



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV  
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MAYARA COSTA DE SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO  
PERÍODO DE 2007 A 2010**



**CAJAZEIRAS – PB**

**2011**

Cajazeiras - Paraíba  
Denise Santos Soares Lourenço - Bibliotecária CRB 12-1096  
Dados Internacionais de Catalogação-in-Publicação - (CIP)

**CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO  
PERÍODO DE 2007 A 2010**

III. Título.  
do. H. Nascimento. Aissa Romina Silva do Nascimento.  
Cajazeiras-PB. I. Nascimento. Maria Mônica Falcão do Nascimento.  
I. Hanseníase. II. Perfil epidemiológico. - Hanseníase.  
Monografia (Graduação) - CFP UFGO - CFP UFGO  
Coordenadora: Aissa Romina Silva do Nascimento  
Orientadora: Maria Mônica Falcão do Nascimento

UFGO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE LICENCIATURA EM BIOMEDICINA



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

S725c Sousa, Mayara Costa de  
Caracterização da hanseníase em Cajazeiras-PB,  
no período de 2007 a 2010./ Mayara Costa de Sousa.  
Cajazeiras, 2011.  
60f. : il.

Orientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento.  
Coorientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Hanseníase. 2. Perfil epidemiológico – Hanseníase-  
Cajazeiras-PB. I. Nascimento, Maria Mônica Paulino  
do. II. Nasciementno, Aissa Romina Silva do.  
III. Título.

**MAYARA COSTA DE SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO  
PERÍODO DE 2007 A 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento  
Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento

**CAJAZEIRAS – PB**

**2011**

**MAYARA COSTA DE SOUSA**

**CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO  
PERÍODO DE 2007 A 2010**

**APROVADA EM: 29/06/2011**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento  
UACV/CFP/UFCG  
(Orientadora)

---

Profª. Mrs. Aissa Romina Silva do Nascimento  
UACS/CFP/UFCG  
(Co-orientadora)

---

Profª. Esp. Maria Soraya Pereira Franco  
ETSC/CFP/UFCG  
(Examinadora)

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
COORDENADORIA DE PRODUÇÃO  
DEBOLUÇÃO DE TÍTULOS  
14/07/2011

Dedico esta monografia a duas pessoas Maria Socorro da Costa de Sousa e Francisco Vicente de Sousa, que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. Foi por vocês que cheguei até aqui, e é por vocês que seguirei em frente. A eles devo a pessoa que me tornei, sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por chamá-los de pai e mãe.

**AMO VOCÊS!**

**Dedico.**

## AGRADECIMENTOS

A vida nos traz gratas surpresas e, também, acontecimentos previsíveis, interligados como os elos de uma corrente, é preciso saber compreendê-los para que possamos viver bem. Agradeço a todas as pessoas que sempre estiveram do meu lado e que me ajudaram a chegar e a vencer esta etapa da jornada de minha vida.

A Deus, meu pai grande e forte, pela vida, por estar sempre no meu caminho, iluminando e guiando às escolhas certas, por ter me concedido a oportunidade de desenvolver este trabalho com tanta dedicação, por ter colocado tantas pessoas especiais em minha vida e pelo grande presente de ser Enfermeira.

Aos meus pais, razão da minha existência, pessoas singulares, meus eternos incentivadores, que são à base de tudo pra mim, apoiando-me nos momentos difíceis com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los. Minha imensa gratidão pela conquista deste sonho. Amarei eternamente.

A minha irmã Magda, meu cunhado Ivan e meus sobrinhos Ingrid e Ivan Neto, pelo carinho, pela ajuda, pela compreensão, pelo apoio incondicional nos momentos da minha vida e por sempre acreditarem no meu potencial. Ao meu irmão Antônio e sua família, pela força e atenção durante essa minha trajetória. A minha irmã Magdala, pelo companheirismo, pela amizade, pelo estímulo, pelo incentivo e ajuda para que fosse possível a concretização desse sonho. Amo vocês.

A minha avó Edite Galiza (in memoriam) e a minha tia Maria Francisca, pelo exemplo de fé, por serem uma fonte de apoio, compreensão e amor, que mesmo de longe sempre estiveram presentes ajudando e torcendo pela concretização deste curso.

Ao meu namorado, Caio Felipe, por sua compreensão, seu carinho, sua amizade, seu incentivo, pelo apoio em todos os momentos, por sempre acreditar e confiar em mim e por seu amor, que me sustentaram nas horas mais difíceis. Te amo.

A todos os familiares, tios, tias, primos e aos meus queridos amigos de infância, que torceram e acreditaram na conclusão deste curso, fico muito grata.

As minhas amigas e irmãs, “companheiras de casa”, Jesana e Fernanda Leite, que ao longo desses anos, se tornaram uma segunda família, sempre com muita lealdade, cumplicidade e acima de tudo amizade. Juntas aprendemos a arte de “conVIVER”. Sou grata pela paciência, pelo enorme carinho e por estarem sempre do meu lado. Os momentos que passamos juntas vai ficar pra sempre, intimidades, brincadeiras só agente entende. Sentirei muitas Saudades.

A minha querida amiga Danielly Ruth, “meu aperreio diário”, pela companhia, carinho, compreensão, disposição, incentivo, dedicação, paciência e amor com que me tratou durante todos os momentos do nosso curso. Minha gratidão sempre.

Aos amigos da universidade, pouco tempo talvez para escrever uma história, mas muito para preencher mais um capítulo importante que compõe minha vida. Obrigada pelas ótimas histórias vividas, pela amizade e por ajudar a tornar a vida acadêmica muito mais divertida. Em especial aqueles que são muito mais que amigos: Amanda Rodrigues, Amanda Oliveira, Antônio Augusto, Carol, Klebiana, e Ulisses.

Ao meu querido e eterno amigo Demetrius Barbosa (in memoriam), pelo exemplo de dedicação e amor a este curso, pela companhia, pelo carinho e pela amizade. Obrigada por ter dividido conosco os desafios e as alegrias desta jornada. Saudades sempre.

Ao Centro Acadêmico de Enfermagem/CAEC-Dália, por me deixarem fazer parte desta família, por toda confiança depositada em mim na frente da presidência do CA e pelo privilégio de lutar ao lado de vocês, para crescimento do nosso curso.

Ao coordenador do curso de Enfermagem Prof. Dr. Francisco Fábio Marques, pela incansável e constante ajuda, pela aprendizagem e crescimento no decorrer desses anos.



A minha querida orientadora Maria Mônica Paulino do Nascimento, por quem tenho extrema admiração, por toda paciência na orientação desse trabalho, por toda dedicação, pela disponibilidade, pela confiança e pelos ensinamentos que construíram a minha vida profissional e contribuíram na minha vida pessoal. Tenho você como um exemplo a ser seguido sempre. Quero ser igual a você quando eu crescer!

A minha amada co-orientadora Aissa Romina Silva do Nascimento, pessoa ímpar, que abraçou nossa turma com uma amor imensurável, e que sem o seu total apoio talvez não chegaríamos a conclusão deste curso. Muito Obrigada pela compreensão, coragem, disponibilidade, carinho, paciência e companheirismo. Sinto-me privilegiada de ter conhecido essa pessoa tão querida e amada por todos.

A professora Maria Soraya Pereira Franco, por ter aceitado fazer parte da minha banca. Obrigada pela valiosa contribuição.

A todos os professores, muitos já se foram, outros continuam, novos vieram, mas todos contribuíram para nosso crescimento, obrigado pelo conhecimento transmitido, e por estarem sempre dispostos a nos atender. Esperamos que se orgulhem de nós.

A todos os funcionários do Centro de Formação de Professores – CFP/UFCG, pela atenção, pela disposição, que sempre nos atenderam com prontidão e que mesmo indiretamente contribuíram para a nossa formação.

A Secretaria de Saúde de Cajazeiras, pela disponibilidade e acessibilidade, em fornecer os dados para este trabalho.

Aos portadores da Hanseníase, pela força, fé, coragem e luta pelo combate desta doença.

Enfim, meu carinho e o meu muito obrigada, a todos aqueles que fazem parte da minha história, que ao longo do tempo contribuíram com o meu crescimento, e que colaboraram direta ou indiretamente para realização deste sonho.

"Comece fazendo o que é necessário,  
depois o que é possível, e de repente você  
estará fazendo o impossível".

**(São Francisco de Assis)**

## RESUMO

SOUSA, M. C. **CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO PERÍODO DE 2007 A 2010.** 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2011.

A hanseníase é uma das mais antigas doenças conhecidas pela humanidade e continua a caracterizar um problema de saúde pública mundial, especialmente no Brasil onde os índices de prevalência e incidência são altos. É uma infecção lentamente progressiva que afeta pele e nervos periféricos, resultando em deformidades incapacitantes, causadas por seu agente etiológico, a bactéria *Mycobacterium leprae*. O município de Cajazeiras se configura como um dos mais endêmicos para hanseníase na Paraíba, sendo por isso, prioritário para o Ministério da Saúde (MS) quanto às ações de eliminação. O presente estudo objetivou caracterizar a hanseníase no município de Cajazeiras – PB, no período de 2007 a 2010, como também de descrever o perfil sócio-demográfico dos casos de hanseníase, verificar as características epidemiológicas e clínicas da doença e listar as Unidades de Saúde da Família – USF que apresentaram maior número de casos novos de hanseníase durante o período de estudo. A pesquisa adotou o enfoque tipo documental, exploratório descritivo, caracterizado por uma abordagem quantitativa. Foi realizada na Secretaria de Saúde de Cajazeiras, no Departamento de Vigilância Epidemiológica. A população foi composta por todos os casos de hanseníase notificados no período de estudo, totalizando 258 casos, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A amostra constou com 100% da população. A coleta foi realizada no mês de junho de 2011, através da consulta às fichas do SINAN que continham dados sócio-demográficos e do acesso ao programa do SINAN dados e TABWIN, instalados na Secretaria de Saúde do município. Os resultados apontam que no decorrer dos anos houve um aumento no número de casos, com maior ocorrência do sexo feminino, com predominância da faixa etária adulto-jovem, ocupadas com atividades do lar, com baixa escolaridade e de raça parda. Com relação à classificação operacional, houve um predomínio dos casos paucibacilares e com a forma Indeterminada. Todos os pacientes realizaram um dos esquemas da poliquimioterapia-PQT. A grande maioria dos pacientes não apresentou episódio reacional. A maioria dos casos foi detectada através da demanda espontânea. Durante o período do estudo, a Unidade de Saúde da Família Sol Nascente foi a que mais apresentou número de casos novos da hanseníase. Os resultados obtidos evidenciaram que a meta de controle e eliminação da hanseníase em Cajazeiras no ano de 2010, não foi atingida, visto que os números de casos aumentaram neste período. Através deste estudo pode-se perceber que é notória a importância da soma de esforços na tentativa, constante de suscitar estratégias que forneçam subsídios, especialmente para os profissionais da área de saúde do município de Cajazeiras, para o planejamento e implementação de medidas com vistas à eliminação desta endemia em um futuro próximo.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Município. Perfil epidemiológico.

## ABSTRACT

SOUSA, M. C. **CHARACTERIZATION OF LEPROSY IN Cajazeiras-PB, IN THE PERIOD 2007 TO 2010.** 60f. End of Course Work (Graduate Nursing) - University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2011.

Leprosy is one of the oldest diseases known to mankind and continues to characterize a public health problem worldwide, especially in Brazil where the prevalence and incidence rates are high. It is a slowly progressive infection that affects skin and peripheral nerves, resulting in crippling deformities, caused by its agent, the bacterium *Mycobacterium leprae*. The municipality of Cajazeiras is configured as one of the most highly endemic for leprosy in Paraíba, and is therefore a priority for the Ministry of Health (MOH) and the actions of elimination. This study is aimed to characterize the leprosy in the municipality of Cajazeiras - PB in the period 2007 to 2010, but also to describe the socio-demographic profile of leprosy cases, check the epidemiological and clinical characteristics of the disease and list the Units Family Health - USF with the highest number of new leprosy cases during the study period. The research approach adopted document type, descriptive and exploratory, characterized by a quantitative approach. It was held at the Department of Health Cajazeiras, the Department of Epidemiological Surveillance. The population consisted of all leprosy cases reported during the study period, totaling 258 cases, available in the Information System for Notifiable Diseases - SINAN. The sample comprised 100% of the population. Data collection was conducted in June 2011, through consultation with the SINAN records containing socio-demographic data and access to data and program SINAN TabWin, installed in the county Health Department. The results show that over the years there has been an increase in the number of cases, with higher incidence of females with the predominance of young-adult age, occupied with household activities, with low education and mulatto. With respect to the operational classification, there was a predominance of paucibacillary cases and the indeterminate form. All patients underwent one of the schemes of multidrug-MDT. The vast majority of patients had no episode of reaction. Most cases were detected by spontaneous demand. During the study period, the Family Health Unit of the Rising Sun was the one that showed the number of new cases of leprosy. The results showed that the goal of control and elimination of leprosy in Cajazeiras in 2010, was not achieved, since the numbers of cases have increased during this period. Through this study we can see that it is evident the importance of the sum of efforts trying, constantly raising strategies that provide subsidies, especially for professionals in the health of the city of Cajazeiras, for planning and implementing measures aiming at elimination of this endemic disease in the near future.

**Keywords:** Leprosy. Municipality. Profile epidemiologists.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Número absoluto de casos registrados por ano.....	37
<b>FIGURA 2:</b> Apresentação dos casos de acordo com a classificação operacional.....	38
<b>FIGURA 3:</b> Número absoluto de casos segundo a forma clínica no período compreendido entre 2007 a 2010.....	39
<b>FIGURA 4:</b> Distribuição do número de portadores segundo o esquema poliquimioterápico no período de 2007 a 2010.....	40
<b>FIGURA 5:</b> Número de portadores segundo o episódio reacional, no período de 2007 a 2010.....	42
<b>FIGURA 6:</b> Distribuição do número de casos de hanseníase segundo o modo de detecção, no período compreendido entre 2007 a 2010.....	42

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1:** Caracterização da população estudada segundo faixa etária, raça, escolaridade e ocupação nos anos de 2007 a 2010..... 34

**TABELA 2:** Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) segundo o número de casos novos no período em estudo..... 44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**a.C.** – Antes de cristo

**DNDS** – Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**ENH** – Eritema Nodoso Hansênico

**HD** – Hanseníase Dimorfa

**HI** – Hanseníase Indeterminada

**HT** – Hanseníase Tuberculóide

**HV** – Hanseníase Virchowiana

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MB** – Multibacilar

**MS** – Ministério da Saúde

**MORHAN** - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

**NEDS** – Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PB** – Paucibacilar

**PCH** – Programa de Controle da Hanseníase

**PEN** – Plano de Emergência Nacional

**PEL** – Plano de Eliminação da Hanseníase

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PNCH** – Programa Nacional de Controle da Hanseníase

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

**PQT** – Poliquimioterapia

**PQT/OMS** – Poliquimioterapia padrão OMS

**PQT/PB** – Poliquimioterapia Paucibacilar

**PQT/MB** – Poliquimioterapia Multibacilar

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RR** – Reação Reversa

**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**TABWIN** – TAB para Windows

**TCCDA** -- Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UFCG** – Universidade Federal de Campina Grande

**UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
2.1- CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA HANSENÍASE.....	19
2.2- INICIATIVAS PÚBLICA NO BRASIL PARA CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.....	25
2.3- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE.....	29
<b>3 RECURSOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>31</b>
3.1- TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2- LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.4- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
3.5- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
3.6- PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
3.7- POSICIONAMENTO ÉTICO.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>53</b>
APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	55
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	58
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS.....	60

## 1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença milenar com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade. Hanseníase, hansenose, mal de São Lázaro, mal de Hansen (MH), doença de Hansen, lepra, morfêia, sangue queimado, são sinônimos de uma doença infecto-contagiosa, sistêmica, curável, de notificação obrigatória. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma doença de evolução lenta que se manifesta, sobretudo, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, possuindo grande potencial de provocar incapacidades físicas, podendo evoluir para deformidades (BRASIL, 2001).

O ser humano é reconhecido como a única fonte de infecção, mas foram identificados animais naturalmente infectados como o tatu, o macaco mangabei e o chimpanzé. Admite-se que a transmissão seja por contágio direto: os bacilos são eliminados principalmente pelas vias aéreas superiores (perdigotos, muco nasal) ou soluções de continuidade da pele ou de mucosas dos doentes multibacilares (dimorfos ou virchowianos), com bacilos viáveis, ou seja, não tratados ou com bacilos resistentes às drogas usadas. Os bacilos também podem ser eliminados pelas secreções: leite materno, esperma, saliva, suor, lágrima (VERONESI et al., 2004).

O aparecimento, a manifestação e a propagação da doença, depende da relação *Mycobacterium leprae*/hospedeiro/meioambiente, além das condições socioeconômicas, podendo o início dos primeiros sinais e sintomas ocorrer após um período de incubação entre 2 a 7 anos (MOET et al., 2004).

Devido a esse longo período de incubação é menos freqüente na infância, contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce em focos domiciliares, aumenta a incidência nessa população. Investigações revelam que a doença acomete ambos os sexos, mas continua a incidir em maior proporção entre homens, embora nos últimos anos a diferença entre os sexos tenha diminuído (BRASIL, 2002).

A classificação operacional da hanseníase é orientada pelo Ministério da Saúde (MS), conforme proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios: paucibacilar (PB) - casos com até cinco lesões de pele e multibacilar (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB; caso

a baciloscopia seja positiva, o caso deve ser classificado em MB, independentemente do número de lesões, lembrando que um resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2010).

Desde a introdução da poliquimioterapia (PQT) no Brasil, houve uma drástica redução do coeficiente de prevalência, de 19 para 1,71 doentes por 10.000 habitantes, no período de 1985 a 2005. Porém em 2010 foram notificados 37.610 casos, o segundo país em número de casos no mundo. Dos 40.474 casos novos nas Américas, 93% são casos notificados no Brasil. Portanto, ainda é um dos países mais endêmicos do mundo, continuando a hanseníase um problema de saúde pública (BRASIL, 2010).

Dados epidemiológicos da hanseníase em 2005 mostraram que as diferenças de magnitude entre as regiões do país são marcantes. O Sul e o Sudeste em 2005, alcançaram a meta de eliminação, enquanto o Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram média endemicidade. Dos 27 Estados do país, a Paraíba é 12<sup>o</sup> e 11<sup>o</sup> lugar em coeficiente de prevalência e detecção de casos novos, respectivamente, no ano de 2009, possuindo ainda, alta carga da doença (BRASIL, 2008).

A situação epidemiológica da Paraíba caracteriza-se por uma tendência crescente na detecção de casos, com maior concentração na região metropolitana, proporcionando à endemia, um aspecto urbano. Segundo Pereira (2008), os indicadores do Estado em 2005 evidenciam, média endemicidade na prevalência, detecção geral muito alta e hiperendemia em menores de 15 anos, demonstrando existir endemia oculta e a necessidade de ações que implementem o processo de eliminação do agravo.

Nesse contexto, Cajazeiras se configura como um dos municípios mais endêmicos para hanseníase no Estado, sendo por isso, prioritário para o Ministério da Saúde quanto às ações de eliminação. Relatórios de supervisões indicam que esta doença ainda é um sério problema de saúde pública no município, comprovado pelos coeficientes (p/10.000habitantes) em 2007, onde a prevalência pontual é alta, alcançou 6,3%, a detecção geral de casos novos em menores de 15 anos (BRASIL, 2007).

Por ser uma área endêmica, o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) é uma das prioridades do município, sendo desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Estado, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, na tentativa de controlar a doença. São realizadas atividades de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar e tratar essa doença. Além de ações de controle da hanseníase por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A escolha da temática justifica-se pela atuação como aluna e monitora das disciplinas de Enfermagem Clínica I e II, durante os atendimentos as pessoas com esta doença e nos estágios supervisionados nas Unidades Básicas de Saúde (USB) do município de Cajazeiras, onde pode-se observar que as pessoas em tratamento para hanseníase carregavam consigo muito sofrimento, seja decorrente do tratamento em si, das incapacidades, dos episódios reacionais, durante ou após o tratamento, ou ainda pelo preconceito sofrido por apresentarem a doença.

Somando a estas implicações e a todas as outras que a hanseníase pode acarretar, não só no enfrentamento das dificuldades e incapacidades de ordem pessoal, econômica e social, mas também nas de apoio para obtenção de uma melhor qualidade de vida, caracterizar a epidemiologia da doença, torna-se importante, pois como já mencionado, o município apresenta um índice elevado de casos da doença.

O presente estudo visa caracterizar a hanseníase no município de Cajazeiras no período de 2007 a 2010; descrever o perfil sócio-demográfico dos casos no período em estudo; verificar as características epidemiológicas e clínicas da doença, no município de Cajazeiras; listar as Unidades de Saúde da Família (USF) que apresentaram maior número de casos novos de hanseníase. Portanto, analisar esta patologia, não só nos aspectos clínicos, mas principalmente outros que constituem, muitas vezes, determinantes do processo saúde-doença e sobre os quais pouco se têm conhecimento, como idade, sexo, raça/cor, escolaridade e ocupação.

Espera-se, com seus resultados, oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitam a redução da prevalência da doença no município, através de decisões individuais, grupais e coletivas, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com hanseníase.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença milenar, ainda que seja difícil afirmar a época do seu aparecimento. Ela já era conhecida na Índia em 1500 a.C. e outras regiões, sendo denominada Kushta, descrita no Regveda Samhita (um dos primeiros livros sagrados da Índia) com dois tipos de manifestações: a anestesia local e deformações nas extremidades e ulcerações, queda de dedos e desabamento da pirâmide nasal. No Brasil, há documentos afirmando a existência da hanseníase que datam do fim do século XVII (OPROMOLLA, 2000).

Gomes (2000) relata que em 1873 o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen identificou o bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) como o causador da lepra, a qual teve seu nome trocado para hanseníase em homenagem ao seu descobridor. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são 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 (BRASIL, 2005).

Atualmente, a hanseníase tem tratamento e cura, mas o estigma e o preconceito permanecem enraizados em nossa cultura dificultando o enfrentamento da doença e causando sérias repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores. Por muito tempo os indivíduos portadores de hanseníase foram rejeitados pela sociedade, família e amigos e obrigados a viver em situação de privação, perdendo o contato com o mundo externo para evitar a contaminação (BAIALARDI, 2007).

O bacilo de Hansen é uma micobactéria; pertence à família *Mycobacteriaceae* à ordem *Actinomycetales* e à classe *Schizomycetes*. O *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen (BH) tem forma de bastonete linear ou levemente encurvado, é Grampositivo e fortemente álcool-ácido-resistente. Aparece isolado ou formando “globias” – bacilos agrupados, dispostos paralelamente, formando feixes semelhantes a maços de cigarros ou aglomerados globosos de vários tamanhos. É o único representante do gênero *Mycobacterium* que se dispõe em verdadeiras globias (VERONESI et al., 2004).

Segundo Araújo (2003) ela é uma doença infecciosa, bacilo que tem tropismo por pele e nervos, o que lhe confere características peculiares e de fácil diagnóstico. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias. O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade. Na maioria dos casos, a hanseníase pode causar seqüelas, quando há dano neurológico. A primeira manifestação clínica da moléstia é a distesia cutânea, sintoma característico e sempre constante. Inicialmente, ocorrem alterações da sensibilidade térmica: hiperestesia (durante período fugaz), seguida de hipoestesia e, após algum tempo, anestesia. A seguir, ocorre perda progressiva da sensibilidade dolorosa e por último, da tátil (VERONESI et al., 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a transmissão do bacilo ocorre através de uma pessoa doente e sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae* e acredita-se que a susceptibilidade ao bacilo tenha influência genética e que a mais provável via de entrada do agente no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), através de contato íntimo e prolongado, muito freqüente na convivência domiciliar, sendo o domicílio apontado como importante espaço de transmissão da doença. Não há transmissão hereditária e também não existem evidências de transmissão nas relações sexuais (BRASIL, 2008).

No meio familiar, o contágio ocorre cinco a oito vezes mais freqüentemente que no extrafamiliar. Salienta-se que a recepção dos bacilos (infecção) não significa que a pessoa ficará doente; tudo dependerá do grau de resistência específica (fator natural – FN de Rotberg), que ele oferecerá à infecção (VERONESI et al., 2004).

A hanseníase apresenta um longo período de incubação; em média, de dois a sete anos. Há referência a períodos mais curtos, de sete meses, como também de mais de dez anos. Como em outras doenças infecciosas, a conversão de infecção em doença depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae*. Devido ao longo período de incubação, é menos freqüente na infância. Contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária (BRASIL, 2005).

Os doentes paucibacilares (indeterminados e tuberculóides) não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Os pacientes multibacilares, no entanto, constituem o grupo contagiante, assim se mantendo enquanto não se iniciar o tratamento específico. Conforme define a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoa que apresenta um ou mais dos critérios

listados a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requer tratamento quimioterápico específico: lesões de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alteração de sensibilidade; e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen (BRASIL, 2006).

Segundo a classificação de Madrid, a hanseníase apresenta-se nas seguintes formas clínicas: indeterminada e tuberculóide se incluem dentro dos paucibacilares (PB) e as formas dimorfa e virchowiana, dentro das multibacilares (MB) (BRASIL, 2005).

A Hanseníase Indeterminada (HI) é a forma inicial da doença. Caracteriza-se pelo aparecimento de uma ou mais manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas cujas bordas podem ser bem determinadas ou imprecisas, localizadas em qualquer lugar da pele. Algumas vezes, nesta forma pode ocorrer apenas alterações da sensibilidade superficial sem lesão cutânea. Na grande maioria dos casos apenas a sensibilidade térmica está alterada, a dolorosa pode estar normal ou pouco alterada e a tátil preservada. Não havendo tratamento, de acordo com o grau de defesa do indivíduo poderá ocorrer evolução para os tipos tuberculóide, virchowiana, dimorfa. Pode ainda permanecer estacionária ou involuir espontaneamente para a cura (FARIAS, 2002).

Já a Hanseníase Tuberculóide (HT) surge a partir da forma indeterminada não tratada e nos doentes que tenham boa resistência. Troncos nervosos podem ser envolvidos, e em geral, esse comprometimento é intenso, podendo haver necrose caseosa do nervo ("pseudo-abcesso de nervo") e incapacidades. Verificam-se alterações nas sensibilidades térmicas e dolorosas, e nas lesões mais antigas altera-se também a sensibilidade tátil. Esta forma clínica da doença caracteriza-se por lesões eritemato-hipocrômicas, eritematosas, eritemato-escamosas, com bordas discretamente elevadas ou com microtubérculos. Há queda de pêlos e a sudorese está diminuída ou ausente (hipohidrose ou anidrose). A quantidade de bacilos é pequena, portanto não há riscos de contágio (SERPA, 2006).

Na Hanseníase Virchowiana (HV) as lesões são múltiplas, hipocrômicas de limites imprecisos e vão tornando-se eritematosas, eritemato-acastanhadas, eritemato amareladas. Podem surgir pápulas, papulonódulos, nódulos, placas isoladas ou agrupadas. As lesões são geralmente simétricas e atingem todo o corpo. A infiltração difusa na face com a preservação dos cabelos dão o aspecto de "fácies leonina". As orelhas tornam-se infiltradas, principalmente os lóbulos. Há queda de supercílios a partir de suas extremidades externas (madarose). As mucosas ocular, bucal e de orofaringe são afetadas, podendo ocorrer perfuração do septo nasal. Há

comprometimento do sistema nervoso periférico com infiltração dos troncos nervosos e dos ramos periféricos, provocando distúrbios sensitivos, motores e tróficos. Pode ocorrer também envolvimento dos linfonodos, fígado, baço, supra-renais, testículos, medula óssea e ossos (FARIAS, 2002).

A Hanseníase Dimorfa (HD) surge nos indivíduos com resistência superior aos portadores de vichowiana e inferior aos portadores da tuberculóide. Clinicamente, podem apresentar, concomitantemente, características de HT e HV. Quando a imunidade celular está preservada, o número de lesões é pequeno, são assimétricas, com as bordas mais ou menos definidas e o centro espessado eritematoso e/ou pigmentado. Estando a imunidade celular diminuída, o número de lesões é maior, são simétricas, as bordas externas são mal definidas, as bordas internas são nítidas e o centro deprimido, dando o aspecto em queijo suíço. Há também nódulos e placas eritematosas e pigmentadas. Os troncos e filetes nervosos estão envolvidos, havendo distúrbios sensitivos, motores e tróficos (ARAÚJO, 2003).

O diagnóstico de caso de hanseníase é, basicamente, realizado pela análise da história e condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico que busca identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico). Para isto, é feita a prova de sensibilidade cutânea superficial; sensibilidade térmica; pesquisa da sensibilidade dolorosa e tátil. Já o diagnóstico laboratorial se baseia em vários testes como a prova da histamina, baciloscopia, prova de pilocarpina, teste de mitsuda, e histopatológico (VERONESI et al., 2004).

O MS ressalta que a baciloscopia, deve ser realizada em todas as pessoas com suspeita clínica de hanseníase, lembrando que nas formas não transmissíveis ou paucibacilares da doença não são evidenciados os bacilos nas lesões ou nos sítios padronizados de coleta, ou seja, nos lóbulos auriculares, cotovelos e lesão. Portanto, baciloscopia negativa não exclui o diagnóstico. A pesquisa bacteriológica positiva confirmará o caso suspeito, geralmente formas virchoviana ou dimorfas, sendo os doentes classificados como multibacilares ou bacilíferos, os quais devem ter prioridade nos programas de controle da endemia. O exame baciloscópico é recomendado na ocasião do diagnóstico, não havendo mais a necessidade de repeti-lo no seguimento do caso ou na avaliação da alta por cura no atual tratamento poliquimioterápico com doses fixas (BRASIL, 2005).



Ele deve ser recebido, pelo paciente, de modo semelhante ao de outras doenças curáveis. Caso cause impacto psicológico, tanto no indivíduo que está doente quanto nos familiares ou pessoas de sua rede social, torna-se necessário uma abordagem apropriada pela equipe de saúde no sentido de favorecer a aceitação do problema, a superação das dificuldades e a adesão aos tratamentos. Este cuidado deve ser adotado no momento do diagnóstico, bem como durante todo o tratamento da doença e, se necessário, após a alta (BRASIL, 2010).

Farias (2002) afirma que a partir de 1986, a Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde recomenda a poliquimioterapia (PQT) para o tratamento utilizando-se dapsona, rifampicina e clofazimina. O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial (ARAÚJO, 2003).

Atualmente, no Brasil, o tratamento para a hanseníase é feito ambulatorialmente utilizando os esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional. Na hanseníase paucibacilar são usados a rifampicina em uma dose mensal de 600mg supervisionada, isto é, na presença do profissional de saúde e a dapsona em doses diárias de 100 mg auto-administrada e 100 mg em uma dose mensal supervisionada. Para o seguimento dos casos é necessário o comparecimento mensal do doente no serviço para a medicação supervisionada num total de seis doses em até nove meses e revisão dermatoneurológica no sexto mês. Para o tratamento da hanseníase multibacilar são usadas a rifampicina e dapsona da mesma forma já descrita, acrescida de uma dose mensal supervisionada de clofazimina (300 mg) e uma dose diária (50 mg) auto-administrada, num total de doze doses, por um período de até dezoito meses. O paciente que não comparecer à dose supervisionada deverá ser visitado em seu domicílio, no máximo dentro de 30 dias, na tentativa de se assegurar o tratamento e evitar o abandono. Nos retornos para tomar a dose supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico responsável pelo monitoramento clínico e terapêutico, procurando-se identificar reações hanseníacas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural (BRASIL, 2010).

O MS reforça que 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 da PQT. A adoção dessas atividades será baseada nas informações obtidas através da avaliação neurológica durante o diagnóstico e no término do tratamento (BRASIL, 2005).

A informação de que a hanseníase é curável e que o tratamento é grátis e simples deve ser amplamente divulgada junto à população, para que se diminua a ignorância e se comece a percebê-la como uma doença qualquer. Desta forma, cada vez mais os casos poderão ser detectados em sua fase inicial e tratados adequadamente diminuindo, assim, a fonte de infecção na comunidade, a incidência e a prevalência da hanseníase.

A atuação do enfermeiro, segundo Saho e Santana (2001), também deve ser considerada no controle da hanseníase, tanto no que diz respeito ao acompanhamento do paciente e da família no tratamento e prevenção de incapacidades, como também na educação em saúde para os profissionais de saúde e a população em geral, incentivando a participação plena do paciente nas atividades normais da sociedade.

Foss (2003) relata que antes, durante ou após o início do tratamento podem ocorrer episódios reacionais, definidos como fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase, levando à perda funcional de nervos periféricos e agravamento das incapacidades. Originam-se de processos inflamatórios e resposta imunológica, mediada por antígenos do *M. leprae*, e estão relacionados à carga bacilar e resposta imune do hospedeiro.

De acordo com Nery et al. (2006) existem três formas clínicas de episódios reacionais: Reação Reversa (RR); Eritema Nodoso Hansênico (ENH) e Neurite isolada. Na RR ocorre a reativação de lesões preexistentes ou aparecimento, em áreas anteriormente não comprometidas, de novas lesões, apresentando eritema e infiltração, formando uma placa de superfície lisa, brilhante e de aspecto edemaciado, que pode envolver com descamação de toda a lesão e hiperpigmentação residual. A duração do quadro reacional pode variar de semanas a meses. No ENH observa-se o aparecimento súbito de nódulos inflamatórios, dérmicos ou subcutâneos, eritematosos, com calor local, móveis à palpação, que freqüentemente são dolorosos, podendo ocorrer formação de vesículas, bolhas e ulcerações.

Na neurite há aparecimento de dor espontânea após compressão de troncos nervosos periféricos, que pode vir acompanhada, ou não, de edema localizado e comprometimento da função neurológica. Caso ocorra comprometimento neurológico, a neurite provoca alterações das funções sensitivas, motoras e autonômicas que

predisõem a dano secundário, em decorrência de trauma, pressão anormal e infecções (NERY et al, 2006).

## 2.2 INICIATIVAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA O CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

As primeiras iniciativas do Governo Federal, em relação à organização da saúde pública para o controle da hanseníase, se inserem nas políticas da polícia sanitária e do campanhismo, que vão do período de 1920 a 1962. O Estado desempenhava uma ação saneadora, através do isolamento compulsório dos doentes nos hospitais-colônia (OLIVEIRA, 1991).

Até o advento da sulfona, em 1943, a profilaxia da lepra, processou-se suportada por três atividades: os leprosários, destinados a resguardar os casos malignos, pacientes virchowianos; os dispensários, que tinham a função de examinar os contatos, pessoas com suspeitas de lepra e atender os casos tuberculóides ou indeterminados; os preventórios, onde eram criados os filhos dos doentes internados. Apesar dessas atividades, censos realizados na época, revelaram o aumento no número de casos, demonstrando que as ações foram insuficientes para evitar a propagação da doença (VELLOSO, 2002).

Surge então em 1956, uma nova linha de orientação baseada na descentralização dos atendimentos dos casos da doença com aumento da cobertura populacional, a estratificação do país segundo critérios epidemiológicos e operacionais, a inclusão e exclusão dos registros de óbitos, ausentes e curados e a adoção da educação sanitária (GREGÓRIO, 1999).

Ainda segundo Gregório (1999), as décadas de sessenta e setenta foram marcadas pela não obrigatoriedade de internação compulsória do doente contagiante, tendo em vista a perspectiva de curabilidade da terapêutica com dapsona e a adoção do termo hanseníase em substituição a lepra, conforme recomendação da Conferência Nacional de Hanseníase, em 1976. Nesse momento, inicia-se a preocupação dos técnicos com relação à diminuição de seqüelas e prevenção de incapacidades, havendo ainda a substituição do Serviço Nacional de Lepra pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS).

Na década de 80, com o término de uma ditadura de 20 anos e a busca da democracia, assim como a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde recuperando os direitos dos cidadãos, foi também o momento em que se perguntou o que fazer com os pacientes que ficaram décadas internados e isolados. Os leprosários tiveram o seu papel redefinido e muitos foram transformados em hospitais gerais, como é o caso do Hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro, e outros em centros de pesquisa, como é o caso do Sanatório Aymorés, que se transformou no Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru. Como forma de assegurar os direitos dos pacientes e atentar para o seu papel de cidadão, garantindo a sua reinserção social foi criado, em 1981, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), que é um dos mais bem-sucedidos movimentos sociais no Brasil, com representação no Conselho Nacional de Saúde (FIOCRUZ, 2007).

Ao decorrer do tempo, a monoterapia apresentava-se como a causa mais freqüente de desenvolvimento da resistência ao medicamento e a utilização de, no mínimo, duas drogas potentes ajudariam a superar este problema. Tendo conhecimento deste fato a OMS, em 1981, introduziu a quimioterapia combinada com três drogas, conhecida como poliquimioterapia (PQT/OMS), que consiste no uso das três drogas consideradas as melhores, a saber: dapsona, rifampicina e clofazimina (GOULART et al., 2002).

Junto com a adoção gradativa da poliquimioterapia/OMS no Brasil, a partir de 1986, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária reestrutura o programa tendo como iniciativas, a realização de estudos de tendência da endemia, o estímulo ao aumento da cobertura do programa, treinamento de pessoal, descentralização administrativa e de controle, integração do programa nos serviços básicos de saúde, organização de sistemas de informações e realização de atividades de educação em saúde com campanha na mídia (VELLOSO, 2002).

Ainda de acordo com Velloso (2002), desde então várias estratégias foram utilizadas visando o controle da hanseníase. O Projeto de Intervenção para o quinquênio 1986-1990 esperava que pelo menos 80% dos casos poderiam ser integrados aos serviços locais com boa capacidade resolutiva. Com base em estudo de tendência realizado nesse período, o Brasil foi caracterizado como um país de elevada prevalência de casos, com uma endemia em expansão constituindo-se assim a hanseníase um sério problema de saúde pública. Então, no período de 1990 a 1994, há o lançamento do Plano de Emergência Nacional (PEN), constituído de metas, objetivando detectar todos

os casos novos esperados, tratar com PQT, aplicar BCG em contatos intradomiciliares e conhecer a real prevalência da hanseníase, tendo sido o mesmo avaliado positivamente.

Em decorrência da aceitação e avanços com instituição da PQT/OMS em 1991, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde realizada em Genebra, Suíça, o Brasil assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. Assim, em 1995, foi elaborado o Plano de Eliminação da Hanseníase (PEL) que previa eliminar a doença como problema de saúde pública (< 1 caso por 10.000 habitantes) até o ano 2000, tendo como prioridades a detecção intensiva dos casos, a vigilância epidemiológica, a atenção às incapacidades e o tratamento com PQT (WHO, 2008s).

Apesar da redução da prevalência em mais de 80%, o Brasil não alcançou a meta e, em 1999, durante a III Conferência Mundial de Eliminação de Hanseníase em Abdjan - Costa do Marfim, foi ratificado o compromisso em eliminar a hanseníase até 2005 para o país (BRASIL, 2005).

Para o alcance dessa meta o Brasil precisaria acelerar o processo de descentralização e universalização das ações de controle da doença visando o diagnóstico e tratamento de todos os casos e quebra da cadeia de transmissão da doença. Assim o MS, lançou em 2001, o Plano de Mobilização para a Intensificação das Ações de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, tendo como eixo a mobilização técnica, social e política em torno das metas de eliminação da hanseníase, a descentralização das ações e mudanças do modelo de atenção com reorganização dos serviços, melhoria da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informações, ampliação e qualificação da rede de laboratório e diagnóstico, garantia de assistência farmacêutica, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 2003).

Em 2006, ainda que a eliminação não tenha sido atingida em 2005, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) tem como principal eixo para o alcance da meta de eliminação de hanseníase como problema de saúde pública, a integração das ações de controle de hanseníase na rede básica de saúde, a ampliação e universalização da cobertura municipal do Programa, mantendo como princípios básicos a detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com PQT (BRASIL, 2005).

A despeito do Ministério da Saúde (MS) do Brasil ter assumido que o Programa de Eliminação da Hanseníase era "Prioridade Zero" do Governo na gestão 2002 a 2006, o país não conseguiu atingir essa meta em 2005, assumindo seu cumprimento em nível municipal até 2010. Foi criado, portanto, o Plano de Eliminação da Hanseníase (PEH) em nível municipal 2006-2010 pelo Ministério da Saúde. Este plano estabeleceu em

2004 o redirecionamento da política de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública e de atenção à hanseníase no Brasil, em um novo contexto que permite aferir a real magnitude da endemia no País (MORHAN, 2006).

Este plano apresentou, correção no cálculo do coeficiente de prevalência, o princípio básico, fundamentado na correção do cálculo do coeficiente de prevalência, proporcionou nova visibilidade da distribuição e da concentração de endemia no território nacional, permitindo estudos comparativos, análises circunstanciais e identificação de tendências nos diferentes grupos populacionais das regiões geográficas do país. As atividades do Programa devem estar pautadas no diagnóstico dos casos, tratamento com poliquimioterapia, vigilância epidemiológica, exame de comunicantes, educação do paciente, família e comunidade, prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência, assim como o acompanhamento dos casos prevalentes até a cura (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2009 foram registrados 244.796 casos novos de hanseníase no mundo sendo que deste total, 28.935 ocorreram no continente africano; 166.115 no Sudeste Asiático; 133.717 casos na Índia; 4.029 no Mediterrâneo oriental; 5.243 na região do Pacífico Ocidental e 40.474 nas Américas, sendo no Brasil 37.610 casos novos (WHO, 2010).

No Brasil a hanseníase apresenta uma tendência à estabilização dos coeficientes de detecção, porém, com patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o que demonstra a necessidade de execução de atividades que impactem a transmissão da doença de modo a atingir as metas propostas pela OMS. No período de 2001 a 2007 a região Norte apresentou um coeficiente médio de 69,40/100.000 habitantes; na região Centro-Oeste o coeficiente foi de 60,77/100.000; para a região Nordeste a média do coeficiente foi de 35,48/100.000. No mesmo período, o coeficiente na região Sudeste passou de 14,06/100.000 habitantes em 2001 para 9,75/100.000 em 2007. Os valores mais baixos foram registrados na Região Sul onde houve um declínio de 7,44/100.000 em 2001 para 6,45/100.000 habitantes em 2007. O Brasil apresentou no período um valor médio de 26,26/100.000 (BRASIL, 2008).

Segundo o Núcleo Estadual de Dermatologia Sanitária (NEDS), no Estado da Paraíba, são notificados aproximadamente 800 casos de hanseníase por ano, o que demonstra um alto índice, tornando o estado em condição de alerta com uma atenção primordial sobre o assunto (PARAÍBA, 2003).

### 2.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE

A vigilância epidemiológica da hanseníase é realizada através de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de avaliar e recomendar atividades de controle, para tanto, deve desenvolver atividades de coleta, processamento, análise, interpretação dos dados e recomendações, devendo, entretanto estar comprometida com a identificação e planejamento das intervenções necessárias. Objetiva ainda a detecção e tratamento precoce de casos novos, no sentido de interromper a cadeia de transmissão, prevenir incapacidades físicas e realizar exames dermatoneurológicos de todos os contatos de casos (BRASIL, 2001).

Considerada uma doença de notificação compulsória, um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta um ou mais das características a seguir: lesões ou áreas da pele, com alteração de sensibilidade, acometimento neural com espessamento de nervo, acompanhado ou não de alteração da sensibilidade e/ou força muscular, baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*. A ocorrência de um caso deve ser investigada para que as ações de controle sejam desencadeadas. (BRASIL, 2005).

Concluindo o diagnóstico, o caso deve ser notificado e a ficha de investigação enviada ao órgão hierarquicamente superior para a digitação no Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), para que medidas como o tratamento específico, prevenção e tratamento de incapacidades, divulgação de sinais e sintomas junto ao paciente, familiares, comunidade e exame dos comunicantes sejam desencadeadas visando a quebra na cadeia de transmissão (BRASIL, 2006).

O acompanhamento dos casos é monitorado através do envio, pelas unidades de saúde para a vigilância epidemiológica, dos boletins de acompanhamento onde serão atualizados os dados (último comparecimento, avaliação de incapacidade na cura, esquema terapêutico atual, data da mudança do esquema terapêutico, contatos examinados, tipo e data da alta) coletados nas unidades de saúde, viabilizando assim a avaliação operacional das ações de controle (BRASIL, 2001).

A alimentação dos dados no sistema de informações permite a construção de indicadores, que são aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno, permitindo descrever uma determinada situação de saúde e acompanhar mudanças ou tendências de um agravo em um período de tempo, sendo um meio útil e simples de monitorizar o progresso de um programa. Para tanto, devem apresentar características

de disponibilidade, confiabilidade, fidedignidade, simplicidade e discriminabilidade. Na avaliação das ações do Programa de hanseníase e da endemia, são utilizados indicadores epidemiológicos e operacionais, assim como as variáveis da ficha de investigação. Os indicadores epidemiológicos avaliam a magnitude e a transcendência do problema de saúde pública, sendo representados pelos coeficientes, por 10.000 habitantes, de detecção anual de casos novos, detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, prevalência da doença, percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano e percentagem de casos curados no ano com incapacidades físicas. Tendo em vista a proposta do indicador, os resultados são classificados em nível: hiperendêmico, muito alto, alto, médio e baixo (BRASIL, 2005).

Os indicadores operacionais mensuram o trabalho realizado seja em função da qualidade ou da quantidade, sendo mais utilizado, a percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado, a proporção de cura e abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12/ano de avaliação, a percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, a proporção de unidades de saúde com cobertura para PQT. Considerando que são medidas de desempenho do programa, seus resultados são apresentados como nível bom, médio e ruim (BRASIL, 2003).

A ficha de investigação fornece dados para a construção dos indicadores, assim como para análises das variáveis de acordo com as características de tempo, lugar e pessoa. Da ficha de investigação, pode-se obter dados sobre a identificação do caso, tais como: idade, sexo, raça/cor, escolaridade; ocupação; dados clínicos como: forma clínica e classificação operacional; sobre o atendimento: modo de entrada e de detecção do caso novo; tratamento: esquema terapêutico, entre outros (BRASIL, 2001).



### 3 PERCUSSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Marconi (2008) define pesquisa como um apanhado sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados ao tema. Já para Andrade (2001) pesquisa é um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos.

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo do tipo documental, de caráter quantitativo. Esse desenho de estudo propõe expor as características de determinada população ou determinado fenômeno assim como verificar a frequência da doença em função das variáveis ligadas ao tempo, espaço e à pessoa (ROUQUAYROL, 2003; TOBAR, 2001).

Para Barros (2007) a pesquisa descritiva engloba dois tipos: a 'pesquisa documental' e/ou 'bibliográfica' e a 'pesquisa de campo'. Nesse tipo de pesquisa, não há a interferência do pesquisador, isto é, ele descreve o objeto de pesquisa. Procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, características, causas, relações e conexões com outros fenômenos. Segundo Nascimento et al. (2007) o método quantitativo é aquele que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados devendo ser utilizado quando é exigido um estudo exploratório ou em diagnósticos iniciais de uma situação.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Secretaria de Saúde, no Departamento de Vigilância Epidemiológica, localizado na Rua Assênio Araruna, S/N, no município de Cajazeiras, localizado na extremidade ocidental do estado da Paraíba, distante a 480Km da capital, com uma população de 58.437 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010) e área de 586,275km<sup>2</sup>. A cidade possui um dos maiores Produtos Interno

Brutos - PIBs do Sertão Paraibano. A principal atividade econômica é a agropecuária, seguida da indústria e comércio.

A escolha da mesma deve-se à alta endemicidade para a hanseníase, sendo prioritário para as ações do Ministério da Saúde e do Estado; dentre os 223 municípios da Paraíba, obteve, no ano de 2009, o primeiro lugar em prevalência de casos para a doença.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é constituída por todos os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no período de 2007 a 2010, totalizando 258 casos, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, no banco de dados da Secretária de Saúde do município. A amostra constou com 100% da população.

Segundo Minayo (2002), população é a totalidade de pessoas, animais, plantas ou objetos, da qual se podem recolher dados. É um grupo de interesse que se deseja descrever ou acerca do qual se deseja tirar conclusões. Amostra é um subconjunto, representativo ou não, de uma população.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão definiu-se: residir em Cajazeiras e ter sido notificado no período do estudo. Os critérios de exclusão foram: residir em outro local e ter sido notificado em outro período, que não entre 2007 a 2010.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para realização do estudo, foram utilizadas informações do banco de dados municipal, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN referentes à hanseníase. A coleta de dados ocorreu no mês de Junho de 2011, após a aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e autorização pela coordenação da instituição referida. Para se proceder a coleta

dos dados, foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras um Termo de Autorização Institucional.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi feito contato com a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora Municipal de Vigilância Epidemiológica, a fim de solicitar a liberação para a realização deste estudo, na oportunidade foi entregue o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A). Após ser concedida a permissão para a efetivação da pesquisa, foram consultadas as fichas do SINAN correspondentes aos anos de 2007 a 2010 que constam no arquivo, bem como foram acessados os programas SINAN dados e TAB para Windows (TABWIN), instalados na Secretaria de Saúde do Município.

Para tabulação e confecção dos gráficos foi utilizado o Microsoft Excel (2007). Os dados foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo todos discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. As variáveis utilizadas para construir o perfil dos pacientes de hanseníase estão apresentadas no (APÊNDICE A), tendo sido as mesmas categorizadas e descritas conforme normas técnicas do SINAN.

### 3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

Como se trata de estudo com seres humanos, as pesquisadoras cumpriram as recomendações emanadas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/ CNS. Para tanto, foi elaborado o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos (TCCDA) (ANEXO B) - que resguarda a autonomia dos sujeitos da pesquisa, com preservação do anonimato e sigilo com relação às informações concedidas, bem como o protocolo de pesquisa os quais foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da UEPB, para serem submetidos à revisão ética. Vale salientar que não haverá exposição dos indivíduos notificados no banco de dados, o que não implica em comprometimento ético (BRASIL, 2002).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo são apresentados os resultados obtidos a partir da coleta dos dados dos dados no SINAN, do qual foram extraídos os dados epidemiológicos da hanseníase em uma série histórica dos últimos quatro anos, referente ao período de 2007 a 2010. A amostra do trabalho foi composta por 258 casos notificados durante estes anos.

**Tabela1** - Caracterização da população estudada segundo faixa etária, raça, escolaridade e ocupação nos anos de 2007 a 2010.

VARIÁVEIS	f	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	132	51,17%
Masculino	126	48,83%
<b>Faixa etária</b>		
<15	10	3,8%
15 —  30	54	21%
30 —  45	72	28%
45 —  60	73	28,3%
60 —  75	30	11,6%
75+	19	7,3%
<b>Raça</b>		
Ignorado/Branco	22	8,5%
Branca	78	30,3%
Preta	32	12,4%
Amarela	04	1,5%
Parda	121	46,9%
Indígena	01	0,4%
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	20	7,8%
Ensino fundamental incompleto	72	27,9%
Ensino fundamental completo	34	13,2%
Ensino médio incompleto	12	4,6%
Ensino médio completo	06	2,3%
Ensino superior incompleto	01	0,4%
Ensino superior completo	06	2,3
Não se aplica	02	0,8
Ignorado/Branco	105	40,7
<b>Ocupação</b>		
Estudante	11	4,3%
Dona de casa	40	15,5%
Fotógrafo	01	0,4%
Agente comunitário de saúde	01	0,4%
Cabeleireiro	01	0,4%
Vendedor ambulante	03	1,2%
Pedreiro	09	3,4%
Ignorado/Branco	192	74,4%
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>100%</b>

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

A Tabela 1 demonstra que dos 258 pacientes notificados, houve predominância do gênero feminino com 51,17%, em relação ao gênero masculino com 48,83%. Esses resultados contrapõem-se aos de Aquino (2003), que identificou o percentual de 60,9% em homens, numa área hiperendêmica do Maranhão e os de Barro (2004), que detectou uma maior prevalência da doença entre pessoas do gênero masculino no município de Londrina, em 56% dos casos.

Lana (2003) afirma que a predominância de detecção em mulheres pode ocorrer devido a uma maior preocupação com o corpo entre estas e, também pela facilidade de acesso das mulheres às Unidades de Saúde, em função da priorização em outros programas, como a Atenção à Saúde Materna e da Mulher, desenvolvidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que proporcionam um maior contato com atendimentos de saúde.

Observa-se que a maioria dos doentes encontra-se na faixa etária de adulto-jovens, sendo que do total de casos, 54 (21%) encontram-se na faixa etária de 15 e 30 anos, 72 (28%) entre 30 e 45 anos, 73 (28,3%) entre 45 e 60 anos, 30 (11,6%) entre 60 e 75 anos e 19 (7,3%) com 75 anos ou mais. O aumento no número de casos da hanseníase é perceptível nas faixas etárias dos adultos e idosos, estando o seu pico situado entre os 45 aos 60 anos.

Em portadores com faixa etária menor que 15 anos observamos uma frequência de 10 (3,8%), indicando que a endemia não poupa as faixas etárias menores. Segundo o Ministério da Saúde (MS) em áreas mais endêmicas, a exposição precoce em focos domiciliares aumenta a incidência nessa faixa etária (BRASIL, 2002). Desta forma, os resultados aqui encontrados são de bastante relevância, pois sugerem que a convivência intra-domiciliar e familiar com adultos doentes esteja favorecendo a transmissão, resultando em contágio nos primeiros anos de vida.

Quanto à variável raça, o tipo parda prevaleceu com 121 (46,9%) dos registros, seguida da branca com 30,3%, preta com 12,4%, amarela com 1,5% e um caso indígena. Segundo o IBGE (2006), é possível realizar associação entre cor e a existência de desigualdades sociais, onde as populações das raças parda e preta teriam um menor nível de escolaridade e conseqüentemente um menor poder aquisitivo.

A avaliação da escolaridade evidência, para todos os anos, um predomínio de pacientes com o ensino fundamental incompleto. Para o período, a proporção de casos com ensino fundamental incompleto é de 72 (27,9%), e apenas 06 (2,3%) tem ensino superior completo. Destaca-se ainda nesse período, os que não possuem nenhum estudo

20 (7,8%), o que nos mostra que em pleno desenvolvimento do país ainda encontramos alta taxa de analfabetismo. Esses valores evidenciam que a maioria dos pacientes possuem um grau de escolaridade insuficiente para compreenderem as alterações e sintomas da doença, os quais estão vivenciando.

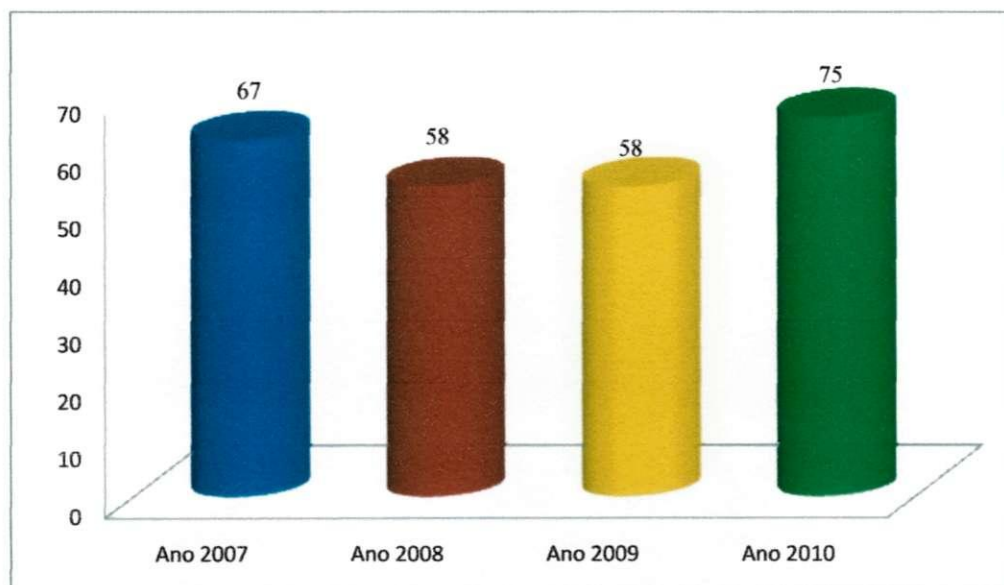
De acordo com o IBGE (2006), o grau de instrução constitui um dos indicadores para avaliar o nível sócio-econômico de uma população. Barro (2004) cita que a maioria dos portadores possui um baixo nível de instrução e se encontram em um contexto de pobreza e de condições de vida precárias, fortalecendo os achados de Ponnighaus et al. apud Moet (2004), quando demonstram que quanto menor o número de anos estudados, maior o risco de adquirir hanseníase. Além dessa associação de risco, o conhecimento sobre a escolaridade deve nortear a adaptação da linguagem nas ações de educação em saúde, nas orientações quanto aos autocuidados e tratamento, visando um melhor entendimento do paciente quanto à hanseníase e conseqüentemente um menor abandono ao tratamento.

Na variável ocupação, a categoria em branco prevalece, o percentual de não preenchimento dessa variável foi de 74,4%. As ocupações mais referidas foram: 15,5% são donas de casa, 4,3% são estudantes e 3,4% pedreiros. Apesar da hanseníase não fazer parte da lista de doenças relacionadas ao trabalho, à importância de considerá-la é devido à influência da ocupação no agravamento ou manutenção de alguns casos de neurite hansênica (CEDOC, 2006).

As variáveis escolaridade e ocupação apresentadas no estudo nos mostram um elevado número de casos na categoria Ignorado/Branco, 105 (40,7%) e 192 (74,4%) respectivamente, levando-nos a perceber que o preenchimento das fichas do SINAN não está sendo realizado da forma correta. A qualidade de um dado na notificação em hanseníase é verificada, sobretudo pela avaliação de completitude e consistência das fichas de investigação. O adequado é que antes da digitação realize-se a crítica da ficha, para que os campos em branco, ignorados e as variáveis incompatíveis entre si, sejam identificadas e à ficha retorne a unidade de saúde para adequações. Quando essa rotina não está implantada, há comprometimento e até inviabilidade de análise dos indicadores.

Ainda que esse trabalho não objetive avaliar a completitude das fichas, diante dos resultados encontrados em algumas variáveis, achou-se pertinente tal abordagem em paralelo a discussão dos resultados, uma vez que, o monitoramento e avaliação do programa de hanseníase dependem da qualidade dos dados coletados na notificação e

acompanhamento dos casos, assim como do adequado processamento e consolidação dos mesmos. Esses registros permitem a construção de indicadores que devem ser os mais fidedignos possíveis para expressar a real situação da endemia e dos acometidos, tendo em vista que essas análises devem subsidiar o planejamento das ações, gerar recomendações e intervenções (NASCIMENTO, 2001).



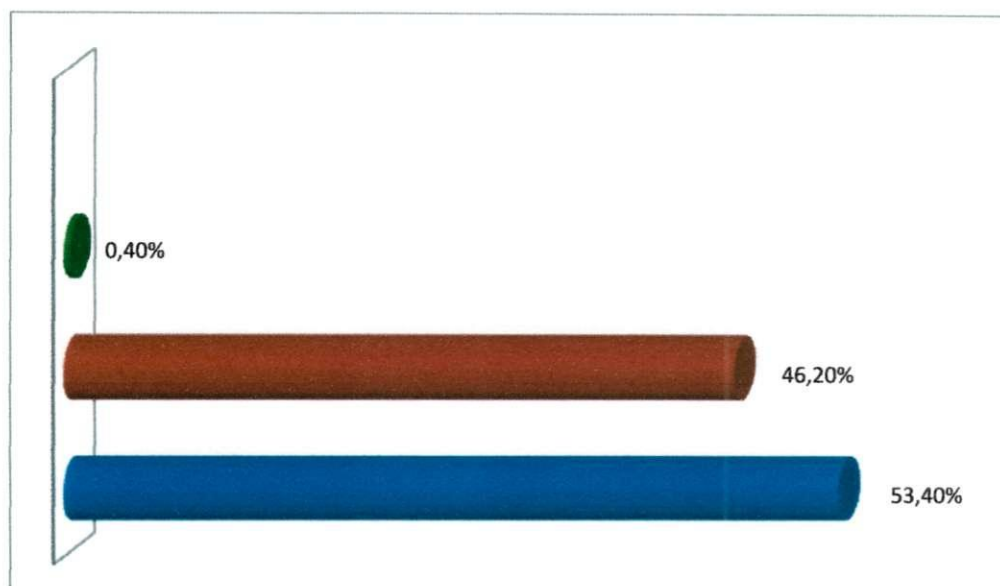
**Figura 1:** Número absoluto de casos registrados por ano.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2011.

Na Figura 1 estão distribuídos os números de casos conforme as notificações registradas na Secretaria de Saúde do Município, durante o período de 2007 a 2010.

Observa-se que houve um maior número no ano de 2010, com 75 casos, sendo os demais distribuídos: 2007 com 67, 2008 e 2009 com 58 casos. Entre os anos de 2007 a 2009 houve uma diminuição dos casos, porém um número relevante foi registrado novamente no ano de 2010.

Ao longo dos últimos anos, vem se buscando o controle da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs a meta de eliminação desta doença em 2010. Porém os valores encontrados neste estudo demonstraram uma instabilidade da endemia no município, o que permite a consideração da hipótese de que com o decorrer dos anos houve uma falha dos serviços de saúde na agilidade de detecção de casos novos, embora, segundo informação da Secretaria de Saúde, nos últimos anos profissionais da Atenção Básica e outros responsáveis por esse setor de saúde, vem trabalhando em campanhas municipais de busca ativa.



**Figura 2:** Apresentação dos casos de acordo com a classificação operacional.

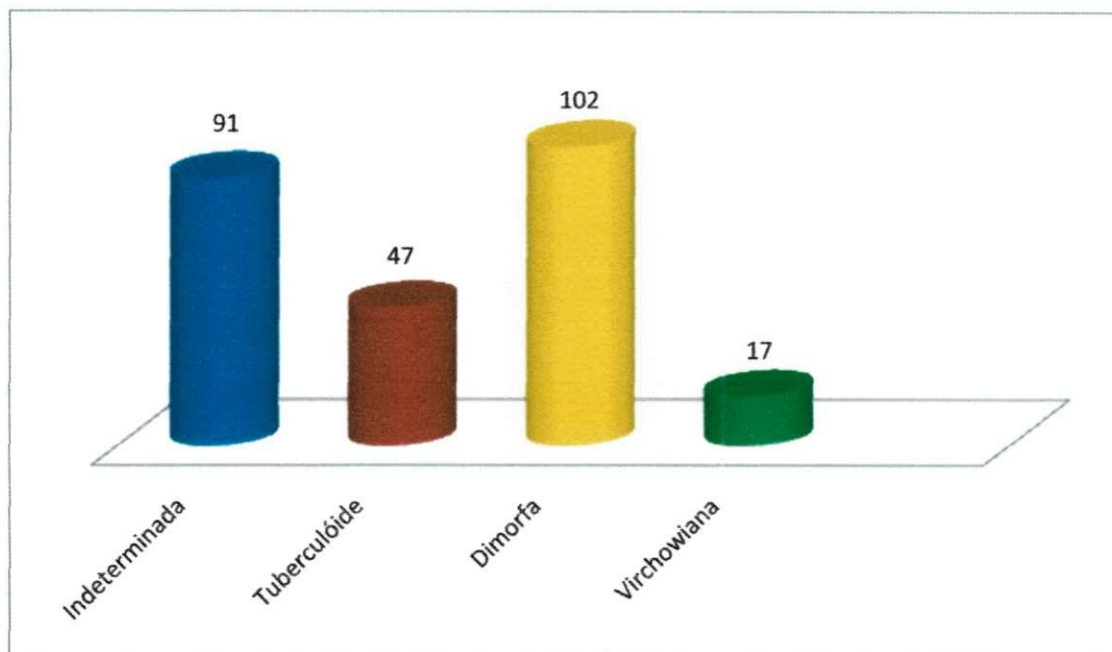
**Fonte:** Própria Pesquisa/2011

Agrupando os pacientes por classificação operacional, observa-se que apenas 0,4%, um caso, não foi informada a classificação, 53,4% (119) eram paucibacilares (PB) e 46,2% (138) multibacilares (MB). Em 2007, no Estado da Paraíba, houve um predomínio de casos paucibacilares da doença (54,3%) contra 45,7% de casos multibacilares, o que se assemelha a nossa pesquisa onde os resultados apontam a predominância das formas paucibacilares.

De acordo com os dados obtidos, podemos perceber e denotar a hipótese de que, esta sendo feito de forma mais precoce o diagnóstico, na maioria dos casos, o que pode ser resultado das campanhas educativas realizadas nos últimos anos e do treinamento das equipes de Saúde da Família. Demonstrando de forma positiva o início do controle da doença na cidade de Cajazeiras, uma vez que, os doentes paucibacilares não são importantes como fonte de transmissão da doença, em virtude da baixa carga bacilar e que os pacientes multibacilares constituem o grupo contagiante até iniciar o tratamento específico, o que torna mais fácil a sua cura (BRASIL, 2005).

É importante ainda ressaltar que a porcentagem de pacientes multibacilares (46,2%) é bastante significativa, indicando assim a detecção tardia em boa parte dos casos, após a evolução para as formas mais graves e contagiosas da doença. Além da presença de fontes de infecção que contribuem para a continuidade do ciclo de transmissão da doença.





**Figura 3:** Número absoluto de casos segundo a forma clínica no período compreendido entre 2007 a 2010.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2011.

Quanto à distribuição da amostra que foi classificada em PB e MB (257), segundo a forma clínica (Figura 3), observou-se que no período compreendido entre 2007 e 2010, 91 (35,5%) foram classificados como forma indeterminada, 47 (18,2%) casos com forma tuberculóide, 102 (39,7%) casos com forma dimorfa e 17 (6,6%) casos com forma virchowiana.

No município em estudo observou-se que a maioria dos casos notificados no período foi da forma dimorfa com 39,7% (102 casos). Epidemiologicamente, a predominância de casos dimorfos pode ocorrer devido a diagnósticos tardios ou ainda por dúvidas no diagnóstico onde nesses casos, é recomendado classificar o paciente como multibacilar. O que se torna um dado preocupante e significativo, pois segundo o Ministério da Saúde, esta forma apresenta uma alta carga bacilar, e enquanto não for realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento dos mesmos, o convívio com esses doentes favorece a transmissão da doença, podendo também favorecer o aparecimento de alterações neurológicas e conseqüentemente evoluir para incapacidades físicas que podem ser graves (BRASIL, 2003).

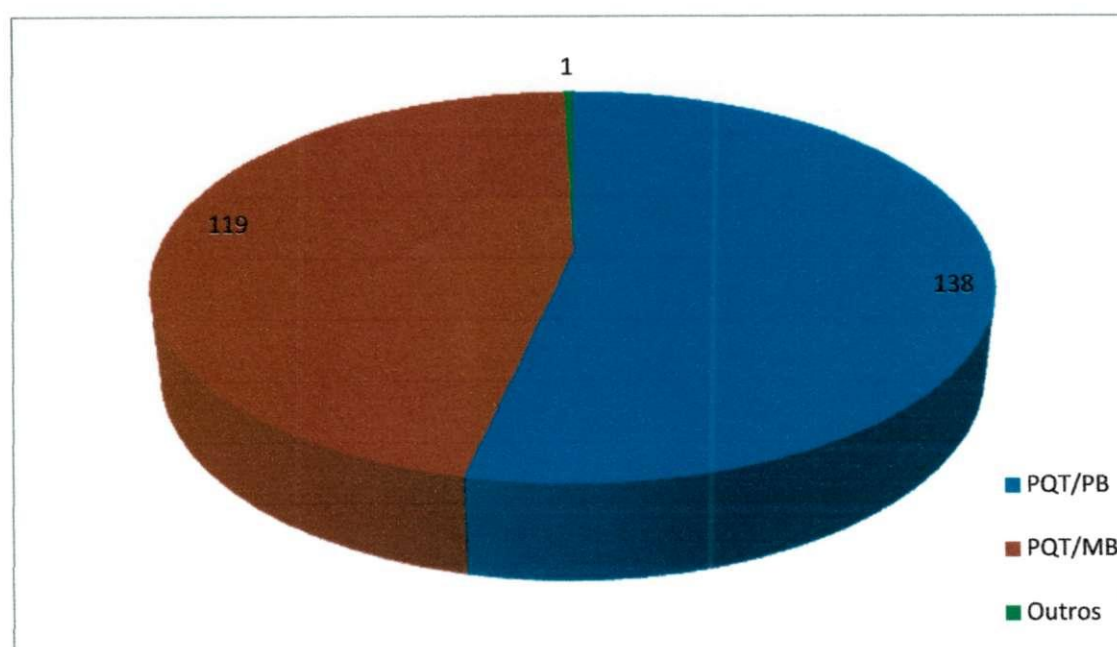
No período avaliado, observou-se um maior número de casos com a forma indeterminada, indicando que a maioria dos pacientes está tendo acesso ao diagnóstico logo após a manifestação inicial da doença. Porém, mesmo em se tratando desta forma clínica, que depois de um certo tempo tende a evoluir para cura espontânea, esses casos

requerem a devida atenção, uma vez que, poderá ocorrer a evolução para outra forma (ARAÚJO, 2003).

Um dado que também chama-nos a atenção, é o número de casos correspondente a forma tuberculóide, pois esta forma ocorre em indivíduos imunologicamente competentes, em que há o risco de dano neural. Araújo (2003) relata que o aumento destas formas clínicas, principalmente a forma tuberculóide, denota também uma tendência ascendente da endemia, expressando o acometimento de indivíduos resistentes.

A análise geral das formas clínicas realizada no período proposto revelou-nos um agravamento gradativo da endemia no município, uma vez que com o passar dos anos houve um maior número de casos com forma dimorfa do que de formas indeterminada e tuberculóide.

Os dados nos mostram que a endemia esteve fora do controle, principalmente nos últimos anos, e atenta-nos para a necessidade urgente de medidas que possam futuramente controlar essa doença no município de Cajazeiras. Torna-se ainda necessário retomar as campanhas educativas, os treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde, de forma a conscientizar a população.



**Figura 4:** Distribuição do número de portadores segundo o esquema poliquimioterápico no período de 2007 a 2010.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2011.

O esquema poliquimioterápico (PQT), nos serviços de saúde do município no período de 2007 a 2010 (Figura 5), mostrou que dos 258 pacientes, 138 (53,5%) realizaram o esquema da paucibacilar (PQT/PB) e 119 (46,1%) o esquema multibacilar. Apenas 01 (0,4%) utilizou outros esquemas substitutos.

Esse dado nos mostra que praticamente todos os casos notificados foram tratados com um dos esquemas de PQT, o que é bastante relevante, pois este esquema leva à cura em curtos períodos de tempo. Refletindo de forma positiva o controle da doença no município neste aspecto.

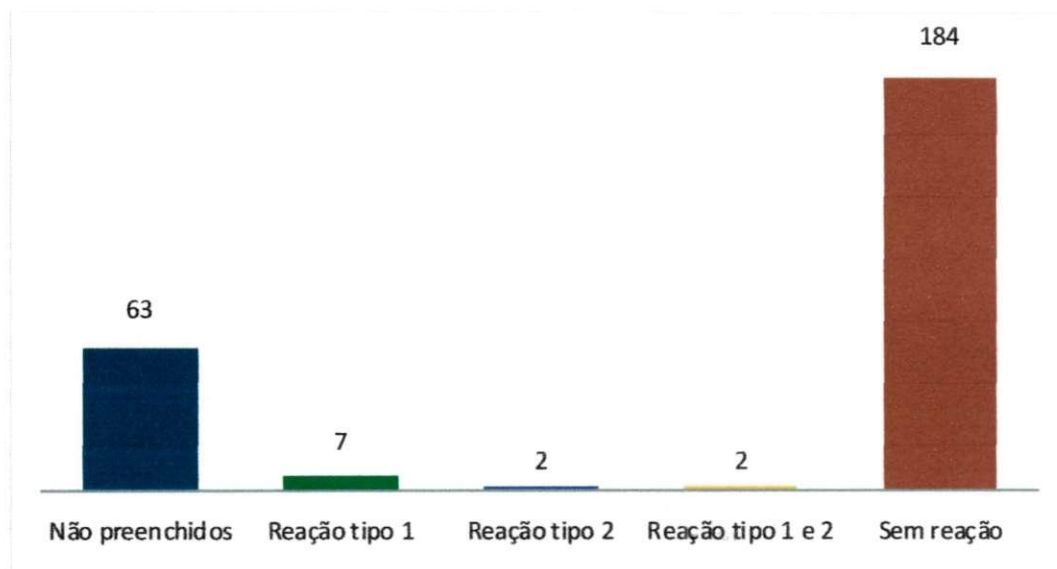
De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a PQT age diretamente contra o bacilo, quebrando a sua cadeia epidemiológica, tornando-o incapaz de infectar outras pessoas. Constituída por uma combinação de medicamentos, tornando mais difícil a resistência do bacilo. No tratamento poliquimioterápico existe um esquema específico para os casos paucibacilares e multibacilares, como também esquemas alternativos para pacientes que apresentam contra-indicação a um dos medicamentos dos esquemas anteriormente citados (BRASIL, 2001).

No que concerne aos episódios reacionais, os dados levantados neste estudo possibilitaram a identificação de 184 (71,3%) dos pacientes que não apresentaram nenhum tipo de episódio reacional, 07 (2,7%) apresentaram Reação Reversa (RR) tipo I e 02 (0,8%) Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Apenas 02 (0,8%) apresentaram os dois tipos de reação e 63 (24,4%) dos casos não foi preenchido na ficha do SINAN.

Os episódios reacionais estão relacionados basicamente com a reação imunológica do indivíduo a poliquimioterapia, com isso podemos observar que os pacientes estão respondendo bem ao tratamento, demonstrado pelo alto percentual de número de casos sem reações. Porém mais uma vez, os dados levam-nos a perceber que não ocorreu o preenchimento adequado da ficha de notificação, o que pode comprometer esta análise.

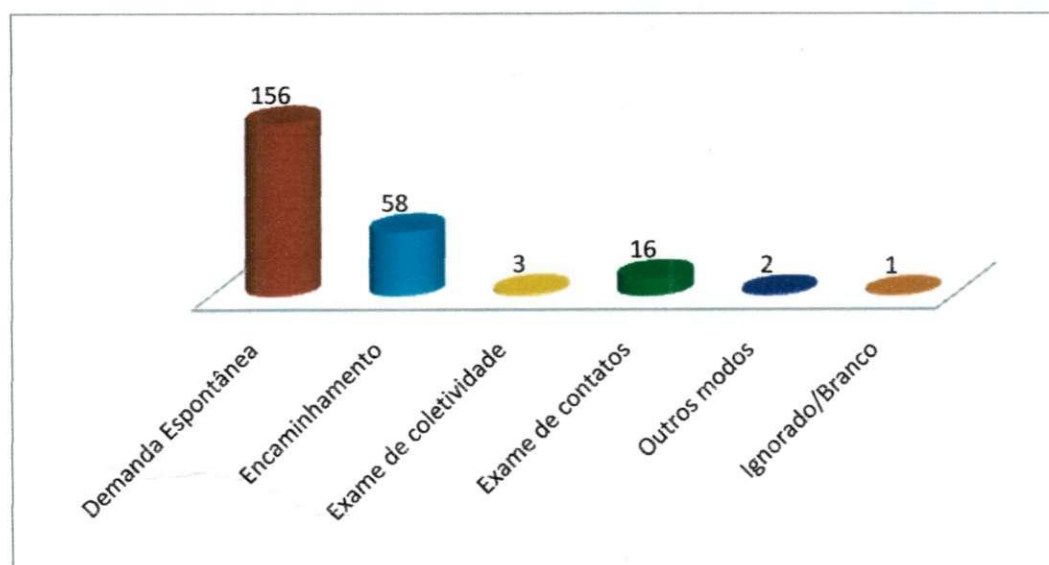
Segundo a FIOCRUZ (2007), as reações hansênicas ocorrem após alta por cura, sendo que grande parte dos casos ocorrem no primeiro ano de seguimento, o que comprova a relação entre uma grande carga bacilar quando em tratamento, e como esta limpeza bacilar é lenta, e se dá por conta do sistema fagocitário do indivíduo, a presença destes estados podem ocorrer após alta por cura. A presença contínua de antígenos de bacilos mortos constitui risco de reações reversas e eritema nodoso. Quanto ao tratamento dos estados reacionais às drogas de escolha normalmente é a prednisona, para os portadores com neurites, seguida pela associação talidomida e prednisona em

pacientes que além do ENH apresentam neurites e talidomida para casos de isolados de ENH.



**Figura 5:** Número de portadores segundo o episódio reacional, no período de 2007 a 2010.  
**Fonte:** Própria Pesquisa/2011.

Em relação ao número de casos novos, temos: 2007 com 62 (26,3%), 2008 e 2009 com 54 (22,9%) casos em casa ano, e 2010 com 66 (27,9%), perfazendo um total de 236 casos. A partir dos casos novos avaliamos o modo de detecção da doença no município (Figura 7).



**Figura 6:** Distribuição do número de casos de hanseníase segundo o modo de detecção, no período compreendido entre 2007 a 2010.  
**Fonte:** Própria Pesquisa/2011.

Quanto ao modo de detecção, observa-se que a demanda espontânea, definida como os casos que se apresentam voluntariamente à Unidade de Saúde, foi predominante, representando 66,2% (156) do total de casos, seguido de encaminhamentos com 24,5% (58), exame de contatos 6,7% (16) e exame de coletividade 1,3% (03). O modo de detecção avalia como o paciente entrou no registro ativo, indicando a forma de descoberta desse caso novo.

No município de Cajazeiras, a maioria dos pacientes é detectada de forma espontânea, indo de encontro aos achados de Barro (2004) que ao estudar esse indicador, encontrou o predomínio de detecção por encaminhamentos. Esse autor discute que uma maior detecção por demanda espontânea pode significar um bom nível de informação sobre a doença pela população, quer seja pela situação de endemicidade da mesma ou devido aos meios de comunicação. O segundo modo mais freqüente são os encaminhamentos, sendo estes, provavelmente, reflexo das suspeições e encaminhamentos realizados pelas equipes de saúde.

A investigação epidemiológica de um caso de hanseníase objetiva romper a cadeia de transmissão da doença, procurando identificar a fonte de contágio do doente e descobrir novos casos. 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. O estudo mostra que apenas 16 (6,7%) casos foram avaliados por esse modo de detecção, corroborando com a pesquisa de Aquino (2003), em um município hiperendêmico no Maranhão, onde identificou o mesmo número de contatos avaliados.

É essencial que a vigilância desses contatos seja realizada de forma sistemática e eficiente pelos serviços de saúde, afim de que sejam adotadas medidas como o diagnóstico e o tratamento precoces. A educação em saúde em hanseníase é outra atividade importante. A mesma deve perpassar as orientações com o paciente, familiares, à divulgação de sinais e sintomas na comunidade visando à detecção de casos, combate ao estigma e manutenção dos pacientes no meio social (BRASIL, 2005).

Por outro lado, requer a necessidade de profissionais capacitados para o estabelecimento de um plano de ação vigilante, sustentado por uma equipe multiprofissional, com vistas a lidar com a complexidade da atenção primária no contexto pessoal, familiar e social, como a Promoção da Saúde e a prevenção, sem, no entanto, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. Neste contexto, a parceria entre os serviços de saúde, os meios de comunicação local e líderes comunitários poderá

facilitar a implementação das ações. Deve basear-se também nas experiências dos que adoecem, valorizando, sobretudo, a sua participação no controle da doença. O paciente deve ser visto como um participante ativo, um produtor de saúde.

**Tabela 2:** Distribuição das Unidades de Saúde da Família (USF) segundo o número de casos novos no período em estudo.

<b>UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
Unidade de Saúde da Família Sol Nascente	09	09	10	12	40
Unidade de Saúde da Família São José/PAPS	09	02	06	19	36
Unidade de Saúde da Família Mutirão	04	06	09	06	25
Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto	08	09	06	02	25
Unidade de Saúde da Família Amélio Estrela D. Cartaxo	06	06	04	09	25
Unidade de Saúde da Família Maria José de Jesus	08	04	05	07	24
Unidade de Saúde da Família Dr. Vital Rolim	08	05	05	04	22

**Fonte:** Própria Pesquisa/2011

A Tabela 2 lista as Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras segundo os de casos novos diagnosticados e notificados nesses quatro anos. Observa-se que a Unidade de Saúde da Família Sol Nascente durante todo o período de estudo registrou o maior número, totalizando 40 casos. Em seguida aparece a Unidade de Saúde São José/PAPS, com 36 casos, sendo que nesta USF chama-a atenção o aumento significativo do número de casos (19) no último ano.

A meta de eliminação da hanseníase até o ano de 2010 não foi atingida, pois como podemos ver ocorreu uma elevação no número dos casos nos últimos anos, especialmente no ano da tentativa de alcance da meta, o que nos propõe a pensar do por que desse aumento da endemia. A Secretaria de Saúde deve trabalhar lado a lado com as Unidades de Saúde e os profissionais que a compõe, para uma rápida e melhor detecção desses casos, não podendo deixar de lado também, as importantes campanhas para conscientizar e chamar a atenção da população sobre a doença.

É válido reforçar que a hanseníase, mesmo tendo tratamento e cura, ainda é envolta pelo estigma e preconceito dificultando o enfrentamento da doença e causando sérias repercussões na vida pessoal e profissional de seus portadores, que passam a ser rejeitados pela sociedade, família e amigos e obrigados a viver em situação de privação, perdendo o contato com o mundo externo. Ela não pode ser considerada apenas como

um problema relacionado aos serviços de saúde, mas também a setores como desenvolvimento social e educação, visto que a grande maioria dos doentes tem baixa renda e baixa escolaridade. Portanto, ações intersetoriais e interdisciplinares precisam ser pensadas e planejadas com a real intenção de combater a endemia hanseníaca, 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 saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerada um grave problema de saúde pública, a Hanseníase hoje se mantém endêmica nos países mais pobres, onde as condições de vida e de saúde influenciam na continuidade da doença. Com o avanço progressivo das políticas públicas de saúde no Brasil voltadas para a endemia, principalmente nos últimos anos, vem aumentando as ações de saúde em toda Atenção Básica, desde a organização das estruturas de referência e contra-referência, ações de divulgação, de monitoramento, até o treinamento dos profissionais de saúde. Também se destaca a atuação conjunta com várias outras organizações como ONGs e sociedade civil, denotando um grande esforço para atingir os patamares de eliminação da Hanseníase.

Buscando-se delimitar a problemática sobre a compreensão e a análise do panorama situacional desta doença no município de Cajazeiras – PB, surgiu o interesse da elaboração deste estudo que teve como objetivo caracterizar o perfil dos portadores de hanseníase e analisar os aspectos clínico-epidemiológicos da doença no município de Cajazeiras no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010.

O estudo revelou que no decorrer dos anos houve um aumento gradativo no total de casos e que a maioria dos pacientes foi do sexo feminino, com predominância da faixa etária adulto-jovem, ocupadas com atividades do lar, com baixa escolaridade e de raça parda. Em relação à classificação operacional, houve um predomínio dos casos paucibacilares e com relação às formas clínicas, observou-se um maior número de casos com a forma indeterminada. Onde se faz necessário o diagnóstico precoce no início das manifestações clínicas, contribuindo para que a cadeia de transmissão diminua, permitindo a prevenção de incapacidades físicas que a evolução da doença por causar.

Tratando-se da terapêutica medicamentosa, a grande maioria dos casos, realizou um dos esquemas de poliquimioterapia. Referente às reações hansênicas, a maioria dos pacientes não apresentou nenhum tipo de reação no período estudado. Com relação ao modo de detecção dos casos novos, grande parte foi detectada pela demanda espontânea, com maior ênfase na procura da população pelas Unidades de Saúde da Família. Durante o período do estudo a Unidade de Saúde da Família Sol Nascente foi a que mais apresentou número de casos novos da hanseníase.

Os resultados obtidos evidenciaram que a meta de controle e eliminação da hanseníase em Cajazeiras no ano de 2010, não foi atingida, visto que o número de casos



aumentaram neste período. Observamos que a transmissão está ocorrendo de forma intensa, haja visto o acometimento de menores de 15 anos, como também um grande número de casos multibacilares, havendo ainda um aumento, nos últimos anos, de casos com a forma dimorfa. Indicando detecção tardia de casos ou ainda por dúvidas no diagnóstico onde nesses casos, é recomendado classificar o paciente como multibacilar, além da presença de fontes de infecção que contribuem para a continuidade do ciclo de transmissão da doença.

É notória a importância da junção de esforços para a eliminação dessa doença, através da execução de constantes ações, principalmente as de educação em saúde que visem à conscientização da população, de forma a acabar com os mitos que cercam a doença, e assim estabelecer o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento. Como também é necessário continuar implementando a capacitação dos trabalhadores da área de saúde, de forma a aumentar a busca ativa para detecção de casos novos, concretizando desta forma a situação epidemiológica desta localidade.

Sendo a estratégia de promoção de saúde um paradigma que considera não somente a ausência de doenças, mas também a melhoria da condição de vida das pessoas de um modo geral e sua capacidade de atuar sobre os determinantes de saúde é possível vislumbrar um descompasso entre o que preconiza a literatura existente sobre o tema e a realidade apresentada neste estudo, sendo, portanto, necessária a busca por ações que sejam efetivas para a melhoria das condições de vida da população e dos pacientes de modo que sejam capazes de tomar decisões, mudar comportamentos e alcançar o bem-estar.

Com a percepção de termos alcançado os objetivos propostos. Pretendemos com esta pesquisa, contribuir um pouco mais, no sentido de concretizar o diagnóstico epidemiológico da hanseníase no município de Cajazeiras e esperamos ainda que este estudo incentive o desenvolvimento de novas pesquisas, de forma que surjam outras discussões sobre estratégias que forneçam subsídios – especialmente para os profissionais da área de saúde desta cidade – para o planejamento e implementação de medidas com vistas à eliminação desta endemia em um futuro próximo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, MM. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S.; COSTA, J.M.L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. p.119-125, jan./fev. 2003.

ARANTES, C. K. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-64, abr./jun. 2010.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 48-54, mai./jun. 2003.

BAIALARDI, K. S. O. Estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.**, v. 32, n. 1. p. 27-36, 2007.

BARRO, M. P. A. A. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos, operacionais e organizacionais. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 110-117, jul./dez. 2004.

BARROS, AJS.; LEHFELD, NAS. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. [S.l.]: Makron, 2007. 84-85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 21.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de controle de Hanseníase. Informe Epidemiológico. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:

<[http://portalsaude.gov.br/portal/Arquivos/pdf/boletim\\_novembro.pdf](http://portalsaude.gov.br/portal/Arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf)>. Acesso em: 14 abr. de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**, Brasília, 2002. Cadernos de Atenção Básica n. 10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. SINAN. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php?name=RelatoriosGerenciais>>. Acesso em: 14 abr. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa**. Envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 364-394 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO (Rio de Janeiro). Palestras abordam preconceito, legislação e readaptação de pacientes de hanseníase. **ENSP Notícias**, Rio de Janeiro, 7 maio 2006. Disponível em: <<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/informe/materias.cfm?mat=7311>>. Acesso em: 7 mai. 2006.

CUNHA, AZS da. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2000.

DAWSON, B., TRAPP, RG. **Bioestatística Básica e Clínica**. 3º ed. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill, 2003.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI J. P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Ver Latino-Am Enfermagem**. v. 15, set./out. 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 mai. 2011. Edição Especial.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências**. 2000. 252f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, PUCRS-Porto Alegre.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG. **Rev. Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 41-9, 2005.

FARIAS, HJ de. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 1. ed. [S.l.]: Revinter, 2002. 283-293 p.

FIOCRUZ [Fundação Oswaldo Cruz]. **Especial Hanseníase: A Hanseníase ao Longo da História**. Texto redigido por Laurinda Maciel. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=368&sid=12>>. Acesso em: 10 abril 2011.

\_\_\_\_\_. **Especial Hanseníase: Aspectos Epidemiológicos**. Imagem retirada do texto redigido por Maria Eugênia Noviski Gallo. Disponível em <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=363&sid=12>>. Acesso em 10 abr. 2011.

FOSS, N. T.; GOULART, I. M. B.; GONÇALVES, H. S.; VIRMOND, M. Hanseníase: Episódios Reacionais. In: \_\_\_\_ SIMPÓSIO: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DERMATOLÓGICAS E TOXICOLÓGICAS. Sociedade Brasileira de Hansenologia e Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Anais...** Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/37episodios\\_reacionais\\_hanseníase.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/37episodios_reacionais_hanseníase.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2011.

GOULART, IMB. 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. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberlândia, v.35, n.5, p.453-460, set-out 2002.

GREGÓRIO, V. R. N. **Estudo da hanseníase em uma unidade de saúde do Recife**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico: famílias e domicílios**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/familias/censo2000\\_familias.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/familias/censo2000_familias.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2011.

LANA, F. C. F. et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no município do Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-137, jul./dez. 2003.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 8, n. 4, p. 323-7, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTELLI, CMT. et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n.3, p.273- 285, dez. 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

MS [Ministério da Saúde]. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal 2006-2010. Brasília, 2006.

MOET, F. J. et al. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. **Leprosy Review**, v. 70, p. 310-326, oct. 2004.

MORHAN. **Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase**. Departamento de Formação Projetos e Pesquisa – DEFORP. Cadernos do Morhan: Atenção Integral à Hanseníase no SUS – Reabilitação um Direito Negligenciado. [S.l.]: Morhan, nov. 2006.

NASCIMENTO, C. P. **A situação do programa de controle da hanseníase em Pernambuco, 1995-1999**. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

NERY, J.A.C. et al. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. **Anais brasileiros de dermatologia**. Rio de Janeiro, v.81,n.4, jul/ago. 2006. Artigo de revisão. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962006000400010&lng=p&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000400010&lng=p&nrm=iso)>. Acesso em: 27 mar. 2011.

OLIVEIRA, M. L. W. **A área de dermatologia sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde, 1991.

OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde]. Monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM). Brasil: OPAS, 2003.

OPROMOLLA, D.V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PARAÍBA, Secretaria de Estadual de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e controle da Doença. **Análise da hanseníase no Estado da Paraíba 2003**. João Pessoa, 2003.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, p. 716-25, 2008.

RAMPAZZO, L. **Metodologia da pesquisa**. São Paulo: Loyola, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z; BARRETO, M. Epidemiologia descritiva e desenhos de pesquisa em Epidemiologia. In. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003 cap. 4, p. 83 – 121.

SAHO, M.; SANTANA, R. M. de. Promovendo o autocuidado no controle da hanseníase. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 9-16, abr. 2001.

SANTOS, D. C. M.; NASCIMENTO R. D.; GREGÓRIO V. R. N.; SILVA M. R. F. Hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansen Int**. v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

SANTOS, VSM dos. **Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.10, suppl.1, p.415-426, 2003.

SERPA, S. S. **Hanseníase II** - Manifestações clínicas. Disponível em: <[http://medicina.medcenter.com.br/artigo\\_conteudo.asp?mnu=3@id=149](http://medicina.medcenter.com.br/artigo_conteudo.asp?mnu=3@id=149)>. Acesso em: 14 mar. 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

VELLOSO, AP; ANDRADE, V. **Hanseníase: Curar para Eliminar**. 1 ed. Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002.

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2. ed. [S.l.]: Atheneu, 2004. 736-757p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy situation. **Weekly epidemiological record**, n. 35, 85th year, p. 337-48, 27 aug. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2010/wer8535.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy situation. **Weekly epidemiological record**. n. 33, 83rd year. p. 293-300. 15 aug. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2008/wer8333.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2011.

## APÊNDICE

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**



**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**VARIÁVEIS E CATEGORIAS A SEREM UTILIZADAS NO ESTUDO, CONFORME**  
**NORMAS DO SINAN**

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
<b>SEXO</b>	<b>Masculino, feminino, ignorado</b>	_____
<b>RAÇA</b>	Branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorado e em branco.	_____
<b>ESCOLARIDADE</b>	Nenhuma, ensino fundamental (de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos), médio (de 8 a 11 anos), superior (de 12 e mais), não se aplica, ignorado e em branco	Anos de estudo concluído.
<b>OCUPAÇÃO</b>	Nomes das ocupações referidas, ignorados e em branco.	Informar a ocupação exercida pelo paciente.
<b>FORMA CLÍNICA</b>	Indeterminada, tuberculóide, dimorfa, virchowiana e não classificada.	Forma clínica inicial por ocasião do diagnóstico, segundo classificação de Madri.
<b>CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL</b>	Paucibacilar, multibacilar, ignorado e em branco.	Classificação por ocasião do diagnóstico.
<b>MODO DE DETECÇÃO</b>	Encaminhamento, demanda espontânea, exame de coletividade, exame de contatos, outros modos, ignorado e em branco.	Modo de detecção do paciente.
<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL</b>	PQT/PB/6doses, PQT/MB/12 doses, PQT/MB/24 doses, outros, ignorado e em branco.	Esquema terapêutico instituído por ocasião do diagnóstico.

**ANEXO(S)**

**ANEXO A**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS – PB**

**RUA: RUA ARSENIO ROLIM ARARUNA, N°01**

**BAIRRO: COCODE**

**MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS, PB**

**UF: 25**

**CNPJ / 11902878000139**

**CNES: 6403700**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO PERÍODO DE 2007 A 2010”** desenvolvida pela aluna Mayara Costa de Sousa do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras - PB, sob a orientação da professora Maria Monica Paulina do Nascimento.

Cajazeiras,

de 2011

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**ANEXO B**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE  
DADOS EM ARQUIVOS**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO****CARACTERIZAÇÃO DA HANSENÍASE EM CAJAZEIRAS-PB, NO PERÍODO  
DE 2007 A 2010.**

**Pesquisadores: Maria Mônica Paulino do Nascimento  
Mayara Costa de Sousa**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

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

**Cajazeiras, \_\_/\_\_/\_\_**

---

Nome do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador  
Responsável

---

Nome(s) de todos pesquisador(es)  
participante(s)

---

Assinatura(s) de todos pesquisador(es)  
participante(s)

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS, PARAIBA