



Universidade Federal
de Campina Grande

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

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM
MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

VLADIA PINHEIRO DE SOUSA

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

Vladia Pinheiro de Sousa

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM
MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

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

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

**CAJAZEIRAS-PB
2010**



S725p Sousa, Vladia Pinheiro de.
 Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras / Vladia Pinheiro de Sousa. - Cajazeiras, 2010.
 76f. : il. color.

 Monografia (Bacharel em Enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.
 Contem Bibliografia, Apendices e Anexos
 Não Disponível em CD.

 1. Hanseníase- crianças e adolescentes. 2. Hanseníase- perfil epidemiológico e clínico. I. Nascimento, Maria Monica Paulino do. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 616-002.73-053.2

Vladia Pinheiro de Sousa

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM
MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**

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

Aprovado em ____/____/____

Prof^ª. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(Orientadora – UFCG/FSM)

Prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videles
(Membro – UFCG)

Prof^ª. Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Membro – UFCG/ FSM)

Ao portador de hanseníase, sobretudo aos menores de 15 anos, objetos desse estudo, que os frutos desse trabalho revertam-se em benefício da eliminação desta doença tão estigmatizante e incapacitante, contribuindo para uma assistência de Enfermagem holística e humanizada.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Todo o meu carinho e gratidão:

A Deus, por tudo;

À minha avó Maria e à minha mãe Mônica por serem minha base e por me ensinarem, com amor e firmeza, a ser forte, persistente e segura além de não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos;

À minha irmã Rute pela amizade e apoio;

À minha prima Vânia, tia Rejane e tio Messias por sempre estarem dispostos a ajudar-me e apoiar incondicionalmente;

A tio Lula por ser exemplo de amor ao próximo, perseverança e força, e pelo incentivo, estando disposto sempre a ajudar no que for preciso;

À minha tia e madrinha Nininha pelo apoio e encorajamento contínuo;

A Luís Filho pelo carinho, pelo apoio e por me fazer acreditar que nada é impossível;

À minha prima Nicole pela contribuição durante essa jornada além da amizade e companheirismo;

À minha orientadora Maria Mônica Paulino do Nascimento pela paciência na orientação diante das minhas limitações, por guiar-me nessa trajetória e por tornar possível a realização desse trabalho;

Aos meus professores da Universidade Federal de Campina Grande, pelo conhecimento transmitido;

À Astrid Zamora, médica do MOHAN, pela contribuição e disponibilidade em ajudar-me;

À família Quimioclinic, em especial a Dr. Ghotardo, Enf. Christine, Enf. Clarisse e Jô pela oportunidade de aprendizado e por me permitirem a chance de vivenciar o meu sonho: a Enfermagem Oncológica;

A Charles Oliveira, pela dedicação em ensinar-me durante os estágios na Unidade de Saúde da Família;

Aos Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro pelos ensinamentos e experiências vivenciadas, tornando o meu aprendizado mais sólido;

Aos pacientes, pela confiança depositada e por permitirem ser meus instrumentos de aprendizado;

À minha família por acreditar nos meus sonhos e projetos;

À Secretaria de Saúde de Cajazeiras pelo auxílio no desenvolvimento da pesquisa;

Aos meus amigos pelo companheirismo que me fortalece;

Aos meus colegas da Enfermagem, em especial Hugo Gurgel, pela amizade, respeito e troca de experiências;

A todos aqueles que contribuíram para minha formação, e que direta ou indiretamente, acreditam e me incentivam a correr atrás dos meus ideais, minha gratidão eterna.

“A maior doença hoje não é a lepra ou a tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado.”
(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

SOUSA, Vládia Pinheiro de. **Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras**. 2010. [76 f.]. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2010.

A Hanseníase, principal causa de neurites e incapacidades no mundo, pode atingir todas as idades e ambos os sexos, no entanto, os casos em menores de 15 anos são considerados indicador de alta endemicidade da doença. Esse trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em menores de 15 anos em Cajazeiras - Pb. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter documental, exploratório e descritivo e de campo, a partir de dados coletados no SINAN, entre os casos notificados na faixa-etária de 0 a 14 anos, no período de 2004 a outubro de 2010. A amostra foi composta por 36 pacientes para caracterização epidemiológica e 04 pacientes para a caracterização clínica. Para o perfil clínico foi utilizado um roteiro de questionário semi-estruturado para os pacientes que estavam em tratamento como também os prontuários disponíveis nas USF. Vale salientar que este estudo segue as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados encontrados nesta caracterização epidemiológica revelaram que o coeficiente de detecção em menores de quinze anos em Cajazeiras se mantém em nível de endemicidade muito alta, apesar da redução ao longo do período estudado. A maioria da população cometida é do sexo feminino e se encontravam na faixa etária entre 10-14 anos, possuindo as formas PB. Quanto à presença de incapacidades há uma discrepância entre as avaliações na cura e no diagnóstico. Na ocasião do diagnóstico da doença, todos foram avaliados, sendo 91,6% dos casos em grau zero e apenas 8,4% em grau I. Nenhum caso foi avaliado como grau II no diagnóstico. Quanto às incapacidades na cura, 33,4% foram ignorados/não avaliados e 27,8% passaram de grau zero para grau II. Nenhum grau I foi notificado na cura. Em relação aos contatos, dos 187 comunicantes registrados, apenas 64% da amostra foram examinados. Estes dados evidenciam a ineficiência do controle dos comunicantes e conseqüente problemas operacionais relativos ao desenvolvimento das ações do PNCH, comprometendo as metas de eliminação da doença. Quanto à caracterização clínica, a amostra dos pacientes em tratamento revelou a totalidade de casos no sexo masculino, pardos, estudantes, classe média baixa, 50% PB e 50% MB. Todos possuíam contatos intradomiciliar. Devido esse achado, é importante ressaltar que os comunicantes, mantenedores da cadeia de transmissão, merecem mais vigilância, tanto pelo risco a que estão expostos como também pelas repercussões biopsicossociais e econômicas que esta doença traz. Em relação a marca vacinal de BCG, 100% possuíam uma marca mostrando relativa proteção aos portadores de hanseníase. Concluí-se que a detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase. Constatamos, diante dos resultados, que a hanseníase é um importante problema de saúde na região estudada e que necessitamos ampliar a atenção frente ao diagnóstico precoce, a fim de obtermos o tão esperado controle da endemia.

Palavras-chave: Adolescente. Criança. Hanseníase. Perfil clínico. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

SOUSA, Vladia Pinheiro de. **Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras**. 2010. [76 f.]. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2010.

Leprosy, the leading cause of neuritis and disability in the world, can reach all ages and both sexes, however, cases in children under 15 years are considered an indicator of high endemicity of the disease. This study describes the clinical and epidemiological profile of leprosy in children under 15 years Cajazeiras – Pb. This is a documentary quantitative research, exploratory and descriptive and field data collected from the SINAN, in the cases reported in the age group 0-14 years, from 2004 to October 2010. The sample consisted of 36 patients for epidemiological characterization and 04 patients for clinical study. For the clinical profile of a script was used semi-structured questionnaire for patients who were undergoing treatment as well as the records available in the USF. It is noteworthy that this study follows the Guidelines and Standards for Research in Human Beings, through Resolution 196/96 of the National Health results found in the epidemiological characterization revealed that the detection rate among children under fifteen years Cajazeiras remains in very high level of endemicity, despite a reduction over the period studied. Most of the population is committed females and were aged 10-14 years having the PB forms. Regarding the presence of disability is a discrepancy between the assessments in the diagnosis and cure. At the time of diagnosis, all were evaluated and 91.6% of cases at zero degree and only 8.4% in grade I. None were rated as grade II at diagnosis. How much disability in healing, 33.4% were ignored / not evaluated and 27.8% experienced grade zero to grade II. No degree I was notified in healing. Regarding the contacts, 187 contacts recorded, only 64% of the sample were examined. These data show the inefficiency of the monitoring of contacts and operational issues relating to the consequent development of actions of PNCH, undermining the goals of eliminating disease. As for the clinical characterization, the sample of patients on treatment showed the total number of cases in males, brown, students, lower middle class, 50% CP and 50% MB. All patients had household contacts. Given this finding, it is important that the communicators, maintainers of the transmission chain, deserve more vigilance by both the risk they are exposed but also by the biopsychosocial and economic repercussions that this disease brings. Regarding the mark of BCG vaccine, 100% had a tag showing the relative protection of leprosy patients. We concluded that the detection of cases in this age group is related to recent disease outbreaks and transmission assets and their epidemiological monitoring is relevant to leprosy control. We note, before the results, that leprosy is a major health problem in the study area and we need to increase the attention facing the diagnosis early in order to obtain the highly anticipated leprosy control.

Keywords: Adolescent. Child. Clinical profile. Epidemiological profile. Leprosy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATIVAS

CDERM - CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA
SANITÁRIA DONA LIBÂNIA

DD - DIMORFO-DIMORFO

DT - "BODERLINES" OU DIMORFOS TUBERCULÓIDES

DV - DIMORFO-VIRCHOWIANO

MB - MULTIBACILARES

M. leprae - *Mycobacterium leprae*

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PB - PAUCIBACILARES

PCR - REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE

PNCH - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

PQT - POLIQUIMIOTERAPIA

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TT_p - TUBERCULÓIDE POLAR

TT_s - TUBERCULÓIDE SECUNDÁRIO

USF - UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VV_s - VIRCHOWIANO SUBPOLAR

VV_p - VIRCHOWIANO (VIRCHOWIANO) POLAR

LISTA DE FIGURA

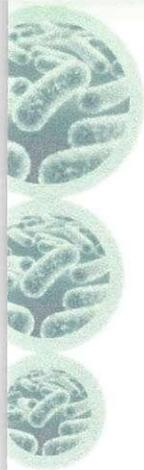
GRÁFICO I - Freqüência por idade segundo ano da notificação.....	40
GRÁFICO II - Freqüência por modo de entrada segundo faixa etária.....	41
GRÁFICO III - Freqüência por sexo segundo faixa etária.....	42
GRÁFICO IV - Freqüência por forma clinica segundo faixa etária.....	43
GRÁFICO V - Freqüência por classificação operacional segundo faixa etária...	44
GRÁFICO VI - Freqüência por avaliação de incapacidade segundo faixa etária.....	45
GRÁFICO VII - Freqüência por tipo de saída segundo faixa etária.....	47
GRÁFICO VIII - Freqüência de contatos por ano de notificação segundo faixa etária.....	48
GRÁFICO IX - Classificação Clínica da Hanseníase em pacientes em tratamento.....	52

LISTA DE TABELAS

TABELA I - Distribuição dos participantes quanto aos dados sócio-demográficos.....	49
TABELA II - Distribuição dos participantes quanto aos dados iniciais do diagnóstico.....	51
TABELA III - Distribuição dos participantes quanto a avaliação dermatológica.....	53
TABELA IV - Distribuição dos participantes quanto a avaliação neurológica.....	55
TABELA V - Distribuição dos participantes quanto aos exames utilizados para o auxílio do diagnóstico.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA HANSENÍASE.....	20
3.2 HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.....	28
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	32
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM.....	34
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO PERÍODO DE 2004 A OUTUBRO DE 2010 EM CAJAZEIRAS – PB.....	40
5.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES MENORES DE QUINZE ANOS EM TRATAMENTO.....	49
5.2.1 Dados de caracterização da amostra.....	49
5.2.2 Dados referentes a temática.....	50
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE - Roteiro Semi-Estruturado de Coleta de Dados.....	67
ANEXOS	70
ANEXO I - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	
ANEXO II - Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa	
ANEXO III - Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivo	
ANEXO IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO V - Ofício à Instituição onde será realizada a pesquisa	
ANEXO VI - Formulário de Parecer do CEP – UEPB	



1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa que possui como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae*. Apesar de apresentar uma alta infectividade, possui uma baixa patogenicidade e virulência, manifestando-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Esta bactéria apresenta um tropismo pelos nervos periféricos e o diagnóstico tardio permite sua evolução crônica, podendo acometer gravemente os troncos nervosos, acarretando em incapacidades, deformidades e até mesmo lesões em alguns órgãos com funções vitais (BRASIL, 2002).

Conhecida há muito tempo pela terminologia “lepra”, que vem do grego *lepros* e significa descamação, vem sendo atualmente evitada por ser estigmatizante, pejorativa e marginalizante, em especial para os doentes e seus familiares. Também já foi denominada “morféia”. Além disso, são sinônimos de hanseníase: hansenose, moléstia de Hansen ou micobacteriose neurocutânea (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

Para o Ministério da Saúde (MS), uma pessoa que apresente uma ou mais de uma das seguintes características pode ser considerado um portador de Hanseníase e, portanto, necessita de tratamento: 1) lesão (ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade; 2) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; 3) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dados do início de 2006 colocam o Brasil em segundo lugar em número absoluto de casos, apresentando uma taxa de prevalência de 1,5 casos/10000 habitantes, ficando atrás apenas da Índia. Assim, este se configura como o único país da América Latina que não atingiu a meta de eliminação, avaliada pela redução do coeficiente de prevalência a menos de um caso em cada dez mil habitantes/ano, evidenciando um grave problema de saúde pública que alastra sua população (LANA et al., 2007). Deve-se enfatizar que há predomínio de doentes multibacilares no Brasil, ou seja, a forma contagiosa da doença (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

Em relação à suscetibilidade e imunidade, a hanseníase pode atingir todas as idades e ambos os sexos, no entanto, os casos em menores de 15 anos são considerados indicador de alta endemicidade da doença. Reconhece-se ainda que há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres na maioria das regiões do mundo (BRASIL, 2002).

A Paraíba, segundo estudo divulgado pelo MS, é um estado que apresenta tendência decrescente tardia, estatisticamente significativa no tempo para as séries temporais de coeficientes de detecção. Entretanto, no período de 1990 a 2008, esse coeficiente oscilou entre 8,72/100.000 habitantes em 1991 e 26,74/100.000 habitantes em 2003, apresentando classificação de endemidade “alta”, segundo parâmetros oficiais, semelhante à encontrada no Brasil (BRASIL, 2009).

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), sendo também um indicador do Programa de Agentes Comunitários - Mais Saúde. A detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase (BRASIL, 2008). O coeficiente de detecção da Paraíba nessa faixa etária, no período de 2001 a 2008, apresentou classificação “muito alta”. A distribuição espacial dos casos em menores de 15 anos em 2008 demonstra que houve notificação de crianças em 22 (9,9%) municípios do estado, que estão cercados por áreas silenciosas ou sem casos. Vale salientar que municípios desse estado estão inseridos nas dez áreas de maior risco de detecção de casos de hanseníase, definidos pelo estudo de *clusters* o qual são responsáveis pela definição das áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos (BRASIL, 2009).

O PNCH passou por um processo de reestruturação estabelecendo diretrizes operacionais para a execução de diferentes ações, articuladas e integradas. Sem perder de vista o desafio da horizontalização e descentralização as ações do programa, estando organizadas em torno de cinco eixos estruturadores, ou componentes: vigilância epidemiológica; gestão; atenção integral; comunicação; e educação e pesquisa (BRASIL, 2008).

Entendendo que a hanseníase é uma doença que se manifesta na maioria dos casos em adultos devido ao longo período de incubação e que a ocorrência em menores de 15 anos indica alta endemidade sendo prioridade do PNCH, esse trabalho tem como base os seguintes questionamentos: Qual o perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras? Qual a relação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos com outros casos intradomiciliares? Como é a situação vacinal com BCG dos casos investigados?

Corroborando para a relevância e problemática, ressalta-se que a Hanseníase acarreta geralmente em seu portador transtornos físicos e psicológicos, complicando ainda mais quando se trata de portadores menores de 15 anos, já que estes estão em fase de crescimento, na construção de sua identidade adultizada, mostrando-se, pois, pessoas mais vulneráveis em relação ao impacto que essa doença traz consigo. Sendo responsável, portanto, por consequências na infância e adolescência que atrapalham o curso natural do desenvolvimento humano.

Somando-se ainda o motivo de que existem poucos registros, referências e discussões sobre o aparecimento da hanseníase em crianças e adolescentes, apesar de ser prioridade para o MS.

O interesse pelo estudo se deu a partir de vivências durante a disciplina de Enfermagem em Clínica II, durante os estágios da referida disciplina, onde foi possível observar a importância de assistir o portador de hanseníase em todas as suas necessidades devido à frequência de diagnósticos tardios, incapacidades e alta incidência de casos em jovens como também a falta de busca ativa de casos e a presença de poucos profissionais de saúde capacitados e empenhados para atuar no controle da Hanseníase.

Espera-se que os resultados deste estudo possibilitem um cuidado com mais tenacidade aos portadores de hanseníase, proporcionando o conhecimento das reais peculiaridades e necessidades, contribuindo expressivamente para o tratamento e a reabilitação dos portadores, e principalmente, que os estudantes e profissionais de Enfermagem, reconheçam a importância da busca de casos da hanseníase em menores de 15 anos.



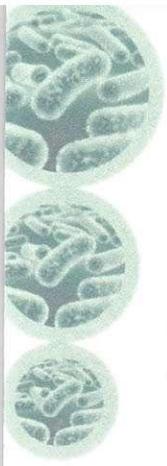
2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Traçar o perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a relação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos com outros casos intradomiciliares;
- Identificar a situação vacinal com BCG dos casos investigados.



3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA HANSENÍASE

A Hanseníase, terminologia oficialmente adotada no Brasil desde 1976 e que se tornou lei com o número 9010 publicado no Documento Oficial de 30/03/95, é considerada uma patologia milenar. Indícios remotos que datam de 600 a.C. apontam os continentes africano e asiático como o berço dessa enfermidade (COLE et al., 2001 apud SILVA JÚNIOR, 2008).

Tais indícios a descrevem como uma afecção que causava deformidades físicas significantes aos indivíduos não tratados que, na maioria das vezes, formavam uma população que margeava as sociedades antigas, fecundando, dessa forma, em seu seio um estigma social imensurável, o que provavelmente não pode ser comparado a nenhuma outra enfermidade milenar. Corroborando para isso, trazia atrelado ao seu íntimo conceitos tais como: vício, podridão, nojeira, corrupção, repugnância, pecado, impureza e punição (SILVA JÚNIOR et al., 2008). Este cenário ainda hoje se traduz em preconceito e discriminação aos portadores desta nosologia.

Apesar dos esforços da OMS em erradicar a doença no mundo até 2005, em alguns países, incluindo o Brasil, ela é ainda um problema de saúde pública com prevalência igual ou maior que 1 caso para 10.000 habitantes. O Brasil é responsável por 90% dos casos no continente americano e é o segundo país em número absoluto e em incidência, registrando ao redor de 47.000 casos novos por ano, perdendo apenas para Índia (OMS apud BARBIERI; MARQUES, 2009).

Dados mais recentes da OMS apontam uma prevalência global da Hanseníase situado em 213036 casos no início do ano de 2009, feita a partir da análise dos relatórios oficiais de 121 países. A maioria dos países de alta endemicidade já atingiu a eliminação. No entanto, bolsões de alta endemicidade ainda permanecem em algumas áreas de Angola, Brasil, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e República Unida da Tanzânia. Estes países continuam altamente empenhados em eliminar a doença, e continuará a intensificar suas atividades de controle da hanseníase (OMS, 2010).

A hanseníase, enfermidade de notificação compulsória de investigação obrigatória em todo o território nacional é uma doença crônica granulomatosa, infecciosa, transmissível, de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae*. A

manifestação da doença se dá principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002).

O *Mycobacterium leprae*, agente etiológico da moléstia, é da família *Mycobacteriaceae*, ordem *Actinomycetales*, classe *Schizomycetes*. Essa micobactéria foi descoberta em 1973 por Gerhard Henrick Armaur Hansen (1841-1912), em Bergen, na Noruega, quando ainda se acreditava que a doença era hereditária (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A característica de doença crônica é devido à hanseníase ser relacionada a um bacilo lento, que faz uma divisão binária a cada 12 a 21 dias, e sua localização intracelular obrigatória no sistema fagocítico-mononuclear faz com que ocorra propagação do bacilo para nervos periféricos e pele onde é fagocitado por células de Schwann e macrófagos. O que imprime um período de incubação de 5 anos em média (GOULART et al., 2002). Há descrições de períodos de incubação extremos entre seis meses e vinte anos (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

O bacilo tem três alvos principais: células de Schwann, células endoteliais dos pequenos vasos e o sistema monócito-macrófago. Após a infecção, o bacilo induz resposta imunocelular e/ou humoral (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

O ser humano é reconhecido como a única fonte de infecção sendo a principal via de eliminação a via aérea superior dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos), também, o trato respiratório é a mais provável via de entrada do *M. leprae* no corpo. O contágio dá-se através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis (BRASIL, 2002).

Os bacilos também podem ser eliminados pelas secreções: leite materno, esperma, saliva, suor, lágrima. O contágio indireto é admitido por alguns autores (por vetores animais, objetos contaminados). A evolução da infecção e da moléstia depende da resistência individual das pessoas, ou seja, depende da imunidade celular específica contra o bacilo (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

A doença ativa é caracterizada por uma grande diversificação no curso clínico da infecção, variando de uma forma paucibacilar na qual poucos bacilos estão presentes, a uma forma multibacilar, na qual uma grande carga bacilar está presente nas lesões. O dano neural é atribuído a proliferação bacteriana ou a resposta imune

do hospedeiro a relativamente poucos bacilos em nervos periféricos e áreas da derme adjacentes (GAYLORD; BRENNAN apud GOULART et al., 2002).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2005). Há também a baciloscopia que é o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae*, diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e lesão quando houver. Indicado como um apoio para o diagnóstico que serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico e da cura (BRASIL, 2002).

Acrescentam-se exames complementares que podem ser necessários e prosseguem na busca de teste cutâneo ou sanguíneo com antígeno de elevada especificidade, úteis no diagnóstico inicial da doença. São exemplos: Prova de Histamina, reação de Mitsuda, Biópsia de pele, identificação do *M. leprae* através de técnicas genéticas e exames laboratoriais em que geralmente ocorrem alterações de frequência variável especialmente em multibacilares (SITTART; PIRES, 2007).

O exame histopatológico da pele é aconselhado nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação, e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais, quando há dúvida no diagnóstico diferencial com outras neuropatias. A reação de Mitsuda é um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia - 28 dias sendo utilizado na classificação da doença e na definição do prognóstico e não como valor diagnóstico. A identificação do *Micobacterium leprae* pela reação em cadeia da polimerase (PCR) tem sido estudada em centros de pesquisa, mas não é realizada rotineiramente (ARAÚJO, 2003).

De acordo com o MS, considerando as manifestações clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histopatológicas da doença, pode-se classificá-la atualmente em quatro formas: forma Indeterminada e forma Tuberculóide (paucibacilares); forma Dimorfa e forma Virchowiana (multibacilares). Há também a classificação operacional baseada no número de lesões: Paucibacilar (PB) até 5 lesões de pele e Multibacilar (MB) mais de 5 lesões de pele. Esta classificação em

que os doentes são divididos em paucibacilares e multibacilares é proposta pela OMS desde 1985 e é universalmente adotada (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

A forma Indeterminada ou Incaracterística é a forma inicial da doença e se manifesta por áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos (BRASIL, 2005). É mais freqüente na face, na superfície extensora dos membros, nas regiões glúteas e no tronco (SITTART; PIRES, 2007). Ao exame bacterioscópico colhido das lesões, o número de bacilos é geralmente negativo. Existe a possibilidade da regressão das lesões e cura espontânea, mas também pode evoluir para as formas mais graves da doença.

A forma Tuberculóide apresenta manifestações na pele com placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, com comprometimento de tronco nervoso (BRASIL, 2005). Não há localização preferencial e, quando múltiplas, as lesões são assimétricas e não muito numerosas. Por vezes, pode-se palpar espessamento nervoso em direção à placa. Não acomete mucosas, ou órgãos internos (SITTART; PIRES, 2007). O número de bacilos encontrados nestas lesões é muito pequeno ou até nulo o que torna a baciloscopia negativa.

A forma Dimorfa ou *Bordeline* apresenta manifestações clínicas como lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro), lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade. O exame baciloscópico pode ser positivo (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativo (BRASIL, 2005).

A forma Virchowiana apresenta eritema e infiltração difusos, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade. Afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais (BRASIL, 2005). É a forma mais grave da doença que vai piorando progressivamente e se disseminando por todo o organismo, comprometendo-o.

No princípio, esta se manifesta por obstrução nasal com secreção serossanguinolenta e edema de tornozelos e pés, que podem preceder em meses ou anos lesões mais características. A distribuição das lesões é simétrica, situando-se preferencialmente em áreas de menor temperatura, como face, membros e

regiões glúteas; no entanto, outras áreas podem ser atingidas, excetuando-se couro cabeludo, axilas, regiões inguinais e região perianal (SITTART; PIRES, 2007).

A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como "*fácies leonina*", peculiaridade da forma virchowiana (ARAÚJO, 2003).

Existem duas variedades da hanseníase virchowiana com características particulares: a variedade difusa de Lucio e Alvarado, descrita no México, apresenta infiltração difusa inaparente desde seu início, evoluindo sem formar nódulos; e a variedade históide de Wade que se caracteriza pela presença de nódulos cutâneos eritematosos ou acobreados, endurecidos e brilhantes de diversos tamanhos. Verifica-se em associação com tratamentos irregulares e desenvolvimento de resistência à sulfona, mas casos sem terapia anteriores são relatados (SITTART; PIRES, 2007).

Há casos em que as lesões dermatológicas estão ausentes, o que pode ocorrer em qualquer faixa etária, denominado forma neural pura. O paciente queixa-se de sintomatologia parestésica, que evolui para hipo ou anestesia da área, progredindo para o comprometimento motor. Há espessamento neural e pode haver amiotrofias. Em geral o acometimento é mais do que um tronco nervoso e se diferencia dos quadros reacionais porque, em geral, o nervo estará doloroso, espontaneamente ou à palpação. A confirmação diagnóstica é realizada pela biópsia de um nervo sensitivo superficial (AZULAY, 2008).

O comprometimento visceral ocorre principalmente nos órgãos ricos em sistema fagocítico mononuclear, mucosas do trato respiratório alto, testículos e epidídimos. Podem ocorrer linfadenomegalias, interferência na hematopoiese, hepatomegalia, redução de linfócitos e aumento de macrófagos e plasmócitos, glomerulonefrite, amiloidose renal, orquite dentre outras. Há relatos de degeneração gordurosa do fígado e de cirrose com infiltrado virchowiano (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

A hanseníase virchowiana visceral primitiva trata-se de forma clínica excepcionalmente rara, sem lesões cutâneas e neuríticas, porém, com comprometimento virchowiano de vísceras, com exclusão do sistema nervoso central. Observa-se ainda adenopatia generalizada, simulando linfoma (AZULAY, 2008).

Há ainda outra classificação utilizada em pesquisas, proposta por Ridley e Jopling, em 1962-1966, que leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Esta classificação não inclui a forma indeterminada e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização (ARAÚJO, 2003).

O espectro descrito apresenta dois tipos polares estáveis, o tuberculóide polar (TTP) e o virchowiano (virchowiano) polar (VVP) e os interpolares, imunologicamente instáveis: tuberculóide secundário (TTs), os "boderlines" ou dimorfos tuberculóides (DT), dimorfo-dimorfo (DD), dimorfo-virchowiano (DV) e o virchowiano subpolar (VVs). Como foi elaborada para fins de pesquisa e com o desenvolvimento de antibióticos e quimioterápicos cada dia mais eficientes, esta classificação terá apenas valor histórico, provavelmente em um futuro próximo, em razão da exclusão da doença como problema de saúde pública (SAMPAIO; RIVITTI, 2007).

Sabe-se que, por definição, a hanseníase é uma doença neurológica. Os nervos e as células de Schwann são o alvo primário do *M. leprae*. Em qualquer das formas clínicas há algum grau de comprometimento neural.

Os doentes PB têm acometimento neural mais intenso, precoce e assimétrico, com seqüelas neuromusculares precoces e intensas. Já os doentes MB iniciais têm acometimento neural menos intenso e simétrico; porém tardiamente, os nervos tornam-se fibrosados e desencadeiam seqüelas neuromusculares simétricas (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

O termo mais amplamente aceito para definir o comprometimento neural em hanseníase é neurite. Este termo significa inflamação dos tecidos neurais.

A neurite, geralmente, manifesta-se através de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e edema. No início, não há evidência de comprometimento funcional do nervo, mas, freqüentemente, a neurite torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele. Há perda de sensibilidade, causando dormência e perda da força muscular, causando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos. Quando o acometimento neural não é tratado pode provocar incapacidades e deformidades pela alteração de sensibilidade nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos (BRASIL, 2005).

Na maioria dos doentes, as lesões e manifestações neurais antecedem os sinais cutâneos. As primeiras manifestações são sensitivas, inicialmente ocorre

perturbação da sensibilidade térmica, em seguida dolorosa e finalmente tátil. As primeiras estruturas anatômicas afetadas são os ramúsculos neurais, em seguida, a doença progride, na direção proximal, aos ramos secundários e, finalmente, aos troncos neurais periféricos tornando os troncos neurais edemaciados, dolorosos à palpação ou à percussão (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

A lesão dos troncos neurais determina alterações sensitivas e alterações motoras. As alterações motoras seguem-se amiotrofias, retrações tendíneas e fixações articulares. Dentre os nervos cranianos, o mais afetado é o trigêmeo e em seguida, o facial. Também são acometidos os nervos mistos nos membros superiores como o ulnar, mediano e radial responsáveis pela diminuição da massa muscular, garras e mão caída e nos membros inferiores como o fibular e o tibial, responsáveis pelo pé caído (MARGARIDO; RIVITTI, 2005).

O tratamento da neurite procura controlar as alterações imuno-inflamatórias dos episódios reacionais e evitar as deficiências físicas decorrentes do dano neural. Os episódios reacionais podem apresentar suas manifestações cutâneas e sistêmicas acompanhadas de neurite. O quadro reacional também pode manifestar-se somente com alterações neurais, configurando um quadro de neurite(s) isolada(s). Habitualmente, nesse tratamento, as drogas preconizadas são os corticosteróides podendo ser complementado por fisioterapia, e em casos irreversíveis, cirurgia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA, 2003).

Os estados reacionais ou reações hansênicas são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, podendo ocorrer mais freqüentemente nos casos MB sendo considerados a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Elas podem ocorrer antes (às vezes, levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com poliquimioterapia (PQT). Portanto, é importante que o diagnóstico das reações seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades (BRASIL, 2002).

As reações hansênicas são classificadas em três tipos: reações hansênicas tipo 1 ou reações reversas que ocorrem especialmente em dimorfos, surgindo dor e edema em lesões preexistentes ou novas que podem se descamar ou ulcerar,

envolvendo imunidade mediada por células, e por vezes ocorrem febre e mal-estar geral, sendo os nervos afetados com gravidade variável; as reações hansênicas tipo 2 ou complexo do eritema nodoso hanseniano ocorrem em pacientes MB, em qualquer local do corpo onde haja infiltrado inflamatório específicos, em que febre e mal-estar geral acompanham placas e nódulos eritematosos podendo causar complicações mais sérias como as neurites e uveítes; a reação de Lucio ou fenômeno de Lucio ou ainda eritema necrotizante que só é observada na forma difusa virchowiana. É rara e caracteriza-se por lesões eritemato-purpúricas irregulares que evoluem para necrose (SITTART, PIRES, 2007).

Devido à perda da sensibilidade e comprometimento nervoso, o portador de hanseníase fica vulnerável a simples lesões na pele, como ulcerações e ferimentos, até lesões complexas com comprometimento ósseo e articulares provenientes de pequenos traumatismos de repetição, aparecendo, assim, o poder incapacitante da doença.

O tratamento da hanseníase compreende: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica.

A quimioterapia específica é eminentemente ambulatorial (BRASIL, 2005). Conhecida por PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença (BRASIL, 2002).

O MS regulamenta o assunto através da portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, que aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase (BRASIL, 2010). O acompanhamento devido visa identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença como também a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas.

O prognóstico da hanseníase é variável. Sem tratamento, o risco de desenvolver deformidades é alto em razão do comprometimento neural. O seguimento dos doentes após conclusão da terapia é fundamental na avaliação de

recorrências e reações hansênicas, sendo indicado nos doentes MB com ou sem comprometimento nervoso por cerca de dois anos e naqueles PB com dano nervoso prévio por um ano. As conseqüências psicológicas e socioeconômicas danosas devem ser tratadas, juntamente com reabilitação física. O óbito é mais comum por falência renal em doentes virchowianos, decorrentes da glomerunefrite ou amiloidose renal (SITTART; PIRES, 2007).

Em relação à prevenção, a vacina do bacilo Calmette-Guérin (BCG) tem mostrado efeito protetor variável; seu uso em crianças para a tuberculose pode auxiliar o controle da hanseníase (SITTART; PIRES, 2007).

O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar seqüelas. A detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com meta de redução estabelecida em 10%, de 2008 a 2011 e está inserida no Programa Mais Saúde: Direitos de Todos/Programa de Aceleração do Crescimento (BRASIL, 2008).

Evidencia-se ainda que a hanseníase é considerada de baixa letalidade. No entanto, devido ao seu potencial altamente incapacitante pelas deficiências que provoca, tem a possibilidade de afetar a motricidade, deixando seqüelas nas mãos, pés e olhos, tornando impossível a locomoção e o trabalho manual, podendo levar ainda à cegueira. Por causa disso, o doente é prejudicado também nas suas relações sociais, uma vez que as pessoas com quem convive, tanto na família quanto no trabalho, tendem a isolá-lo, tornando-o marginalizado e inoperante na sociedade.

3.2 HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS

A Hanseníase na infância e adolescência é pouco estudada devido à doença em si ser menos freqüente nessa faixa etária. Isso ocorre devido ao longo período de incubação dessa enfermidade que é geralmente de dois a sete anos, em média cinco anos, constituindo a população adulta a faixa etária mais acometida. Contudo, em áreas de maior endemicidade, a exposição precoce ao bacilo em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária (BRASIL, 2002). O relato em literatura do mais jovem doente com hanseníase foi descrito em 1954 por

Montestruc; Berdoneau em uma criança de três semanas na Martinica (FARHAT et al., 1994).

Segundo o MS, no Brasil cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano, sendo ao redor 7 a 8% deles em menores de 15 anos, correspondendo a 0,6 casos para 10.000 habitantes. No estado da Paraíba, sobretudo no município de Cajazeiras, também é considerado um grave problema de saúde pública devido à ocorrência freqüente da hanseníase em menores de 15 anos o que mostra o não-controle da doença e focos de transmissão ativa (BRASIL, 2002).

A prevalência da doença em crianças e adolescentes com menos de 15 anos é maior em países endêmicos, revelando a persistência na transmissão do bacilo e as dificuldades dos programas de saúde para o controle da doença (CORTÉS; RODRIGUEZ, 2004).

Os principais transmissores às crianças são os contatos intra-domiciliares íntimos e, em segundo lugar, os vizinhos próximos. Quanto menor a criança, maior será o encontro de doenças nos contactantes familiares (FERREIRA et al., 2007). O contágio domiciliar na criança é de maior importância, notadamente nas zonas de baixa endemia. Não há evidências conclusivas da possibilidade de contágio transplacentário ou pelo leite materno onde os bacilos são encontrados (FARHAT et al., 1994).

Nessa faixa etária podem-se observar todas as formas da hanseníase, dos casos francamente manifestos, a forma indeterminada predomina, seguida da tuberculóide típica, sendo relativamente raras as formas MB (FARHAT et al., 1994). Vale ressaltar que sinais precoces de hanseníase em criança podem ser difíceis de serem detectados (NGUYEN, 2000; SAN JAY, 1999; SELVASEKAR, 1999 apud AMADOR et al., 2001).

Entretanto, existe uma variante particular da forma tuberculóide, apesar de ser pouco freqüente, chamada impropriamente de hanseníase nodular infantil (AZULAY, 2008). A hanseníase nodular infantil é encontrada em crianças comunicantes de formas bacilíferas. As lesões comumente são pápulo-nodular eritematosa em áreas expostas, placas, localizadas na face e com tendência à cura espontânea. Pode ocorrer espessamento dos nervos com posteriores distúrbios motores e tróficos (FRANÇA, 1999). Esta ocorre entre um a quatro anos de idade caracterizando lesões em pequeno número que evoluem benignamente com

regressão espontânea em cinco a seis meses, deixando uma área atrófica residual (FARHAT et al., 1994).

Existe uma correlação na literatura entre a porcentagem dos casos MB em crianças e a situação endêmica do país e a lentidão no diagnóstico. Nos países endêmicos, há mais casos de crianças MB do que em locais de baixa endemicidade e diagnóstico precoce onde predominam as formas PB, incluindo grande proporção de lesões únicas da forma indeterminada (BARBIERI; MARQUES, 2009).

Em menores de quinze, as deformidades decorrentes do comprometimento neural são raras graças à boa resposta à terapêutica específica e maior adesão aos programas de controle sanitário. Outro aspecto a ser considerado é o aparecimento tardio das lesões neurológicas, que geralmente ocorrem no adulto jovem (CESTARI apud FARHAT et al., 1994). No entanto, quando a forma clínica é a da hanseníase virchowiana, devido ao seu potencial de comprometimento neural, pode haver as deformidades com conseqüente grave repercussão no desenvolvimento da criança (AZULAY, 2008).

Os estados reacionais e as incapacidades são menos freqüentes que nos adultos, sendo mais prevalente nas faixas de 10 a 15 anos e naqueles cujo tempo entre o aparecimento da lesão e o diagnóstico foi maior (CORTÉS; RODRIGUEZ, 2004).

Ressalta-se que a hanseníase em menores de 5 anos pode ser potencialmente incapacitante em virtude do acometimento precoce e da possibilidade do aparecimento de deformidades, embora muitos estudos epidemiológicos revelem ser rara a ocorrência de incapacidades graves em crianças (DESIKAN, 1989; NOUSSITOU, 1976 apud AMADOR et al., 2001).

A infância e a adolescência são consideradas etapas do processo de crescimento do ser humano onde há uma construção da identidade adultizada do indivíduo, assim é nesse período considerado de transição que ocorrem mudanças que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais.

Aberastury; Knobel (1992) concebem a adolescência como a fase da reorganização emocional, de turbulência e instabilidade, caracterizada pelo processo biopsíquico a que os adolescentes estão destinados (ASSIS, 2003).

Saito e Silva (2001) afirmam ainda que a adolescência é considerada uma etapa primordial para a construção do ser humano, e, é resultante de tudo que a antecedeu e determina de tudo o que há de vir (PONTE; XIMENES NETO, 2005).

Diante dessas prerrogativas, vê-se a necessidade dessas etapas de vida acontecerem naturalmente, sem traumas e conflitos. Para uma criança ou adolescente portador de hanseníase que está numa fase de mudanças e de adaptações, essa condição pode interferir na construção de sua vida, devido às alterações que, dependendo do caso, vai ter que acontecer; podendo inclusive ocorrer evasão escolar, aumento das crises, depreciação da auto-imagem, com conseqüente alteração da auto-estima (PONTE; XIMENES NETO, 2005).



4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

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

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa de caráter documental, exploratório, descritivo e de campo.

Segundo Marconi; Lakatos (2009), na metodologia quantitativa o pesquisador pode expressar as relações funcionais entre as variáveis e identificar os elementos básicos do fato estudado, evidenciando a evolução das relações entre os diferentes elementos. Visa precisão e controle; integração de métodos de quantificação e qualificação; explicitação dos passos da pesquisa e prevenção da interferência e da subjetividade do pesquisador.

Já o estudo exploratório, pode ajudar a resolver algumas dificuldades em pesquisa, uma vez que a população é rica de conhecimentos e esses conhecimentos, opiniões, valores e atitudes é que vão se constituir, muitas vezes, em barreiras. Essas barreiras podem ser conhecidas por meio do estudo exploratório e, pelo menos, parcialmente contornadas, a fim de que a problemática alcance um bom êxito (QUEIROZ, 1992 apud GIL, 2002). Gonsalvez (2007) afirma que a pesquisa exploratória caracteriza-se pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, tendo como finalidade oferecer uma visão panorâmica, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

O conceito de pesquisa de campo designa todo estudo que é feito de maneira direta, ou seja, junto às próprias fontes informativas, tendo por objetivo a coleta de elementos não disponíveis, que ordenados sistematicamente possibilitem o conhecimento de uma determinada situação, hipótese ou norma de procedimento (MUNHOZ, 1989). A pesquisa de campo procede à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado.

Além disso, essa pesquisa é considerada como documental devido as fontes que a constituem serem documentos e não apenas livros publicados e artigos científicos divulgados; e descritiva porque tem como objetivo primordial a descrição das características da população estudada (GIL, 2002).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras - PB, na Secretaria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e na Rede de Estratégia de Saúde da Família.

O município de Cajazeiras situa-se na extremidade ocidental do estado da Paraíba, especificamente no alto sertão paraibano, possui uma área de 586,275 km² e dista da capital João Pessoa em 477 km, possuindo aproximadamente uma população de 57.875 habitantes. Esta se encontra habilitada na Gestão Plena de Atenção Básica, pertencendo a 9ª Microrregião de Saúde. Possui quatorze Equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo onze na zona urbana e três na zona rural.

A escolha do local se deu pela maior aproximação da pesquisadora e em virtude da demanda alta de casos de hanseníase, possibilitando uma boa amostra de portadores menores de 15 anos.

4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E AMOSTRAGEM

Na caracterização epidemiológica, a população foi composta por 541 casos de hanseníase e amostra do estudo por 36 casos de hanseníase em menores de 15 anos.

Na caracterização clínica, a população foi composta por 36 casos de hanseníase em menores de 15 anos e a amostra foi constituída por quatro casos que estavam em curso de tratamento no período da coleta de dados (outubro a 15 de novembro de 2010).

Todos os casos foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2004 a 15 de outubro de 2010, através do banco de dados na Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras.

A amostragem deste estudo se encaixa na não probabilística intencional, pois não faz uso de forma aleatória de seleção já que os sujeitos de pesquisa foram selecionados no referido banco de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para o perfil epidemiológico foram incluídos todos os casos de hanseníase em menores de quinze anos registrados no banco de dados do SINAN.

Para participar da caracterização clínica do estudo, o participante deveria ter sido notificado no banco de dados do SINAN, estar se submetendo à PQT e dentro da faixa etária estudada (até 14 anos, 11 meses e 29 dias), além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV) deveria ser assinado pelos responsáveis dos participantes, que são menores. Também compõem como critérios de inclusão, os responsáveis se enquadrarem nos itens: participação voluntária, serem alfabetizados, lúcidos e capazes de compreender o conteúdo da pesquisa.

Como critérios de exclusão estão os participantes que não foram notificados no banco de dados do SINAN, não se encontrarem em tratamento e fora da faixa etária estudada como também os responsáveis pelos participantes do estudo não alfabetizados, sem lucidez ou que não conseguissem compreender o conteúdo da pesquisa, uma vez que o procedimento de coleta de dados exige o registro de todo o processo de tratamento.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento para a coleta dos dados a Ficha de Notificação Compulsória da Hanseníase através do SINAN, na população entre a faixa etária de 0 a 14 anos, residente no Município de Cajazeiras, Paraíba, no período de 2004 a outubro de 2010. A base de dados foi obtida junto à Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município, salvaguardando-se a confidencialidade dos dados de identificação de cada caso.

Para a coleta dos dados voltados para a caracterização clínica foram utilizados os prontuários disponíveis nas Unidades de Saúde da Família (USF) e um roteiro de questionário semi-estruturado (Apêndice) com quatorze questões, constituído de uma primeira parte com dados para caracterização da amostra e uma segunda parte com dados referentes à temática estudada como os aspectos

clínicodermatológicos da doença e queixas. Este instrumento foi estabelecido com base nas literaturas estudadas sobre o tema.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com devidos ofícios emitidos pela Universidade Federal de Campina Grande e autorização institucional da pesquisa assinada pela Secretária de Saúde de Cajazeiras. Após parecer de aceite (CAAE N: 0406.0.133.000-10), a coleta de dados foi iniciada no mês de outubro e finalizada em novembro.

A coleta de dados foi realizada primeiramente através da busca dos portadores de hanseníase menores de 15 anos no banco de dados do SINAN, em seguida, ocorreu a identificação da USF responsável pelos casos em tratamento. Nas Unidades de Saúde, os prontuários disponíveis foram analisados e através destes, coletados dados sobre o caso. Além disso, através dos prontuários foram identificados os endereços para que fossem feitas as visitas domiciliares.

Durante a visita domiciliar, a pesquisadora explicou o teor da pesquisa ao progenitor da criança e em seguida obteve a assinatura do TCLE. Foi aplicado o roteiro de questionário semi-estruturado como também feito o exame físico com acurácia a fim de traçar o perfil clínico desses portadores. A coleta no domicílio foi realizada com a presença da criança em tratamento junto a seu progenitor.

Portanto, os dados foram coletados pela própria pesquisadora, tanto na Secretaria de Saúde do Município, quanto nas Unidades de Saúde da Família e nos domicílios.

Houve dificuldades na coleta de dados devido a pesquisadora encontrar prontuários desatualizados e até mesmo paciente em tratamento sem prontuário. Vale evidenciar que o caso sem prontuário se enquadra na forma virchowiana, a forma mais grave da doença e com maior risco de incapacidade.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Rauen (1999), essa é a parte que apresenta os resultados obtidos na pesquisa e analisa-os sob o crivo dos objetivos e/ou das hipóteses. Assim, a apresentação dos dados é a evidência das conclusões e a sua interpretação consiste no contrabalanço dos dados com a teoria.

O objetivo da análise é sumariar as observações, de forma que estas permitam respostas às perguntas da pesquisa. O objetivo da interpretação é a procura do sentido mais amplo de tais respostas, por sua ligação com outros conhecimentos já obtidos (SELLTIZ et al. apud RAUEN, 1999).

Após coletados, o processamento e a organização dos dados foram feitos a partir dos softwares TabWin (SINAN-NET) e Excel 2007 (Microsoft®) sendo organizados e apresentados de forma estatística descritiva, em gráficos. Os dados dos questionários foram categorizados e apresentados em tabelas e gráfico, sendo todos analisados e discutidos a luz da literatura pertinente.

Para Fachin (2001), o método estatístico se fundamenta nos conjuntos de procedimentos apoiados na teoria da amostragem e, como tal, é indispensável no estudo de certos aspectos da realidade social em que se pretenda medir o grau de correlação entre dois ou mais fenômenos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

No Brasil, os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa que envolvam seres humanos estão regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em outubro de 1996 (GOLDIM, 2005).

De acordo com a resolução citada, a pesquisadora se compromete em manter em sigilo as informações obtidas e utilizá-las para quaisquer fins que não seja o da pesquisa, garantindo risco mínimo, privacidade e a confidencialidade aos objetos de estudo além da garantia dos princípios básicos éticos: a beneficência, o respeito à

pessoa e a justiça. Incluem-se, nestes princípios, todas as pessoas que poderiam vir a ter alguma relação com a pesquisa, sendo o sujeito da pesquisa, o pesquisador, o trabalhador das áreas onde a mesma se desenvolveu como também a sociedade.

Os responsáveis pelos participantes assinaram o TCLE (Anexo IV) onde estão as informações referentes à pesquisa e as definições de sua participação. Nele também está assegurado os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados; possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

A obtenção de consentimento informado de todos os indivíduos pesquisados é um dever moral do pesquisador. O consentimento informado é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, isto é, é uma busca de preservar a autonomia de todos os sujeitos (GOLDIM, 2005).



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO PERÍODO DE 2004 A OUTUBRO DE 2010 EM CAJAZEIRAS – PB

As características epidemiológicas da hanseníase têm sido objeto de numerosos estudos nas últimas três décadas, visando à compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia e o estabelecimento de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública (GOMES et al., 2005).

Para caracterizar o perfil epidemiológico da hanseníase na região estudada, foi utilizado o registro de casos em menores de 15 anos. Do total de 541 casos de hanseníase notificados pelo SINAN durante o período de estudo, 36 estavam na faixa etária de zero a 14 anos (6,7 %).

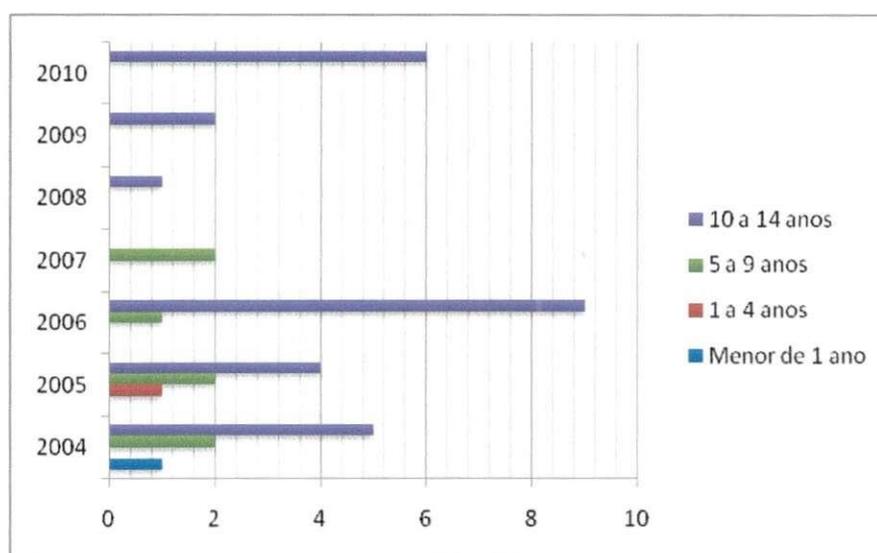


GRÁFICO I - Frequência por idade segundo ano da notificação

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

Conforme apresentado no Gráfico I, em 2006 ocorreu uma maior taxa de notificação de casos da doença em menores de 15 anos, seguido de um declínio nos anos de 2007 e 2008. Verificou-se que 75% dos pacientes se encontravam na faixa etária entre 10-14 anos, 19% entre 5-9 e 3% entre 1-4 anos. O número de crianças doentes entre um e nove anos, inclusive um caso entre um e quatro anos e

outro caso em menor de ano, mostra que há um contato precoce com casos bacilíferos e conseqüentes focos de transmissão ativa. O significativo número de casos em menores de 15 anos permite pensar que podem ocorrer no município em estudo atividades educativas na comunidade, bem como busca ativa, principalmente entre os contatos intradomiciliares, mas não o suficiente, revelando que a doença não está controlada.

Como em outros estudos, a maioria das crianças acometidas tinha entre dez e 14 anos, fato que pode ser justificado pelo longo período de incubação que é em média de 2 a 7 anos (FERREIRA et al., 2005 ; LANA et al., 2007).

Demonstra-se ainda que o coeficiente de detecção de Cajazeiras nessa faixa etária, no período de 2004 a 2010, apresentou classificação “muito alta”, o que permite concluir que a doença é recente.

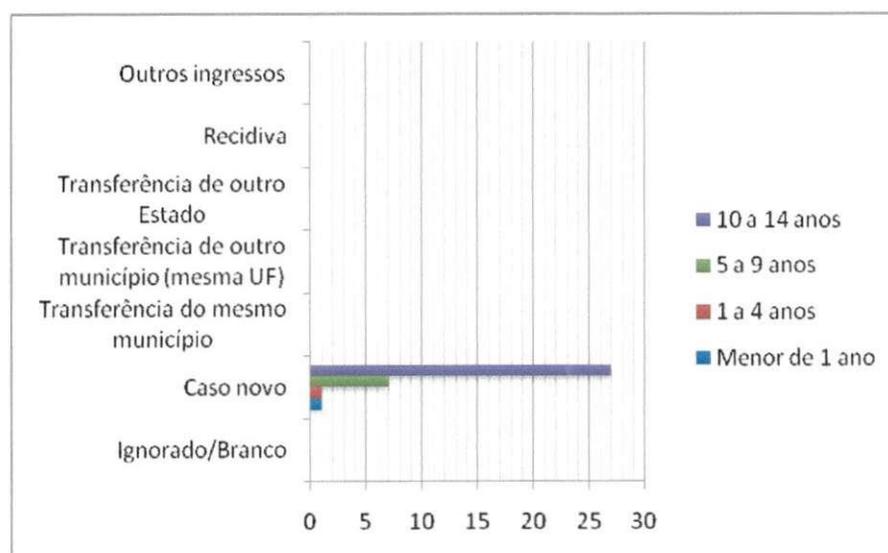


GRÁFICO II - Frequência por modo de entrada segundo faixa etária

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

De acordo com o modo de entrada, 100% foram registrados como caso novo, ou seja, todos foram indivíduos que apresentaram a sintomatologia característica da doença, requerendo a poliquimioterapia pela primeira vez.

Na maioria das vezes, esses casos novos são descobertos pelo exame de contatos e por campanhas, onde são disseminadas informações a população sobre a doença, principalmente sobre os sinais clínicos.

Gomes et al. (2005), em um estudo semelhante realizado no estado do Ceará, para demonstrar o perfil epidemiológico dos casos notificados em um Centro de Referência no Nordeste, mostrou que do total de 967 casos de hanseníase notificados no período de dois de janeiro a 31 dezembro de 2004 no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), 909 eram casos novos, 17 casos de recidivas, 21 referentes a transferência de outras Unidades de Saúde do Estado do Ceará e de outros estados e 20 casos com outras formas de ingresso. Demonstrando que quase a totalidade dos casos são também considerados casos novos.

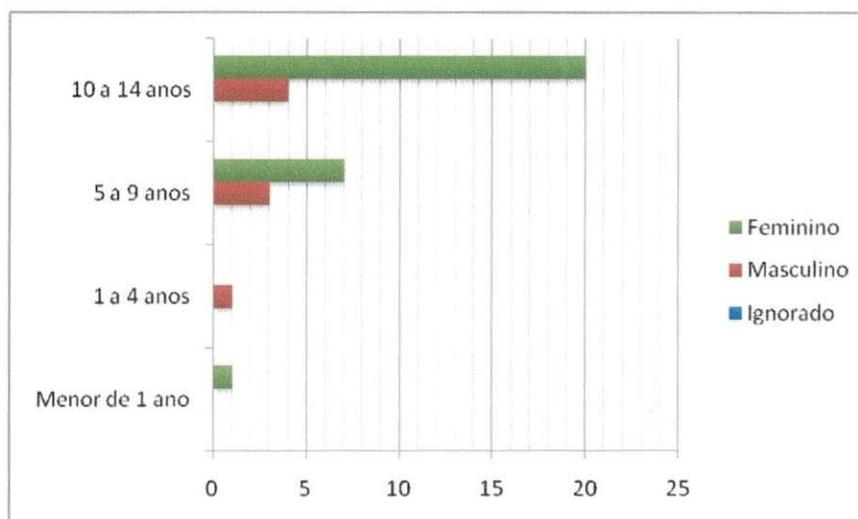


GRÁFICO III - Frequência por sexo segundo faixa etária

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

No tocante ao sexo, dos 36 pacientes registrados, 78% eram do sexo feminino e 22% do sexo masculino, observando-se a predominância de meninas. Esse achado não se assemelha a maioria dos estudos, demonstrando que no local em estudo, há uma peculiaridade em relação ao sexo predominante.

Em um estudo realizado por Imbiriba et al. (2008) observou-se percentual ligeiramente maior no sexo masculino (50,2%). Outro estudo realizado por Ferreira; Alvarez (2005) demonstra que em relação ao sexo, 53% dos pacientes eram do sexo masculino e 47% do sexo feminino.

Observa-se através das pesquisas que não há diferença significativa no tocante a esta variável. De acordo com MS, em relação às crianças, não há diferenças segundo o sexo (BRASIL, 2002).

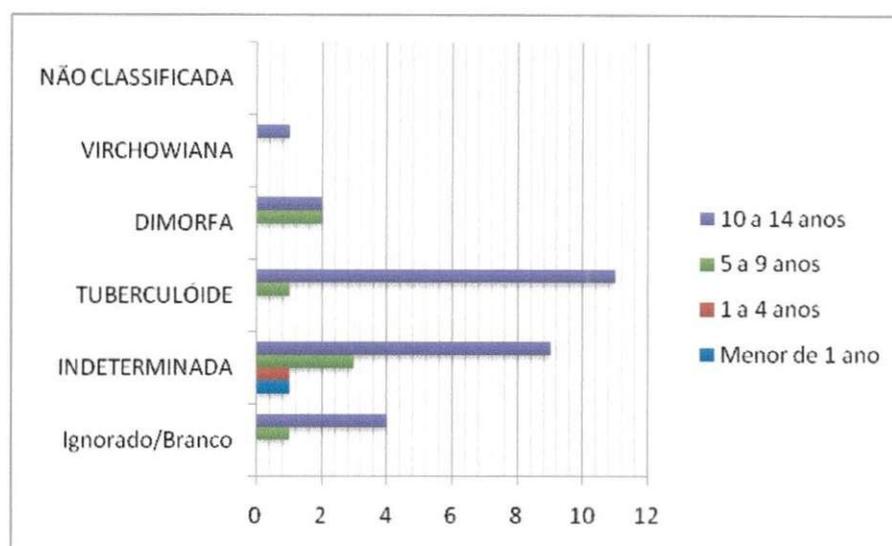


GRÁFICO IV - Frequência por forma clínica segundo faixa etária

Fonte: SINAN - Cajazeiras – PB

Quanto à forma clínica, a indeterminada (38,9%) foi a mais freqüente, seguida pelas formas tuberculóide (33,4%), dimorfa (11,2%) e virchowiana (2,8%). Há ainda a subnotificação da forma clínica no preenchimento da ficha do SINAN, demonstrado por ignorado/branco (13,7%), o que prejudica os indicadores epidemiológicos. A forma tuberculóide foi a mais freqüente na faixa etária 10-14 anos, o que demonstra diagnóstico tardio nessa faixa etária.

No presente estudo, o caso mais jovem foi uma criança menor de um ano de idade com a forma indeterminada o que mostra contato precoce com formas bacilíferas. De acordo com a literatura, geralmente o diagnóstico de hanseníase é feito depois dos três anos de idade (IMBIRIBA et al., 2008).

Em menores de quinze anos espera-se que as formas paucibacilares, indeterminada e tuberculóide, sejam as mais freqüentes, devido o período longo de incubação. Sendo a hanseníase transmitida através de longos períodos de contato, é maior o número de doentes abaixo de quinze anos quanto maior a exposição a focos transmissores.

A hanseníase indeterminada se constitui a forma inicial da doença, podendo evoluir para cura espontânea ou para formas polarizadas (IMBIRIBA et al., 2008). Apesar do percentual da forma indeterminada ser superior ao encontrado nas formas polarizadas, os índices das formas contagiantes ainda são altos, permitindo supor que o diagnóstico da hanseníase não está sendo realizado em sua fase inicial.

Nota-se ainda que, 72,3% dos pacientes foram diagnosticados com as formas PB da doença, ou seja, as crianças que entraram na amostra do estudo possuem certa imunidade específica ao bacilo da hanseníase, apesar de terem adoecido. No entanto, a porcentagem de 11,2% referente a pacientes diagnosticados na forma dimorfa, considerada mais evoluída, demonstra diagnóstico tardio.

Lombardi et. al. (1990) afirmam que a forma tuberculóide acomete uma população portadora de resistência natural, capaz de desenvolver imunidade celular mais intensa contra este bacilo, mas que, por sucessivos contatos, acaba por desenvolver a doença. As formas dimorfa e virchowiana são conseqüências do desenvolvimento da doença em indivíduos que não apresentam resistência imunológica. O crescimento da forma tuberculóide é um indicativo de expansão da endemia.

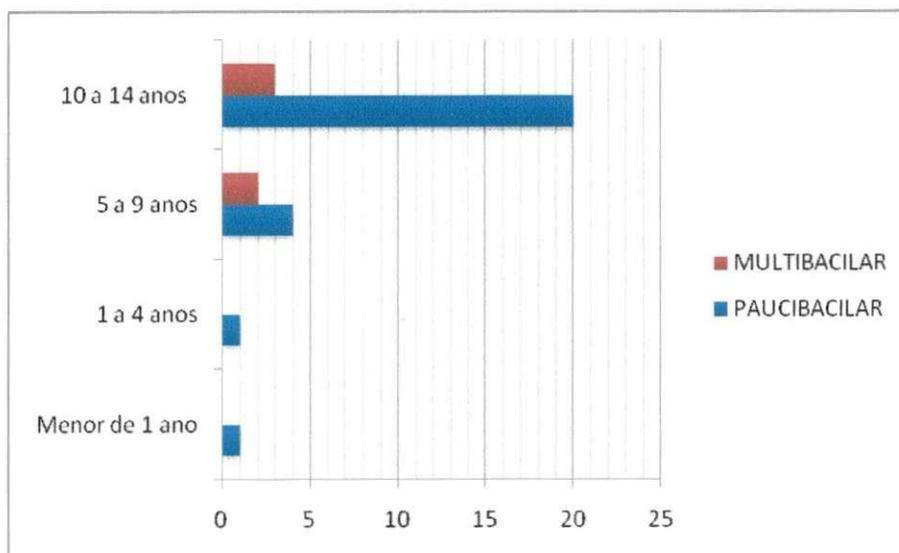


GRÁFICO V - Frequência por classificação operacional segundo faixa etária

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

Quanto à classificação operacional da hanseníase, dos 36 casos, 72% se enquadravam como PB e 28% em MB. O predomínio de formas paucibacilares pode indicar que as atividades para o diagnóstico precoce de casos estão sendo eficazes.

A preponderância de formas não contagiantes é um dos destaques mais comuns entre crianças, embora também haja formas multibacilares, o que significa que esta é uma área endêmica.

Um bom indicador epidemiológico para determinar a tendência da endemia é analisar a proporção entre o número de casos PB e MB, através da proporção de casos novos de forma indeterminada registrados no ano em relação ao total dos casos nas formas clínicas tuberculóide, dimorfa e virchowiana, que foi igual a 47,2%, um valor inferior ao aceitável pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, indicando que a endemia pode ser controlada, se houver tratamento dos focos multibacilares e detecção precoce da doença (SANTOS; RABAY, 2001).

Uma vez diagnosticada a hanseníase, cabe aos serviços de saúde evitar que os doentes multibacilares continuem transmitindo a doença, instituindo precocemente a terapia medicamentosa, buscando a destruição dos bacilos existentes no organismo, evitando, assim, a evolução da doença e a instalação de seqüelas incapacitantes (SANTOS; RABAY, 2001).

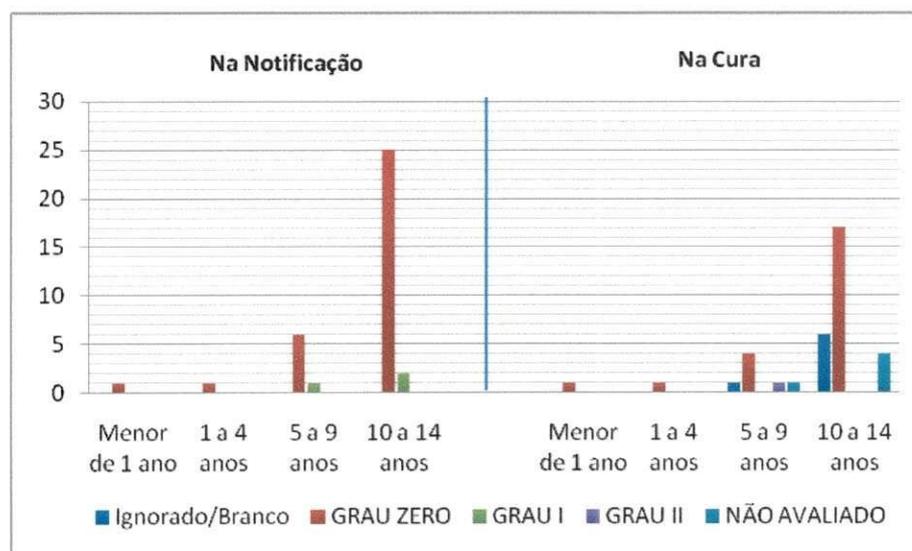


GRÁFICO VI - Frequência por avaliação de incapacidade na notificação e na cura segundo faixa etária

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

Quanto à presença de incapacidades na ocasião do diagnóstico da doença, todos foram avaliados, sendo 91,6% dos casos em grau zero e apenas 8,4% em grau I. Nenhum caso foi avaliado como grau II no diagnóstico, este dado pode significar, mais uma vez, o diagnóstico relativamente precoce.

A maioria dos doentes, quando diagnosticados precocemente, não apresenta incapacidades. O risco de aparecimento destas aumenta com o tempo de duração da doença. Portanto, o percentual de casos descobertos já com alguma incapacidade, sejam apenas com alterações na sensibilidade em olhos, mãos e pés (grau I) ou já com presença de alguma deformidade (grau II), pode ser considerado consequência de um diagnóstico tardio (LANA et al., 2000). Corroborando para isso, Costa; Patrus (1992), afirmam ainda que, a presença de incapacidades no momento do diagnóstico pode indicar que o mesmo está sendo tardio, porque estas se desenvolvem ao longo dos anos, sugerindo um controle ineficaz da hanseníase.

Segundo Amador et al. (2001), nos menores de cinco anos a hanseníase pode ser potencialmente incapacitante, pela precocidade do adoecimento e pela possibilidade de determinar deformidades, apesar de não ser comum a ocorrência de incapacidades severas em crianças.

Quanto às incapacidades na cura, 33,4% foram ignorados/não avaliados e 27,8% passaram de grau zero para grau II. Nenhum grau I foi notificado na cura. O que demonstra uma discrepância entre as avaliações na cura e no diagnóstico.

De acordo com os parâmetros do MS, todos os portadores de hanseníase devem ser avaliados periodicamente quanto às neurites, o que não ocorre no local do estudo, já que na ocasião da cura o número de incapacidades apresentadas foi maior do que no início do tratamento.

A avaliação do grau de incapacidade física é um importante indicador operacional, necessário para as ações de prevenção de seqüelas. As incapacidades, no caso das crianças, podem prejudicar tanto o convívio social quanto o seu desenvolvimento. De acordo com Munhoz (1995), a hanseníase pode gerar seqüelas, mesmo após o controle da doença, por mecanismos imunológicos que causam lesões neurológicas irreversíveis (apud SANTOS; RABAY, 2001). A proporção de avaliados quanto ao grau de incapacidades no momento do diagnóstico é um indicador de qualidade do atendimento nos serviços de saúde, Suárez et. al. (1997) afirmam que o percentual de casos com incapacidade física

permite avaliar tanto o componente operacional quanto o epidemiológico, visto que o diagnóstico tardio favorece a manutenção de fontes de infecção.

Deve-se lembrar que as incapacidades físicas acarretam limitações na vida social e problemas psicológicos. Também são responsáveis pelo estigma e preconceito contra seus portadores (AQUINO, 2003).

Esses dados demonstram que avaliação de incapacidades não está sendo eficiente e que é clara a necessidade de serem expandidas as ações de prevenção, principalmente em crianças, uma vez que não existem medidas realmente eficazes para evitar tais danos, além do diagnóstico precoce e avaliação neurológica periódica.

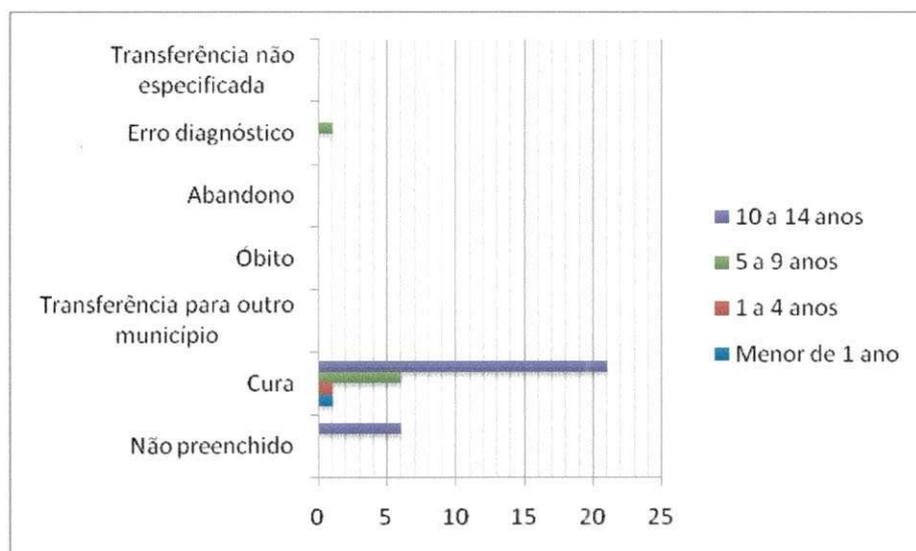


GRÁFICO VII - Frequência por tipo de saída segundo faixa etária
Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

De acordo com o tipo de saída do caso no banco de dados do SINAN, 80,6% saíram por cura, 16,6% não foram preenchidos e 2,8% saíram por erro diagnóstico.

A PQT é o melhor esquema terapêutico de que se dispõe no momento contra a hanseníase o que corrobora para a maioria dos pacientes saírem curados. Depois de 13 anos de utilização, a taxa de recidiva tem sido extremamente baixa, cerca de 0,72% para os pacientes MB e de 1,07% para os PB (CHEMOTHERAPY OF LEPROSY apud OPROMOLLA, 1997).

Levando-se em consideração a dificuldade do diagnóstico na infância, pode-se justificar o erro diagnóstico, já que o diagnóstico em crianças é dificultado, pois estas não respondem com acurácia os testes de sensibilidade.

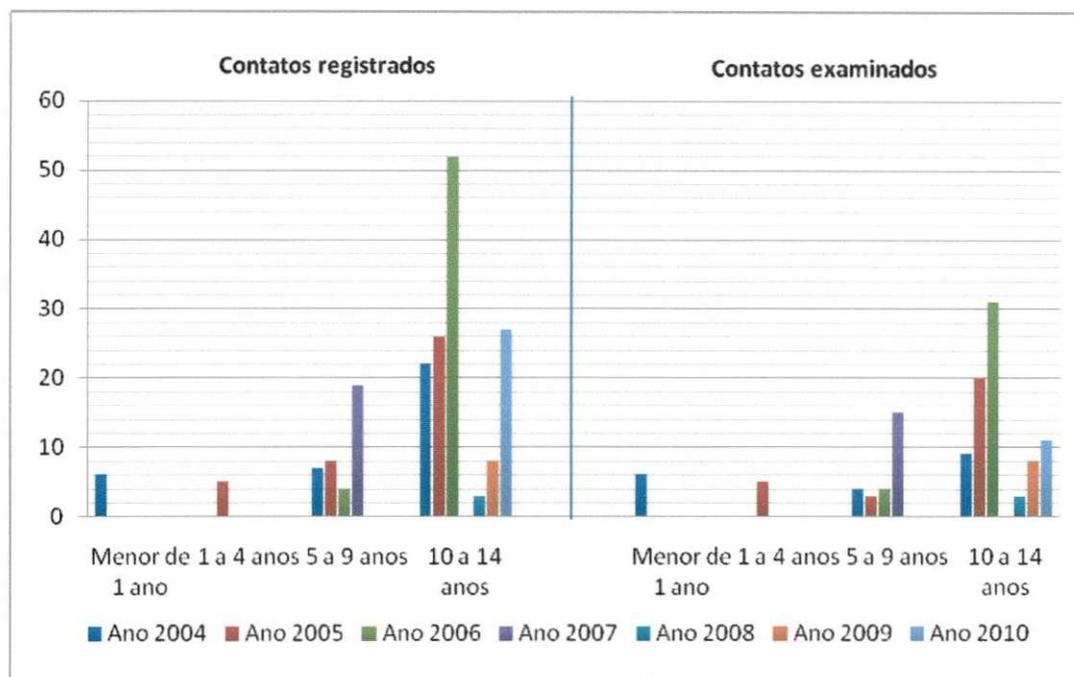


GRÁFICO VIII - Frequência de contatos registrados e examinados por ano de notificação segundo faixa etária

Fonte: SINAN, Cajazeiras - PB

Em relação aos contatos, dos 187 comunicantes registrados, apenas 120 foram examinados, 64% da amostra. O maior índice de comunicantes registrados foi dos portadores na faixa etária entre 10-14 anos, sendo 138 registrados e apenas 59% examinados. Vale salientar que esta faixa etária foi a mais acometida pela doença neste período, sendo responsável por 75% dos casos notificados.

Estes dados evidenciam a ineficiência do controle dos comunicantes e conseqüente problemas operacionais relativos ao desenvolvimento das ações do PNCH, comprometendo as metas de eliminação da doença.

“Todo portador de hanseníase foi anteriormente um comunicante” (CARRASCO; PEDRAZANI apud PINTO NETO; VILLA, 1999, p.129). Essa prerrogativa demonstra que os contatos, familiares ou não, são responsáveis pela cadeia epidemiológica da doença, pois podem se constituir em um novo caso de

hanseníase, evidenciando a importância deste registro para realização do exame e conseqüente controle da endemia.

A análise dos dados revela que o coeficiente de detecção em menores de quinze anos em Cajazeiras se mantém em nível de endemicidade muito alta, apesar da redução ao longo do período estudado. Casos em menores de cinco anos mostra a magnitude do problema e a necessidade de busca ativa de novos casos devido a focos bacilíferos da doença.

5.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES MENORES DE QUINZE ANOS EM TRATAMENTO

5.2.1 Dados de Caracterização da Amostra

Nesta etapa do estudo, os resultados serão expostos numa seqüência onde será realizado inicialmente uma apresentação dos dados sociodemográficos, seguidos do perfil clínico, sendo analisados quantitativamente.

Para traçar o perfil clínico da hanseníase em menores de quinze anos em Cajazeiras, foram utilizados como amostra quatro pacientes em curso de tratamento, os únicos no período da coleta dos dados. A amostra é considerada significativa devido à hanseníase não ser comum nessa faixa etária.

Tabela I – Distribuição dos participantes quanto aos dados sócio-demográficos

Variáveis	n	%
Faixa etária		
0-5 anos	2	75 %
10-14 anos	1	25%
Sexo		
Masculino	4	100%
Raça/Cor		
Pardo	4	100 %
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	4	100%
Escolaridade		
Ensino infantil I	3	75%
Ensino fundamental II	1	25%
TOTAL	4	100%

Quanto à distribuição etária, os quatro pacientes se encontravam com idades variadas, sendo 75% entre 0-5 anos e 25% na faixa etária de 10-14 anos, com idade mínima de três anos e idade máxima de quatorze anos. 100% eram do sexo masculino, todos estudantes, pardos, residentes em bairros localizados na periferia do município em estudo.

Esses dados mostram discrepância em relação a outros estudos devido a faixa etária mais acometida ser entre 10-14 anos, significando contato precoce com formas contagiantes da doença.

A hanseníase é mais freqüente no sexo masculino e o risco de exposição é determinante dessa diferença (AQUINO, 2003). Entretanto, há relatos sobre o encontro de distribuição semelhante da doença entre os sexos (BAKKER et al., 2002 apud LIMA, 2010), enquanto que Lana et al. (2000) informaram a predominância de 55,3% dos casos entre as mulheres.

No tocante à cor, os resultados foram idênticos aos de Fonseca et al. (1993) que, ao analisarem 5.274 casos de hanseníase no Estado do Maranhão, verificaram o predomínio da cor parda. Deve-se levar em consideração que no Nordeste brasileiro, a cor parda (64,5%), devido à forte miscigenação, tem predomínio em relação às demais (AQUINO, 2003).

Quanto à renda familiar, observou-se que os portadores de hanseníase eram considerados pobres como no estudo realizado por Duarte; Ayres; Simonetti (2007) onde a renda chamou a atenção pelo fato de que a maioria da população estudada em São Paulo (22-59%) tinha renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo, estando abaixo da linha da pobreza.

5.2.2 Dados referentes a temática

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2010). Isso significa que a

caracterização clínica da hanseníase é essencial para o tratamento, cura e reabilitação do doente.

Tabela II – Distribuição dos participantes quanto aos dados iniciais do diagnóstico

Variáveis	n	%
Tempo do início dos primeiros sintomas		
0-6 meses	2	50%
1- 2 anos	1	25%
Mais de 2 anos	1	25%
Casos de hanseníase na família		
Sim	4	100%
Cicatriz de BCG		
Uma	4	100%
TOTAL	4	100%

De acordo com a tabela acima, o tempo do início dos primeiros sintomas foram variados: 50% entre 0-6 meses; 25% entre 1-2 anos e 25% mais de dois anos. Esses dados podem revelar tanto a demora da família pela procura dos serviços de saúde como do próprio diagnóstico que deve ser realizado pelo médico da Estratégia Saúde da Família.

Em relação a casos anteriores na família, 100% haviam tido contatos intradomiciliares ou extradomiciliares, na maioria com pacientes da forma virchowiana. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2010).

Ainda segundo a mesma portaria, a investigação epidemiológica de contatos é uma diretriz do MS a ser seguida e tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Essa investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, independentemente da classificação operacional e do repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.

Todos os casos possuíam uma cicatriz vacinal de BCG (100%), no entanto, um caso que adoeceu da forma virchowiana só foi vacinado aos dez anos de idade, mostrando assim, atraso na cobertura vacinal.

Como forma de prevenção, a vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) deve ser investigada nos casos de hanseníase. A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB (BRASIL, 2010).

