA, D. V. A. et al. **Atlas de Hanseníase.** Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, 2002. Disponível em: <
http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_atlas/PDF/parte_1.pdf>
 Acesso em: 05 Fev. 2013.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**. v. 45 n.1. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100022&script=sci_arttext> Acesso em: 27 Jan. 2013.

ORSINI, M. et al. Estudos clínicos, imunopatológicos e eletrofisiológicos dos nervos periféricos na hanseníase. **Revista Neurociência**, 16/3. p. 220-230. 2008. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2003/Pages%20from%20RN%2016%2003-11.pdf>> Acesso em: 13 Dez. 2012.

PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 86. n. 5. Rio de Janeiro set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000500002&script=sci_arttext> Acesso em: 15 Mar. 2013.

PORTO, C. C. **Vademecum de Clínica Médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 474-476.

RAPOSO, M. T. et al. Avaliação de incapacidades físicas em pessoas com hanseníase: comparação entre o grau de incapacidade e o Eye-Hand-Foot Score. **Rev. Inst. Med. trop.** vol.53, n.2. São Paulo . 2011, pp. 77-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652011000200004> Acesso em: 21 Abr. 2013.

RAPOSO, M. T. et al. Avaliação da integração do programa de hanseníase na atenção primária em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2012, vol.45, n.2, pp. 203-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000200013&script=sci_arttext> Acesso em: 17 Abr. 2013.

RODRIGUES, M. das G. V. **Metodologia da pesquisa: elaboração de projetos, trabalhos acadêmicos e dissertações em ciências militares**. 2. ed. - Rio de Janeiro: ESAO, 2005.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Belo Horizonte, 2010. 179f. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.cpqr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf> Acesso em: 17 Mar. 2013.

SILVA, R. M. da. et al. Análise espacial da endemia hanseníase no município de Bayeux (PB) mediante técnicas de SIG. **Sociedade e Natureza**. v. 24 n. 2. Uberlândia maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/sociedadennatureza/article/view/14266>> Acesso em: 23 Fev. 2013.

SILVA, A. R. da. et al. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**. vol.43 no.6 Uberaba Nov./Dec. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/18.pdf>> Acesso em: 23 Abr. 2013.

SIMPSON, C. A. et al. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen Int.** 2010; 35(2), p. 33-40. Disponível em: < http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244> Acesso em: 20 Abr. 2013.

SOUSA-ARAÚJO, H. C. A situação da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: **Imprensa Nacional**, 1946. 3v.

SOUSA, L. W. F. et al. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 43 n. 6. Uberaba nov./dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/29.pdf>> Acesso em: 28 Mar. 2013.

SOUSA, P. R. A. et al. Estratégias e Tecnologias efetivas requalificam Programa de Controle da Hanseníase. **Centro de Ensino Unificado de Teresina.** 7. ed. CEUT, 2009. Disponível em: < <http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2007.pdf>> Acesso em: 28 Mar. 2013.

TEIXEIRA, M. A. G. et al. 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. Uberaba maio/jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/15.pdf>> Acesso em: 17 Mar. 2013

VALENTE, M. do S. da S.; VIEIRA, J. L. F. Talidomida usada por pacientes com eritema nodoso hansênico. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina.** v. 43. n. 2. Uberaba mar./abr. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000200019> Acesso em: 22 Jan. 2013.

VIANA, E. et al. Hanseníase: marcas de um passado que ainda vive. **Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação.** Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação. Expocom, 2011. Disponível em: < <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2011/expocom/EX24-0479-1.pdf>> Acesso em: 27 Fev. 2013.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ELABORADO DE ACORDO COM A FICHA DO SINAN-HANSENÍASE

DATA DA NOTIFICAÇÃO: _____

1. DADOS INDIVIDUAIS

Sexo: () M () F () Ignorado

Idade: _____

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

Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental completo () Fundamental incompleto () Médio completo () Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto () Ignorado () Em branco

2. DADOS DE RESIDÊNCIA

Bairro: _____

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

3. DADOS DO CASO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Número de Contatos Registrados: _____

Número de Contatos Examinados: _____

ANEXO(S)

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE JERICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JERICÓ

CNPJ: 08.931495/0001-84

Rua: Praça Frei Damião, s/n, Centro

Cep: 58830-000

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estou ciente da intenção da realização do projeto intitulado **“SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012”** desenvolvido pelo aluno Ramon Figueiredo Diniz do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras-PB, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013.

Maria José Araújo Diniz Barbosa

Secretária Municipal de Saúde

Jericó-PB

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Título do Projeto de Pesquisa: SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE JERICÓ-PB, NO PERÍODO DE 2001 A 2012

Nome do pesquisador Responsável: Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

Nome do pesquisador participante: Ramon Figueiredo Diniz

Finalidade: Projeto de pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso

INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA:

Justificativa: a escolha da temática justifica-se pela atuação como aluno e monitor da disciplina de enfermagem em clínica II, durante os atendimentos as pessoas com essa doença, no estágio supervisionado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cajazeiras-PB, onde pode-se observar que a hanseníase é um problema de saúde pública muito sério e pelo interesse em conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município do estudo.

Objetivos:

Geral: conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no município de Jericó-PB, no período de 2001 a 2012.

Específicos: verificar o perfil sócio demográfico e clínico dos casos de hanseníase e relacionar a proporção de contatos registrados com examinados.

Procedimentos:

Riscos ou desconfortos: Toda pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconforto, porém as pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 196/96. O único provável risco desta pesquisa é a quebra do anonimato. O benefício esperado justifica as possibilidades de riscos. Este projeto oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para esclarecer um problema que afeta o bem-estar dos indivíduos.

Benefícios esperados: espera-se que este estudo possa contribuir para o processo de tratamento da hanseníase, incentivando uma melhor assistência por parte dos profissionais envolvidos.

Declaração:

Nós, membros do grupo de pesquisa identificado acima, baseados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado, declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados nas fichas de notificação de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa;

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

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

Como prova de compromisso, disponibilizamos nossos dados para contato, pesquisadora responsável a Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento, através do telefone (83) 9311-3927 e pesquisador participante o Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Ramon Figueiredo Diniz, através do telefone (83) 9669-1177.

Cajazeiras ____ de _____ de 2013

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante