



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UACM**

HORTÊNSIA MARIA FERREIRA DE MELO SILVA
JÚLIA TERESA DE ALBUQUERQUE CELESTINO

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE EM MENORES DE
15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE DE 2002 A 2017**

CAMPINA GRANDE – PB

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS – UACM

HORTÊNSIA MARIA FERREIRA DE MELO SILVA
JÚLIA TERESA DE ALBUQUERQUE CELESTINO

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE EM MENORES DE
15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE DE 2002 A 2017**

Projeto de pesquisa para
Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) a ser apresentado à
Coordenação do Curso de
Medicina (CCBS-UFCG) em
atenção à resolução CCBS nº
04/2010.

Orientadora: Prof. Me. Maíra Gomes Monteiro

CAMPINA GRANDE – PB

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S586p

Silva, Hortênsia Maria Ferreira de Melo

Perfil clínico e epidemiológico de Hanseníase em menores de 15 anos no serviço de referência da cidade de Campina Grande de 2002 a 2017 / Hortênsia Maria Ferreira de Melo Silva, Júlia Teresa de Albuquerque Celestino – Campina Grande, 2018.

63f.; il.; gráf; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientadora: Maíra Gomes Monteiro, Me.

1.Hanseníase. 2.Epidemiologia. 3.Crianças. I.Celestino, Júlia Teresa de Albuquerque.
II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.-002.73-053.2(043.3)

Anexo – Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da UAMED/CCBS/UFPA

Às 08 horas do dia 10/08/2018, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE DE 2002 A 2017.

de autoria dos discentes:

MORTENSIA MARIA FERREIRA DE MELLO SILVA

JULIA TERESA DE ALBUQUERQUE CELESTINA

sendo orientado(s) por:

MAÍRA GOMES MONTEIRO

e coorientado por:

X

Estiveram presentes os seguintes componentes da Banca Examinadora:

MAÍRA GOMES MONTEIRO

MONICA CAVALCANTI TRINDADE

JACK CHARLEY DA SILVA ACIOLY

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora sorteou o aluno:

JULIA TERESA DE ALBUQUERQUE CELESTINA

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu APROVAR o trabalho, conferindo a nota final de 3,91. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 10/ Agosto / 2018.

Orientador

Maíra Gomes Monteiro

Titular 1

Mônica Cavalcanti Trindade

Titular 2

Jack Charley da Silva Aciole

Suplente

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

Dedico este trabalho a Deus e a Virgem Maria por tudo terem nos permitido, aos nossos pais pelo apoio incondicional aos nossos sonhos e por fim e não menos importante a todas as crianças que desenvolveram hanseníase no mundo, por nos darem força de querer ir além!

Com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Hoje termino a última atividade acadêmica do sonho chamado “medicina”, mas carrego a certeza que não cheguei até aqui sozinha. Incontáveis são os olhares e as palavras de amor e incentivo por mim recebidos nessa jornada e eu tenho muito a agradecer.

Primeiramente queria agradecer a Deus por cuidar carinhosamente dos meus passos, ser essa fonte infinita de amor, força e planejar os sonhos mais lindos do mundo para mim. A Nossa Senhora, minha intercessora no céu, que nunca se cansa de ouvir seus filhos e lutar pelos seus sonhos como só uma mãe faz. O seu amor de mãe me fez mais forte e confiante.

Aos meus pais José e Fátima, minha fonte de amor na terra, que sempre me mostraram os melhores caminhos da educação e sonharam comigo quando ninguém mais o fazia. O amor por vocês dado me faz forte e não importa onde eu esteja nunca me sinto só. Mesmo longe foram um porto seguro aonde sempre pude voltar e me reabastecer. Eu amo muito vocês!

Aos meus irmãos Rodrigo, Safira, Angélica (Brug) e Aninha, obrigada por cumprirem tão bem essa missão de serem irmãos, me apresentando esse amor de forma tão generosa. Eu pude aprender através de vocês a responsabilidade pelo estudo e os caminhos de sucesso por vocês percorridos me serviram de guia para chegar a este momento. Cada um de vocês me deu o melhor que tinha e hoje tenho certeza que sou um reflexo de tudo que recebi e recebo. Obrigada por me ensinarem o amor fraternal da forma mais linda do mundo, vocês foram ótimos professores, amo vocês.

Aos meus cunhados, irmãos que minhas irmãs escolheram para mim, por me acolherem com tanto amor, sonharem comigo, me apoiarem sempre e darem os melhores conselhos. Vocês são maravilhosos. E a Laércio por ter sido meu pai baiano por 10 meses e me acolhido na sua casa.

Ao meu amor Andrey Levi, hoje meu noivo, por estar comigo durante todo o curso e por dividir comigo os momentos bons e ruins, aprendemos que quando temos um companheiro o nosso fardo sempre é mais leve, pois agora ele não é mais só seu. Pelos seus olhos muitas vezes pude ver um potencial em mim que só você enxergava e assim pude ir mais longe. Eu te amo, só que

muito. Você é o branquinho mais lindo do mundo. E a sua família maravilhosa que carinhosamente me acolheu e permaneceu torcendo por mim.

Às minhas amigas e madrinhas queridas Júlia, Gabi e Lari, ter vocês fez essa caminhada mais leve, mais feliz e maravilhosa, eu amo muito vocês. À Júlia, por estar comigo durante toda essa caminhada, ser a minha companheira de aventuras e por estarmos juntas nos melhores e piores momentos. Obrigada por ser a melhor dupla do mundo, da vida e de TCC. Eu amo você e onde quer que você vá saiba que tem uma amiga que você pode contar para tudo. À Gabi, por ser essa fonte de alegria inesgotável, por me apoiar em um dos momentos mais difíceis da minha vida e cantar as músicas mais loucas e me obrigar a cantar junto. Você é uma pessoa linda que ilumina a todos que ama. À Lari, por essa sintonia gratuita, o otimismo sempre presente, os conselhos mais sinceros e uma generosidade incrível. É lindo como você deseja e torce pelo próximo da mesma forma que faz por você.

Aos meus amigos que o cursinho me deu e que tenho a alegria de tê-los até hoje. Em especial à Suzane e Babi. E às vizinhas mais maravilhosas que alguém pode ter na vida Mel e Beth.

Aos mestres, médicos e residentes que generosamente dividiram seu conhecimento a fim de lutar por uma medicina melhor e de qualidade. Em especial a Dra. Maíra, que tenho a sorte de chamar de amiga e que é um exemplo de profissionalismo, ética, disseminadora de conhecimento, médica e orientadora. É inspirador o seu compromisso com tudo aquilo que abraça.

A todos os meus colegas de curso, por todos os momentos partilhados. Em especial a Lurdinha, pela amizade, sorrisos e noites de estudo divididos e a Túlio, o bola mais chato, implicante e que tem um coração fiel e generoso para aqueles que você ama. Soubemos crescer e fortalecer a nossa amizade, respeitando os defeitos do outro e hoje tenho a sorte de ter você como padrinho. E por fim e não menos importante a todos os funcionários do HUAC e CCBS por todos os serviços prestados e por nos ajudarem nessa caminhada. Em especial ao seu Zuca que sempre nos recebe com carinho e vai deixar saudades.

Hortênsia Maria Ferreira de Melo Silva

Hoje me despeço das minhas atividades acadêmicas. São muitos sentimentos que me acompanham através dessas palavras. Hoje, enfim, o sonho de ser médica começa a tomar forma e meu coração só tem o único desejo: o de agradecer aqueles que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Primeiro a meu bom Deus por nunca me desamparar ao longo de todos esses anos, Suas promessas se cumpriram e hoje me torno o que um dia sonhastes para mim. À Virgem Maria por ter me amparado em seu colo nos momentos mais difíceis e por interceder junto a Deus por todas as minhas preces e súplicas. Costumo sempre dizer que somos exatamente aquilo que Deus nos permite ser, muito obrigada por essa permissão.

À minha amada mãe Dina, que hoje é meu tudo. Obrigada por sempre acreditar mesmo quando tudo parecia tão difícil, a senhora foi indispensável para que meu sonho se tornasse real, é impossível dimensionar o seu amor ao longo dessa caminhada, cuidando de cada detalhe, me incentivando e me apoiando em tudo, para que eu tivesse condições de sempre ter e fazer o melhor. Nós conseguimos! Eu te amo demais! Ao meu pai Jurandir, que infelizmente hoje não está mais conosco, pois descansa em paz no céu. Mas como não agradecê-lo? Ele que assim como eu viveu o sonho de ser médico e que aguardou ansiosamente comigo o dia de hoje e que apesar de não tê-lo fisicamente sei que quando todas as luzes e olhares se voltarem a mim, o sentirei ao meu lado, feliz em me ver vencendo mais uma etapa, me abraçando em silêncio com orgulho dessa vitória! “Toda saudade é um capuz transparente que veda e ao mesmo tempo traz a visão do que não se pode ver porque se deixou pra trás, mas que se guardou no coração”. Obrigada por teus passos terem me guiado até aqui. Sem eles eu não teria conseguido! Eu te amo! E ao meu irmão Arthur, que dividiu comigo toda minha luta, aliviou os meus dias com pequenos gestos e sempre acreditou que eu chegaria onde estou. Você merece conquistar o mundo apenas pelo coração generoso que tens.

Ao meu Ed, companheiro de todas as horas, que sempre me disse que eu poderia ser muito mais do que eu imaginava, que acompanhou pacientemente o início da minha vida acadêmica e todas as batalhas que enfrentei para chegar até aqui. Amo você! Obrigado por tanto cuidado e amor.

Às minhas amigas, Hortênsia, Gabriela e Larissa por terem compartilhado comigo dias incríveis e por estarem comigo também nos meus piores momentos. Das muitas coisas que aprendi durante nosso curso é que sozinho ninguém chega a lugar nenhum e vocês foram fundamentais para tornar essa caminhada leve e feliz! Nosso amor ultrapassou a medicina e chegou até a vida. Agradecimento especial à Hortênsia, minha dupla de TCC e de vida, o presente lindo que a medicina me deu desde o primeiro dia de aula. Digo com muita propriedade: sem você nada disso seria possível. Obrigada por tudo! Por dividir comigo sua vida e fazer dos nossos momentos os mais prazerosos, sou muito feliz por me tornar médica com você.

Aos meus amigos e professores do cursinho que me impulsionaram a nunca abandonar meus sonhos e me ensinaram que “... graça maior é persistir na caminhada certa, manter o ritmo, podendo ou não cair e embora aos pedaços chegar até o fim”. Às minhas flores, minhas amigas de infância, por todas as orações, por todos aqueles passos dados para cumprir minha promessa de passar no vestibular e por todos os outros passos que ao longo desses 21 anos de amizade dividimos. À minha amiga Thayse, por todas as vezes que aplaudiu minhas conquistas e fez delas suas também. Obrigada, amo você.

A todos os meus colegas de turma pelos momentos compartilhados, por dividirem comigo a difícil e prazerosa missão de se tornar médico, em especial a Lurdinha e as amigas que fiz durante o curso, por preencherem meus dias de alegrias e momentos inesquecíveis. E por fim a todos os mestres que tive a oportunidade de conhecer, serei sempre o reflexo do que vocês implantaram em meu coração. Obrigada por cada ensinamento e por me mostrar o quão linda e apaixonante é a medicina! Em especial à Dra. Maíra, a quem tivemos a sorte e o prazer de ter como orientadora, seu compromisso com a docência e com a medicina nos inspira, obrigada por tudo.

Júlia Teresa de Albuquerque Celestino

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Cartela de medicamentos utilizados para tratamento de hanseníase no adulto, esquema paucibacilar	27
FIGURA 2	Cartela de medicamentos utilizados para tratamento de hanseníase no adulto, esquema multibacilar	27
FIGURA 3	Cartela de medicamentos utilizados para tratamento de hanseníase na criança, esquema multibacilar	28
FIGURA 4	Cartela de medicamentos utilizados para tratamento de hanseníase na criança, esquema multibacilar	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Esquema de tratamento de hanseníase da classe Paucibacilar em Crianças	28
TABELA 2	Esquema de tratamento de hanseníase da classe Multibacilar em Crianças	28

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Idades por categorias de crianças com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	39
GRÁFICO 2	Modo de detecção da hanseníase em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	40
GRÁFICO 3	Estudo histopatológico em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	41
GRÁFICO 4	Baciloscopia em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	42
GRÁFICO 5	Número de lesões cutâneas em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	43
GRÁFICO 6	Formas clínicas de hanseníase encontradas em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	44
GRÁFICO 7	Efeitos adversos ao uso da terapia medicamentosa para hanseníase em menores de 15 anos tratados de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	45
GRÁFICO 8	Motivo de alta do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.	46

LISTA DE ABREVIações

ONU – Organização das Nações Unidas;

PB – Paucibacilar;

MB – Multibacilar;

PQT – Poliquimioterapia;

RFM – Rifampicina;

DDS – Dapsona;

CFZ – Clofazimina;

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso;

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro;

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hanseníase é uma doença infecciosa que acomete os nervos periféricos e manifesta-se essencialmente na pele. A esta patologia estão associados diferentes impactos sociais, econômicos e psicológicos (QUEIRÓS et al., 2016). O Brasil é o único país da América Latina que não atingiu a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para erradicação da doença (IMBIRIBA, et al., 2008). Um dos indicadores de que há descontrole e transmissão contínua da doença é a incidência da doença em crianças (EKEKE et al., 2014). **OBJETIVOS:** Traçar o perfil epidemiológico dos menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo transversal, observacional, de cunho retrospectivo, com análise qualitativa dos dados obtidos, por meio da consulta de prontuários de pacientes atendidos entre 2002 a 2017 no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB. **CONCLUSÃO:** Conclui-se com perfil clínico e epidemiológico dos menores de 15 anos do Serviço de Referência de Hanseníase e Tuberculose no período exposto que apesar da nossa amostra representar um número pequeno de indivíduos, apenas pelo fato de ainda existirem crianças diagnosticadas com esta patologia nos faz refletir sobre as condições de controle da doença no nosso município.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Crianças.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hansen's disease is an infective illness that attack the peripheral nerves and reveal essentially on skin. Different social, economic and psychological impacts are associated to this pathology (QUEIRÓS et al., 2016). Brazil is the only country of Latin America that doesn't achieve the proposed goal by World Health Organization (WHO) for eradication of this sickness (IMBIRIBA et al., 2008). One of the indicators of lack of control and continuous transmission of the illness is the incidence of Hansen's disease among children (EKEKE et al., 2014). **OBJECTIVES:** Delineate the epidemiological profile of younger than fifteen years old that were diagnosed with Hansen's disease at the Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase in Campina Grande-PB city. **METHODOLOGY:** It was be performed a transversal, observational and retrospective study, with qualitative analysis of acquired data from lookup of patient's medical chart attended between 2002 and 2017 at the Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase in Campina Grande-PB city. **CONCLUSION:** This study concludes with the clinical and epidemiological profile of younger than fifteen years old of Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase within the quoted period that, despite the sample represents a small number of individuals, only the fact that there is still diagnosed children with Hansen's disease made us reflect about the control condition of this illness in this city council.

Key Words: Hansen's disease; Epidemiology; Children.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 JUSTIFICATIVA	22
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
5 METODOLOGIA.....	37
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	38
4.6 RISCOS	38
4.7 BENEFÍCIOS	38
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
4.9 PROBLEMAS METODOLÓGICOS - A QUESTÃO DO "VIÉS"	39
6 ASPECTOS ÉTICOS	40
7 MATERIAIS E ORÇAMENTO	41
8 RESULTADOS	42
9 DISCUSSÃO	50
10 CONCLUSÃO.....	58
11 REFERÊNCIAS.....	59
Anexo 1 – Ficha de Investigação	61
Anexo 2 – Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es).....	63
Anexo 3 - Termo de Aceitação de Orientação.....	64
Anexo 4 - Termo de Anuência da Instituição	65

Anexo 5 - Declaração De Divulgação Dos Resultados	66
Anexo 6 - Declaração De Aprovação do Comitê De Ética	67

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu como meta para a eliminação da doença a redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes (IMBIRIBA, et al., 2008). O Brasil é o único país da América Latina que não atingiu esta meta. A prevalência da doença teve uma redução importante. Entretanto, a taxa de detecção não diminuiu efetivamente (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). De 1998 a 2005 o coeficiente de prevalência do País reduziu de 4,93/10.000 (1998) para 1,48/10.000 (2005) (IMBIRIBA et al., 2008). No entanto, a detecção, indicador de transmissibilidade da doença, se manteve sempre em níveis muito altos: 2,16/10.000 em 1998 e 2,09/10.000 em 2005 (IMBIRIBA et al., 2008). Seus dados são próximos a de países como Índia e Etiópia.

A alta endemicidade deve-se à deficiente busca ativa dos doentes, aos diagnósticos tardios, deficiência nos programas público-assistenciais, precariedade dos serviços de saúde, abandono do tratamento, baixo nível de esclarecimento da população e ao preconceito e estigma que recaem sobre a doença. Estima-se que somente um terço dos portadores do bacilo de Hansen esteja notificado e que, dentre esses, muitos fazem um tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência dificuldades no tratamento da doença e surgimento de bacilos resistentes à poliquimioterapia, aumentando o problema nacional da hanseníase (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

A hanseníase é doença infectocontagiosa, que faz parte das chamadas doenças negligenciadas, juntamente com a doença de Chagas, esquistossomose, tuberculose, dengue, malária e leishmaniose. Sabe-se que um sexto da população mundial está infectada com uma destas doenças, tornando-as epidemiologicamente relevantes (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

O *Mycobacterium lepra* ou bacilo de Hansen, agente etiológico da hanseníase, possui tropismo pela pele, mucosas e nervos periféricos. Trata-se de agente de alta infectividade e baixa patogenicidade. Ou seja, a maioria das pessoas infectadas não apresenta manifestações clínicas da doença. Isto pode

estar associado ao papel protetor da imunidade inata. Apesar desta imunoproteção, em áreas endêmicas a exposição contínua ao bacilo pode levar ao adoecimento (SOUZA et al., 2011).

O período de incubação é variável, com uma média entre três e cinco anos, mas pode levar até 30 anos. Por esta razão a hanseníase é considerada uma doença predominante em adultos. A grande quantidade de portadores ainda não tratados e/ou tratamentos irregulares reflete no aumento de novos casos em menores de 15 anos indicando exposição contínua ao bacilo na comunidade. Portanto, em áreas endêmicas a ocorrência de casos na família incrementa o risco de crianças adoecerem (IMBIRIBA et al., 2008).

A transmissão da hanseníase é dinâmica e suas causas são complexas. Além de fatores individuais - como a imunidade e proximidade com contactantes infectados - outros fatores como composição da população local (sexo, idade, educação, emprego, etnia, habitação e plano social) pode estar associada (CABRAL-MIRANDA; CHIARAVALLI NETO; BARROZO, 2014). Entre os estados brasileiros, por exemplo, aqueles localizados nas regiões Norte e Nordeste possuem o maior número de casos.

A intervenção na cadeia de transmissão se dá através de diagnóstico mais precoce possível, por meio de detecção ativa e passiva, e tratamento das fontes de infecção. Em áreas endêmicas, como o Brasil, a alta detecção de casos, em menores de quinze anos, reflete a intensidade e longo período de exposição à grande carga bacilar. Indica, pois, dificuldade no controle da doença, transmissão ativa e recente e ajudam no monitoramento da endemia (SOUZA et al., 2011).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, na Paraíba foram notificados 807 casos em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 até 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). E de acordo com dados do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande, neste mesmo período foram cadastradas 52 casos em crianças e adolescentes com até 15 anos de idade.

Medidas que visem à intensificação na detecção precoce de caso assim como maior comprometimento com a prevenção, identificação, tratamento e reabilitação dos casos são consideradas as mais importantes. Para contribuir com a monitorização da doença e com o fortalecimento da vigilância

epidemiológica considerou-se relevante descrever o perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos no município de Campina Grande – PB.

2 JUSTIFICATIVA

A Hanseníase é uma doença granulomatosa infecciosa, com manifestação clínica insidiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Tendo preferência por nervos periféricos, acomete essencialmente a pele, sendo a principal causa infecciosa da deficiência física na população humana. A esta patologia estão associados diferentes impactos sociais, econômicos e psicológicos. Mesmo após o início do tratamento com poliquimioterapia específica (PQT), em meados de 1986, continua a ser um problema relevante e prioritário de saúde pública no Brasil, principalmente nos estados do Norte e Nordeste (QUEIRÓS et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o pico de idade do início da Hanseníase é a adulta jovem, geralmente de 20 a 30 anos, sendo rara em crianças com menos de cinco anos de idade (WHO, 2016). Sendo assim, a ocorrência da doença em crianças entre os casos novos é um dos indicadores de transmissão contínua da doença em uma determinada área (EKEKE et al., 2014).

Em 2016 foi lançada a Estratégia Global para Hanseníase (2016–2020) e entre as metas deste projeto está zerar o número de crianças com diagnóstico de hanseníase e deformidades visíveis (WHO, 2016).

Considerando os danos sociais e pessoais gerados pela incidência da hanseníase na população ao longo da história, bem como a importância do controle desta, justifica-se a presente pesquisa para analisar casos de hanseníase em crianças a fim de detectar em qual grau de disseminação se encontra a doença e traçar o perfil epidemiológico deste grupo local.

Considera-se ainda que os estudos epidemiológicos são fundamentais para a elaboração das estratégias públicas de combate e prevenção às patologias que acometem a sociedade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil clínico e epidemiológico de menores de 15 anos acometidos por hanseníase e atendidos no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB no período de 2002 a 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico (procedência, sexo, faixa etária, escolaridade) de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB no período de 2002 a 2017.
- Descrever o perfil clínico (classificação, estados reacionais, presença ou não de neurite, diagnóstico laboratorial, esquema terapêutico, tempo de terapia) de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB no período de 2002 a 2017.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Em 1873, Armauer Hansen, descreveu pela primeira vez o *Mycobacterium leprae* como o bacilo que causa a Hanseníase (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014). Este patógeno é um parasita intracelular obrigatório e possui afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos, tendo o seu tempo de multiplicação longo, durando cerca de 11 a 16 dias. Assim, apresentando uma alta infectividade e baixa patogenicidade. A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de apresentação lenta e que possui predominantemente sintomas dermato-neurológicos e embora já tenha sido identificado naturalmente entre animais, o homem é a única fonte de infecção reconhecida (reservatório) com participação na transmissão (BRASIL, 2002).

A prevalência de hanseníase na população geral registrada no final de 2014 foi de 0,26 para cada 10.000 habitantes na África e de 0,33 nas Américas e o número de novos casos detectados foi de 2,44 e 3,75 para cada 100.000 habitantes, respectivamente. Os países Índia, Brasil e Indonésia apresentam grandes populações e juntos notificam mais de 10.000 novos pacientes anualmente, representando 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo (WHO, 2016).

No Brasil a hanseníase apresenta uma das maiores taxas de detecção anual, quando comparado a outros países. Sendo o único país da América Latina que não atingiu a meta de eliminação, dada pela redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes (IMBIRIBA et al., 2008). Os estados brasileiros que estão localizados nas regiões Norte e Nordeste são os que mais apresentam casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Como fatores de risco esta patologia apresenta: aglomerando populacional, baixa renda familiar, ausência de saneamento básico, baixos níveis educacionais e alimentação precária (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

Ao analisar o nível de transmissão da doença em uma dada população, um fator importantíssimo é a proporção de hanseníase em crianças entre os novos casos, pois um alto índice reflete intensa transmissão local. Nessa esteira, quando a taxa de contaminação de uma população reduz se espera

que o número de crianças acometidas acompanhe o índice local (GITTE; N; KAMBLE, 2006).

De acordo com a Organização das Nações unidas (ONU) a presença de diagnósticos de hanseníase no grupo pediátrico indica a continuidade na transmissão da doença e conseqüentemente a presença de pacientes não diagnosticados (WHO, 2016). Assim, observamos alta incidência de Hanseníase em menores de 15 anos nos países onde o controle da doença ainda é precário.

Um estudo realizado na Índia no ano de 2016 em um período de cinco anos observou uma incidência de 16% de hanseníase em crianças no total de diagnósticos (GITTE; N; KAMBLE, 2006). Seguindo níveis de descontrole de doença semelhantes foi observada na Nigéria uma queda nos casos de 110 no ano de 2002 para 64 casos em 2012 (EKEKE et al., 2014), porém ainda apresentando incidência em crianças e ultrapassando as metas preconizadas pela ONU no Manual da Estratégia Global para Hanseníase de 2016 a 2020, que seria a erradicação do diagnóstico em crianças (WHO, 2016).

Em um perfil epidemiológico, realizado no Brasil no estado do Ceará, no período de 2007 a 2011, foram diagnosticados 475 casos novos da doença em menores de 15 anos (QUEIRÓS et al., 2016). Além deste índice insatisfatório de controle local do Ceará, foi observada a detecção de 52 casos novos de hanseníase em uma mesma faixa etária na cidade de Salvador no ano de 2006. Estas estatísticas são alarmantes e sugerem um contato precoce com a doença, corroborando para que a hanseníase faça parte do grupo das 10 doenças mais negligenciadas no mundo, juntamente com a doença de Chagas, esquistossomose, tuberculose, dengue, malária e leishmaniose (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

Em situações de alta transmissibilidade e prematura exposição ao bacilo as chances de adoecimento se elevam e o diagnóstico em menores de 15 anos é um indicador de maior gravidade da endemia. Corroborando para essa teoria a literatura relata que o diagnóstico de hanseníase é realizado após os três anos de idade, enfatizando a precocidade da doença na sociedade e os altos níveis de incidência (IMBIRIBA et al., 2008).

A transmissão da patologia em questão dá-se através de uma pessoa acometida, portadora do bacilo de Hansen, que não esta realizando tratamento

e que o elimina o bacilo para o meio, infectando pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação e a mais provável porta de entrada do bacilo é o trato respiratório superior, contudo, é necessário um contato direto, íntimo e duradouro para que a doença ocorra. O paciente que desenvolve a hanseníase vai ter sinais clínicos de surgimento da doença a depender de uma gama de fatores, dentre eles estão: a relação parasita/hospedeiro (BRASIL, 2002) e o tempo de incubação que varia de 06 meses a 21 anos (SOUZA et al., 2011).

A resposta imune desenvolvida pelo paciente pode ser de dois tipos e ela será a norteadora para a apresentação clínica que o paciente vai produzir podendo esta ser Th1 ou Th2. A primeira é constituída pela imunidade celular, sendo dominante a presença de linfócitos T que produzem níveis aumentados de IL-2 e INF- γ , gerando uma resposta eficaz contra o bacilo, assim o envolvimento da pele é reduzido, gerando no máximo cinco lesões cutâneas, em média, constituindo a forma paucibacilar. A reação Th2 desperta a indução de interleucinas do tipo 4, 5 10, que não possuem eficácia contra o bacilo, assim o acometimento da pele ocorre de forma mais grave extrapolando o número de cinco lesões e caracterizando a forma multibacilar (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

A hanseníase é classificada por duas formas distintas, a clínica e a operacional, sendo a operacional a que norteia o tratamento a ser realizado. A classificação operacional utiliza como critério o número de lesões de pele do paciente, sendo este acima de cinco lesões o quadro é considerado multibacilar e até cinco lesões paucibacilar. A classificação clínica se dá por quatro tipos: forma indeterminada (I), tuberculóide (T), dimórfico (D) e virchowiana (V) tendo como base as características das lesões (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

Além das alterações de pele, que podem ser as manchas, os nódulos, as placas e as infiltrações, a doença também se manifesta pelo acometimento neural. Este se dá pelo tropismo do bacilo pelas células nervosas causando um processo inflamatório local nos nervos periféricos, denominado neurite. Os sintomas clínicos associados a esse quadro são: dor e espessamento dos nervos e perda da sensibilidade da região a qual o nervo é responsável (BRASIL, 2002). As áreas corporais mais acometidas são mãos e pés juntamente com os olhos. A história natural da doença se dá por um processo

inflamatório agudo inicial marcado por episódios dolorosos e de espessamento neural seguido de cronificação do quadro com as perdas das funções musculares e alterações sensitivas. Alguns casos se manifestam com as alterações musculares e de sensibilidade, estes são denominados neurite silenciosa (BRASIL, 2002).

Contudo, nem sempre o grupo pediátrico manifesta os quadros clássicos da clínica da hanseníase. Podendo a doença se expressar apenas por uma única mancha de hipopigmentação, possuindo ou não alteração de sensibilidade o que torna o diagnóstico mais difícil por poder facilmente ser confundida com outras patologias dermatológicas (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

O diagnóstico da doença é clínico, sendo este alcançado por meio de lesões cutâneas, alterações neurais, estruturais e de sensibilidade (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014). Para tal é necessário que aconteça uma investigação clínica eficiente, tendo como base uma anamnese detalhada e exame físico minucioso. Ao exame físico a inspeção acontecerá com a busca ativa de lesões de pele e alterações estruturais por lesões musculares, seguida de teste de força muscular, sensibilidade, movimentação articular e palpação de troncos nervosos (BRASIL, 2002).

Alguns testes como baciloscopia, histopatológico, teste de Mitsuda, dosagem de fluxo ML (IgM) e biópsia da pele ou nervo auxiliam no diagnóstico ou na hipótese de recidiva da doença (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014). Contudo, quando estes não estiverem disponíveis e o diagnóstico clínico for estabelecido os mesmos não são necessários para iniciar o tratamento. A bacterioscopia consiste na observação do bacilo em esfregaços de raspados intradérmicos das lesões. Este exame quando negativo não afasta o diagnóstico, caracterizando-o como um auxiliar de diagnóstico e de controle de doença (BRASIL, 2002).

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para a cura da doença, pois assim é possível interromper a cadeia de transmissão desta patologia. O tratamento completo se dá pelo uso de quimioterápicos específicos, a chamada poliquimioterapia (PQT), e o acompanhamento clínico, com objetivo de identificar e tratar as complicações e intercorrências da doença, a fim de prevenir incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

O tratamento farmacológico da hanseníase, como dito, é poliquimioterápico, constituído pelos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, sendo administrados de forma associada. Essa combinação de drogas se faz necessário pra evitar a resistência medicamentosa do bacilo que acontece de forma frequente quanto utilizado apenas um tipo de medicação. Assim, não é ético tratar esta doença com uma única droga visto que a resistência medicamentosa impede que o tratamento tenha sucesso inviabilizando os mecanismos de cura (BRASIL, 2002).

Com o início do tratamento o bacilo morto se torna incapaz de infectar outros indivíduos, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Assim, temos que a transmissão da doença é interrompida já no início do tratamento, sendo este continuado de forma correta, se garante a cura completa da patologia (BRASIL, 2002). O esquema de tratamento multidroga é padrão e possui variação de acordo com a classificação da doença em pauci ou multibacilar (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

O esquema paucibacilar (PB) é constituído por uma combinação de rifampicina (RFM) e dapsona (DDS) (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014), sendo a rifampicina uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada e a dapsona uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada. Essa é agrupada em uma cartela única correspondente a um mês (BRASIL, 2002) conforme ilustrado na Figura 1.

O esquema multibacilar (MB) é composto da rifampicina, dapsona e de clofazimina (CFZ) (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014), sendo estas três drogas administradas de forma mensal supervisionada nas doses de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg), 100 mg e 300 mg (3 cápsulas de 100mg) respectivamente. Nas doses diárias autoadministradas são utilizadas apenas de duas drogas a clofazimina 50mg e a dapsona 100mg. Essa medicação também é agrupada em uma cartela única correspondente a um mês (BRASIL, 2002) conforme ilustrado na Figura 2.

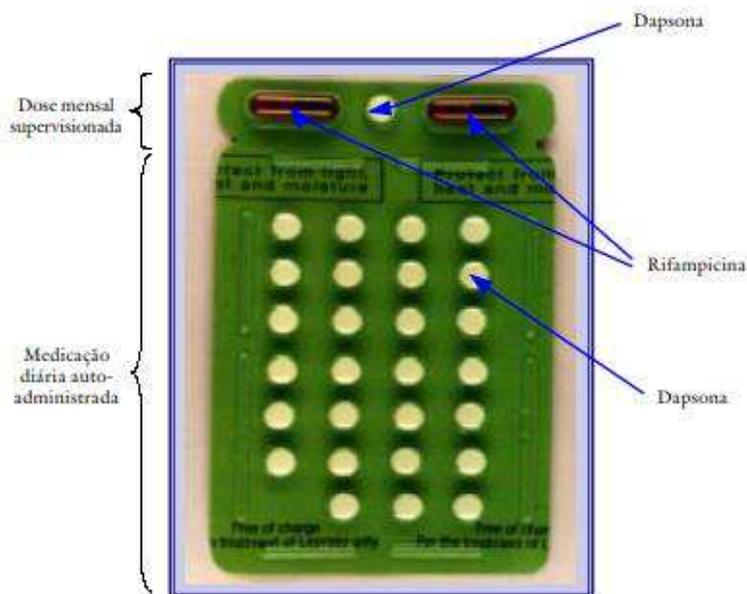


Figura 1 - Cartela de medicamento utilizado para tratamento de hanseníase no adulto, esquema paucibacilar.

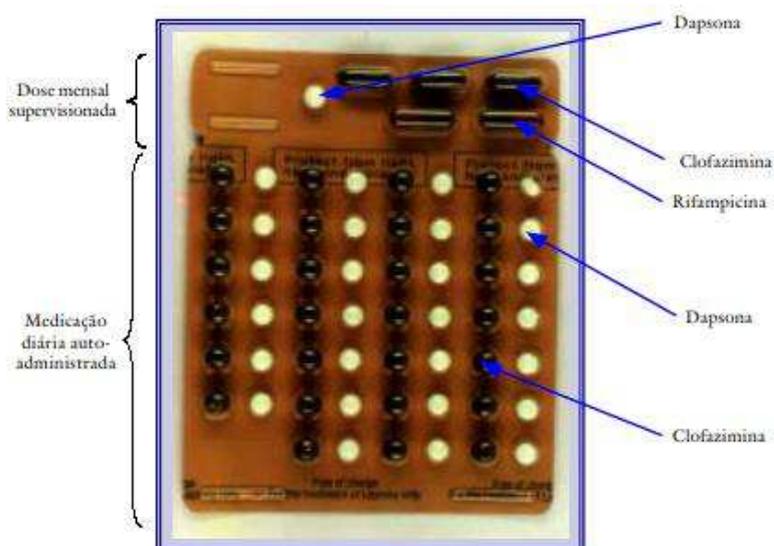


Figura 2 - Cartela de medicamento utilizado para tratamento de hanseníase no adulto, esquema multibacilar.

No grupo infantil, o tratamento também é dividido em PB ou MB e as drogas utilizadas são as mesmas do tratamento dos adultos, porém para esse grupo se faz necessário uma modificação de doses. Este ajuste é realizado de acordo com a idade do paciente (Tabelas 1 e 2). Assim como nos adultos, a medicação também é agrupada em uma cartela única, contendo a quantidade suficiente para um mês de tratamento, e com configuração para o tratamento paucibacilar (Figura 3) e multibacilar (Figura 4). Nos casos de intolerância ao

tratamento padrão são indicados esquemas farmacológicos alternativos (BRASIL, 2002).

Tabela 1 - Esquema de tratamento de hanseníase da classe Paucibacilar em Crianças

Idade (em anos)	DDS diária autoadministrada	DDS supervisionada	RFM mensal supervisionada
0 – 5	25mg	25mg	150 – 300mg
6 – 14	50 – 100mg	50 – 100mg	300 – 450mg

Tabela 2 - Esquema de tratamento de hanseníase da classe Multibacilar em Crianças

Idade (em anos)	DDS diária auto-administrada	DDS supervisionada	RFM mensal supervisionada	CFZ auto-administrada	CFZ supervisionada mensal
0 – 5	25mg	25mg	150 – 300mg	100mg/sem	100mg
6 – 14	50 – 100mg	50 – 100mg	300 – 450mg	150mg/sem	150 – 200mg

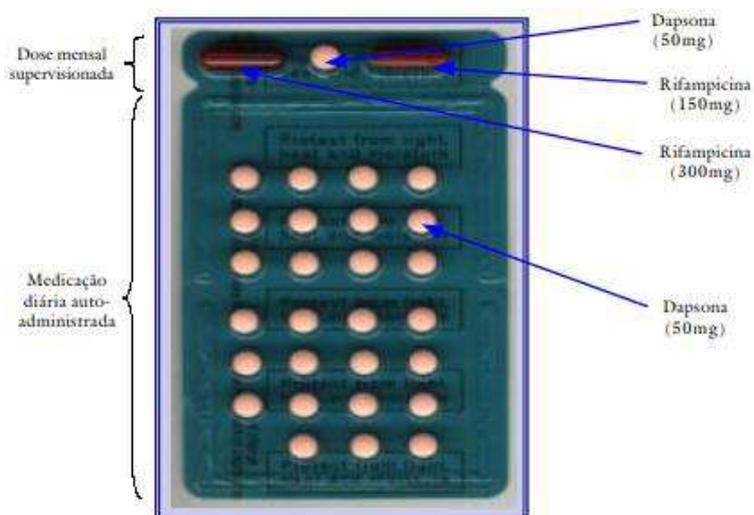


Figura 2 - Cartela de medicamento utilizado para tratamento de hanseníase na criança, esquema multibacilar

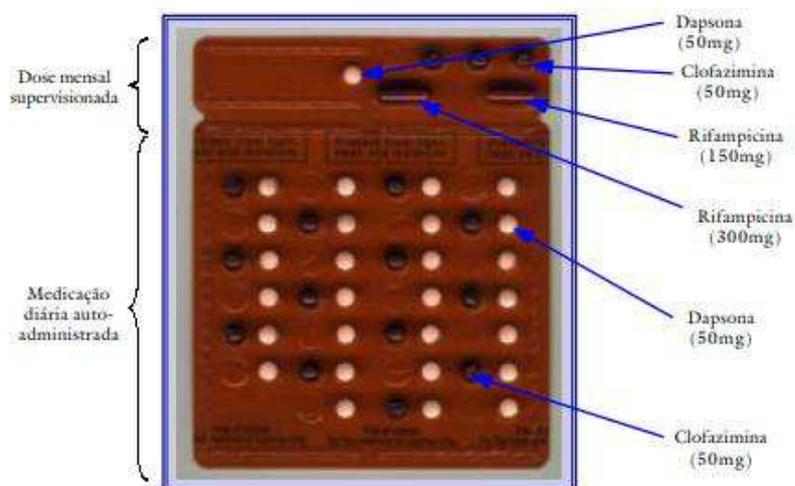


Figura 3 - Cartela de medicamento utilizado para tratamento de hanseníase na criança, esquema multibacilar

A alta por cura é dada após a realização completa dos tratamentos prescritos, respeitando a quantidade de doses preconizadas pelo esquema terapêutico. Sendo o Esquema PB, seis doses mensais supervisionadas de rifampicina, em até nove meses, mais a sulfona autoadministrada. O Esquema MB, doze doses mensais supervisionadas de rifampicina, em até 18 meses, mais a sulfona autoadministrada e a clofazimina autoadministrada e supervisionada (BRASIL, 2002).

Pacientes que alcançaram o término do tratamento não devem ser mais considerados casos de hanseníase, mesmo que apresente alguma seqüela deixada pela doença. O mesmo continuará sendo acompanhado por uma equipe médica capacitada. Durante todo o tratamento multidroga é importante que também ocorra à prevenção de incapacidades e de deformidades, bem como o atendimento às possíveis intercorrências (BRASIL, 2002).

O abandono do tratamento ainda está muito presente e os principais fatores determinantes são a relação médico-paciente não satisfatória, o sentimento de impotência dos pacientes em relação a sua saúde, ao baixo nível de escolaridade (o que dificulta o entendimento de quais os dias comparecer ao serviço e de como realizar o tratamento em casa) e os efeitos colaterais das drogas (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

A PQT, como a grande maioria dos medicamentos, apresentam efeitos colaterais (BRASIL, 2002), sendo os mais comuns a anemia hemolítica, as alterações hepáticas, a dermatite esfoliativa e a trombocitopenia (MOREIRA;

BATOS; TAWIL, 2014). Entretanto, os trabalhos publicados na literatura atual mostram que raramente o tratamento precisa ser interrompido devido a estes efeitos. O diagnóstico dos efeitos colaterais é baseado em sinais e sintomas e precisa de um acompanhamento específico para cada caso, por isso é importante ter conhecimento dos efeitos colaterais próprios de cada droga (BRASIL, 2002).

A rifampicina apresenta mais comumente como efeito colateral o rubor de face e pescoço, prurido, rash cutâneo generalizado, sintomas gastrointestinais e icterícia. Os casos de icterícia são descritos de duas formas, a leve ou transitória e a grave, que apresenta grandes danos hepáticos. Nos casos de icterícia grave a medicação precisa ser suspensa se o paciente apresentar as transaminases e/ou as bilirrubinas aumentadas mais de duas vezes o valor da normalidade. Poderão, também, ocorrer hemorragias gengivais e uterinas, sendo encontrada mais raramente a Síndrome Pseudogripal. A mudança de coloração para avermelhada da urina, da secreção pulmonar e da pigmentação conjuntival são alterações esperadas após administração da droga (BRASIL, 2002).

Os efeitos colaterais mais importantes desenvolvidos com o uso da clofazimina são o ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, e alteração na coloração da pele e suor. Em pessoas de pele escura a cor pode se tornar mais intensa e em pessoas claras a pele pode adquirir uma cor avermelhada ou um tom acinzentado, devido ao depósito da droga e ao ressecamento. Estas alterações são observadas majoritariamente nas lesões hansênicas e após a suspensão do medicamento regridem de forma lenta (BRASIL, 2002).

A dapsona apresenta como efeitos colaterais a síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia, icterícias, náuseas e vômitos e hemólise. O quadro de hemólise pode se apresentar por meio de tremores, febre, náuseas e cefaleias, podendo também ocorrer icterícia leve, cianose, dispneia, taquicardia, fadiga, desmaios, anorexia e vômitos e mais raramente choque. Outros efeitos colaterais inusitados são a insônia e neuropatia motora periférica (BRASIL, 2002).

Pacientes que completaram o tratamento PQT e que receberam status de cura e posteriormente apresentaram sinais e sintomas da doença são

considerados casos de recidiva. Sendo a maior causa de recidiva o tratamento PQT incorreto ou inadequado. Quando confirmado o caso de recidiva o tratamento será repetido integralmente de acordo com a forma apresentada se pauci ou multibacilar. A recidiva pode se manifestar por meio de exacerbações já existentes ou surgimento de novas lesões (BRASIL, 2002).

Em relação às atividades de prevenção e tratamento das incapacidades físicas é importante salientar que estas serão desenvolvidas durante o acompanhamento de cada paciente, através de avaliação neurológica ainda no diagnóstico. Durante a PQT e em alguns casos pós-alta deve-se ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que as mesmas evoluam para deformidades (BRASIL, 2002).

Além disso, os profissionais de saúde devem alertar ao seu paciente para que ele também seja vigilante e orientado em relação a alguns autocuidados que evitem complicações futuras, como incapacidades e até deformidades. Observar-se diariamente e procurar unidade de saúde ao notar qualquer alteração neurológica, tais como dor ou espessamento nos nervos é papel importante do paciente, além de autocuidados específicos com o nariz, os olhos, as mãos e os pés, a fim de prevenir lesões (BRASIL, 2002).

Para identificação das neurites e reações devem ser tomadas medidas coerentes em cada caso, na própria unidade de saúde ou em serviço de referência, principalmente se houver necessidade de cuidados mais complexos, e para isso é preciso que haja uma equipe multidisciplinar para atendimento mais completo e adequado com profissionais especializados. Um sinal de diagnóstico tardio ou de um tratamento inadequado é a presença de deformidades em um paciente curado (BRASIL, 2002).

As sequelas de cunho psicológico também estão presentes na hanseníase, variando de isolamento social a tentativa de suicídio (8 casos no Brasil). Um estudo realizado em 1995 no Brasil, com 500.000 pacientes com hanseníase evidenciou que muitos dos pacientes acometidos apresentaram relevantes alterações psicológicas, como a influência da doença no trabalho, vida familiar e a integração social (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

Nesse estudo homens e mulheres foram analisados de forma separada observando-se que no sexo feminino a religião foi um ponto de fortalecimento importante e que depois de contrair a doença elas se sentiram privadas dos papéis femininos estereotipados (cuidar de crianças, limpeza da casa, etc.) e também temiam o abandono do marido. Quanto ao sexo masculino, estes percebem a doença como uma ameaça, afetando a sua masculinidade e seu papel como provedores da família. Ambos os sexos relataram que evitavam situações sociais e circunstâncias que exigiam explicações sobre a mudança na textura da pele ou pigmentação (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

O sistema imunológico do paciente acometido apresenta reações ao *Mycobacterium leprae* e estas são conhecidas por estados reacionais ou reações hansênicas. Podem se apresentar por episódios agudos ou subagudos e acometem tanto os casos Paucibacilares como os Multibacilares. Geralmente estão presentes nos primeiros meses do tratamento, mas podem acontecer em qualquer fase da doença, até mesmo após a cura. Os fatores desencadeantes mais comuns são a gestação, infecções concorrentes, estresse físico ou psicológico (BRASIL, 2002).

As reações hansênicas são as principais causas de incapacidade e lesões neurais, assim é importante que o diagnóstico seja realizado o quanto antes para iniciar o tratamento e evitar essas complicações. Mas, a presença destas não contraindica o início do tratamento (PQT) e nem a sua manutenção, pois o tratamento reduz significativamente a frequência e a gravidade dessas reações. É necessária atenção nas reações que acontecem após o término do tratamento, para que essas não sejam confundidas com casos de recidiva de doença (BRASIL, 2002).

O exame físico dermatoneurológico é o meio diagnóstico para os estados reacionais e sua classificação. A classificação das reações hansênicas podem ser tipo I ou reação reversa, que se caracteriza pelo surgimento de novas lesões dermatológicas, mudança nas cores das lesões existentes, infiltração, edema nas lesões existentes bem como neurites. As reações tipo II se manifestam como Eritema Nodoso Hansênico (ENH) que é a apresentação de nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado, sem alterações das lesões antigas (BRASIL, 2002).

O tratamento das reações hansênicas na maioria das vezes é ambulatorial e apenas nos casos mais graves precisa de internação hospitalar. O manejo dos casos se dá com o uso da prednisona (1 a 2mg/kg/dia), realizando desmame progressivo nos casos de reações tipo I e nos casos de tipo II em que o paciente é do sexo feminino e em idade fértil e/ou apresente neurite, irite ou iridociclite, orquiepididimite, mãos e pés reacionais, nefrite, eritema nodoso necrotizante e vasculite (Fenômeno de Lúcio) (BRASIL, 2002). Nesses casos após a administração da corticoterapia a taxa de recuperação é aproximadamente de 60% (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014). Nos demais casos da reação tipo II será utilizado a talidomida: de 100 a 400 mg/dia com dose ajustada de acordo com a clínica do paciente (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de romper a cadeia de transmissão da hanseníase se preconiza a investigação dos contatos intradomiciliares, visto que o alto grau de convivência é um fator importante para a contaminação. São contatos intradomiciliares toda pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos. Quando identificados, os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, este sendo diagnosticado recebe o tratamento específico e todos os demais cuidados que a patologia requisita (BRASIL, 2002).

Os contactantes saudáveis devem receber orientações da doença quanto ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a unidade de saúde. Outra medida a ser adotada é a vacinação com a BCG (BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN), pois nos estudos realizados no Brasil e em outros países foi verificado o efeito protetor da BCG na hanseníase, este variando de 20 a 80% (BRASIL, 2002), tendo mais benefícios de proteção para os casos mais graves (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014).

Existem evidências que o uso de dapsona como quimioprofilaxia para estes contatos reduz a incidência de hanseníase.

A vacina é administrada em dose de 0,1ml e tem a sua administração em dois momentos com intervalo de seis meses para aqueles que nunca receberam nenhuma dose (BRASIL, 2002). Para aqueles que apresentem cicatriz visível de vacinação será administrada apenas a segunda dose (MOREIRA; BATOS; TAWIL, 2014), no caso de dúvidas quanto ao estado vacinal o paciente receberá as duas doses. É importante orientar que a BCG

não é uma vacina específica para hanseníase e que está prioritariamente destinada a grupos de risco da doença (BRASIL, 2002).

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal, observacional, de cunho retrospectivo, com análise qualitativa dos dados obtidos.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em unidade pública - Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase - da cidade de Campina Grande, cidade situada a aproximadamente 112 km da capital Paraibana. A população estimada em 2017 é estimada de 410.332 habitantes dos quais 91.501 tem até 14 anos de idade ("IBGE", 2018).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi composta por pacientes, menores de 15 anos, atendidos e diagnosticados com hanseníase no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB, no período de 2002 a 2017. Na Paraíba foram notificados 807 menores de 15 anos com hanseníase de 2002 até 2016 segundo dados do DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). E de acordo com dados do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande, neste mesmo período foram cadastradas 52 crianças com até 15 anos de idade.

5.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizada análise dos prontuários do arquivo do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB. A partir dos prontuários analisados foram colhidos todos os possíveis dados, tendo por auxílio a ficha de pesquisa (Anexo 1). Após coleta de dados todas as informações foram armazenadas em base de dados do programa SPSS.

5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.5.1 Critérios de inclusão

- Pacientes atendidos ou em acompanhamento no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB entre o período de 2002 a 2017;
- Pacientes com diagnóstico clínico ou laboratorial de Hanseníase;
- Pacientes com idade inferior ou igual a 15 anos;
- Pacientes de ambos os sexos;

5.5.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que tiveram hipótese diagnóstica inicial de hanseníase e avaliações posteriores permitiram diagnósticos alternativos que não hanseníase;
- Pacientes com idade igual ou superior a 16 anos;
- Paciente em cujo prontuário não apresente registro de dados suficientes para análise.

5.6 RISCOS

Em toda pesquisa envolvendo seres humanos de forma direta e/ou indireta podem ocorrer riscos de graus variados. Nesta pesquisa, as pesquisadoras tomaram os devidos cuidados para minimizar tais riscos, tais como: não houve cópia física dos prontuários, as consultas aos prontuários ocorreram sem a presença de terceiros e todas as fichas foram mantidas sob sigilo e acessadas somente pelas pesquisadoras. Nas fichas de coleta de dados não houve identificação nominal do paciente. A identificação ocorreu pelo número na pesquisa.

5.7 BENEFÍCIOS

Os benefícios são amplos, visto que a incidência de hanseníase em menores de 15 anos é um marcador de altos índices de disseminação da

patologia (EKEKE et al., 2014). A partir desta informação pudemos caracterizar o nível de controle de doença no âmbito local gerando dados que no futuro orientem a elaboração de estratégias públicas de combate e prevenção da Hanseníase na região.

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram organizados e tabulados, pelas pesquisadoras, no programa SPSS. As variáveis qualitativas foram expressas por suas frequências absolutas e relativas. Os parâmetros das variáveis qualitativas foram expressos por suas médias e desvio padrão. Nos casos em que o grau de dispersão foi alto para variáveis contínuas discretas, utilizamos a Mediana como medida da tendência central. Nesta circunstância, a medida do grau de dispersão foi feita pela distância Interquartil.

5.9 PROBLEMAS METODOLÓGICOS - A QUESTÃO DO "VIÉS"

Por se tratar de um estudo qualitativo, esta pesquisa permite descrever o problema imposto sem implicar em conclusões que possam ser extrapoladas como verdadeiras.

Pode ocorrer viés de informação devido a pesquisa de dados secundários (prontuários previamente preenchidos por terceiros) como instrumento de coleta de dados.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HUAC e somente teve início após a sua aprovação, sob número 89308818.0.0000.5182 (Declaração de aprovação - ANEXO 6). Este estudo será apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), estando o termo de Aceitação de Orientação anexo (ANEXO 3). Além disso, o termo de anuência da instituição (ANEXOS 4) assegurou a permissão para coleta de dados, sendo estes dados armazenados e divulgados conforme instruções previstas pela declaração de compromisso do pesquisador (ANEXO 2) e declaração de divulgação dos resultados (ANEXO 5).

7 MATERIAIS E ORÇAMENTO

Todas as despesas com a pesquisa foram custeadas pelas pesquisadoras. Os custos estão discriminados a seguir:

Nº	ITEM	Quantidade (Unidades)	Valor Unitário (R\$)	Total
1	Papel A4	1 Resma	20,00	20,00
2	Cartucho modelo HP901 Tinta Preta	1	45,00	45,00
3	Cartucho modelo HP901 Tinta Colorida	1	55,00	55,00
4	Fotocópias	200	0,15	30,00
5	Pen Drive 32GB (arquivamento de dados coletados e artigos pesquisados)	1	50,00	50,00
6	Pasta classificadora	2 unidades	20,00	40,00
TOTAL				240,00

8 RESULTADOS

Após consulta de registro de pacientes com hanseníase do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande, foi contabilizada uma amostra de 53 pacientes com idade inferior ou igual a 15 anos no período de 2002 a 2017, discordando com o número de 52 fornecido anteriormente pelo mesmo serviço. A população encontrada equivale a 5,64 % em relação ao total de pacientes atendidos no mesmo intervalo de tempo. Este grupo de pacientes selecionados obedeceu aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e tinha o seu número total maior que o estimado anteriormente na quantidade de uma pessoa.

Em sua grande maioria 84,9% os pacientes são oriundos da cidade de Campina Grande – PB, seguido da cidade Massaranduba – PB que corresponde a 5,75% do total. Já as cidades de Aroeiras – PB e Soledade – PB contribuíram apenas com 3,8% e 1,9% respectivamente, sendo 3,8 a percentagem de pacientes que não tinha a informação de sua procedência no prontuário.

A data de nascimento foi utilizada como critério norteador para a seleção dos pacientes para a faixa etária em questão. Observou-se que a idade encontrada variou de 2 a 15 anos no grupo em questão, apresentando uma média de 10,5 anos. Estes foram agrupados em categorias de acordo com o intervalo de idade que se encontrou no início do seu atendimento no serviço segundo o Gráfico 1.

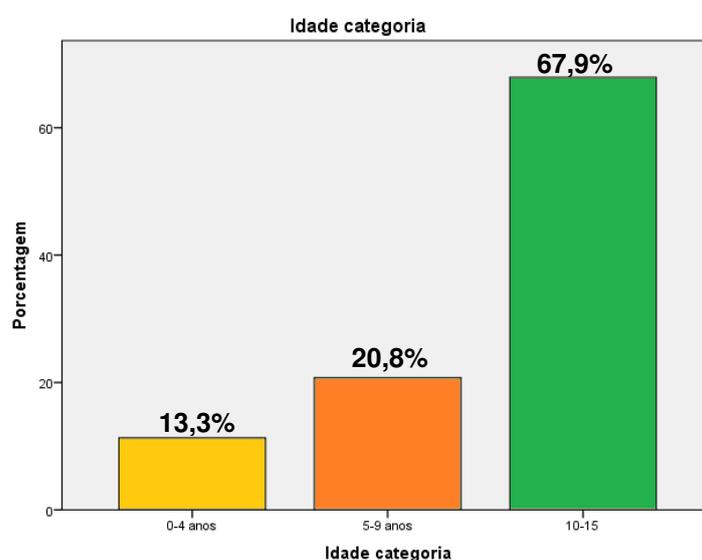


Gráfico 1- Idades por categorias de crianças com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

O sexo mais acometido pela hanseníase no grupo infantil foi o masculino correspondendo a 64,2% e o grupo feminino 35,85%. O número de coabitantes desses menores é representado por uma mediana de 3,5 coabitantes (IQR 3-5). Os dados de Cor/raça, Nível de Instrução e Renda Familiar não foram apresentados no banco de dados ofertados, não podendo assim ser descritos.

O modo de entrada do paciente ao serviço aconteceu de forma predominantemente de caso novo (94,3 %) e em uma minoria por meio de transferência (3,8 %). A forma de detecção se apresentou de forma mais homogênea ficando dividida entre encaminhamento do paciente ou demanda espontânea do serviço em questão (Gráfico 2). O número de familiares acometidos alcançou a proporção de 32,1% dos casos, em contra partida a 18,9% de pacientes que não tiveram nenhum familiar com hanseníase, 49,1% tiveram essa informação ignorada em seu prontuário.

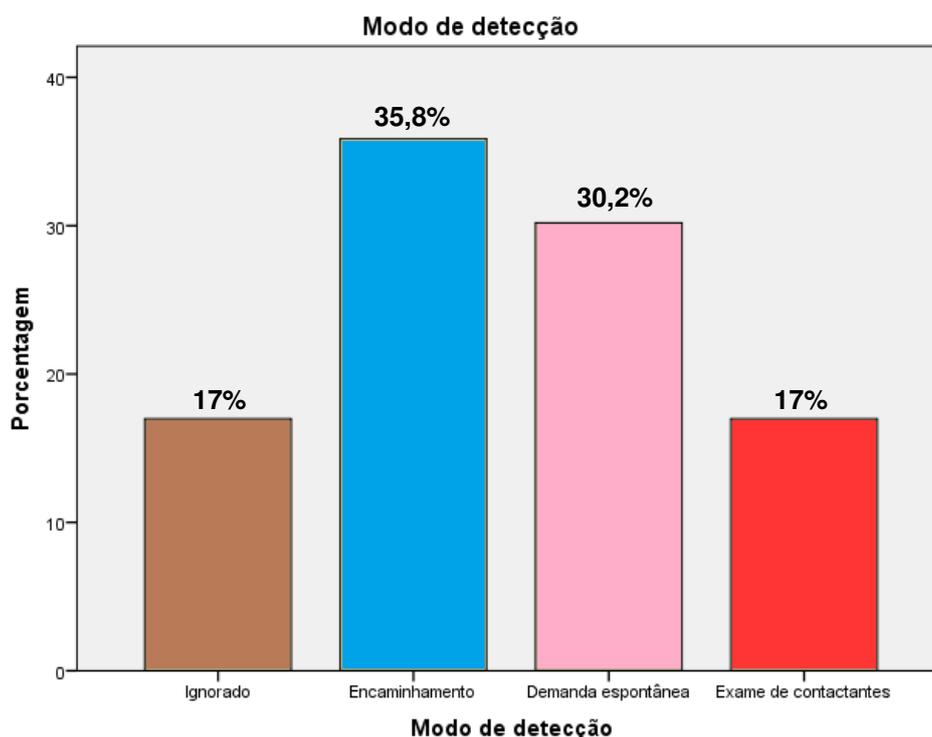


Gráfico 2- Modo de detecção da hanseníase em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

O método diagnóstico foi analisado por meio de três exames, o físico, o histopatológico e a baciloscopia. A sorologia não foi encontrada em nenhum

dos portuários analisados, pois este exame não está disponível na região da pesquisa em questão. No tocante ao exame físico, histopatológico e baciloscopia estes estiveram presentes de forma significativa na formulação do diagnóstico, o exame físico esteve presente em 100% dos casos e em todos eles apresentou alterações. O histopatológico e a baciloscopia se comportaram conforme o gráfico 3 e 4 respectivamente.

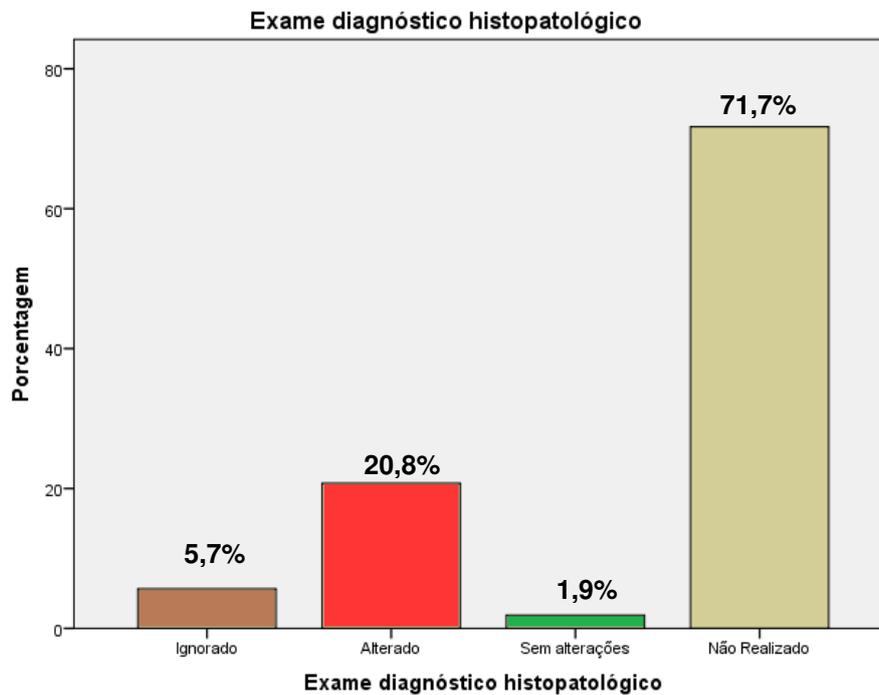


Gráfico 3 - Estudo histopatológico em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

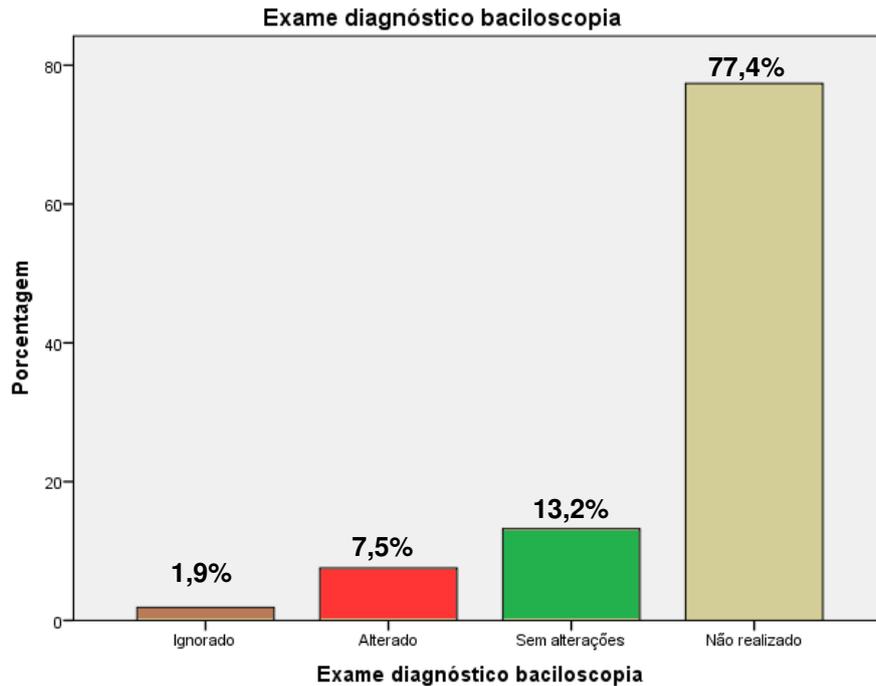


Gráfico 4 - Baciloscopia em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

No exame físico foi observada a quantidade de lesões cutâneas e estas foram agrupadas quanto ao número em grupos de única lesão, de duas a cinco, mais de cinco ou nenhuma lesão e foram obtidos resultados que estão descritos no Gráfico 5. Com base no exame físico os pacientes recebiam a sua classificação operacional que foi predominantemente Paucibacilar, representando 69,8% do grupo infantil, a Multibacilar foi representada por 28,3% da amostra. Esta classificação foi ignorada por 1,9% do grupo.

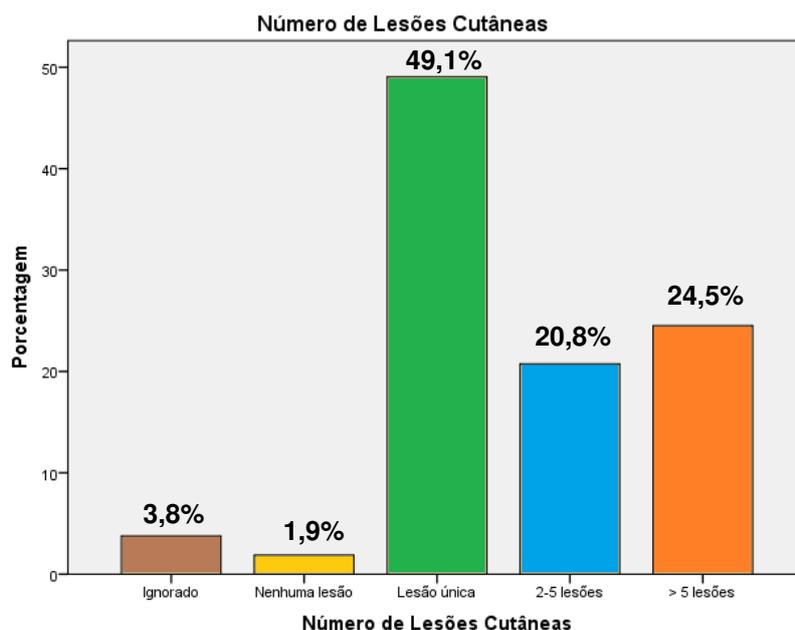


Gráfico 5 - Número de lesões cutâneas em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

A forma clínica teve sua distribuição predominantemente no grupo tuberculoide (35,8%) e de modo mínimo a forma virchowiana, sua distribuição se encontra de forma detalhada no Gráfico 6.

A análise de nervos afetados teve seu resultado reunido em células semelhantes à quantidade de lesões cutâneas. E tiveram por saldo: 34% dos pacientes não tiveram seus nervos afetados, 37,7% tiveram de um a cinco nervos acometidos e apenas 17% tiveram mais de cinco nervos com alguma alteração. Esta informação foi ignorada em 11,3% dos prontuários estudados. A doença neurológica esteve presente em apenas 13,2% das crianças, sendo um caso de fraqueza e seis de atrofia muscular.

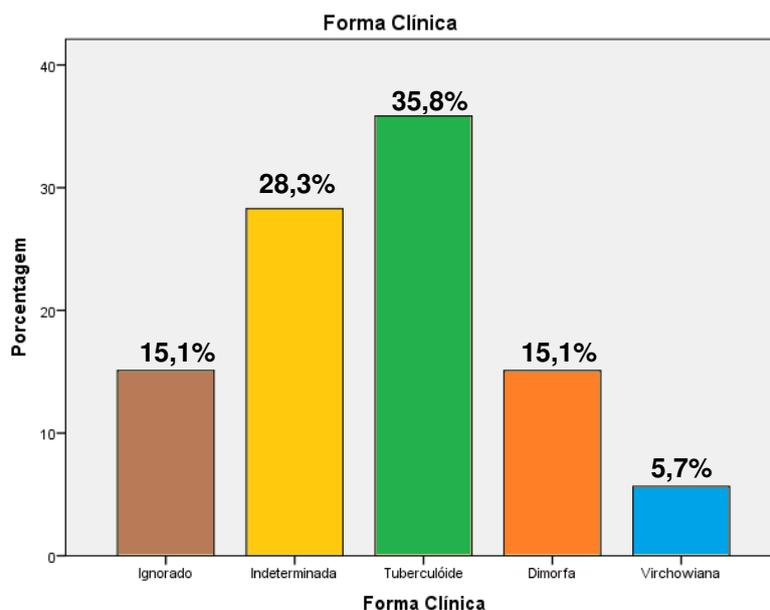


Gráfico 6 - Formas clínicas de hanseníase encontradas em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

O grau de comprometimento de incapacidade não foi avaliado em 11,3% da amostra, os que apresentaram grau zero representam 75,5%. Os que apresentaram algum grau de comprometimento foram agrupados quanto à intensidade de sua incapacidade em Grau I (9,4% da amostra) e Grau II (3,8% da amostra).

Quando analisado o tratamento PQT constatou que nenhum paciente se encontrava fazendo uso deste no presente momento. O esquema medicamentoso utilizado de forma majoritária condiz com a classificação previamente observada, que foi o paucibacilar, utilizado por 69,8% da amostra. O esquema multibacilar foi administrado para 30,2 % do grupo de menores de 15 anos. Apenas 3,8 % dos menores necessitaram de retratamento, sendo o esquema utilizado em 50% destes o Multibacilar e nos 50% restante o Paucibacilar.

Os efeitos adversos relacionados ao uso da PQT foram encontrados em 50% dos pacientes que continham essa informação em seu portuário. E sua forma de apresentação se encontra no gráfico 7. Um paciente em especial apresentou a Síndrome de Steve Johnson associado a anemia e hepatotoxicidade como consequência do uso da droga. Apenas 7,5% dos infantis necessitaram interromper o tratamento devido os efeitos adversos.

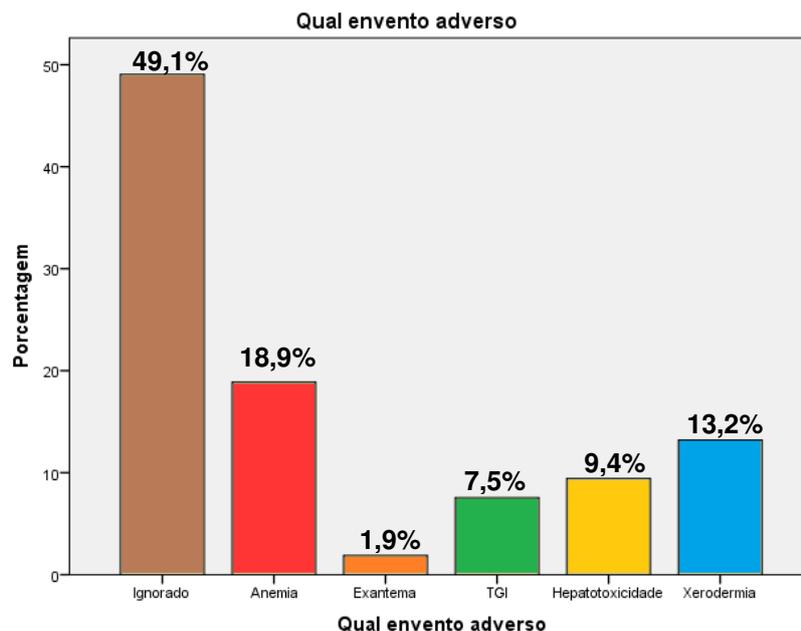


Gráfico 7 - Efeitos adversos ao uso da terapia medicamentosa para hanseníase em menores de 15 anos tratados de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

O estado reacional encontrado em 32% do grupo, sendo 70,62% destes, reações tipo I e 29,38% reações tipo II. Tiveram essa informação ignorada do prontuário 9,4% do grupo em questão. Do total de pacientes, 24,5% fizeram uso de Prednisona devido quadro reacional e 1,9% utilizou Talidomida. Para 60,4% da amostra o uso de medicação para reações não se aplica, pois estes não desenvolveram a mesma.

O processo de alta ocorreu de modo dominante por cura (78,2%), a sua distribuição e os demais motivos são encontrados no gráfico 8. A correlação HIV e hanseníase só foi pesquisada em um caso, sendo este negativo. Em relação à presença de tuberculose associada à hanseníase não foi apresentada nenhuma investigação em todos os prontuários analisados.

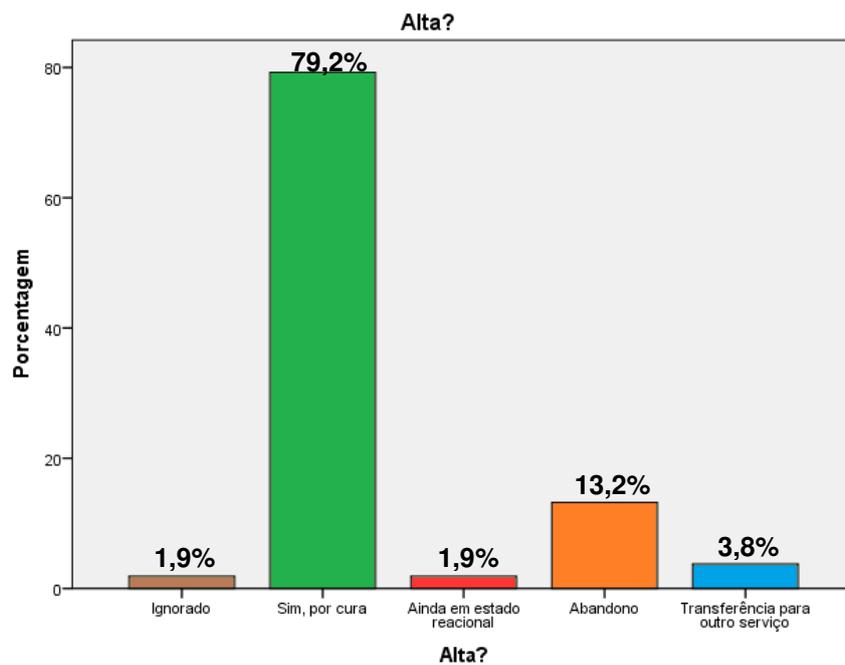


Gráfico 8 - Motivo de alta do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase em menores de 15 anos com hanseníase de 2002 a 2017 em Campina Grande, PB.

9 DISCUSSÃO

O nosso trabalho englobou uma população de 53 pacientes, cadastrados no Serviço de Referência de Hanseníase e Tuberculose da cidade de Campina Grande no período de 2002 a 2017, com idades variando de 2 a 15 anos, com média de 10,5 anos. Deles, 84,9% eram procedentes da cidade de Campina Grande. Do total, 64,2% do sexo masculino e 35,8% do sexo feminino. Em um estudo realizado na cidade de Salvador (BA) - Brasil, no período entre 2007 e 2011 englobando 145 casos de hanseníase em menores de 15 anos, demonstrou uma incidência de 51,7% do sexo feminino e 48,3% do sexo masculino (SANTOS et al., 2016), evidenciando discordância com o nosso estudo.

Por outro lado, em concordância com ele, ainda no Brasil, na cidade de Manaus (AM) no período de 1998 a 2005, também com menores de 15 anos, em um total de 474 casos foi demonstrado 50,2% do sexo masculino e 49,8% do sexo feminino (IMBIRIBA et al., 2008). Somado a este, um estudo retrospectivo de pacientes atendidos no período de janeiro de 2009 a junho de 2013 em Mumbai, na Índia, apresentou 66.6% do sexo masculino e 33.4% do sexo feminino (JAIN et al., 2014).

Estes dados demonstram que nosso estudo se assemelhou a dados referentes à população adulta, que de acordo com Melão et al. (2011) diz que a hanseníase em adultos é mais frequente no sexo masculino, por serem seres mais sociáveis com o próprio sexo masculino e mais despreziosos em relação aos cuidados da pele. Entretanto, com as mudanças de hábitos e costumes registrados neste século e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, essa diferença tende a desaparecer (SOUZA, 2012).

No que diz respeito a variável idade, nosso estudo contou com idades que variaram entre 2 a 15 anos, e dentre os 53 arquivos analisados seis deles são referentes à pacientes com idade igual ou menor a quatro anos na data do diagnóstico. Demonstrando que embora a literatura nos ensine que a hanseníase possui um longo período de incubação, sendo considerada em épocas remotas uma doença apenas de adultos (IMBIRIBA et al., 2008), a

grande quantidade de portadores ainda não tratados e/ou tratados irregularmente reflete os casos tão precoces em crianças.

Observa-se que essa ocorrência de hanseníase em crianças acontece mais em áreas endêmicas e quando há casos na família esse risco aumenta ainda mais. Segundo GITTE; N; KAMBLE (2006) em um estudo com 551 casos de jovens menores de 18 anos diagnosticadas com hanseníase, entre eles 37,9% tiveram contato intradomiciliar com parentes de 1º grau acometidos pela infecção. No nosso estudo dos 53 pacientes analisados, 32,1% tiveram contato com algum familiar de 1º grau acometido pela enfermidade. GOVINDHARAJ et al. (2016) relatou que em 42% dos casos havia um membro da família que foi tratado de hanseníase antes da criança ser diagnosticada. Isso demonstra a intrínseca relação da incidência em menores de 15 anos com a intensidade e o longo período de exposição à grande carga bacilar dos doentes mais próximos. Importante também definir que um número médio maior de moradores por residência é fator importante na cadeia de transmissibilidade da doença (CABRAL-MIRANDA; CHIARAVALLOTI NETO; BARROZO, 2014). Nosso estudo contou com a mediana de 3,5 coabitantes (IQR 3-5).

No tocante a detecção dos casos no Serviço de Referência de Hanseníase e Tuberculose da cidade de Campina Grande, a maioria 35,8% vieram encaminhados de outros setores, sejam consultórios especializados de Dermatologia até Unidades Básicas de Saúde. Encaminhadas ao serviço para diagnóstico e/ou tratamento. Seguindo do encaminhamento, a demanda espontânea foi o modo de detecção que apresentou 30,2% indicando falha na busca ativa e no exame de contatos que ainda não estão ocorrendo como preconizado.

Outra variável que chama atenção é o exame de contactantes, representada por 17%, necessário em ações de educação em saúde e busca ativa de possíveis infectados, já que a hanseníase se manifesta de maneira insidiosa e passa despercebida aos olhos de quem não sabe se há algo para procurar. Somando-se a isso, a instituição precoce de uma terapêutica adequada elimina de forma mais ativa o foco transmissor e previne possíveis incapacidades e até deformidades consequentes da infestação do *Mycobacterium leprae*.

Em uma descrição de casos de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no estado do Pará - Brasil, os autores reforçaram a importância de examinar todos os contactantes para rastreio. Foi descrito dois casos de hanseníase, sendo um de paciente com dezoito meses de idade, diagnosticado precocemente por meio do exame de contactantes intradomiciliar e tratado de maneira correta, recebendo alta por cura sem maiores danos. Já o outro de treze anos, diagnosticado por demanda espontânea, apesar de ter história relevante de contato com ex-paciente que tinha recebido tratamento para hanseníase, não passou por nenhum exame de rastreio e nem recebeu reforço de BCG. Entre algumas alterações possuía grau I de incapacidade devido à perda de sensibilidade protetora em ambos os pés (PIRES et al., 2012). Reforçando então que o exame de contactantes é parte indispensável para a condução dos pacientes em tratamento.

Uma vez no Serviço de Referência em 100% dos pacientes deve ser realizado exame clínico minucioso com procura ativa de lesões características, que segundo o Ministério da Saúde podem ser manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, pápulas, infiltrações, tubérculos ou nódulos com diminuição ou ausência de sensibilidade ou lesões dormentes, em decorrência do acometimento dos ramos periféricos cutâneos (BRASIL, 2002). No nosso estudo 49,1% apresentaram lesão cutânea única, 24,5% apresentaram mais de cinco lesões por todo o corpo, 20,8% variaram entre 2 a 5 lesões e apenas 1,9% não apresentaram lesão descrita em prontuário, apesar de o exame clínico apresentar-se alterado, este não foi caracterizado. Em concordância com os nossos resultados, o estudo realizado em Mumbai, na Índia, 45,8% apresentavam lesão única, 29,2% apresentaram mais de cinco lesões e 25% variaram entre 2 a 5 lesões que possuíam características da infecção (JAIN et al., 2014).

Ainda sobre o diagnóstico, observamos que 77,4% dos pacientes atendidos não realizaram baciloscopia e dos 20,7% realizados e registrados em prontuário, aproximadamente 36% não tiveram alterações, sendo apenas 7,5% do total. Em outro estudo brasileiro na cidade de Manaus (AM) com 474 menores de 15 anos, 81,3% dos pacientes realizaram baciloscopia, destes 66,7% não apresentaram alterações e apenas 15% vieram alterados (IMBIRIBA et al., 2008). Em estudos internacionais os resultados foram

semelhantes. Em um hospital do sul da Etiópica durante o período de 13 anos foram registrados 298 pacientes com hanseníase, destes, vinte e duas (7,4%) eram menores de 15 anos, o exame de baciloscopia foi realizado em quinze (68,2%) crianças e foi positivo em oito (36,4%) delas. Na Índia 100% dos pacientes analisados fizeram baciloscopia e apenas 8,33% obtiveram alterações (JAIN et al., 2014).

Todos esses dados corroboram para a soberania do exame clínico, apenas com ele o médico está apto a iniciar o tratamento da hanseníase, visto que em muitos casos a baciloscopia não é realizada e quando realizada não modificou o início da poliquimioterapia no nosso estudo. Este exame é um procedimento de fácil execução e de baixo custo, que permite a qualquer laboratório de UBS executá-lo, não devendo, porém ser considerada como critério de diagnóstico da hanseníase, ele é um exame complementar ao diagnóstico e deve ser solicitado, prioritariamente, nas seguintes situações: a) em caso de dúvida na classificação operacional para instituição da poliquimioterapia; b) diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas; c) e em casos suspeitos de recidiva (BRASIL, 2002). O exame histopatológico também não demonstrou relevância, visto que em 71,7% dos pacientes não foi realizado. Assim como a sorologia, não realizado em 100% das crianças deste presente estudo, pois o serviço não disponibilizava.

Quanto à forma de apresentação, pudemos contar com 69,8% Paucibacilar e 28,3% Multibacilar. Nosso estudo se assemelha a outros nacionais, como o de IMBIRIBA et al. (2008) em Manaus (AM), onde 70,7% dos pacientes possuíam a forma Paucibacilar e 29,3% a forma Multibacilar e o estudo de SANTOS et al., (2016) em Salvador (BA), que apresentou 60,7% Paucibacilar e 39,3% Multibacilar. Em outros estudos internacionais, pudemos perceber resultados controversos ao nosso. Na Índia, mais especificamente no Distrito de Purulia, em Bengala Ocidental, onde dos 65 menores de dezoito anos analisados, 70,8% apresentava forma Multibacilar e 29,2% forma Paucibacilar, caracterizando a área como foco endêmico principalmente de multibacilares (GOVINDHARAJ et al., 2016). A grande diferença de percentual entre as formas paucibacilar e multibacilar no nosso estudo pode indicar maior grau de suscetibilidade da população para forma paucibacilar.

Sobre as formas clínicas, o presente estudo apresentou como predominante a forma Tuberculóide com 35,8%, seguida da forma Indeterminada com 28,3% concordando com a literatura que diz que em crianças são esperadas que as formas paucibacilares, indeterminada e tuberculóide, sejam as mais freqüentes, devido o período de incubação (IMBIRIBA et al., 2008). A hanseníase indeterminada se caracteriza por representar a forma inicial da doença que pode evoluir para cura espontânea ou para outras formas polarizadas (IMBIRIBA et al., 2008). Nesse nosso estudo o percentual ocupado pela forma indeterminada nos permite supor que embora, de uma forma geral ainda falte muita conscientização para o diagnóstico e a terapêutica preconizada pelo Ministério da Saúde, nessa amostra os diagnósticos foram feitos precocemente.

O comprometimento de nervos periféricos é a principal característica da hanseníase, o que pode conferir a doença potencial para causar incapacidades físicas e até deformidades se não tratada corretamente (BRASIL, 2002). Essas deformidades podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes; em adultos resultam em alguns problemas, tais como a diminuição da produtividade no trabalho, limitações no cotidiano e na vida social, principalmente devido aos estigmas intrínsecos as consequências dessa patologia. Esses estigmas e preconceitos também podem alcançar as crianças, principalmente por ser um dos membros mais vulneráveis da nossa sociedade. Em um estudo na Índia sobre o comportamento de crianças e adolescentes, entre oito e dezoito anos que possuíam Hanseníase, foi estudada a percepção e compreensão dos problemas de saúde de cada indivíduo. De 65 pacientes entrevistados, um terço deles sofreram estigma interno e 12,3% indicaram uma preferência para evitar reuniões sociais (GOVINDHARAJ et al., 2016).

No nosso estudo, 37,7% dos pacientes apresentaram de um a cinco nervos acometidos com alguma alteração, em segundo lugar com 34% estão os que não tiveram nervos acometidos e 17% tiveram um comprometimento mais severo que ultrapassou cinco nervos. Apesar desses números, apenas em 13,2% foi detectada doença neurológica. Sem esquecer que há possibilidade de falha no banco de dados com mau preenchimento das atividades realizadas em prontuário.

O grau de comprometimento, por outro lado, apresentou bons resultados com a grande maioria representada por 75,5% foi observado grau 0 de comprometimento, demonstrando mais uma vez que nesta amostra o diagnóstico foi precoce e efetivo. Diferentemente do estudo realizado em Manaus (AM), do total de pacientes, 6,0% apresentaram algum grau de deformidade (Grau I ou II) já no diagnóstico da hanseníase e 6,3% na alta (IMBIRIBA et al., 2008).

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, eliminando a fonte de infecção e interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto imprescindível para o controle da hanseníase enquanto endemia e problema de saúde pública (SOUZA, 2012). No nosso trabalho foi observado que a maioria possuía a forma paucibacilar e por isso mesmo, 69,8% dos pacientes foram tratados com o esquema PB, PQT composta por seis doses. Do total de pacientes apenas dois necessitaram realizar retratamento, utilizando esquemas diferentes, em um foi utilizado o esquema PB, PQT com seis doses e em outro o esquema MB, PQT com doze doses. Em 13,2% dos prontuários esta informação não está clara, mostrando mais uma vez a possibilidade de falha no banco de dados ou o abandono do paciente ao acompanhamento seriado para verificar possíveis recidivas.

Não obstante a grande maioria dos medicamentos, a PQT também apresenta inúmeros efeitos colaterais. Observou-se que 41,5% dos infantes apresentaram efeitos adversos às drogas, apesar de que em apenas 7,5% do total houve registro de indicação médica para interrupção das multidrogas. Corroborando com a literatura atual, onde raramente o tratamento é interrompido devido a estes efeitos (BRASIL, 2002). Os efeitos adversos variaram entre anemia, exantema, sintomas do trato gastrointestinal, hepatotoxicidade, xerodermia e um caso isolado de Steve Johnson, recebendo destaque a anemia, presente em quatorze pacientes, seguida da xerodermia, presente em nove pacientes; 49,1% dos prontuários não nos traz essa informação, caindo na mesma janela de falha no banco de dados por preenchimento insuficiente dos arquivos. O diagnóstico é baseado em sinais e sintomas, por isso é tão importante ter o conhecimento dos efeitos colaterais próprios de cada droga (BRASIL, 2002).

É importante distinguir que pacientes que alcançaram o término do tratamento devem ser considerados curados, ou seja, não são mais considerados casos de hanseníase, mesmo que exista alguma sequela ou o paciente entre em reação hansênica. Do total de menores estudados, 79,2% obtiveram alta por cura, cumpriram com todas as doses do esquema de PQT prescrito. Foi registrado apenas um paciente que persiste em acompanhamento devido reação hansênica mesmo após a alta e 13,2% deles abandonaram o tratamento. Dados estes que superam locais como o sul da Etiópia, que em um estudo que durou 13 anos e analisou 22 crianças (com menos de 15 anos) e 66 adolescentes (de 15 a 18 anos) dos quais 5,6% e 6,3%, respectivamente abandonaram o tratamento (RAMOS et al., 2013).

A discussão sobre abandono implica numa reflexão além do bem estar individual do paciente. É possível ir além e enxergar os riscos de incapacidades e deformidades físicas, o risco de desenvolvimento de formas bacilíferas fármaco-resistentes aos principais esquemas preconizados pelo Ministério da Saúde e somados a estes, os riscos de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente (SOUZA, 2012). Um abandono reitera a incapacidade de tratamento e de controle da doença. Inúmeras causas podem justificá-lo, desde a falta de esclarecimento que a hanseníase é uma doença séria que pode trazer deformidades físicas futuras até a má organização interna dos serviços que muitas vezes obriga o paciente a percorrer longas distâncias para buscar diagnóstico e tratamento (SOUZA, 2012). Em nosso estudo 84,9% das crianças são procedentes da cidade de Campina Grande, logo o deslocamento não justificaria esses abandonos.

Outro fator de extrema relevância, já comentado nessa discussão é o grande estigma e preconceito histórico intrínseco a essa patologia, mesmo que esta variável não tenha sido avaliada no nosso estudo. MIRANZI; PEREIRA; NUNES (2010) comenta sobre a endemia oculta ao qual a hanseníase vem se transformando e o preconceito e o estigma que recaem sobre a doença são fatores muito importantes que dificultam inclusive a aceitação dos próprios portadores, não admitindo muitas vezes que possuem a doença.

Ainda sobre os estigmas, temos as reações hansênicas. Elas se definem por reações do sistema imunológico ao *Mycobacterium leprae* e são caracterizadas por episódios inflamatórios agudos e subagudos (BRASIL,

2002). Neste estudo, 32% dos menores de 15 anos apresentaram algum estado reacional, seja do Tipo I ou do Tipo II, com destaque para o Tipo I com 22,6%. O principal medicamento utilizado para controle das mesmas foi a Prednisona, com 13 usuários, seguido da Talidomida usado em apenas um dos usuários. Em outros estudos observaram-se resultados semelhantes, como na região central da Índia que estudou menores de 18 anos onde 38,9% deles apresentaram algum tipo de reação, sendo 35,3% apenas do Tipo I (GITTE; N; KAMBLE, 2006). Por outro lado, em Mumbai, ainda na Índia, em um estudo retrospectivo que avaliou pacientes menores de 18 anos atendidos num período de 54 meses, 4,16% apresentaram reação exclusivamente do Tipo II e os demais, 95,84%, não apresentaram estado reacional (JAIN et al., 2014).

As reações hansênicas podem acontecer durante os primeiros meses do tratamento, após a alta por cura ou até mesmo antes do diagnóstico, ajudando a induzi-lo (BRASIL, 2002). Um dos seus grandes desafios é esclarecer a população em relação ao preconceito referente às suas consequências e atentar para suas características para não serem confundidas com casos de recidiva.

10 CONCLUSÃO

O perfil clínico e epidemiológico dos menores de 15 anos do Serviço de Referência de Hanseníase e Tuberculose da cidade de Campina Grande no período de 2002 a 2017 demonstrou que a faixa etária variou de 2 a 15 anos, com média de 10,5 anos, quase 90% eram procedentes da cidade de Campina Grande, em uma amostra de maioria masculina. O principal modo de entrada no serviço foi o encaminhamento de outros setores de saúde e a principal forma clínica diagnosticada foi a forma Paucibacilar. A maioria absoluta recebeu alta por cura e apenas um único paciente continua em acompanhamento devido reações hansênicas.

Outras conclusões referem-se a dados preocupantes que demonstraram falha na busca ativa de novos casos, visto que o modo de detecção em sua maioria foi representado por encaminhamento de outros serviços e demanda espontânea. Além de uma representação de 13,2% de abandonos na nossa amostra, superando dados da Etiópia, país bem menos desenvolvido que o Brasil.

Diante do exposto é possível concluir que apesar da nossa amostra (53 pacientes) representar um número pequeno de indivíduos comparado à quantidade total de pacientes diagnosticados e tratados no período (939 indivíduos), apenas pelo fato de ainda existirem crianças diagnosticadas com esta patologia nos faz refletir sobre as condições de controle da doença no nosso município. Ainda é necessário um maior comprometimento tanto por parte dos pacientes que outrora abandonam o tratamento como também por parte do setor de saúde que ainda não se encontra no patamar preconizado pelo Ministério da Saúde; nem tão pouco conseguirá atingir a meta da OMS no que se refere à Estratégia Global para Hanseníase lançado em 2016 com data marcada para 2020.

É importante mudar a imagem de que a hanseníase é uma doença do passado e apenas de adultos. Ela é um problema de saúde pública e por isso merece atenção importante, com a elaboração de estratégias públicas para seu combate e prevenção. Não permitir que ela seja esquecida é o primeiro passo para contribuir na modificação dessa realidade.

11 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**

CABRAL-MIRANDA, W.; CHIARAVALLLOTI NETO, F.; BARROZO, L. V. Socio-economic and environmental effects influencing the development of leprosy in Bahia, north-eastern Brazil. **Tropical Medicine & International Health**, v. 19, n. 12, p. 1504–1514, dez. 2014.

EKEKE, N. et al. Children and leprosy in southern Nigeria: burden, challenges and prospects. **Leprosy review**, v. 85, n. 2, p. 111–7, jun. 2014.

GITTE, Sunil Vilasrao; N, Sabat Ramanath; KAMBLE, Km. **Childhood Leprosy in an Endemic Area of Central India.**Lalpur: Indian Pediatrics, 2006.

GOVINDHARAJ, Pitchaimani et al. Children and adolescents' attitude towards having leprosy in a high endemic district of India. **Leprosy Review**, Colchester, v. 87, n. 1, p.42-52, mar. 2016.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

IMBIRIBA, E. B. et al. Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. **Revista de saude publica**, v. 42, n. 6, p. 1021–6, dez. 2008.

MELÃO, Suelen et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 1, p.79-84, jan. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhx.exe?han/hans2000BD.def>>.

MIRANZI, S. D. S. C.; PEREIRA, L. H. D. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62–67, fev. 2010.

MOREIRA, S. C.; BATOS, C. J. DE C.; TAWIL, L. Epidemiological situation of

leprosy in Salvador from 2001 to 2009. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 89, n. 1, p. 107–117, jan. 2014.

PIRES, Carla Andrea A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.292-295, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-05822012000200022>.

QUEIRÓS, M. I. et al. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceará, 2007-2011. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 91, n. 3, p. 311–317, jun. 2016.

RAMOS, José M. et al. The burden of leprosy in children and adolescents in rural southern Ethiopia. **Paediatrics And International Child Health**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.24-28, 6 dez. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1179/2046905513y.0000000073>.

SANTOS, Selton Diniz et al. **Leprosy in children and adolescents under 15 years old in an urban centre in Brazil**. Rio de Janeiro: Mem Inst Oswaldo Cruz, 2016.

SOUZA, Valdenia Maria de. **Situação epidemiológica da Hanseníase no município de Campina Grande - PB, 2005 a 2009**. 2012. 35 f. TCC - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

SOUZA, V. F. M. DE et al. Relato de três casos novos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Itaguaí, Rio de Janeiro: evento de alerta para investigação epidemiológica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 5, p. 1011–1015, out. 2011.

WHO. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020**. [s.l.: s.n.].

Anexo 1 – Ficha de Investigação

FICHA DE COLETA DE DADOS

DADOS DA PESQUISA			
1- Número na Pesquisa		2-Data da Coleta: ____/____/____	
3- Data do Cadastro no Serviço: ____/____/____		4-Naturalidade:	
		5 - Município de residência:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRAFICOS			
6- Sexo? 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>	7- Idade? (Anos completos): <input type="text"/> <input type="text"/>	8-Idade (Categoria): 1. 00-04anos <input type="checkbox"/> 2. 05-09anos <input type="checkbox"/> 3. 10-15anos	9- Cor/raça: 1.Branca 2.Preta 3.Amarela 4.Parda 5.Indígena
10- Nível de Instrução: 1 – Não matriculado 2 – Berçário/Creche 3 – Pré-escola <input type="checkbox"/> 4 – Fundamental <input type="checkbox"/> 5 – Médio	11- Número de coabitantes: <input type="text"/> <input type="text"/>	12 – Renda Familiar: 1 – Ignorado 2 – Bolsa família <input type="checkbox"/> 3 – Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 4 – Mais de 1 salário mínimo	
DADOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E LABORATORIAIS			
13- Familiar com diagnóstico? 1 – Ignorado 2 – Não <input type="checkbox"/> 9 – Sim: _____ <input type="checkbox"/>	14- Modo de entrada: 1 – Ignorado 2 – Caso novo 3 – Transferência <input type="checkbox"/> 4 – Recidiva <input type="checkbox"/> 5 – Outro _____	15- Modo de Detecção: 1 – Ignorado 2 – Encaminhamento 3 – Demanda espontânea <input type="checkbox"/> 4 – Exame de coletividade <input type="checkbox"/> 5 – Exame de contactantes 6 – Outro _____	16- Data do diagnóstico? ____/____/____
17 – Exame diagnóstico: Exame clínico ____/____/____ 1 – Ignorado 2 – Alterado: _____ 3 – Sem alterações 4 – Não realizado <input type="checkbox"/>	18 – Exame diagnóstico: Exame Histopatológico ____/____/____ 1 – Ignorado 2 – Alterado: _____ 3 – Sem alterações <input type="checkbox"/> 4 – Não realizado <input type="checkbox"/>	19 – Exame diagnóstico: Baciloscopia ____/____/____ 1 – Ignorado 2 – Alterado: _____ 3 – Sem alterações 4 – Não realizado <input type="checkbox"/>	20 – Exame diagnóstico: Sorologia ____/____/____ 1 – Ignorado 2 – Alterado: _____ 3 – Sem alterações 4 – Não realizado <input type="checkbox"/>
21 - Número de lesões cutâneas: 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Nenhuma lesão 3 – Lesão única 4 – 2-5 lesões 5 - >5 lesões	22 – Classificação Operacional: 1 – Ignorado 2 – Paucibacilar <input type="checkbox"/> 3 – Multibacilar <input type="checkbox"/>	23 – Forma clínica: 1 – Ignorado 2 – Indeterminada <input type="checkbox"/> 3 – Tuberculóide <input type="checkbox"/> 4 – Dimorfa 5 – Virchowiana	24 – Nervos afetados: 1 – Ignorado 2 – Nenhum <input type="checkbox"/> 3 – 0-5 4 - >5
25 – Doença neurológica? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Sind Túnel do carpo <input type="checkbox"/>	26 – Estado Reacional? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Não <input type="checkbox"/>	27 – Está em uso de PQT? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Sim <input type="checkbox"/>	28 – Data de início de PQT: ____/____/____

3 – Parestesia coxas 4 – Fraqueza 5 – Atrofia muscular 6 – Úlcera plantar	3 – Tipo I 4 – Tipo II	3 – Não	Não se aplica <input type="checkbox"/>
29 – Esquema de PQT: 1 – Ignorado 2 – PQT/PB/6 doses <input type="checkbox"/> 3 – PQT/MB/12 doses <input type="checkbox"/> 4 – Esquema alternativo	30- Retratamento? 1 – Ignorado 2 – Sim <input type="checkbox"/> 3 – Não <input type="checkbox"/>	31- Esquema de Retratamento: 1 – Ignorado 2 – PQT/PB/6 doses <input type="checkbox"/> 3 – PQT/MB/12 doses <input type="checkbox"/> 4 – Esquema alternativo 9 – Não se aplica	32 – Indicação médica de interrupção da PQT? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Sim <input type="checkbox"/> 3 – Não
33 – Evento adverso a PQT? 1 – Ignorado 2 – Sim <input type="checkbox"/> 3 – Não	34 – Qual evento adverso? 1 – Ignorado 2 – Anemia <input type="checkbox"/> 3 – Exantema 4 – TGI 5 – Hepatotoxicidade 6 – Xerodermia	35 – Se reação, Qual medicamento em uso? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Prednisona 3 – Talidomida 9 – Não se aplica	36 – Grau de Comprometimento: 1 – Ignorado 2 – Grau zero <input type="checkbox"/> 3 – Grau I 4 – Grau II 5 – Não avaliado
37 – Teste para HIV ou diagnóstico prévio de HIV? 1 – Ignorado <input type="checkbox"/> 2 – Sim 3 – Não	38 – Hanseníase e tuberculose? 1 – Ignorado 2 – Sim <input type="checkbox"/> 3 – Não <input type="checkbox"/>	39- Alta? 1 – Ignorado 2 – Sim, por cura <input type="checkbox"/> 3 – Ainda em TTo 4 – Ainda em Estado reacional 5 – Abandono 6 – Transferência para outro serviço	40 – Outros:

Anexo 2 – Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientados da pesquisa intitulada "PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE DE 2002 A 2017" assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas Hospital Universitário Alípio de Camelo), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, dois de Abril de 2018.

Maira Gomes Monteiro

Maira Gomes Monteiro
Orientadora

Teresa Teresa de A. Celestino

Teresa Teresa de Albuquerque Celestino
Orientando

Hortência Maria Ferreira de Melo Silva

Hortência Maria Ferreira de Melo Silva
Orientando

Anexo 3 - Termo de Aceitação de Orientação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – CTCC

TERMO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Venho, por meio deste, perante a Coordenação do TCC CCBS/ UFCG, assumir a orientação dos alunos:

HORTENSIA MARIA FERREIRA DE M. SILVA Matrícula 112220066

JULIA TERESA DE AQUINO OLIVEIRA CELESTINI Matrícula 142220191

a fim de que apresentem o seu trabalho de conclusão de curso à coordenação de TCC, comprometendo-me a cumprir todas as disposições contidas na Resolução..... do Colegiado do curso de Medicina, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFCG.

Campina Grande, 16 de Abril de 2018

Maira Gomes Monteiro

Professora Maira Gomes Monteiro

SIAPÉ n° 2756566

Anexo 4 - Termo de Anuência da Instituição



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: Perfil clínico epidemiológico de Hanseníase em menores de 15 anos no Serviço de Referência da cidade de Campina Grande de 2002 a 2017, das discentes do Curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG: Hortância Maria Ferreira de Melo Silva e Júlia Teresa de Albuquerque Celestino, orientado por: Prof. Ms. Maira Gomes Monteiro, tendo como cenário o Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase de Campina Grande.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo indispensável após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta coordenação ou ao local da pesquisa.

Campina Grande, 17 de Abril de 2018.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 895, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.

Anexo 5 - Declaração De Divulgação Dos Resultados

Termo de Compromisso de divulgação dos resultados

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientandos da pesquisa intitulada “PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE DE 2002 A 2017” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa e as suas dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- 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;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Campina Grande, 16 de Abril de 2018.

Maira Gomes Monteiro

Maira Gomes Monteiro
Orientadora

Hortênsia M. Ferreira de Melo Silva

HORTÊNSIA MARIA FERREIRA DE MELO SILVA
Orientanda

Júlia Teresa de Albuquerque Celestino

JÚLIA TERESA DE ALBUQUERQUE CELESTINO
Orientanda

Anexo 6 - Declaração De Aprovação do Comitê De Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa - CEP o projeto de número CAAE: 89308818.0.0000.5182, Número do Parecer: 2.794.531 intitulado: **PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE HANSEÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE DE 2002 A 2017.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Andréia Oliveira Barros Sousa

Andréia Oliveira Barros Sousa
Coordenadora *pro tempore* CEP/HUAC

Campina Grande - PB, 02 de Agosto de 2018.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB.
Telefone.: (83) 2101 - 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br