



Universidade Federal
de Campina Grande

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

JOCÉLIO VITORINO BATISTA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

CAJAZEIRAS-PB

2015

JOCÉLIO VITORINO BATISTA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

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

Orientadora: Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS-PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730
Cajazeiras - Paraíba

B333c Batista, Jocélio Vitorino
Caracterização epidemiológica da hanseníase no município de
Aurora - CE, no período de 2003 a 2013. / Jocélio Vitorino Batista.
Cajazeiras, 2015.
72f. : il.
Bibliografia.

Orientador (a): Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Hanseníase - Aurora - CE. 2. Hanseníase - perfil
epidemiológico e controle. 3. Hanseníase - doenças
infectocontagiosas. I. Nascimento, Maria Mônica Paulino do. II.
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.73(813.3)

JOCÉLIO VITORINO BATISTA

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
AURORA – CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013**

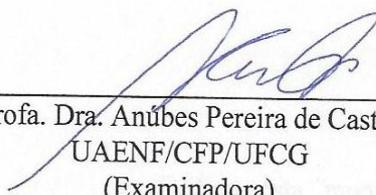
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, da Unidade Acadêmica de
Enfermagem, da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: 19/03/2015

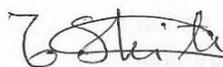
BANCA EXAMINADORA:



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



Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)



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

Dedico esta monografia aos meus pais José Batista Neto (*in memoriam*) e Maria Célia Vitorino do Nascimento, a minha irmã Jocicleide Vitorino Batista, a minha esposa Jacqueline Viana Maia e a meu filho Diogo Viana Vitorino. Pelo AMOR, compreensão, apoio, incentivo e dedicação, para que eu pudesse realizar esse sonho.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado força e iluminado meu caminho para continuar seguindo em frente mesmo diante de perdas e dificuldades para que eu realizasse esse sonho.

Aos meus pais, José e Maria, razão da minha existência, pessoas singulares, meus eternos incentivadores, que sempre acreditaram em mim, apoiando-me na decisão mais difícil de minha vida, que era escolher qual profissão seguir.

A minha esposa Jacqueline, pelo amor, companheirismo, compreensão, incentivo, dedicação, e por fazer parte da minha vida.

A meu filho Diogo, que após seu nascimento passei a ver a vida de modo diferente. Com ele me sinto mais forte, capaz de enfrentar os mais árduos caminhos, e conquistar meus objetivos, por nos fazer tão felizes.

A minha irmã Jocicleide, pelo amor, companheirismo, amizade, estímulo e incentivo para que fosse possível a concretização desse sonho.

A meus avós, Valdimiro e Maria, pelo apoio, carinho, compreensão, e amor, que mesmo de longe sempre estiveram presentes ajudando e torcendo pela concretização deste sonho.

A meus amigos e companheiros de quarto José Gleyson, Agnaldo, José Hilton, que ao longo desses anos se tornaram minha segunda família.

Aos meus amigos Bruno, Micnéias e Fernanda pelo incentivo e apoio durante todos esses anos.

Ao meu querido amigo Cícero Oberdan, que mesmo após concluirmos o colegial sempre esteve comigo, me incentivando e apoiando nos momentos mais difíceis de minha vida.

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

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

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

RESUMO

BATISTA, J. V. **Caracterização epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora-CE, no período de 2003 a 2013.** 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2015.

A hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecida pela humanidade, permeada por estigmas e tabus, que continua a caracterizar um problema de saúde pública mundial, especialmente no Brasil. Doença de notificação compulsória, caracteriza-se por ser infectocontagiosa, de evolução lenta, incapacitante, de alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. O presente estudo teve como objetivo geral conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora-CE, no período compreendido de 2003 a 2013, e como específicos identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase e calcular os indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e prevalência da doença para cada ano do período em estudo. A pesquisa adotou o enfoque do tipo documental, exploratório descritivo, caracterizado por uma abordagem quantitativa. Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Aurora-CE, onde foram obtidos todos os dados de interesse para o estudo. A população foi composta por todos os casos de hanseníase notificados no período supracitado e a amostra contou com 100% da população, 171 casos de hanseníase. A coleta foi realizada no mês de janeiro de 2015, através da consulta às fichas do SINAN e do acesso ao programa do SINAN dados para TABWIN, instalados na Secretaria de Saúde do Município. Os resultados apontam que no decorrer dos anos houve um aumento no número de casos, com maior predominância do sexo masculino, em adultos jovens, de raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona urbana. Com relação à forma clínica a que mais predominou foi a dimorfa, com a classificação operacional multibacilar. A maioria dos casos apresentou mais de cinco lesões cutâneas, sem nenhum tronco nervoso afetado, já a baciloscopia da linfa apresentou-se positiva na maioria dos casos avaliados. O grau zero de incapacidade física predominou na ocasião do diagnóstico e todos os doentes realizaram um dos esquemas da poliquimioterapia-PQT. A maioria dos casos foi detectada através da demanda espontânea, notificados como caso novo, e em quase a totalidade deles o desfecho foi a cura. Boa parte dos contatos foram examinados, o Município obteve alta taxa de incidência e prevalência da hanseníase, não atingindo as metas de eliminação da doença. Diante desses resultados percebe-se a necessidade de desenvolvimento de ações de controle mais efetivas por parte dos gestores, com ênfase na capacitação dos profissionais de saúde e na busca ativa dos contatos intradomiciliares, instituindo o diagnóstico e o tratamento precoce, a fim de quebrar a cadeia epidemiológica, visando o controle e possível eliminação da doença no Município.

Palavras-chave: Controle. Hanseníase. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

BATISTA, J. V. **Epidemiological characterization of leprosy in Aurora-CE from 2003 to 2013**. 72f. Work for course conclusion (Graduation in Nursing) – Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2015.

Leprosy is one of the oldest known diseases in humanity's history, surrounded by stigmas and taboos, which keep characterizing a global public health problem, especially in Brazil. A disease of compulsory notification, it is characterized for being features infect-contagious, slow evolutionary, disabling, high infectivity and low pathogenicity, caused by *Mycobacterium leprae* that manifests itself by dermato-neurological signs and symptoms. This study aims at knowing the epidemiological situation of leprosy in the district of Aurora-CE, in the period from 2003 to 2013, and its specific objectives are to identify the socio-demographic and clinical profile of the cases of leprosy and calculate the epidemiological indicators: incidence rate and prevalence of the disease in each year studied. The research adopted the approach type documentary, descriptive, exploratory characterized by a quantitative approach. For the development of the research has been used the database of the Information System for Notifiable Diseases-SINAN in the Department of Epidemiological Surveillance of the Municipal Health of Aurora-CE, where has been obtained all the data that interest the study. The population has been composed for all the cases of leprosy reported in the foregoing period and the sample has been 100%, 171 cases of the disease. The collection was held in January 2015, through the consultation to the records of SINAN and the access to SINAN's program of data for TABWIN, installed in the health secretary of the town. The results have shown that over the years there was an increase in the number of cases, predominantly in males, aged young adult, mixed race, with poor education and living in the city. Regarding clinical form that was more prevalent dimorphic, with the operational classification multibacillary. Most cases have presented more than five skin lesion, without any affected nerve trunk, since the smear of lymph showed up positive in most cases evaluated. The grade naught of disability prevailed at the time of diagnosis and all patients underwent one of the schemes of multidrug-MDT. Most cases have been detected by voluntary presentation, entering as a new case, and in almost all of them the outcome was healing. Much of the contacts were examined, the city had a high rate of incidence and prevalence of leprosy, not reaching the elimination goals of disease. From these results we see the need to develop more effective control actions by managers, with emphasis on the training of health professionals and active search for contacts, establishing the diagnosis and early treatment in order to break the chain epidemiological, for the control and possible elimination of the disease in the city.

Keywords: Control. Leprosy. Epidemiological profile.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da hanseníase conforme a classificação operacional. Aurora-CE, 2003 a 2013.....	44
GRÁFICO 2 – Distribuição da hanseníase conforme o número de contatos intradomiciliares registrados e examinados. Aurora-CE, 2003 a 2013.....	46
GRÁFICO 3 – Taxa de incidência da hanseníase por 100 mil habitantes. Aurora-CE, 2003 a 2013	48
GRÁFICO 4 – Taxa de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes. Aurora-CE, 2003 a 2013	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica da hanseníase. Aurora-CE, 2003 a 2013.....	32
TABELA 2 – Caracterização Clínica da hanseníase. Aurora-CE, 2003 a 2013.....	36
TABELA 3 – Distribuição da hanseníase segundo características selecionadas. Aurora-CE, 2003 a 2013.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BAAR – Bacilo Ácido-Álcool Resistente

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ENH – Eritema Nodoso Hansênico

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HD – Hanseníase Dimorfa

HI – Hanseníase Indeterminada

HT – Hanseníase Tuberculóide

HV – Hanseníase Virchowiana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

MB – Multibacilar

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB – Paucibacilar

PQAVS – Programa de qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

PQT – Poliquimioterapia

ROM – Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina

RR – Reação Reversa

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SNL – Serviço Nacional de Lepra

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWIN – TAB para Windows

TCUD – Termo de Compromisso de Uso de Banco de Dados

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Breve História da Hanseníase	16
3.2 Políticas de Saúde Pública e a Hanseníase no Brasil	17
3.3 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos da Hanseníase	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1 Caracterização da Pesquisa	28
4.2 Local do Estudo	28
4.3 População e Amostra	29
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	29
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	29
4.6 Procedimentos para Coleta de Dados	30
4.7 Análise dos Dados	30
4.8 Posicionamento Ético da Pesquisa	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5.1 Apresentação dos Dados Individuais e de Residência	32
5.2 Caracterização dos Casos	36
5.3 Indicadores Epidemiológicos: Aurora-CE, 2003 a 2013	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	64
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil, uma vez que ela provoca deformidades e incapacidades físicas que podem ser irreversíveis. O indivíduo doente, por não saber lidar com a enfermidade adquirida, pode apresentar problemas psicológicos, comprometendo ainda mais o seu estado de saúde (FERREIRA; FERREIRA; MORRAYE, 2012).

Consiste em uma doença crônica, transmissível e curável, cuja única fonte de infecção é o Homem, sendo que sua transmissão se dá de um indivíduo infectado pelo bacilo e ainda não tratado, que o elimina para o meio exterior através das vias aéreas superiores, as quais são a principal porta de entrada no indivíduo susceptível. A doença deixa de ser transmitida logo após o início do tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Essa patologia acomete ambos os sexos e todas as idades, sendo menos frequente em menores de 15 anos (BRASIL, 2010c).

Os sinais e sintomas da doença poderão ser percebidos após um longo período de incubação, geralmente de 2 a 7 anos, progredindo lentamente. Apesar de não ser tão frequente na infância, a exposição precoce em focos domiciliares eleva a incidência nessa população (BRASIL, 2009).

As manifestações clínicas da hanseníase incluem o surgimento de manchas pigmentares ou discrômicas com perda ou alteração da sensibilidade, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos e neurites. Uma classificação operacional é utilizada para fins terapêuticos, que se baseia no número de lesões de pele. Dessa forma, os indivíduos que apresentarem até cinco lesões são denominados de Paucibacilares (PB), e não transmitem a doença, por terem uma baixa carga bacilar; já os que apresentam mais de cinco lesões e/ou baciloscopia positiva recebem o nome de multibacilares (MB), transmitindo a doença a indivíduos susceptíveis, por apresentarem carga bacilar alta (BRASIL, 2008).

A poliquimioterapia (PQT) é o tratamento padrão para a hanseníase, sendo composta por três drogas: dapsona, rifampicina e clofazimina, sendo a última utilizada apenas para os casos multibacilares, por um período de tempo de 12 meses, enquanto os casos paucibacilares, possuem duração de 6 meses. O tratamento engloba a modalidade adulto e infantil. Nesta, a criança acometida pela forma multibacilar, fará uso do seguimento normal do tratamento, no entanto as doses de clofazimina serão em dias alternados (BRASIL, 2010a).

O Brasil enfrenta há anos a hanseníase, porém pouca coisa mudou. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2012, foram notificados cerca de 29.000 casos da doença no País dos quais 1.936 foram registrados em menores de 15 anos, levando ele a ser considerado

o segundo maior do mundo em número de casos, ficando atrás apenas da Índia (MAIA; TEIXEIRA, 2014). O País diagnosticou 90% dos casos da patologia das Américas. A maior ocorrência de casos foi evidenciada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (MOURA et al., 2012).

A situação epidemiológica da hanseníase no Estado do Ceará, a partir da análise dos dados obtidos de 2001 a 2012, revelou a notificação de 2.594 casos da doença no primeiro ano avaliado, com uma taxa de detecção de 34,4/100.000 habitantes, enquanto que no ano de 2012 foram notificados 2.066 casos, apresentando uma taxa de detecção de 24,0/100.000 habitantes. Ainda neste ano, a doença revelou em nível Nacional um coeficiente de prevalência de 1,51 casos por 10.000 habitantes (SILVA; NICOLETTI, 2013). No mesmo período, com relação aos menores de 15 anos o coeficiente de detecção foi de 5,8 e 5,3 /100.000 habitantes respectivamente, apresentou ainda uma média anual de 5,9% do total de casos notificados nesta faixa etária (CEARÁ, 2013).

O Ministério da Saúde tem como meta eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2015, visando alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Para isso, lançou o Plano integrado de ações estratégicas para eliminação da hanseníase e outras doenças, que representam importantes agravos para saúde pública. Este plano constitui-se basicamente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados da doença (BRASIL, 2012).

O interesse pela temática surgiu a partir dos conhecimentos adquiridos na Disciplina Enfermagem Clínica II, e posteriormente no Estágio Curricular Supervisionado I, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Município de Cajazeiras – PB, através de vivências com portadores de hanseníase, que fizeram despertar pela importância deste agravo para a saúde pública Regional e Nacional.

Sendo assim, os seguintes questionamentos nortearam a elaboração deste estudo: Qual a situação epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora-CE, no período compreendido de 2003 a 2013? Qual o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase do Município? Como estão os indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e prevalência da doença para cada ano do período em estudo?

A pesquisa apresentará resultados significativos, de interesse Municipal e Estadual, da situação epidemiológica da hanseníase no Município em questão. Além disso, visa oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitirão a redução da prevalência da doença no Município, melhorando a qualidade de vida dos portadores de hanseníase.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

– Conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora-CE, no período compreendido de 2003 a 2013.

2.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase;
- Calcular os indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e prevalência da doença para cada ano do período em estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve História da Hanseníase

A hanseníase é uma doença milenar, conhecida desde civilizações antigas sob a denominação de lepra. Ao longo dos tempos, ela trazia consigo muitos estigmas, caracterizada pelo preconceito e discriminação, devido a sua alta infectividade, instalação de incapacidades e deformidades físicas, bem como a falta de tratamento adequado. O isolamento do indivíduo doente do convívio familiar e social foi por muito tempo o único mecanismo de controle da doença. Toda essa história de segregação social e preconceito que a doença carregou, foi passada ao longo dos tempos, fazendo com que ainda hoje exista preconceito (SILVA et al., 2014).

Esses doentes, devido ao preconceito gerado pela doença, perderam, além de sua liberdade, o exercício de sua cidadania, sendo muitas vezes obrigados a deixarem suas famílias e passarem a viver em reclusão nos leprosários. Estas medidas se mantiveram por algum tempo, sob a justificativa de que essa prática seria para garantir o bem estar da coletividade (ALMEIDA et al., 2012).

Acredita-se que a hanseníase foi trazida para o Continente americano em meados do século XVI, pelos imigrantes europeus e, posteriormente, pelos escravos africanos (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

Há 1.500 anos antes de Cristo foram encontrados na Índia documentos que tratavam de uma doença chamada “KUSHTA”, também denominada de lepra, “LAI-FOM” ou remetendo-se a sua denominação bíblica “tsara’ath”, do hebraico. Esta doença atingiu o Japão, o Egito, a Pérsia, os arquipélagos do Sul da Ásia, a China e os países mediterrâneos. Quando o indivíduo era diagnosticado como sendo portador dessa doença, tinha que ser isolado da sociedade, carregando consigo por toda eternidade o símbolo de leproso, juntamente com o estigma atrelado a doença (ALVES; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Budel et al. (2011), nas civilizações antigas, ser portador de hanseníase era considerado uma punição. Desta forma, obrigavam os doentes a vestirem roupas especiais para que fossem reconhecidos à distância. Além disso, eram isolados da sociedade. Os relatos mais antigos sobre esta doença também são encontrados na China há 1100 a.C.

A Bíblia Sagrada reúne várias referências sobre a lepra e seu tratamento. Para ela, esta doença é considerada um castigo divino, sendo associada diretamente ao pecado, pois é sinônimo de impureza. Para obter a cura era necessário haver arrependimento dos pecados,

pois o perdão divino e a purificação só eram possíveis mediante esta condição. Quando a cura não era possível, a alternativa utilizada era o afastamento do enfermo da comunidade e seu isolamento social até a hora da sua morte (MARTINS et al., 2012).

Os textos bíblicos abordam a hanseníase como sendo uma doença que caracteriza a impureza da alma, marcada pelos pecados morais e castigos divinos. Essas representações auferiram significados bem mais conotativos, passando a ter mais valores do que a própria sintomatologia da doença (ROCHA et al., 2011).

Durante a Idade Antiga, os doentes eram obrigados a deixarem suas cidades; já na Idade Média, esses pacientes foram alvo de estigmas de misticismo (bruxaria e paganismo), considerados ligados diretamente ao pecado. Esta associação ocorreu devido à tradução errada que foi atribuída à palavra “tsara’ath” da Bíblia, do hebraico para o grego, sendo empregada como lepra, quando na verdade, seu real significado é impureza moral e espiritual (ALVES; OLIVEIRA, 2011).

Na Idade Média, a hanseníase se alastrou por vários países europeus, provavelmente intensificados pelo afluxo desses pacientes durante o Movimento das Cruzadas. Houve uma significativa redução no número de casos em quase toda a Europa em meados do século XV, e um dos últimos lazaretos que restavam teve seu fechamento no ano de 1772 na Inglaterra. Porém, ainda persistia no século XVII alguns focos da doença em Portugal, Espanha, Rússia, Itália e Grécia (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

De acordo com Martins et al. (2012), na Idade Média os leprosos eram isolados em casebres. Nesta mesma época, a França realizava um ritual simbólico semelhante às missas fúnebres para declarar a morte social dessas pessoas.

Estima-se que atualmente cerca de 80% dos casos novos de hanseníase encontram-se localizados na faixa intertropical. Dentro desse limite, tem-se alguns países considerados como principais polos de manutenção da doença: Índia, Brasil, Myamar, Madagascar, Nepal e Moçambique (SILVA et al., 2013).

3.2 Políticas de Saúde Pública e a Hanseníase no Brasil

A hanseníase já era conhecida oficialmente no Brasil desde a década de 1970 sob a denominação de lepra, mal de Lázaro, morféia e doença de Hansen. Esta patologia se caracteriza pela sua alta prevalência em países considerados pobres e carentes de políticas públicas (ALVES; OLIVEIRA, 2011).

A trajetória da hanseníase no Brasil coincide com a sua colonização. Embora não houvesse registro da doença entre os índios, a endemia já era encontrada tanto em Portugal como nas ilhas africanas (SOUZA; SENA, 2014).

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados no ano de 1600, na Cidade do Rio de Janeiro. Mas foi apenas em 1741 que teve início os primeiros internamentos de leprosos, sendo que o Governador-Geral desta Cidade, Gomes Freire de Andrade, deu ordem para recolher 52 indivíduos acometidos pela doença, os quais foram abrigados em pequenas casas em São Cristóvão, tendo seu sustento garantido por meio de esmolas, sob os cuidados prestados por enfermeiros voluntários, frades franciscanos e negras condenadas por cometerem crimes graves (SÁ; SIQUEIRA, 2013).

Os estados que apresentaram maior incidência da doença no século XVII foram Rio de Janeiro, Bahia e Pará. A medida encontrada para conter o avanço da doença pelo País foi baseada no método do asilamento. Nesta perspectiva, fundou-se em 1714 o primeiro asilo, tendo como sede a Cidade de Recife, que, posteriormente, deu origem ao Hospital de Lázarus no ano de 1789. Esta iniciativa se deu sem o apoio da Coroa Portuguesa. Nesta época, no Brasil, a assistência prestada a esses pacientes era regida por instituições de caridade, de modo que o Governo não detinha o conhecimento do progresso da doença, o que dificultava a elaboração de políticas públicas eficazes para o controle da endemia (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

A primeira política de isolamento dos portadores de hanseníase foi proposta pelo médico norueguês Amauer Hansen na I Conferência Internacional de Leprologia em 1897, na Cidade de Berlin, pois não se sabia o mecanismo de transmissão da doença, justificando, assim, a necessidade de isolamento (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Até o século XX, o Brasil era desprovido de políticas públicas voltadas para a enfermidade. Somente a partir de então surgiram às primeiras tentativas de controle, baseadas, sobretudo, no isolamento compulsório, com sua conseqüente segregação e exclusão social (SAVASSI, 2010).

O Governo brasileiro adotou o regime do isolamento compulsório de portadores de hanseníase a partir de 1924, com o argumento que isolar o doente, retirando-o do convívio público, protegeria a sociedade sadia. O aprisionamento desses pacientes foi facilitado por denúncias de vizinhos. Muitos foram capturados em seus lares e tiveram suas casas queimadas (CAVALIERE; COSTA, 2011).

No campo da saúde pública, a hanseníase ganhou grandes representações em 1930 e 1940, com a criação de grandes instituições de isolamento, os chamados hospitais-colônias,

conhecidos também como leprosários. Estas colônias surgiram com o objetivo de excluir as pessoas portadoras da doença, através do isolamento compulsório, afastando-os do convívio social, a fim de evitar endemias (ROCHA et al., 2011).

Em 1941, com o advento da Sulfona, o Governo Federal criou o Serviço Nacional da Lepra (SNL) com o intuito de implantar e implementar atividades de controle, manutenção e criação da tríade leprosário-preventório-dispensário, que se manteve até a década de 1960. Os leprosários eram ambientes destinados ao isolamento dos indivíduos portadores de hanseníase, de modo que eles não entrassem em contato com os indivíduos sadios. Os dispensários eram destinados a descobrir novos casos da doença precocemente, através de exames periódicos dos comunicantes. Já os preventórios eram instituições destinadas a abrigar os filhos sadios destes portadores, promovendo-lhes educação (SOUZA; SENA, 2014).

Os leprosários integravam uma política do Governo Federal, já os dispensários faziam parte dos serviços sanitários estaduais, e, por sua vez, os preventórios eram regidos pela administração das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (ALMEIDA et al., 2012).

Ao serem isolados, os portadores de hanseníase eram excluídos de suas famílias, amigos e da sociedade. Diante deste quadro, muitas famílias eram destruídas. Essas pessoas, além de terem seus lares arruinados, passavam a conviver com portadores de outras doenças, agravando ainda mais o seu estado de saúde. Este regime de segregação violava todos os direitos humanos, pois, quando elas eram libertadas dos hospitais-colônias, muitas vezes não conseguiam restabelecer a vida que tinham antes (CID et al., 2012).

Os pacientes que estavam dentro dos leprosários eram impedidos de deixarem o local. Com isso, a única forma deles estabelecerem contato com seus familiares era através de cartas, que, por sua vez, eram previamente desinfetadas antes de serem entregues (MELLAGI; MONTEIRO, 2009).

Corrêa et al. (2014) destacam que o estigma atrelado ao doente de hanseníase pode desencadear um quadro depressivo, caracterizado por grande sofrimento psíquico, marcado por sentimentos de tristeza, baixa autoestima, mau humor, ansiedade e sensação de impotência, fatores que contribuem para que essas pessoas se isolem da sociedade.

Com o advento da Sulfona, a hanseníase passou a ter tratamento e cura, porém, somente em 1982, a PQT foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), passando a ser adotada no Brasil somente a partir de 1991, quando foi normatizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 140/91. Através desta iniciativa, o País padronizou o tratamento, seguindo as recomendações da OMS. O esquema terapêutico supracitado é

composto pela associação das seguintes drogas: dapsona, rifampicina e clofazimina (LIMA PEREIRA et al., 2012).

A política de isolamento compulsório no Brasil para o tratamento da lepra, que confinava os pacientes em hospitais-colônias, excluindo-os de viverem em sociedade, teve seu declínio em 1962, por meio do Decreto 968 de 07/05/62. Com isso, os indivíduos foram integrados ao regime semiaberto até meados da década de 70, passando a realizarem seu tratamento em nível ambulatorial (SOUZA; SENA, 2014).

Mesmo após esta conquista, a política de internação compulsória ainda continuou, pois muitos doentes permaneceram internados e isolados. Esta política só acabou de fato em 1986, quando foi preconizado que alguns leprosários fossem transformados em hospitais gerais. Apesar de o tratamento não exigir que o doente seja internado, algumas ex-colônias ainda mantêm moradores nesses lugares, os quais são denominados “internos” (CAVALIERE; COSTA, 2011).

Devido ao forte caráter estigmatizante atribuído à palavra lepra, o Brasil, através do Ministério da Saúde, resolveu, em 1976, oficialmente substituir este termo pelo de hanseníase, através da Portaria nº 165 de 16 de maio deste mesmo ano, sendo considerada a iniciativa pioneira para minimizar o estigma atrelado à doença. Em geral, tinha o intuito de reduzir o preconceito e as atitudes de discriminação, passando a ser empregado nos atendimentos de serviços de saúde e em campanhas de divulgação sobre a doença, como: rádio, televisão e distribuição de materiais educativos. Porém, foi apenas em 1988 que ocorreu a primeira divulgação em massa da doença com o nome hanseníase, sem, contudo, associá-lo ao termo lepra (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Através da implantação da Norma Operacional Básica (NOB) no Brasil em 1996, os municípios ficaram responsáveis pelo desenvolvimento de ações de controle voltadas para hanseníase, bem como a capacitação de seus profissionais para desempenhar com êxito suas funções, de modo a modificar a realidade da doença no País (SOUZA, 2014).

Com a criação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001), a universalidade e a descentralização da assistência à saúde foram intensificadas. Além disso, regulamentou e ampliou as responsabilidades dos gestores municipais no que compete à garantia do acesso da população a todos os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de modo a garantir a equidade. Definiu-se a Atenção Primária como área estratégica para atuação dos profissionais no controle e eliminação da hanseníase. A Estratégia Saúde da Família (ESF) integra a atenção primária, sendo formada por uma equipe multiprofissional,

composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (LANZA; LANA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), e constitui a porta de entrada para a Atenção Primária à Saúde (APS), no que diz respeito ao combate à hanseníase. Ela desempenha um papel essencial tanto no campo da educação em saúde, quanto no diagnóstico e controle da doença, enfrentando, assim, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de modo a prestar uma assistência integral a esses pacientes e seus familiares de uma determinada área adscrita (SOUSA et al., 2013b).

Diante desse quadro, a atuação do trabalho dos profissionais de enfermagem é de extrema importância, principalmente no que diz respeito às ações de controle da hanseníase, supervisão do tratamento e prevenção de incapacidades e deformidades físicas dos portadores; gerenciamento de atividades de controle, realização da notificação compulsória dos casos, e ainda realização de pesquisas científicas (SILVA et al., 2014).

Destaca-se, ainda, o papel dos ACS's, pois eles constituem um importante aliado no combate e eliminação da hanseníase, sendo essencial para a interrupção da cadeia de transmissão, já que estão em contato direto com as famílias da comunidade. Além disso, por integrarem a Equipe de Saúde da Família, promovem a ligação desta com a comunidade, de modo a facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde, devendo, portanto, estarem bem informados sobre a natureza da doença, de modo a identificá-la inicialmente, encaminhando os pacientes com segurança para a realização do tratamento adequado com a PQT, evitando, assim, a manutenção do foco de transmissão, com consequente redução da instalação de incapacidades e deformidades físicas (CORDOBA, 2013).

O Pacto pela Vida foi lançado em 2006 e representa o compromisso entre os gestores do SUS, de modo a contemplar seis prioridades pactuadas, sendo uma delas marcada pelo fortalecimento da capacidade de enfrentamento às doenças emergentes e endemias, como, por exemplo, a hanseníase, no combate dos problemas de saúde da população brasileira (HINO et al., 2011).

Como forma de compensar todo regime de sofrimento e segregação social aos portadores de hanseníase, o Congresso Nacional sancionou a Lei 11.520 de 18 de setembro de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsória em hospitais colônias, até 31 de dezembro de 1986, sendo esta pensão de caráter mensal, vitalício e intransferível (BRASIL, 2007).

3.3 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos da Hanseníase

Consiste em uma doença crônica infectocontagiosa de notificação compulsória, de alta infectividade e baixa patogenicidade, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, cujas manifestações ocorrem em células cutâneas e nervos periféricos, sendo considerado o Homem o único veículo de transmissão, que se dá de uma pessoa infectada pelo bacilo e ainda não tratada, que o elimina para o meio exterior através das vias aéreas superiores, sendo também considerada a porta de entrada no indivíduo susceptível. Essa patologia pode acometer ambos os sexos e todas as idades, sendo menos frequentes em menores de 15 anos. Devido às suas características sistêmicas, pode acometer gânglios, olhos, testículos e outros órgãos. Seu período de incubação é longo, sendo em média de 2 a 7 anos (BRASIL, 2010c).

O *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, é uma bactéria pertencente à família *Mycobacteriaceae*, à ordem *Actinomycetales* e à classe *Schizomycetes*. Apresenta tropismo pelas células cutâneas e de Schwan, a qual sofre necrose caseosa, que leva ao surgimento de deformidades, sendo encontrado nos tecidos humanos. Sua reprodução se dá por fissão binária, apresentando-se na forma de bastonetes lineares ou ligeiramente encurvados. É Gram-positivo e fortemente álcool-ácido resistente (BAAR). Quando submetido a uma temperatura de 4°C fora do organismo humano, em fragmentos de biópsia ou suspensão, pode manter-se viável por até dez dias. Porém, nas secreções nasais, sob a temperatura de 21°C, a sobrevivência é de até sete dias. Com isso, a localização das lesões no corpo dos doentes de hanseníase sugere que o bacilo prefere temperaturas inferiores a 37°C (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

O tempo de multiplicação do bacilo pode durar, em média, de 11 a 16 dias. O bacilo de Hansen tem alta infectividade e baixa patogenicidade, apresentando elevado índice de incapacidades (OLIVEIRA; ASSIS; SILVA, 2013).

Para que a hanseníase ocorra são necessários um conjunto de fatores predisponentes, que incluem: fatores ambientais, individuais, econômicos, sociais, e culturais, relação parasito-hospedeiro e imunização com a vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) (GARCIA et al., 2013).

Estima-se que 90% da população apresente defesa natural contra a bactéria, e acredita-se que a susceptibilidade ao bacilo tenha influência genética e que a principal via de entrada do agente no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar, de maneira que o domicílio é considerado um importante espaço de transmissão e manutenção da cadeia

epidemiológica da doença. Entretanto, não há evidências que a transmissão ocorra de maneira hereditária, tampouco, através de relações sexuais (BRASIL, 2008).

Esta doença se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, podendo-se observar manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, podendo surgir também pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, ocorrendo mais frequentemente na face, orelhas, braços, pernas, costas e nádegas. As lesões nervosas são decorrentes de inflamações nos nervos periféricos (neurites), manifestando-se por meio de dor e espessamento dos nervos, com diminuição (hipoestesia) ou ausência (anestesia) de sensibilidade cutânea, referindo choques, câimbras ou formigamentos, e perda da força nos músculos inervados. Essa insensibilidade pode atingir várias áreas corporais, seja ao tato ao calor ou ao frio. Além disso, acrescenta-se, ainda, perda de pelos, acometimento de glândulas sudoríparas, com consequente prejuízo no fornecimento de suor na área afetada, podendo, ainda, haver relatos de prurido na região, edema em membros inferiores e mal estar geral (BRASIL, 2009).

O Brasil adota a classificação de Madri (1953) para determinar as formas clínicas da hanseníase, sendo elas: indeterminada e tuberculóide, incluídas nos paucibacilares (PB), e dimorfa e virchowiana, incluídas nos multibacilares (MB) (RIBEIRO et al., 2013).

O índice baciloscópico foi empregado em 1982 pela OMS como método de classificação da hanseníase, em paucibacilar e multibacilar, sendo o primeiro denominado quando o índice baciloscópico fosse menor que (2+); já o segundo era considerado quando o resultado fosse maior ou igual a (2+). Em 1988, ela estabeleceu novos critérios de classificação, baseados no diagnóstico clínico, número de lesões de pele e no número de nervos acometidos. Sendo assim, temos: paucibacilares (casos com até 5 lesões cutâneas e/ou 1 tronco nervoso afetado); e multibacilares (casos com mais de 5 lesões cutâneas e/ou mais de 1 tronco nervoso afetado). Nos locais onde o exame baciloscópico encontra-se disponível, pacientes que obtiverem resultados positivos são considerados multibacilares, pela sua alta carga bacilar, independentemente do número de lesões; já se obtiverem resultados negativos não afastará a hipótese de o indivíduo ter a doença (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A hanseníase indeterminada (HI) é a primeira manifestação clínica da doença. Não é contagiante e caracteriza-se por manchas cutâneas hipocrômicas ou eritematosas, únicas ou múltiplas, com alteração da sensibilidade, de limites imprecisos. As lesões podem ser localizadas em qualquer área da pele, sem espessamento de tronco nervoso e, portanto, sem deformidades. Em alguns casos, apenas a sensibilidade térmica é comprometida, preservando-se a dolorosa e a tátil. Dependendo do grau de imunidade do indivíduo, a doença poderá evoluir para outras formas clínicas, podendo, ainda, permanecer estacionária ou curar-se

espontaneamente. Nestes casos, a baciloscopia é sempre negativa (GONÇALVES et al., 2013).

Já na hanseníase tuberculóide (HT), a maioria dos casos surge a partir da forma indeterminada não tratada. Caracteriza-se, geralmente, por lesão única, bem delimitada, de forma oval ou arredondada, de superfície mais ressecada que a pele normal, com rarefação ou ausência de pelos, com alterações da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O comprometimento dos nervos, geralmente, ocorre de forma assimétrica, sendo muitas vezes considerada a única manifestação clínica da doença. Estas lesões apresentam tendência de não se disseminarem, mantendo limitadas as manchas iniciais, podendo, em alguns casos, evoluir para a cura espontânea. O aparecimento de pápulas ou tubérculos na superfície da mancha sugere a evolução da forma indeterminada para a tuberculóide. Nestes casos, a baciloscopia é negativa (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

A hanseníase dimorfa (HD) caracteriza-se por sua instabilidade imunológica, por apresentar aspectos clínicos dermatológicos que se aproximam bastante dos tipos tuberculóide e virchowiana, podendo haver predominância ora de um, ora de outro, o que faz com que haja grandes variações em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. Podem surgir lesões cutâneas de tonalidade avermelhada ou acastanhada, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, pápulas, tubérculos, nódulos e placas eritemato-ferruginosas ou violáceas. Estas lesões cutâneas podem apresentar-se bem delimitadas, com poucos ou nenhum bacilo e, ainda, infiltrativas mal delimitadas, com muitos bacilos. Além disso, uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. Geralmente há comprometimento de nervos e episódios reacionais, levando o indivíduo muitas vezes a desenvolver deformidades e incapacidades físicas. Nestes casos, a baciloscopia pode ser positiva ou negativa (CARVALHO et al., 2013).

Na hanseníase virchowiana (HV) as lesões cutâneas são múltiplas, infiltrativas, eritematosas, com limites imprecisos, de aspecto brilhante e de proporções simétricas que podem evoluir progressivamente. Nas áreas mais acometidas, podem surgir pápulas, tubérculos, nódulos e hansenomas. Pode haver infiltração difusa da face e dos pavilhões auriculares com diminuição ou ausência de pelos nos cílios e supercílios (madarose). Esta forma possui caráter sistêmico, podendo causar graves complicações viscerais, principalmente quando o paciente desenvolve episódios reacionais, o que pode comprometer vários órgãos, como, por exemplo, olhos, rins e testículos. Há comprometimento do sistema nervoso periférico com infiltração dos troncos nervosos e dos ramos periféricos, provocando

distúrbios sensitivos, motores e tróficos. Por apresentar uma alta carga bacilar, a baciloscopia de raspado intradérmico é positiva (LIMA PEREIRA et al., 2012).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, sendo realizado através da história e das condições socioeconômicas desses pacientes. O exame clínico busca sinais e sintomas dermatoneurológicos que são característicos da doença. O indivíduo é considerado doente, necessitando de tratamento poliquimioterápico quando apresentar um ou mais dos seguintes achados: lesão cutânea com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva (XAVIER et al., 2012). O diagnóstico da hanseníase pode ser: clínico, laboratorial e diferencial, sendo que o diagnóstico clínico é o mais utilizado, podendo ser acompanhado por testes auxiliares, tais como: teste da histamina, teste da pilocarpina, teste de Mitsuda e pesquisa de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (RIVITTI, 2014).

O instrumento utilizado para realizar o teste de sensibilidade é o estesiômetro. Com ele, toca-se inicialmente a pele sã e, posteriormente, a área suspeita, usando o método de pesquisa térmica, dolorosa e tátil. Para identificar lesões neurológicas, é importante inspecionar os olhos, nariz, membros superiores e inferiores. Ao examinar os olhos, deve-se questionar sobre a presença de ardor, prurido, visão embaçada e/ou pálpebras pesadas. Já com relação aos nervos periféricos, deve-se realizar a palpação, avaliando-se a força muscular e a amplitude dos movimentos, a fim de identificar possíveis alterações (BRASIL, 2008).

O diagnóstico laboratorial do *Mycobacterium leprae* é feito através do exame baciloscópico. Esta técnica é realizada através da coleta da linfa, por meio de raspado dérmico dos lóbulos das orelhas, cotovelos e da lesão de pele em análise, para verificação do índice baciloscópico em microscópio, podendo variar de zero a seis cruces, o que acaba por determinar se a baciloscopia é positiva ou negativa para o bacilo (RIBEIRO; PASSOS; SANTOS, 2014).

O MS refere que a hanseníase também pode ser confundida com algumas doenças neurológicas e de pele, por possuírem sinais e sintomas similares aos seus. A principal diferença entre a hanseníase e as outras doenças de pele são as alterações de sensibilidade que só ocorrem em lesões hansênicas. Por isso, é importante que o profissional de saúde conheça bem suas características peculiares, para realizar com sucesso seu diagnóstico. As doenças de pele que fazem diagnóstico diferencial com a hanseníase são: eczemátide, vitiligo, dermatofitoses, pitiríase versicolor, entre outras. Já para as lesões neurológicas, a hanseníase pode ser confundida com: síndrome do túnel do carpo, neuropatia diabética, neuropatia

alcoólica, meralgia parestésica e lesão por esforço repetitivo (LER), entre outras (BRASIL, 2008).

Os principais nervos acometidos pela hanseníase são: nervo facial, trigêmeo, ulnar radial, mediano, fibular comum e tibial posterior. O comprometimento desses nervos causa neurites, que se não tratadas adequadamente podem levar ao aparecimento de ferimentos e ulcerações. Além disso, pode haver o desenvolvimento de osteomielites e necroses graves, o que resulta na reabsorção tecidual e óssea, podendo levar à instalação de incapacidades e deformidades, contribuindo significativamente para elevar ainda mais o preconceito e a discriminação desses pacientes (KILL et al., 2012).

O tratamento da hanseníase é realizado em ambulatório e a medicação é administrada através de esquema padrão PQT, de acordo com a classificação operacional do doente. O acompanhamento do tratamento é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família, sobretudo, do enfermeiro. O esquema possui duração de 28 dias. O esquema PB tem duração de seis a nove meses, devendo o paciente fazer uso da seguinte maneira: rifampicina, uma dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança), e dapsona, sendo uma dose mensal supervisionada e uma dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança). Já o esquema MB dura em média de doze a dezoito meses da seguinte maneira: rifampicina, dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança), dapsona, dose mensal supervisionada e uma dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança), e clofazimina, uma dose mensal supervisionada de 300mg (adulto) e 150mg (criança) e uma dose diária de 50mg (adulto) e 50mg (criança), devendo ser tomada em dias alternados (BRASIL, 2010a).

Há pessoas que apresentam resistência ou intolerância ao tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Diante dessa situação, o Ministério da Saúde (MS) resolveu adotar a partir de 1997 o esquema alternativo ROM, composto por três drogas (rifampicina 600mg, ofloxacina 400mg e minociclina 100mg). Esse tipo de tratamento é utilizado em centros de referência para tratar pacientes paucibacilares com lesão única e sem acometimento de troncos nervosos (DINIZ; CATABRIGA; SOUZA FILHO, 2010).

Os principais mecanismos causadores de deformidades e incapacidades em doentes de hanseníase são neurogênicos (perda da função neural) e inflamatórios (reação imunológica). Entre as causas neurogênicas, consideram-se primárias: perda sensitiva, motora e autonômica; secundárias: retrações, lesões traumáticas e infecções pós-traumáticas. As complicações mais comuns surgem na face, nos olhos (lagofalmo parcial ou total, triquíase, opacidade da córnea, perda de sensibilidade da córnea e madarose), no nariz, nas mãos e nos pés (garras rígidas ou móveis, ressecamento de pele, hipotrofias, úlceras e reabsorção óssea). Já nas causas

inflamatórias têm-se como principais manifestações as reações hansênicas, que são intercorrências decorrentes da reação do sistema imunológico no decurso da doença e apresentam-se como episódios inflamatórios agudos e subagudos, possuindo forte relação com a instalação das incapacidades e deformidades físicas (DUARTE et al., 2014).

A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR) afeta pacientes multibacilares, mediada pela imunidade celular, e ocorre geralmente durante o tratamento ou após o primeiro ano de alta. As suas principais características clínicas são: edema de extremidades, manchas ou placas infiltradas, eritema, dor, lesões vesico-bolhosas, ulcerações, hiperestesia e neurites (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Já a Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH) também afeta pacientes multibacilares, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento, de maneira espontânea ou desencadeada por situações diversas, como infecções, estresse emocional, gravidez, puberdade, vacinação, dentre outras. Nessa fase, o quadro clínico varia de acordo com o órgão em que houver depósito de imunocomplexo formado, podendo aparecer eritema nodoso, febre, artrite, hiperemia cutânea, vasculite cutânea, fotossensibilidade, orquiepididimite, pericardite, glomerulonefrite, pleurite ou aparecimento de autoanticorpos séricos, entre outros (TEIXEIRA JUNIOR; SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Utiliza-se como tratamento das reações hansênicas medicamentos imunossupressores, como a prednisona, ou teratogênicos, como a talidomida. Na Reação Tipo 1, a droga de escolha é a prednisona na dose diária de 1 a 2 mg/Kg, devendo ser mantida até a melhora acentuada do quadro. Após este resultado, a dosagem deverá ser reduzida gradualmente, sendo que a dose de manutenção deve ser mantida por um período mínimo de dois meses. Já na Reação Tipo 2, recomenda-se o uso da talidomida na dose de 100 a 400mg por dia, conforme avaliação clínica, mantendo a mesma dose até a melhora clínica do quadro reacional. A talidomida é proibida no tratamento de mulheres em idade fértil em todo o Território Nacional, devido a seu efeito teratogênico, por meio da Portaria nº 354, de 15 de agosto de 1997. Essas pacientes devem seguir o protocolo padrão com a PQT. Apesar de não recomendado no primeiro trimestre da gravidez, os benefícios superam os riscos (OLIVEIRA et al., 2011).

Além do tratamento dessas pessoas, se faz necessário, portanto, o acompanhamento de seus contatos intradomiciliares e peridomiciliares, principalmente daqueles que residiram por um período mínimo de três meses até cinco anos antes do diagnóstico, a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença (GARCIA et al., 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Caracterização da Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória descritiva do tipo documental com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva do tipo documental tem como característica primordial a descrição das características da população estudada. Nela, a fonte de coleta de dados é restritamente constituída por documentos, escritos ou não, compondo o que se denomina de fontes primárias, sendo que estas podem ser geradas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois. As fontes de coleta de dados para este tipo de pesquisa podem ser: arquivos públicos, arquivos particulares e fontes estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis pré-estabelecidas, utilizando-se basicamente da estatística para o tratamento dos dados, com o objetivo de investigar e explicar a influência que um exerce sobre os outros (ARAÚJO; ANDRADE; MADEIRA, 2011). Corroborando, Gil (2010) afirma que esse tipo de pesquisa representa em números as opiniões e as informações a serem analisadas, uma vez que através dela o pesquisador utiliza técnicas estatísticas e uma sequência lógica dos acontecimentos.

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Departamento de Vigilância Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Aurora, sul do Estado do Ceará, Macrorregião do Cariri Centro-Sul, Mesorregião do Sul Cearense, Microrregião de Barro, distante 358,0 Km da capital Fortaleza-CE, com uma população de 24.566 habitantes, sendo que 11.825 residem na zona urbana, e 12.741 na zona rural. Ela é composta por 12.342 mulheres e 12.224 homens, distribuídos em seu território de abrangência, o qual possui uma área territorial de 885,836 Km² (IBGE, 2010).

O Município possui dez Unidades Básicas de Saúde, um Hospital Geral e uma Policlínica. A principal atividade econômica é a agricultura, seguida da agropecuária e do comércio.

A situação epidemiológica da hanseníase no estado do Ceará ainda é crítica, tendo sido, em 2011, diagnosticados 1.854 casos novos da doença, atingindo um coeficiente de detecção geral de 21,9 casos por 100.000 habitantes, colocando o Ceará no 13º lugar da

doença no País e o 4º lugar em toda a região Nordeste, no que se refere ao número de casos novos da doença (LEANDRO et al., 2013).

4.3 População e Amostra

População é considerada um conjunto de seres inanimados e animados, que possui no mínimo uma característica em comum. Amostra conceitua-se como sendo a parte ou fração de um todo, a qual é vista como a mais representativa (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A população do estudo foi constituída por todos os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, disponibilizados através do banco de dados da Secretaria de Saúde do Município. A amostra foi constituída por 100% da população, portanto, 171 casos de hanseníase notificados no período de 2003 a 2013.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Definiu-se como critério de inclusão: o caso notificado ter residência no Município de Aurora-CE e ter sido notificado no período do estudo. Foram excluídos da amostra os casos encerrados como erro de diagnóstico.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

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

4.6 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de janeiro de 2015, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE.

Inicialmente foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde e o Coordenador Municipal de Vigilância Epidemiológica, para fins de autorização para realização do estudo, oportunidade em que foi entregue o Termo de Anuência (ANEXO A), e logo após concedida a autorização para a efetivação da pesquisa, iniciou-se uma consulta às fichas do SINAN correspondentes aos anos de 2003 a 2013, que constam em seus arquivos, bem como ao programa SINAN dados e TAB para Windows (TABWIN), instalados na Secretaria Municipal de Saúde do Município.

4.7 Análise dos Dados

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

Foram utilizados para melhor análise da situação epidemiológica da hanseníase no Município em estudo, o cálculo dos indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e taxa de prevalência anual (BRASIL, 2009; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Taxa de incidência: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos de hanseníase em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000 \text{ habitante}$

Taxa de prevalência: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de hanseníase existentes em curso de tratamento, em 31 de dezembro do ano, na população residente}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 10.000 \text{ habitantes}$

4.8 Posicionamento Ético da Pesquisa

A pesquisa foi realizada obedecendo todos os preceitos éticos regidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No Brasil, todas as pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O parecer ético de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Além disso, estes comitês também têm o direito de avaliar os orçamentos dos projetos submetidos à sua apreciação (BRASIL, 2013a).

Como meio de respeito à legislação e ao ser humano em sua dignidade, foi apresentado, discutido, esclarecido e assinado pelos pesquisadores um Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados. Este documento servirá como proteção legal tanto para o pesquisador responsável quanto para o pesquisador participante e teve o objetivo de elucidar de maneira simples e clara aos sujeitos envolvidos na pesquisa o seu intuito, garantindo-se o anonimato e o sigilo.

O projeto foi submetido, através da Plataforma Brasil, ao CEP da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Cajazeiras, com CAAE N° 39579414.0.0000.5575, sendo aprovado através do parecer de N° 941.588.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa do estudo serão apresentados os resultados obtidos a partir da ficha do SINAN-Hanseníase, da qual foram extraídos os dados epidemiológicos da doença no Município de Aurora – CE no período de 2003 a 2013. Os dados serão distribuídos em três partes: apresentação dos dados individuais e de residência, caracterização dos casos e indicadores epidemiológicos (incidência e prevalência anual). A amostra do estudo foi composta por 171 casos notificados durante esses anos.

5.1 Apresentação dos Dados Individuais e de Residência

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da hanseníase. Aurora-CE, 2003 a 2013.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	104	60,8
Feminino	67	39,2
Faixa Etária		
<15	06	3,5
15 – 30	28	16,4
30 – 45	56	32,7
45 – 60	36	21
60 – 75	29	17
75 +	16	9,4
Raça		
Parda	75	43,9
Branca	60	35,1
Preta	23	13,4
Ignorado/Branco	13	7,6
Escolaridade		
Analfabeto	42	24,6
Ensino Fundamental Incompleto	89	52
Ensino Fundamental Completo	02	1,2
Ensino Médio Incompleto	02	1,2
Ensino Médio Completo	07	4
Ensino Superior Completo	01	0,6
Ignorado/Branco	28	16,4
Zona		
Urbana	94	55
Rural	70	40,9
Ignorado/Branco	07	4,1
TOTAL	171	100

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2015.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos 171 casos de hanseníase notificados no período do estudo. Quanto ao sexo, 104 (60,8%) eram do sexo masculino, enquanto 67 (39,2%), do feminino. Neste estudo, observou-se que no Município de Aurora-CE, principalmente nos últimos seis anos, a doença foi mais prevalente entre os indivíduos do sexo masculino. Estes resultados estão de acordo com os encontrados no estudo de Oliart-Guzman et al. (2011) realizado no Município de Assis-AC, através do qual foi observado que a hanseníase era predominante entre indivíduos do sexo masculino, em 60% dos casos. Outro estudo realizado por Almeida et al. (2013), no Município de Fortaleza-CE, observou que a hanseníase era um pouco mais frequente nos homens, com 52%.

Os dados nacionais e do Estado do Ceará mostraram uma predominância de casos entre pessoas do sexo masculino, considerando, geralmente, o risco de exposição à doença e à menor preocupação com o corpo e a saúde como os fatores responsáveis por tal situação (SOUZA et al., 2013).

Brito et al. (2014) afirmam que, embora a hanseníase afete ambos os sexos, sua predominância é maior no sexo masculino, muitas vezes na proporção de 2:1. Isso não significa que a hanseníase seja uma doença de caráter masculino. Outros estudos demonstram que a doença também pode afetar as mulheres em maior proporção (MELÃO et al., 2011; SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010; BATISTA et al., 2011).

Segundo Campos et al. (2005), a maior frequência da doença em mulheres pode estar relacionada com a elevada inserção delas nas Unidades Básicas de Saúde, provavelmente por causa da existência de programas específicos de saúde da mulher e/ou da criança, tendo acesso a este último ao levarem seus filhos para consulta.

Identificou-se que a maioria dos casos encontra-se na faixa etária de adultos jovens, com idade entre 30-45 anos, correspondendo a 56 (32,7%) dos casos, seguida de 45-60 anos com 36 (21%), e 60-75 anos com 29 (17%). Um estudo realizado por Neves et al. (2013), na Cidade de Palmas-TO corrobora com esta pesquisa, na qual identificou-se que a faixa etária mais acometida pela doença foi entre 30-45 anos, correspondendo a 29,2%.

Foi observado que durante os anos de 2003 a 2013 ocorreram 06 (3,5%) casos da doença em menores de 15 anos, indicando que a endemia não poupa as faixas etárias menores. Oliart-Guzman et al. (2011) corroboram com este achado. Os autores identificaram que no Município de Assis-AC 3,8% dos casos ocorreram em menores de 15 anos.

Segundo Souza et al. (2011), o contato com o bacilo nos primeiros anos de vida é comum em regiões endêmicas, onde a transmissão ocorre de forma intensa. Apesar de uma imunidade aparentemente adequada, o indivíduo pode desenvolver a doença. Nesta faixa

etária, a detecção de novos casos é considerada um evento de alerta para transmissão. Portanto, é preciso manter a vigilância sobre os mais jovens da população, pois a identificação de muitos casos em menores de 15 anos pode ser um indicador de aumento de portadores bacilíferos sem tratamento nas comunidades, o que traduz ações reduzidas de controle da doença.

A detecção da hanseníase em menores de 15 anos é uma prioridade do Ministério da Saúde em todo Território Nacional, uma vez que a presença da doença, nesta faixa etária, indica a manutenção de focos de infecção ativos (BRASIL, 2010c).

Estes resultados estão de acordo com as informações do Ministério da Saúde - Caderno da Atenção Básica, ao afirmar que a população mais atingida pela hanseníase são as que estão economicamente ativas, sendo menos frequente na infância e na terceira idade (BRASIL, 2008).

Quanto a variável raça/cor, o tipo parda prevaleceu com 75 (43,9%) dos casos, seguida da branca com 60 (35,1%), preta com 23 (13,4%) e ignorada ou em branco com 13 (7,6%). Estes dados convergem com um estudo realizado por Santos; Castro e Falqueto (2008) realizado no Município de Jaguaré-ES, que identificou predominância da cor parda em 38,9% dos casos. Estes achados não significam que a hanseníase é mais predominante entre indivíduos da cor parda, tendo em vista que se deve levar em consideração que no Nordeste brasileiro a cor parda representa 37,2%, devido à forte miscigenação da Região, com consequente predomínio sobre as demais (LIMA et al., 2009).

A avaliação da variável escolaridade evidencia que na maioria dos anos em estudo houve predomínio de casos da doença com o ensino fundamental incompleto, correspondendo a 89 (52%) dos casos. O índice de analfabetismo foi alto, com 42 (24,6%) e apenas 07 (4%) dos casos possuíam ensino médio completo. Observou-se que em 28 (16,4%) casos esta variável foi registrada como ignorada ou em branco.

Nesta perspectiva, Oliveira e Macedo (2012) em uma pesquisa realizada em Iretama-PR, observaram que 55,2% dos portadores de hanseníase possuíam ensino fundamental incompleto. Esses valores revelam que a maioria das pessoas que desenvolveram a hanseníase são consideradas de baixa escolaridade, contribuindo significativamente para o desconhecimento sobre a doença e suas manifestações clínicas, o que dificulta o diagnóstico precoce. A melhor forma para lidar com o processo saúde-doença é através da educação, levando a busca do serviço de saúde mais precocemente.

Foi verificado no presente estudo que a hanseníase possui um perfil endêmico urbano em 94 (55%) dos casos, enquanto a zona rural obteve 70 (40,9%). Embora a maioria dos casos

tenha sido registrada como residentes da zona urbana, também, observa-se uma significativa parcela da população proveniente da zona rural, mostrando uma importante distribuição geográfica da hanseníase no Município. O elevado número de doentes pertencentes à zona rural pode está relacionado com o grande número de pessoas que vivem nesta localidade.

Um estudo realizado por Miranzi; Pereira e Nunes (2010), em Uberaba-MG, identificou que a maioria da população acometida pela doença residia na zona urbana, correspondendo a 82,8% dos casos. Já outro estudo realizado por Oliart-Guzman et al. (2011) no Município de Assis-AC revelou que 50% dos pacientes residiam na zona urbana, enquanto os outros 50% na zona rural. Segundo Silva Sobrinho e Mathias (2008), os indivíduos que habitam grandes aglomerados urbanos estão mais propensos a desenvolver a doença. A hanseníase acomete principalmente as pessoas que vivem em condições sociais menos favorecidas, desprovidas de saneamento básico, baixo grau de escolaridade, alimentação deficiente e baixa imunidade ao parasita (OLIVEIRA et al., 2010).

5.2 Caracterização dos Casos

Tabela 2 – Caracterização clínica da hanseníase. Aurora – CE, 2003 a 2013.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Forma Clínica		
Indeterminada	46	26,9
Tuberculóide	16	9,4
Dimorfa	57	33,3
Virchowiana	26	15,2
Não Classificada	23	13,4
Ignorado/Branco	03	1,8
Nº de Lesões Cutâneas		
Nenhuma	23	13,5
Lesão Única	36	21
2 - 5 Lesões	49	28,7
> 5 Lesões	63	36,8
Nº de Nervos Afetados		
Nenhum	99	57,9
1 Nervo	10	5,9
> 1 Nervo	11	6,4
Ignorado/Branco	51	29,8
Baciloscopia		
Positiva	52	30,4
Negativa	33	19,3
Não Realizada	10	5,9
Ignorado/Branco	76	44,4
Avaliação do Grau de Incapacidade Física		
Grau 0	120	70,2
Grau 1	25	14,6
Grau 2	12	7
Não Avaliado	11	6,4
Ignorado/Branco	03	1,8
TOTAL	171	100

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2015.

Na Tabela 2, é possível observar que a forma clínica predominante no estudo foi a dimorfa, com 57 (33,3%) dos casos, seguida da indeterminada, com 46 (26,9%), virchowiana, com 26 (15,2%) e tuberculóide, com 16 (9,4%). Evidenciou-se que 23 (13,4%) dos casos não foram classificados, sugerindo o despreparo da equipe de saúde na identificação dos mesmos. Já na categoria ignorado ou em branco, os profissionais mostraram-se atenciosos e comprometidos com o trabalho, pois apenas 03 (1,8%) não foram registrados.

Achados semelhantes também foram encontrados na pesquisa de Ribeiro et al. (2013), realizada no Estado do Maranhão, na qual observou-se maior percentual da forma dimorfa, com 33,3%. Identificou-se, ainda, que 13,6% dos pacientes eram virchovianos e, apenas, 13,4% dos casos não foram classificados.

Para o Ministério da Saúde, a predominância desta forma significa que o diagnóstico está sendo realizado tardiamente, o que torna o dado preocupante e significativo, pois ela apresenta uma alta carga bacilar, e enquanto não for realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento com a PQT, o convívio com esses pacientes favorece a transmissão da doença, uma vez que esta forma é contagiosa e potencialmente incapacitante (BRASIL, 2008).

Estes achados corroboram com a hipótese de diagnóstico tardio que contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, permitindo inferir que a rede básica de saúde não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença.

Em contrapartida, os dados também revelam um grande número de pacientes com a forma indeterminada, 46 (26,9%) dos casos, sugerindo que, embora o Município apresente maior número de casos da forma dimorfa, boa parte dos casos da doença estão sendo diagnosticados precocemente, uma vez que a forma indeterminada constitui a sua manifestação inicial, podendo evoluir espontaneamente para cura. Porém deve-se manter atenção para esses casos, pois eles podem evoluir para formas mais graves, com consequente instalação de incapacidades físicas, quando não tratada em tempo hábil (BATISTA et al., 2011).

A análise geral das formas clínicas no período supracitado revela-nos um quadro desfavorável para o controle da doença no Município, haja vista que nos últimos quatro anos as formas clínicas dimorfa e virchowiana prevaleceram sobre as demais. Diante destes resultados, percebe-se a necessidade de investimentos maciços em campanhas educativas nos diversos meios de comunicação, a fim de conscientizar à população sobre a gravidade da doença, bem como seu tratamento. Além disso, os gestores municipais devem oferecer para seus profissionais de saúde treinamentos e capacitações acerca da doença. Esta ação proporcionará a realização de um diagnóstico seguro, principalmente na fase inicial da doença, com consequente interrupção da sua cadeia de transmissão (MOREIRA et al., 2014).

Ao analisar a distribuição dos casos segundo o número de lesões, verificou-se que dos 171 pacientes, 63 (36,8%) apresentaram mais de 05 lesões, 49 (28,7%) de 02 a 05 lesões. Estes resultados apontam que a doença vem sendo diagnosticada tardiamente. A pesquisa evidenciou, ainda, que 36 (21%) apresentaram apenas uma lesão e 23 (13,5%) não as

apresentaram. Verificou-se que nos últimos três anos a variável mais de 05 lesões prevaleceu sobre as demais, sugerindo que a doença pode estar em ascensão.

Estes achados convergem com os encontrados por Pinto et al. (2010), que identificaram em uma instituição de referência em hanseníase, localizada na Região Metropolitana de Salvador-Ba, que 51,6% dos pacientes apresentaram mais de 05 lesões cutâneas. Nesta perspectiva a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, para fins de tratamento, uma classificação que divide os pacientes em paucibacilares (PB), quando apresentarem de uma a cinco lesões e baciloscopia negativa, e multibacilares (MB), com mais de cinco lesões, com ou sem baciloscopia positiva (BRASIL, 2010c). Considera-se que múltiplas lesões estão associadas a estágios avançados da doença, já que esta tem seu curso lento, o que implica no diagnóstico tardio.

Quanto ao número de nervos acometidos, percebe-se que dos 171 casos, 99 (57,9%) não possuíam nervos acometidos, 51 (29,8%) foram ignorados ou em branco, 11 (6,4%) apresentavam mais de um nervo acometido e 10 (5,9%) apresentaram apenas um nervo acometido. Estes achados convergem com os encontrados por Brito et al. (2014), no Estado da Paraíba, onde evidenciou-se que 63,2% dos pacientes avaliados não apresentavam nervos afetados no momento do diagnóstico. Ainda segundo o autor, embora esta seja uma variável subjetiva, deve-se avaliá-la com atenção, pois possui importância prognóstica reconhecida.

Na amostra do estudo, houve alto percentual de dado ignorado para essa variável, 29,8% dos casos. Questiona-se, portanto, a importância que está sendo atribuída a ela durante a avaliação dos pacientes no momento do diagnóstico. Percebe-se que ela tem sido bastante desconsiderada durante o registro dos dados no diagnóstico da doença. Talvez estes profissionais não se sintam seguros em avaliá-la, ou não a considerem relevante. De toda forma, é importante que os Gestores municipais invistam mais na capacitação de seus profissionais, para que estes possam realizar seu trabalho com mais segurança.

A Tabela 2 revela que 76 (44,4%) dos casos tiveram a variável baciloscopia ignorada ou em branco, 52 (30,4%) dos casos tiveram resultados positivos, 33 (19,3%) negativos e em 10 (5,9%) dos casos o exame da linfa não foi realizado. Estes resultados convergem com os de Ribeiro et al. (2013), os quais identificaram, no Estado do Maranhão, que 87,2% dos casos tiveram esta variável ignorada, e, apenas, 6,2% não foram realizadas.

Evidenciou-se que nos últimos três anos o número de baciloskopias com resultado positivo foi superior ao de negativo, reforçando a hipótese de diagnóstico tardio. Outros estudos apontam que o número de baciloskopias negativas superam os de positivas (SILVA et al., 2013; OLIART-GUZMAN et al., 2011).

A baciloscopia apresenta-se como um exame complementar no diagnóstico da hanseníase, porém seu resultado negativo não descarta a presença da doença, sendo que seu resultado positivo classifica ela como MB (BRASIL, 2008).

Percebe-se que os casos multibacilares ainda são predominantes no Município, sugerindo que a doença encontra-se em constante ascensão. Ao considerarmos o percentual de baciloscopias com resultados positivos neste estudo, supõem-se que a quantidade de pacientes bacilíferos possivelmente seja maior do que o encontrado, face a continuidade da cadeia de transmissão provocada pela forma multibacilar. Além disso, se todas as baciloscopias tivessem sido registradas, provavelmente, esse número seria bem maior.

Segundo Pedro et al. (2009) a baciloscopia, aliada ao exame clínico, promove maior segurança durante o diagnóstico da doença, além de nortear a decisão sobre o esquema de tratamento dos casos novos, reduzindo possíveis erros de classificação ou recidivas por tratamento insuficiente.

Com relação a variável grau de incapacidade física, no período estudado foram notificados 120 (70,2%) casos com grau 0, 25 (14,6%) com grau I, 12 (7%) com grau II, 11 (6,4%) não foram avaliados e 03 (1,8%) tiveram o registro deste dado ignorado ou em branco. Ao analisar este dado, é possível considerar a possibilidade da maioria dos casos não ter apresentado incapacidade no momento do diagnóstico, sendo, assim, um aspecto positivo, revelando que, apesar do elevado número de casos MB, boa parte dos casos iniciam o tratamento da hanseníase antes da instalação de algum tipo de incapacidade nos olhos, mãos ou pés. Lima et al. (2010) acreditam que este fenômeno estar relacionado com uma possível melhora da assistência à saúde, através de diagnóstico precoce, busca ativa de contatos intradomiciliares e maior oferta de atendimentos, contudo, pode ser resultado das subnotificações da doença.

Por outro lado, frente à informação de que a maioria dos casos novos do período em estudo foram MB, nos quais o dano neural é mais frequente, também é possível considerar que tenha ocorrido despreparo dos profissionais para esta avaliação, com consequente alteração deste indicador. Com relação aos casos não avaliados, o dado sugere que os profissionais de saúde não estão capacitados o suficiente para a realização deste exame.

Uma pesquisa realizada por Batista et al. (2011), no Centro de Referência Augusto Guimarães, Campos dos Goytacazes, na cidade do Rio de Janeiro, identificou que 72,7% dos casos de hanseníase apresentaram grau 0 de incapacidade no momento do diagnóstico. Segundo Pinto et al. (2010), como a enfermidade é de evolução lenta, pode-se configurar um quadro de silêncio epidemiológico.

Observa-se na Tabela 2, que 91,8% dos casos foram avaliados quanto a seu grau de incapacidade física, revelando o compromisso da equipe de saúde junto a seus pacientes. Este percentual é considerado bom pelo Ministério da Saúde, uma vez que valores maiores ou iguais a 90% estão dentro deste parâmetro (BRASIL, 2009).

Tabela 3 – Distribuição da hanseníase segundo características selecionadas. Aurora-CE, 2003 a 2013.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Modo de Entrada		
Caso Novo	151	88,3
Recidiva	05	2,9
Transf. de Outro Município	02	1,2
Transf. de Outro Estado	02	1,2
Outros Ingressos	11	6,4
Modo de Detecção		
Demanda Espontânea	95	55,5
Encaminhamento	39	22,8
Exame de Coletividade	10	5,8
Exame de Contatos	03	1,8
Outros Modos	02	1,2
Ignorado/Branco	22	12,9
Esquema Terapêutico Inicial		
PQT/MB	111	65
PQT/PB	60	35
Desfecho Terapêutico		
Cura	154	90
Óbito	07	4
Erro Diagnóstico	04	2,4
Transf. para Outro Município	04	2,4
Abandono	01	0,6
Ignorado/Branco	01	0,6
TOTAL	171	100

Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2015.

De acordo com a tabela acima, podemos observar que 151 (88,3%) dos casos notificados foram considerados casos novos e ocorrerem apenas 05 (2,9%) casos de recidiva da doença, concordando com os dados encontrados no desfecho terapêutico logo adiante, onde se observa que a maioria dos casos recebem alta por cura, justificando-se a eficácia da PQT.

Uma pesquisa realizada por Melão et al. (2011) no Sul do Estado de Santa Catarina, revelou que a maioria dos pacientes de hanseníase entrou no serviço de saúde como caso

novo, correspondendo a 81,5% dos casos. Outro estudo realizado por Pacheco; Aires e Seixas (2014) no Município de São Luís-MA, corrobora com a pesquisa, uma vez que identificou-se que 4,1% dos pacientes tiveram recidiva da doença. A detecção de casos novos é intensificada, provavelmente, pela capacidade dos profissionais de saúde ao diagnosticarem a doença e realização de ações educativas à população (GARCIA et al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, casos novos são todos os casos notificados no Programa de Controle da Hanseníase, que ainda não iniciaram o esquema com a PQT e não vieram transferidos de outro serviço de saúde (BRASIL, 2010a). Estes casos devem ser diagnosticados, notificados e tratados na Unidade Básica de Saúde, deixando o atendimento hospitalar para os casos em que houver recidiva, necessidade confirmada de cirurgias e indicações de internação (BRASIL, 2010b).

Ainda, segundo o MS, o risco do paciente desenvolver recidiva, após iniciado o esquema com PQT, é de 0,7% para os casos submetidos ao esquema MB e de 1,1% para os PB. A reincidência nos pacientes PB ocorre quando após alta por cura estes casos desenvolvem comprometimento da função neural, novas áreas com alteração de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões antigas e que não responderem com corticosteróide, por um período mínimo de 90 dias. Já em pacientes multibacilares (MB), ocorre quando, após a alta por cura, apresentarem as mesmas alterações dermatoneurológicas descritas acima, mais resultados de exames baciloscópicos e/ou histopatológicos compatíveis com as formas ativas da doença, e não responderem ao uso de corticosteróide e/ou talidomida para o tratamento (FERREIRA et al., 2010).

Conforme a Tabela 3, neste estudo, o modo de detecção da doença mais frequente foi a demanda espontânea, com 95 (55,5%), seguido de encaminhamento com 39 (22,8%). O modo de detecção mostra como o paciente entrou no registro ativo, indicando a forma de descoberta do caso.

Estes achados estão de acordo com os encontrados por Ribeiro et al. (2013), os quais identificaram no estado do Maranhão que 59,9% dos casos foram detectados por meio da demanda espontânea, seguido de encaminhamento com 29,8%. Segundo Lana; Carvalho e Davi (2011), este elevado percentual de casos novos advindos da demanda espontânea, ou seja, quando as pessoas buscam o serviço de saúde espontaneamente, passivamente, sem intervenção do mesmo, infere que com relação à hanseníase, os serviços de saúde apresentam-se frágeis, sugerindo, ainda, que há pouca busca ativa dos casos, e que eles estão sendo diagnosticados tardiamente. Já segundo Pereira et al. (2008) o comparecimento voluntário nesses serviços, sugere que a população está bem informada sobre os sinais e sintomas da

doença, sendo considerado um ponto positivo. Contudo, não significa que os pacientes estão sendo diagnosticados precocemente, haja vista que a maioria deles são multibacilares.

Desta forma, pode-se considerar que os indivíduos estão realizando seus tratamentos tardiamente. Com isso, aqueles que antes poderiam ser classificados como paucibacilares, cujo tratamento é encerrado de 6 a 9 meses, passam a realizá-lo, muitas vezes, em um período maior de tempo, de 12 a 18 meses, pelo simples fato de a doença ter evoluído para forma MB, que é a forma operacional mais grave da hanseníase.

O segundo modo de detecção mais frequente foi o encaminhamento, provavelmente advindo da suspeita da doença por algum profissional de saúde, sugerindo maior capacidade destes em diagnosticar a doença. A detecção através do exame dos contatos foi baixa, apenas 03 (1,8%), sugerindo baixa busca ativa dos contatos intradomiciliares, revelando a negligência dos serviços de saúde (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010). Também se observa que os dados ignorados ou em branco apresentaram-se elevados, com 22 (12,9%) casos, demonstrando mais uma vez que há pouco compromisso dos profissionais com o preenchimento completo da ficha de notificação.

Na variável esquema terapêutico, o esquema multibacilar (PQT/MB) predominou com 111 (65%) dos registros, seguido do esquema paucibacilar (PQT/PB) com 60 (35%) dos casos. Estes dados confirmam os já descritos neste estudo, uma vez que a maioria dos pacientes são multibacilares. Achados idênticos foram encontrados por Pinto et al. (2010), que identificaram, em uma instituição de referência em hanseníase, localizada na Região Metropolitana de Salvador-BA, que 65% dos pacientes fizeram uso do esquema PQT/MB e 35% do esquema PQT/PB.

No período estudado, dos 171 casos de hanseníase notificados pelo SINAN, 154 (90%) tiveram encerramento do caso devido à alta por cura. Este percentual é considerado bom pelo Ministério da Saúde, pois, segundo seus parâmetros, valores maiores ou iguais a 90% se enquadram nesta categoria. Houve abandono de tratamento em apenas 01 (0,6%), dado significativamente importante para o Programa de Controle da Hanseníase, pois segundo os parâmetros do MS valores menores que 10% são considerados bons para esta categoria (BRASIL, 2009). Somente 07 (4%) tiveram o caso encerrado por óbito, sendo que este pode ter sido ocasionado por qualquer outra causa, além da própria doença.

Estes achados convergem com os encontrados por Oliveira; Leão e Britto (2014) no Município de Maricá-RJ, segundo os quais estes revelaram que 87,5% dos casos diagnosticados receberam alta por cura, e 3,8% foram a óbito. Uma pesquisa realizada por Souza et al. (2013) no Município de Fortaleza-CE, apontou que apenas 1,8 dos pacientes

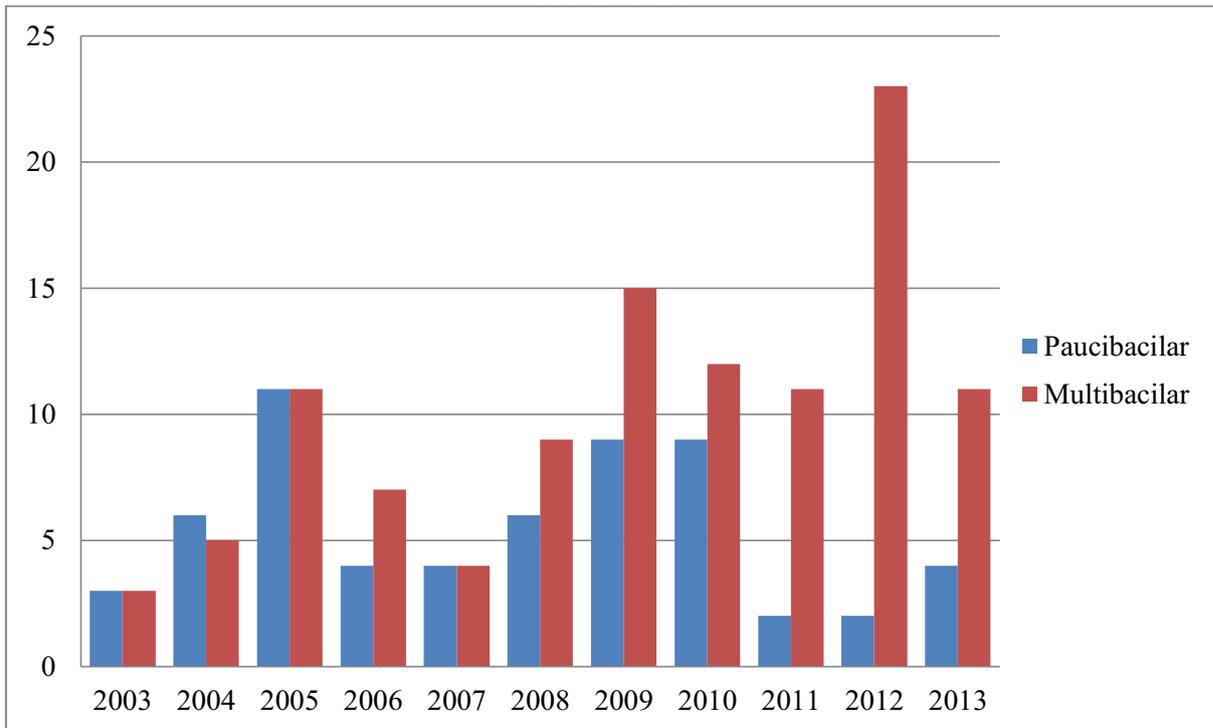
abandonaram o tratamento. Com relação ao número de casos que abandonaram o tratamento, observa-se que foi um número reduzido, evidenciando a conscientização da população sobre a importância de realizar o tratamento completo. Ainda segundo os autores, os casos de abandono são devidos à não aceitação do diagnóstico e uso da PQT. Segundo Gonçalves et al. (2013) quando o paciente abandona o tratamento ele contribui para manutenção da cadeia epidemiológica da doença, e, conseqüentemente, para sua disseminação.

Esses achados estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde ao estabelecer que os municípios devem alcançar um percentual de cura de 90% para esta enfermidade (BRASIL, 2011). Ainda segundo o MS, a PQT age diretamente contra o bacilo, quebrando a sua cadeia epidemiológica, tornando o indivíduo incapaz de infectar outras pessoas (BRASIL, 2008).

Diante destas considerações, os dados revelam que o desfecho da doença no Município foi bastante positivo, pois grande parte dos pacientes se comprometeram com o tratamento e aceitaram o uso da PQT como ferramenta para alcançar a cura da doença. Vale ressaltar que a cura e o tratamento da pessoa com hanseníase são demorados, através da administração dos esquemas de tratamento PQT com obediência aos prazos estabelecidos: de 6 a 9 meses para os casos PB e de 12 a 18 meses para os casos MB (BRASIL, 2010a).

Pelo exposto, observa-se a importância de se investir em educação em saúde para formação de sujeitos conscientes sobre o processo saúde-doença, de modo que deem prosseguimento ao esquema de tratamento com a PQT para resolução do caso, a fim de alcançar as metas instituídas pela OMS e MS, que é de menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Gráfico 1 – Distribuição da hanseníase conforme a classificação operacional. Aurora-CE, 2003 a 2013.



Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora – CE, 2015.

No Gráfico acima, observa-se um elevado número de casos de hanseníase multibacilar, no qual dos 171 casos notificados, 111 (64,9%) eram multibacilares, e apenas 60 (35,1%) paucibacilares, o que mostra o alto poder de infectividade do *Micobacterium leprae* na comunidade. Um estudo realizado por Ribeiro et al. (2013) no Estado do Maranhão corrobora com esses achados, uma vez que foram identificados que 60,3% dos pacientes eram multibacilares e 39,7% paucibacilares.

Os anos que apresentaram maior predominância da forma MB foram: 2012 com 23 (20,8%), 2009 com 15 (13,5%), 2010 com 12 (10,8%), 2011 com 11 (9,9%), 2013 com 11 (9,9%), 2008 com 09 (8,1%), 2006 com 07 (6,3%). Observa-se ainda que nos últimos seis anos a forma MB predominou sobre a PB, sugerindo que a doença saiu de controle das autoridades sanitárias e/ou que foram intensificadas a busca ativa a esses pacientes.

Com um relevante predomínio da forma MB, revela-se uma situação epidemiológica preocupante, pois a doença encontra-se em ascensão no Município, necessitando de ainda mais atenção e priorização nas ações de controle da doença pelos serviços e profissionais de saúde.

O gráfico 1 mostra o controle da doença no Município, podendo-se observar que apenas no ano de 2004 a forma PB predominou sobre a MB. Já nos anos de 2003, 2005 e 2007 estas duas formas se mantiveram em equilíbrio, o que pode ser resultado das campanhas

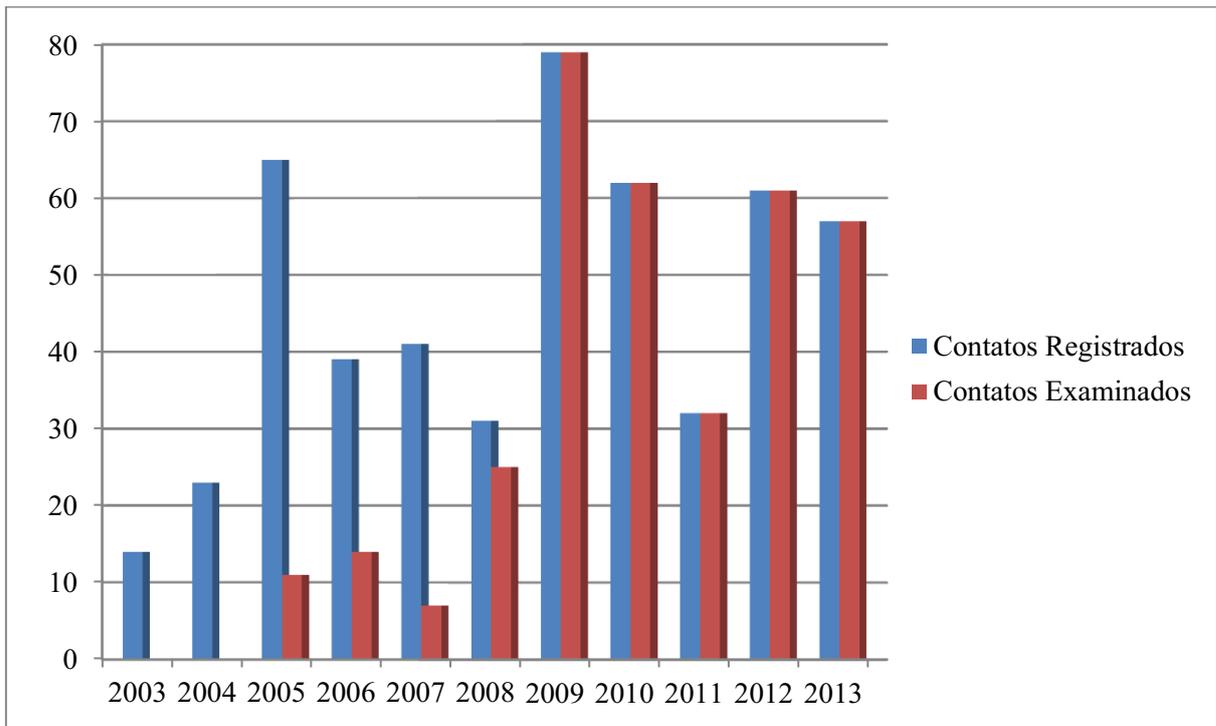
educativas e do treinamento das equipes de Saúde da Família, que também podem ter proporcionado um maior conhecimento por parte da população, levando-a a adquirir maior conscientização acerca da gravidade da doença e a procura por tratamento.

O MS ressalta que os pacientes paucibacilares não são importantes como fonte de transmissão da doença, em virtude da baixa carga bacilar e que os multibacilares constituem o grupo contagiante da doença, até iniciar o tratamento com a PQT (BRASIL, 2008).

O predomínio das formas MB e a alta porcentagem de casos com grau de incapacidade física zero, como já descritas neste trabalho, demonstram claramente que há fonte ativa de infecção na comunidade e que há pouco diagnóstico precoce. Porém, este cenário permite-nos sugerir que está havendo despreparo dos profissionais para o reconhecimento das complicações dessa doença, uma vez que 99 (57,9%) dos pacientes não apresentaram nenhum nervo afetado no momento do diagnóstico, sendo que esta forma é considerada como o estágio mais avançado e de caráter potencialmente incapacitante.

Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que estes pacientes continuem transmitindo a doença, instituindo precocemente a PQT, pois quanto mais demorado o início do tratamento, mais difícil é a cura do paciente. Este esquema terapêutico destrói a maioria dos bacilos, evitando a evolução da doença, com consequente instalação de incapacidades (BRASIL, 2010a).

Gráfico 2 - Distribuição da hanseníase conforme o número de contatos intradomiciliares registrados e examinados. Aurora-CE, 2003 a 2013.



Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora-CE, 2015.

No Gráfico 2, observa-se que dos 504 contatos intradomiciliares registrados, 348 (69%) foram examinados. Estes achados são considerados regulares pelo Ministério da Saúde, de modo que valores entre 50% a 74,9% se enquadram nesta categoria de classificação (BRASIL, 2009). A maior predominância de contatos intradomiciliares examinados ocorreu nos anos de 2009 com 79 (22,7%) dos contatos, 2010 com 62 (17,8%), 2012 com 61 (17,5%), 2013 com 57 (16,4%) e 2011 com 32 (9,2%), se mantendo em patamares iguais aos dos contatos registrados, que foram todos examinados. Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Ximenes Neto et al. (2013), no Município de Cariré-CE, realizada durante um período de dez anos, na qual observou-se que nos últimos cinco anos todos os contatos registrados foram examinados.

Os dados do gráfico acima revelam que nos últimos cinco anos houve uma maior preocupação do Município com relação a esta variável, com conseqüente intensificação da busca ativa dos contatos intradomiciliares, diferentemente do observado nos anos de 2003 e 2004, nos quais não foram realizados nenhum exame dos contatos, apesar de terem registros consideráveis dos mesmos.

Nos anos de 2005, 2006 e 2007, o número de contatos registrados superou muito os de examinados, sugerindo certo descaso com o controle da doença, pois, segundo o MS, para atingir as metas de eliminação da hanseníase, que é de menos de 1 caso por 10 mil habitantes,

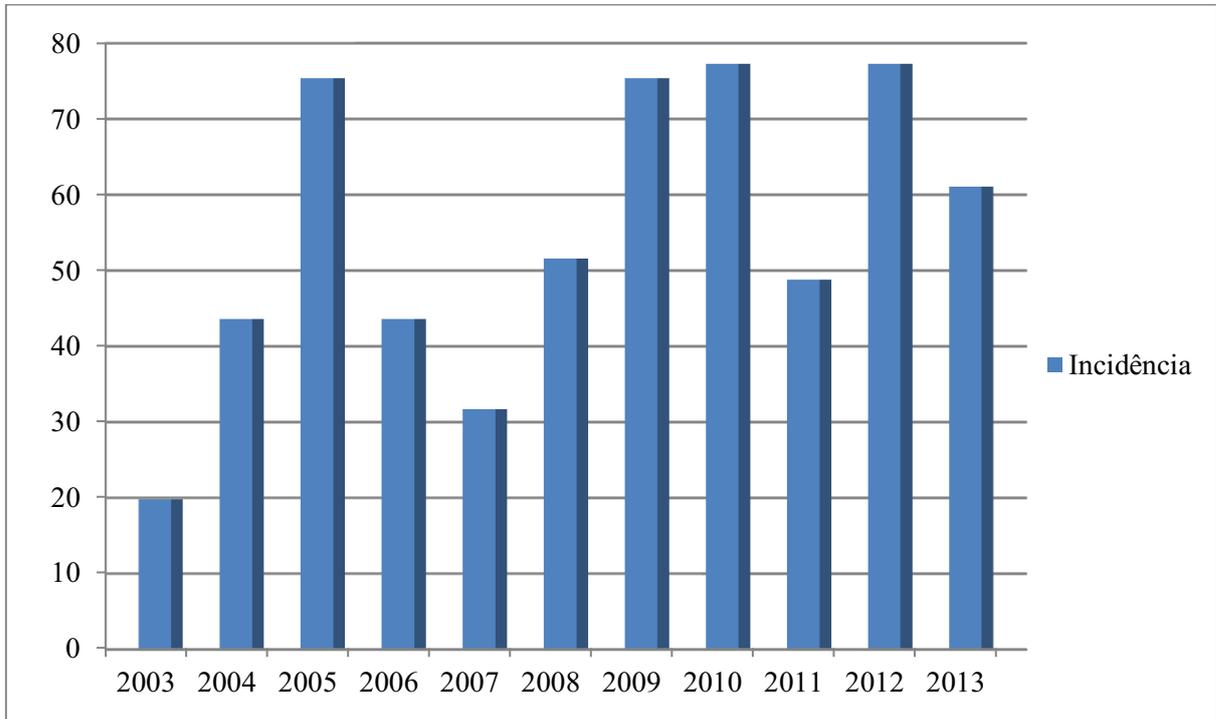
é preciso interromper a cadeia de transmissão da doença, preconizando para isso que 100% dos contatos intradomiciliares sejam examinados, que são aqueles indivíduos que residem na mesma casa ou que tenham um convívio contínuo e prolongado com o portador da doença nos últimos cinco anos antes do diagnóstico, sendo estas as pessoas mais susceptíveis a adquirirem a enfermidade (BRASIL, 2008).

Diante das dificuldades encontradas pelos municípios em realizar o exame de todos os contatos de casos novos de hanseníase, o MS cria a Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Este documento institui como meta que pelo menos 80% dos contatos sejam examinados, a fim de quebrar a cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2013b).

A cobertura do exame de contatos no Estado do Ceará no ano de 2013 foi de 72,1%, bem próximo do instituído pela Portaria acima e dos resultados encontrados neste estudo. Porém, ao não atingir este patamar fixado pelo MS, constata-se a dificuldade e a fragilidade que os municípios e o Estado estão tendo em controlar a doença. Para que estas metas se concretizem, é preciso implementar e planejar estratégias que possam intensificar a busca ativa dos casos novos, diagnosticando-os e tratando-os precocemente (CEARÁ, 2014).

5.3 Indicadores Epidemiológicos: Aurora-CE, 2003 a 2013

Gráfico 3 – Taxa de incidência da hanseníase por 100 mil habitantes. Aurora-CE, 2003 a 2013.



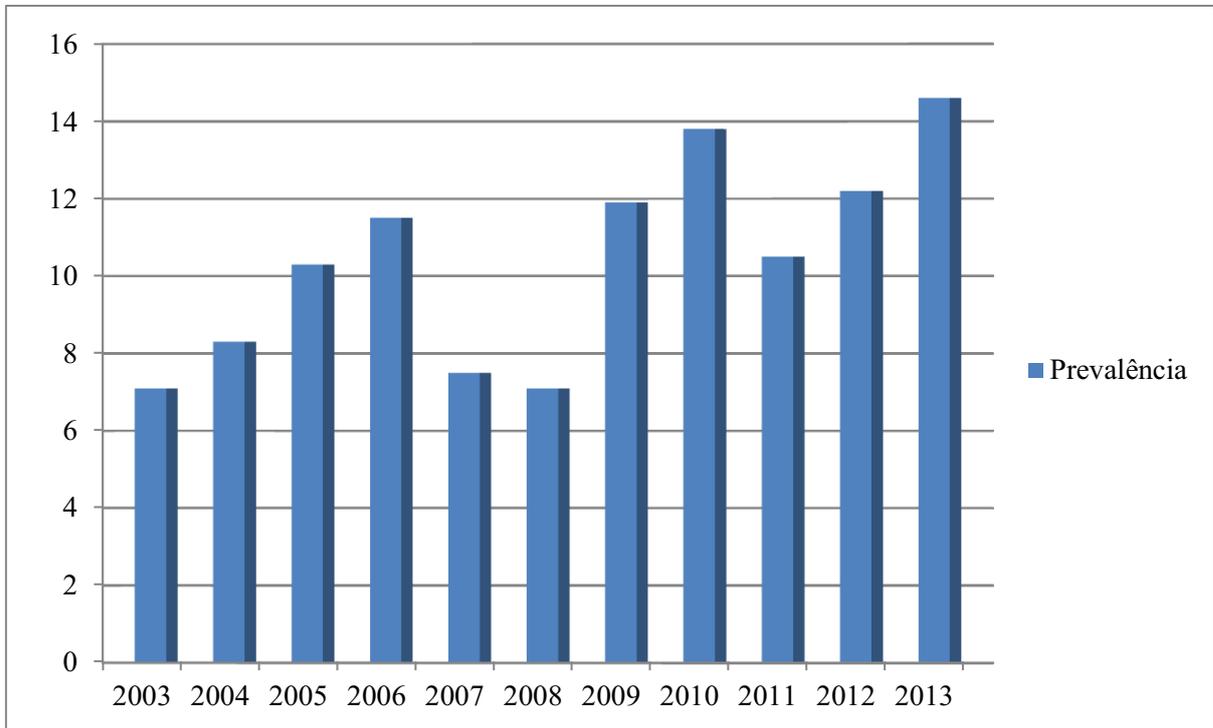
Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora-CE, 2015.

Ao analisar o gráfico 3, constatou-se que o Município do estudo possui um alto coeficiente de incidência, que variou de 19,83 a 77,34 casos por 100 mil habitantes, mantendo uma média entre os anos estudados de 55,06 casos novos por ano. No ano de 2003, este coeficiente foi de 19,83, caracterizado como endemia alta. Já no ano de 2007, este valor foi de 31,73, elevando-se à categoria de endemia muito alta. Durante todos os outros anos, o Município esteve em uma situação hiperendêmica, com coeficientes variando de 43,63 a 77,34. Estes achados estão de acordo com os encontrados por Carvalho et al. (2013), em uma pesquisa realizada no Município de São Luis-MA, onde foram identificados elevados coeficientes de incidência para a hanseníase, caracterizando o Município como hiperendêmico. Outros estudos também apresentaram elevados coeficientes de incidência para a doença (MELO; SANTOS; SANTOS, 2011; PEREIRA et al., 2011; MORAIS et al., 2011).

O Ministério da Saúde estabelece a seguinte classificação das taxas de incidência para a hanseníase por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2,00), média (2,00 a 9,99), alta (10,00 a 19,99), muito alta (20,00 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual 40,00) (BRASIL, 2009).

Taxas elevadas deste coeficiente geralmente estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, carência de ações educativas, tratamento padronizado e acompanhamento dos casos (OMS, 2010).

Gráfico 4 – Taxa de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes. Aurora-CE, 2003 a 2013.



Fonte: SINAN/Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde. Aurora-CE, 2015.

De acordo com o Gráfico acima, observa-se que o coeficiente de prevalência no Município do estudo variou de 7,1 a 14,6 casos por 10 mil habitantes, mantendo uma média entre os anos de 10,4 casos. Nos anos de 2003, 2004, 2007 e 2008, este coeficiente variou de 7,1 a 8,3. Segundo o MS, estes valores caracterizam o Município como de endemia alta para a hanseníase. Já os coeficientes obtidos nos anos de 2005, 2006, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 variaram de 10,3 a 14,6. Ainda segundo o MS, estes valores elevam o Município à categoria de endemia muito alta. De acordo com a pesquisa, nos últimos cinco anos o Município esteve em uma situação endêmica muito alta, conforme parâmetros estabelecidos pelo MS.

Os dados apresentados no gráfico 4 estão de acordo com os encontrados por Ximenes Neto et al. (2013) no Município de Cariré-CE, onde observou-se um alto coeficiente de prevalência da hanseníase. Outros estudos também identificaram altos coeficientes de prevalência para a doença (PEREIRA et al., 2011; GONÇALVES et al., 2013; SILVA et al., 2013).

As taxas elevadas de prevalência de hanseníase também refletem, em geral, baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, educacional e de atenção à saúde. Indicam deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos anualmente. O Ministério da Saúde classifica as taxas de prevalência da hanseníase por 10 mil habitantes em: baixa (menos de 1,0 caso), média (1,0 a 4,9), alta (5,0 a 9,9), muito alta (10,0 a 19,9), hiperendêmica (maior ou igual a 20,0) (BRASIL, 2009).

Esses dados, confrontados com os do gráfico acima, mostram que o Município de Aurora-CE, no período estudado, esteve em uma situação que variou de alta a muito alta endemicidade, com conseqüente manutenção da endemia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que no decorrer dos anos o número de casos da doença aumentou consideravelmente, com 171 casos notificados durante esses anos, sendo a maioria do sexo masculino, adultos jovens, da raça parda, com baixa escolaridade e residentes na zona urbana. Em relação à forma clínica observou-se maior número de casos com a forma dimorfa e, conseqüentemente, a classificação de maior predomínio foi a multibacilar. O esquema terapêutico mais utilizado foi a PQT/MB e a maioria dos indivíduos receberam alta por cura.

Observou-se que foram registrados 504 contatos, porém, apenas 348 (69%) foram examinados, não atingindo a meta recomendada pelo Ministério da Saúde, que preconiza que 100% dos contatos intradomiciliares sejam examinados, a fim de interromper a cadeia de transmissão da doença, revelando a fragilidade nas ações de busca ativa de novos casos. Contudo, o estudo revelou que nos últimos cinco anos todos os contatos registrados foram examinados, sendo considerado um ponto positivo, uma vez que o Município aprimorou as atividades de vigilância epidemiológica.

Em relação ao número de lesões, observou-se que a maioria dos portadores apresentavam mais de cinco lesões cutâneas, porém a maioria não apresentou nenhum tronco nervoso afetado, sendo alvo de questionamento, uma vez que a forma multibacilar, geralmente, afeta algum tronco nervoso. Quanto ao resultado da baciloscopia da linfa, apresentou-se positiva na maioria dos casos avaliados. Enfatiza-se, ainda, que, na maioria dos casos notificados, esta informação foi registrada como ignorada ou em branco, revelando pouca atenção para este exame laboratorial que auxilia na classificação da doença.

Tratando-se da avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, a maioria dos casos foi avaliada como grau zero, dado positivo, mas que também pode significar pouca experiência dos profissionais para a realização do exame, uma vez que a forma multibacilar é potencialmente incapacitante.

Os portadores da doença foram detectados em sua maioria através da demanda espontânea e a maioria deles entrou no serviço de saúde como casos novos. A meta de eliminação da hanseníase a nível municipal não foi atingida, evidenciada pelo alto coeficiente de incidência e prevalência da doença.

Percebe-se que a hanseníase no Município de Aurora-CE constitui um importante agravo de saúde pública, conforme mostram os resultados desta pesquisa, principalmente devido ao predomínio da forma multibacilar, principalmente nos últimos seis anos, pois se

trata da forma transmissível da doença, o que contribui para manutenção de sua cadeia de transmissão.

Diante dos resultados, percebe-se a importância do desenvolvimento de ações de controle mais efetivas para a eliminação da hanseníase no Município, como descentralização das ações, desenvolvimento de programas de educação permanente e continuada para promover a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente na tomada de decisões para um diagnóstico precoce. Além disso, os gestores municipais devem investir em campanhas de divulgação sobre a doença junto à população, alertando sobre a gravidade da mesma e seus sinais e sintomas, na busca pelo diagnóstico e tratamento precoce.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a elaboração de políticas públicas locais mais eficazes para o controle da hanseníase, com ênfase na capacitação dos profissionais de saúde e busca ativa dos contatos intradomiciliares, a fim de quebrar a cadeia epidemiológica da doença, auxiliando, ainda, na elaboração de novas pesquisas voltadas à hanseníase, de modo que as discussões acerca da doença e a problemática de sua eliminação como problema de saúde pública possam estar presentes entre gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. S. et al. Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 817-826, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/27.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.
- ALMEIDA, S. S. L. et al. Maternidade e hanseníase: as vivências de separação devido ao isolamento compulsório. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 2, p. 275-281, maio-ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/11.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2014.
- ALVES, J. A.; OLIVEIRA, J. A. A política de isolamento para a hanseníase e a saúde pública: a geografia do isolamento em Manaus – AM, Brasil. **Revista Geográfica de América Central**, Costa Rica, n. (esp.), 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/2711-6108-1-SM.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2014.
- ARAÚJO, D. Y. M. L.; ANDRADE, J. S.; MADEIRA, M. Z. A. A atuação dos agentes comunitários de saúde do município de Teresina/Piauí sobre hanseníase. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. (esp.), p. 995-1002, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/327-1393-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/327-1393-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 09 set. 2014.
- BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 101-6, mar-abr. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e a sua quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 247-256, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewFile/236/243>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- _____. **Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007**. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília, 18 de setembro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11520.htm>. Acesso em: 13 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 197 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/lepto_gve7ed_atual.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8 ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde: 2010a. 448p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Procedimentos Técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 54p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hansenise.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.556, de 28 de outubro de 2011**. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da vigilância epidemiológica de hanseníase, tracoma, esquistossomose e geohelmintíases. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2556_28_10_2011.html>. Acesso em: 06 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 100 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013a. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013**. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html>. Acesso em 12 fev. 2015.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n.8, p. 2686-93, ago. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/6092-60466-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

BUDEL, A. R. et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 942-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n5/v86n5a12.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2014.

CAMPOS, S. S. L. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Sobral, estado do Ceará-Brasil, no período de 1997 a 2003. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 30, n.2, p.167-173, 2005. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/53-140-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/53-140-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2015.

CARVALHO, L. K. C. A. A. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de São Luis - Ma de 2006 a 2010. **Revista Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 306-314, dez. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/3490-18533-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2014.

CAVALIERE, I. A. L.; COSTA, S. G. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais de cuidados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a09v21n2.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico: hanseníase**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/hanseniasse_fevereiro_2013%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/hanseniasse_fevereiro_2013%20(5).pdf)>. Acesso em: 02 out. 2014.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico: hanseníase**. Fortaleza, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/informe_hanseniasse_set_2014.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2015.

CID, R. D. S. et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1004-14, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/1158-5009-1-PB.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

CORRÊA, B. J. et al. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-5, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/v21n1a01.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

CRESPO, M. J. I.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? **Revista de Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 43-50, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n1/AO_Hansen%EDase_pauci%20e%20multibacilares%20est%20sendo%20diferentes.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2015.

DINIZ, L. M.; CATABRIGA, M. D. S.; SOUZA FILHO, J. B. Avaliação de hansenianos tratados com esquema alternativo dose única ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina), após sete a nove anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 6, p. 695-699, nov.-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/19.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.

DUARTE, L. M. C. P. S. et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v.8, n.8, p. 2816-22, ago. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6135/pdf_5940>. Acesso em: 09 out. 2014.

FERREIRA, I. L. C. S. N.; FERREIRA, I. N.; MORRAYE. M. A. Os contatos de portadores de hanseníase em Paracatu (MG): perfil, conhecimentos e percepções. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 35-44, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/v37n1a04.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2014.

FERREIRA, S. M. B. et al. Recidivas de casos de hanseníase no estado de Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 650-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/08.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

GARCIA, D. R. et al. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 02, p. 168-72, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/11.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, N. L. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em Juazeiro do Norte, CE. **Revista de Biologia e Farmácia**, Campina Grande, v. 09, n. 04, 2013. Disponível em: <<http://sites.uepb.edu.br/biofar/download/v9n42013/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO%20DA%20HANSENIOSE%20EM%20JUAZEIRO%20DO%20NORTE,%20CE.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F. ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/119.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2015.

HINO, P. et al. Distribuição espacial de doenças endêmicas no município de Ribeirão Preto (SP). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl. 01), p. 1289-1294, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a62v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230170&search=ceara|aurora>>. Acesso em: 10 out. 2014.

KILL, A. K. A. et al. Deficiências e incapacidades por hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um centro de referência nacional do Brasil.

Revista Hansenologia Internationalis, São Paulo, v. 31, n. 01, p. 25-33, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/v37n1a03.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

KROL SOBRINHO, S.; MATTOS, E. D. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no município de Londrina/PR. **Revista UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 11, n. 4, p. 9-14, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/276-1074-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan-mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/09.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2015.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. (esp.), p. 238-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v.17, n. 04, p. 173-9, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

LEANDRO, T. A. et al. Sistematização da assistência de enfermagem para pacientes com hanseníase multibacilar. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 5 (esp), p. 4098-102, maio, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3356/pdf_2577>. Acesso em: 11 out. 2014.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em centro de saúde em São Luís, MA. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n. 4, p. 323-7, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2015.

LIMA, L. de S. et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, p. 74-83, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a001.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

LIMA PEREIRA, D. et al. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 01, p. 55-67, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26025372004.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014. Acesso em: 13 fev. 2015.

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

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6676/pdf_5787>. Acesso em: 12 out. 2014.

MARTINS, A. M. et al. Privação e padecimento: uma compreensão existencial do ser frente à hanseníase. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 59-67, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/v37n1a07.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 273-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00273.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n.1, p.79-84, jan-fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

MELLAGI, A. G.; MONTEIRO, Y. N. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **Revista História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 489-504, abr-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/12.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

MELO, C. M.; SANTOS, J. A. C.; SANTOS, L. A. G. Dinâmica espaço-temporal da hanseníase no estado de Sergipe (2004-2010). **Revista Scire Salutis**, Aquidabã, v.1, n.2, p.23-34, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/192-709-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/192-709-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 04 fev. 2015.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. de M; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, Uberaba, v.43, n. 1, p. 62-67, jan-fev., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 909-920, maio, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/09.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

MORAIS, S. G. et al. Avaliação das ações de controle da hanseníase no município de Governador Valadares, Brasil, no período de 2001 a 2006. **Revista Hansenologia Internationalis**, v. 35, n. 2, p. 17-25, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/1042-3405-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/1042-3405-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2015.

MOREIRA, A. J. et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, abr-jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MOURA, L. T. R. et al. Hanseníase em menores de 15 anos na cidade de Juazeiro-BA. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 45-50, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/v37n1a05.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

NARDI, S. M. T. Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e Eyes-Hands-Feet. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 9-15, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/v36n2a02%20(1).pdf>. Acesso em: 06 fev. 2015.

NEVES, T. V. et al. Perfil de pacientes com incapacidades físicas por hanseníase tratados na cidade de Palmas-Tocantins. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 139-48, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/223-4060-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v.7, n.1, p.45-51, jan./abr., 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/966-5381-3-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 01 fev. 2015.

OLIART-GUZMAN, H. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 39-45, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/v36n1a07%20(1).pdf>. Acesso em: 06 fev. 2015.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 865-71, nov-dez. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a15.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2015.

OLIVEIRA, S. G. et al. Gestação e hanseníase: uma associação de risco nos serviços de saúde. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 36, n. 01, p. 31-38, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/v36n1a06.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

OLIVEIRA, T. A.; LANA, F. C. F. Hanseníase no município de Ouro Preto, Minas Gerais: aspectos epidemiológicos e operacionais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.13, n. 3, p. 399-406, jul-set. 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/206>. Acesso em: 01 fev. 2015.

OLIVEIRA, T. A. P. et al. Estudo das incapacidades dos casos notificados de hanseníase em uma gerência regional de saúde do Vale do Jequitinhonha entre 2001 e 2008. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 45-52, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/1331-3389-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

OLIVEIRA, V. M.; ASSIS, C. R. D.; SILVA, K. C. C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Revista Scire Salutis**, Aquidabã, v.3, n.01, p.16-27, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Familia/Downloads/510-1585-3-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 13 out. 2014. 02 fev. 2015.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 01, p. 195-203, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1764.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenias_e.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

PACHECO, M. A. B.; AIRES, M. L. L.; SEIXAS, E. S. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 23-30, Jan-Mar. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/690-5199-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/690-5199-1-PB%20(4).pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2015.

PEDRO, H. S. P. et al. Hanseníase: Comparação entre a classificação operacional no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o resultado da baciloscopia. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v.34, n. 2, p. 13-19, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/1057-3042-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/1057-3042-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 03 fev 2015.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 716-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a11v61esp.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

PEREIRA, E. V. E. et al.; Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 235-40, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a05.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

PINTO, R. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.34, n.4, p.906-918, out./dez., 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/82/88>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

RIBEIRO, S. L. E.; PASSOS, L. F. S.; SANTOS, M. C. Anticorpos naturais e autoanticorpos na hanseníase. **Revista Scientia Amazonia**, Manaus, v. 3, n.3, 2014. Disponível em: <<http://www.scientia.ufam.edu.br/attachments/article/13/v3%20n3%20xx-x1%202014.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

RIBEIRO, V. S. et al. Características clínicas e epidemiológicas da hanseníase no estado do Maranhão, 2001 a 2009. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v.14, n. 2, p. 81-86, maio-ago., 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/2298-7264-1-PB.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

RIVITTI, E. A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ROCHA, A. C. R. P. et al. O discurso coletivo de ex-hanseniano morador de um antigo leprosário no nordeste do Brasil. **Revista Interface - Comunicação, Saude, Educação**, Botucatu, v.15, n.36, p.213-23, jan-mar., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a17v1536.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SÁ, M. B.; SIQUEIRA, V. H. F. Hanseníase, preconceito e parrhesia contribuições para se pensar saúde, educação e educação em saúde. **Revista Ciência e Educação**, Bauru, v. 19, n. 1, p. 231-247, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v19n1/16.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2014.

SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Revista Interface - Comunic., Saude, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.205-18, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1412.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. (esp), p. 738-743, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a10>>. Acesso em: 17 out. 2014.

SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas René Rachou, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde . Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte – MG, 2010. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

SILVA, E. L.; NICOLETTI, M. A. Controle e tratamento das doenças negligenciadas: visão da situação atual. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1525/1324>>. Acesso em: 17 out. 2014.

SILVA, P. L. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no norte de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 04, n. 03, p. 896-07, 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/579-3283-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/579-3283-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 18 out. 2014.

SILVA, R. C. C. et al. Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidades prisionais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 493-506, abr-jun. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/2879-19313-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/2879-19313-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 18 out. 2014.

SILVA SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/08.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 33-40, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/1342-3407-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/1342-3407-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em 06 fev. 2015.

SOUSA, L. M. et al. Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 20-3, jan-mar. 2013b. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/448-3690-2-PB.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

SOUZA, I. A. et al. Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Jul-Set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0510.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

SOUZA, J. F. M.; SENA, T. C. C. B de. O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela hanseníase da Unidade Especial Abrigo João Paulo II. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n. 1, p.103-123, mar. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/19879-50394-1-SM.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

SOUZA, V. B. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. **Revista Brasileira Promoção e Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 110-116, jan-mar. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Familia/Downloads/2641-8079-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Familia/Downloads/2641-8079-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 08 fev. 2015.

SOUZA, V. F. M. 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**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p. 1011-15, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n5/v86n5a24.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

TEIXEIRA JUNIOR, G. J. A.; SILVA, C. E. F.; MAGALHÃES, V. Aplicação dos critérios diagnósticos do lúpus eritematoso sistêmico em pacientes com hanseníase multibacilar. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 01, p. 85-90, jan.-fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/19.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

XAVIER, E. M. et al. Cicatrização de feridas decorrentes da hanseníase utilizando laser de baixa intensidade. **Revista Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 51-57, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/v37n1a06.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2014

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré-CE, 2001 a 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.4, n. 3, p. 829-42, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Familia/Downloads/480-4132-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 jan Acesso em 27 jan. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ELABORADO DE ACORDO COM A FICHA DO SINAN-HANSENÍASE

DATA DA NOTIFICAÇÃO: ___/___/___

1. DADOS INDIVIDUAIS

Sexo: () M () F () Ignorado () Em Branco

Idade: _____

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

Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo ()
Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo
() Ignorado () Em Branco

2. DADOS DE RESIDÊNCIA

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

3. DADOS DO CASO

Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana () Não
classificada () Ignorado () Em branco

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

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

Modo de entrada: () Caso novo () Transferência do mesmo Município (outra unidade) ()
Transferência de outro Município (mesma UF) () Transferência de outro Estado () Transferência
de outro País () Recidiva () Outros reingressos () Ignorado () Em branco

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

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

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

Desfecho Terapêutico: () Cura () Transferência para o mesmo município () Transferência para
outro município () Transferência para outro estado () Transferência para outro País () Óbito ()
Abandono () Erro diagnóstico () Ignorado () Em branco

Número de Contatos Registrados: _____

Número de Contatos Examinados: _____

Número de lesões: _____

Número de nervos afetados: _____

**APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

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

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, Maria Mônica Paulino do Nascimento, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Jocélio Vitorino Batista, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no Trabalho de Conclusão de Curso – TCC pelo (a) discente.

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

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

Cajazeiras-PB, 27 de novembro de 2014.



Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

Mat. SIAP: 2359978

**APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

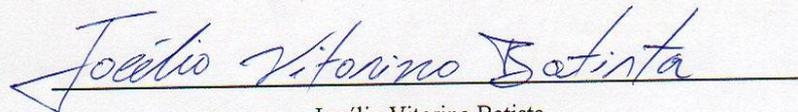
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

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

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

Cajazeiras-PB, 27 de novembro de 2014.



Jocélio Vitorino Batista
MATRICULA: 210120034

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS

TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Título do Projeto de Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013.

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

Nome do Pesquisador Participante: Jocélio Vitorino Batista

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

INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA:

Justificativa: O interesse pela temática surgiu a partir dos conhecimentos adquiridos na disciplina Enfermagem Clínica II, e posteriormente no Estágio Curricular Supervisionado I, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Município de Cajazeiras – PB, através de vivências com portadores de hanseníase, que fizeram despertar pela importância deste agravo para a saúde pública regional e nacional.

Objetivos:

Geral: Conhecer a situação epidemiológica da hanseníase no Município de Aurora – CE, no período compreendido de 2003 a 2013

Específicos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos casos de hanseníase;
- Calcular os indicadores epidemiológicos: taxa de incidência e prevalência da doença para cada ano do período em estudo.

Procedimentos: O projeto será enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Após aprovação do comitê será iniciada a coleta de dados através de um questionário elaborado de acordo com a ficha do SINAN-Hanseníase, pelos próprios pesquisadores. Os resultados serão apresentados para uma banca composta por três avaliadores e será parte de uma monografia que estará disponível em sua versão final na biblioteca da Universidade Federal de Campina Grande.

Riscos ou desconfortos: Toda Pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconfortos, porém os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que, no Brasil regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O único risco que a pesquisa oferece será a da quebra do anonimato, no entanto, todos os cuidados serão realizados para não haver desconforto ou risco mínimo previsível aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Benefícios esperados: A pesquisa apresentará resultados significativos, de interesse municipal e estadual, da situação epidemiológica da hanseníase no Município em questão. Além disso, visa oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitirão a redução da prevalência da doença no Município, melhorando a qualidade de vida dos portadores de hanseníase.

Declaração:

Nós, membros do grupo de pesquisa identificado acima, baseado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado, declaramos que:

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

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

Como prova de compromisso, disponibilizamos nossos dados para contato, pesquisadora responsável a Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento, através do telefone (83) 8393113927 e pesquisador participante o Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Jocélio Vitorino Batista, através do telefone (88) 97723347.

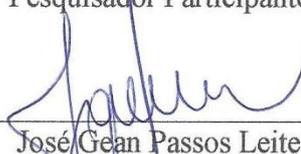
Cajazeiras – PB 27 de novembro de 2014



Maria Mônica Paulino do Nascimento
Pesquisadora Responsável



Jocélio Vitorino Batista
Pesquisador Participante



José Gean Passos Leite
Secretário Municipal de Saúde

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA

**ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE AURORA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: **“CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013”**, a ser desenvolvida pelo pesquisador Jocélio Vitorino Batista, sob a orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento, está autorizada pra ser realizada junto a este serviço.

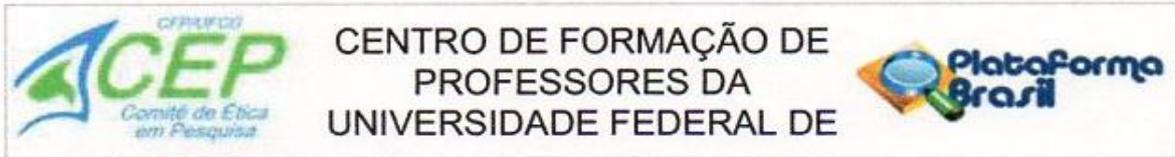
Desde já informamos que para ter acesso aos dados da Secretaria Municipal de Saúde, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Atenciosamente,

Aurora-CE, 20 de 11 de 2014.

José Gean Passos Leite
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39579414.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 941.588

Data da Relatoria: 08/12/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE AURORA-CE, NO PERÍODO DE 2003 A 2013, sob responsabilidade de MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO trata de um Estudo com abordagem quantitativa, do tipo documental, exploratório descritivo.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a situação epidemiológica da hanseníase no município de Aurora – CE, no período compreendido de 2003 a 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é importante por contribuir para reflexão e apresentará resultados significativos, de interesse municipal e estadual, da situação epidemiológica da hanseníase no município vigente. Além disso, visa oferecer subsídios para a elaboração de políticas públicas locais e de estratégias que permitirão a redução da prevalência da doença no município, melhorando a qualidade de vida dos portadores de hanseníase.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 941.588

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, folha de rosto, carta de anuência, e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugiro a APROVAÇÃO do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 29 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br