Fine;Smith (1996) publicaram que a vacina BCG reduziu o risco de adoecimento da hanseníase em cerca de 50%, e que novas pesquisas indicaram que a administração de duas doses proporciona uma proteção de 75%. Rodrigues et al.(1992) e Zodpey et al.(1998), concluíram também sobre o efeito protetor da vacina BCG contra a hanseníase, apesar de apresentar em variados graus de proteção (apud PINTO NETO; VILLA, 1999).

Vale ressaltar que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares. No entanto, estudos relatam que quando há marca vacinal, a forma que acomete do doente é mais amena, sendo mais difícil ser acometido por formas polarizadas.

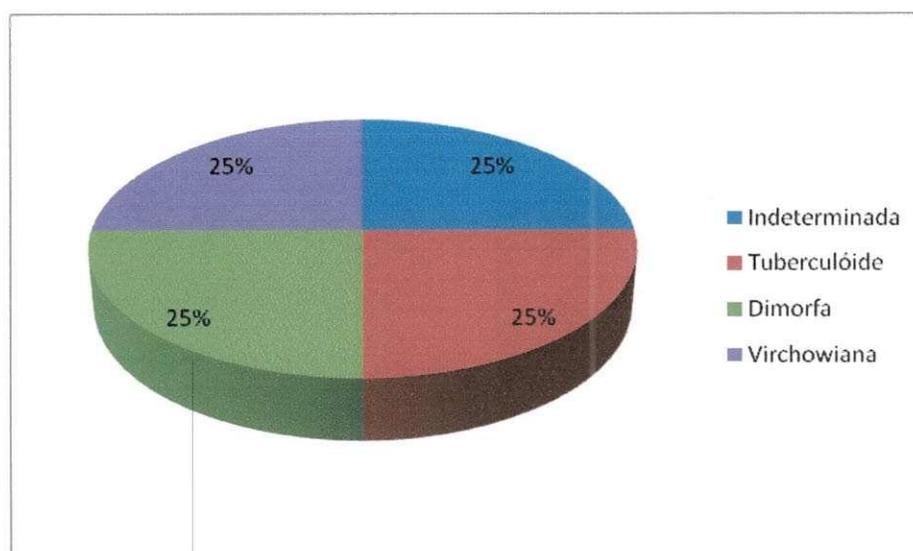


GRÁFICO IX- Classificação Clínica da Hanseníase em pacientes em tratamento

Fonte: Pesquisa direta, Cajazeiras - PB

Quanto à forma clínica, revelou-se que a os pacientes apresentaram formas variadas, 25% indeterminada, 25% tuberculóide, 25% dimorfa, 25% virchowiana. Sendo, portanto, 50% PB e 50% MB.

Denota-se que a transmissão do *M. leprae* não foi interrompida devido aos achados de formas polarizadas, portanto, na amostra em estudo permite-se concluir que o diagnóstico foi tardio.

Os casos MB são a principal fonte de transmissão, pois apresentam elevada carga bacilar na derme e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio exterior, sendo, portanto, a forma infectante da doença (BRASIL, 2008). Tais casos adquirem maior importância porque geralmente são diagnosticados tardiamente, além de serem responsáveis pela maioria das incapacidades.

O baixo percentual de forma indeterminada demonstra atraso no diagnóstico, permitindo inferir que a Atenção Básica não vem detectando os casos nas formas clínicas iniciais da doença (GOMES, 2005).

Tabela III – Distribuição dos participantes quanto à avaliação dermatológica

Variáveis	n	%
Número de lesões cutâneas		
Uma	1	25%
Duas	1	25%
Incontáveis	2	50%
Localização das lesões*		
Face	2	20%
Membros superiores	4	40%
Tronco	2	20%
Membros inferiores	2	20%
Tipos/características das lesões*		
Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)	2	20%
Mancha(s) com alteração de coloração da pele com alteração de sensibilidade	4	40%
Placas eritematosas com bordas elevadas	1	10%
Nódulos/pápulas	1	10%
Infiltração	2	10%
Áreas com rarefação de pêlos		
Não	3	75%
Sim	1	25%
TOTAL	4	100%

*Alguns participantes apresentaram mais de uma opção.

Em relação ao número de lesões, este dado foi bem variado, com um (25%); dois (25%) e incontáveis (50%), sendo estes das formas MB. Identificou-se que nas formas MB o número de lesões foi bem maior, o que é comumente encontrado. A

maior parte das lesões era encontrada nos membros superiores (40%), seguidas de face (20%), membros inferiores (20%) e tronco (20%). Quanto aos tipos e características das lesões, foram encontrados área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) (20%), mancha(s) com alteração de coloração da pele com alteração de sensibilidade (40%), placas eritematosas com bordas elevadas (10%), nódulos/pápulas (10%) e infiltração (10%). A rarefação de pêlos foi encontrada em 25%.

Nas formas polarizadas, as lesões acometiam todo o corpo e eram acompanhadas de outros sinais da doença como diminuição da força, dormência, ressecamento da pele, comprometimento da mucosa e da cartilagem do nariz.

Todos os doentes tinham as características peculiares da sua forma clínica, possuindo manchas com alteração de coloração de pele, com alteração de sensibilidade. Na forma dimorfa foram encontradas as placas eritematosas e na forma virchowiana além das manchas, nódulos, pápulas e infiltração.

Em menores de quinze anos, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade.

Para um diagnóstico eficaz também deve-se realizar a inspeção dos olhos, mãos e pés, que objetiva verificar os sinais e sintomas decorrentes da presença do bacilo e do comprometimento dos nervos que inervam estas regiões (BRASIL, 2002). Somente 25% foi avaliado quanto aos olhos (paciente acometido por forma dimorfa), enquanto 75% não dispuseram dessa avaliação, inclusive o caso da forma virchowiana. Esse dado revela a falta de exame criterioso no momento do diagnóstico da doença, a fim de evitar sequelas.

Reconhece-se que a ocorrência da hanseníase é influenciada pelo perfil genético do hospedeiro, mas, principalmente, por características ambientais como condição socioeconômica / nutricional, vacinação BCG e taxas de exposição a *M. leprae* ou a outras micobactérias (ALENCAR, 2008).

Tabela IV - Distribuição dos participantes quanto à avaliação neurológica

Variáveis	n	%
Nervos acometidos		
Não	3	75%
Sim	1	25%
Grau de incapacidade física no diagnóstico		
Grau 0	1	25%
Grau 2	1	25%
Não avaliado	2	50%
TOTAL	4	100%

Quanto à avaliação neurológica, 75% não possuíam nervos acometidos e apenas o caso dimorfo (25%) possuía comprometimento neural. Quanto ao grau de incapacidade, 25% apresentaram grau 0 (zero) no diagnóstico, nenhum apresentou grau I, 25% grau II e 50% não foram avaliados, o que dificulta a confirmação ou não de um dano neural. Os casos não avaliados foram justificados, através de registros nos prontuários, pela dificuldade de colaboração das crianças aos testes e exames. No entanto, alguns nervos como o ulnar e tibial posteriores foram palpados para verificar espessamento.

No paciente acometido por grau II, todos os nervos preconizados pelo MS foram palpados: nervo radial, nervo ulnar, nervo mediano, nervo fibular e nervo tibial posterior. Foram achados espessamento e garra móvel em dedo mínimo da mão direita. Neste também, ocorreu a reação do tipo 1, o que demonstra a instabilidade do sistema imunológico. Estas reações, também conhecidas como estados reacionais, são devidas as alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas (BRASIL, 2002).

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional (BRASIL, 2010). Essa medida acompanha a evolução do acometimento dos nervos e pode evitar incapacidades. Pelos resultados obtidos, observa-se que os quatro casos de hanseníase em menor de quinze anos que fizeram parte da amostra não receberam uma avaliação neurológica eficaz e segura como preconiza o MS.

Tabela V - Distribuição dos participantes quanto aos exames utilizados para o auxílio do diagnóstico

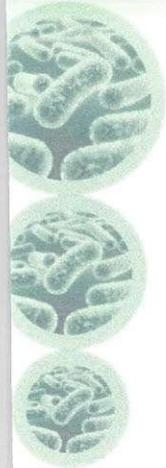
Variáveis	n	%
Baciloscopia		
Positiva	1	25%
Negativa	1	25%
Não realizada	2	50%
Biópsia de pele		
Não	1	25%
Sim	3	75%
TOTAL	4	100%

Como o exame clínico é difícil nessa faixa etária, recomenda-se os exames de apoio diagnóstico como a baciloscopia e o histopatológico. A baciloscopia foi utilizada em 50% dos casos, correspondentes aos casos MB, destes, em 25% deu negativa e 25% positiva. Este exame não foi realizado em 50% dos casos, entre os portadores que se encontravam na faixa etária menor de 5 anos. Em 75% a biópsia de pele foi utilizada, sendo os resultados compatíveis com a doença.

A baciloscopia, sempre que disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos como PB ou MB ou quando houver dúvidas no diagnóstico clínico. A baciloscopia positiva indica hanseníase MB, independente do número de lesões. No entanto, a negatividade da baciloscopia não exclui a possibilidade de diagnóstico da hanseníase. A biópsia de pele é mais utilizada quando há dúvidas no diagnóstico ou quando este é dificultado (BRASIL, 2010).

A hanseníase apresenta sinais e sintomas semelhantes a outras doenças dermatoneurológicas, podendo ser confundida com estas, necessitando assim diagnóstico diferencial em relação a essas doenças.

A ocorrência de hanseníase em crianças pode ser considerada um indicador da prevalência da doença na população geral e sua detecção é importante para determinar o nível de transmissão. A permanência desses casos em níveis elevados sugere que as crianças podem ser contatos de casos ainda não detectados pelo sistema de saúde com a existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos comunicantes dos pacientes já inscritos (LIMA, 2010).



A detecção de casos de hanseníase em menores de anos é adotada pelo MS como indicador de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico para o monitoramento da hanseníase e contribui para avaliar a endemicidade e o controle desta em um determinado local. Diversos autores também reconhecem esse dado na literatura.

A redução de casos em menores de 15 anos de idade é prioridade do PNCH. Esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase. A meta estabelecida pelo PNCH para o Programa de Agentes Comunitários é a redução do coeficiente de detecção dos casos novos em menores de 15 anos de idade em 10,0%, no país, até 2011(BRASIL, 2008).

O acometimento da hanseníase nessa faixa etária, quando não diagnosticada a tempo e tratada, pode repercutir no futuro destes indivíduos como consequência dos problemas físicos, sociais e psicológicos decorrentes da doença.

Os resultados encontrados nesta caracterização epidemiológica revelaram que o coeficiente de detecção em menores de quinze anos em Cajazeiras se mantém em nível de endemicidade muito alta, apesar da redução ao longo do período estudado. Casos em menores de cinco anos mostra a magnitude do problema e a necessidade de busca ativa de novos casos devido a focos bacilíferos da doença.

A maioria da população deste estudo é do sexo feminino e se encontravam na faixa etária entre 10-14 anos e possuíam as formas clínicas PB. Um caso em menor de um ano foi relatado confirmando o contato precoce com formas bacilíferas.

Quanto à presença de incapacidades na ocasião do diagnóstico da doença, todos foram avaliados, sendo 91,6% dos casos em grau zero e apenas 8,4% em grau I. Nenhum caso foi avaliado como grau II no diagnóstico. Na cura, 33,4% foram ignorados/não avaliados e 27,8% passaram de grau zero para grau II. Nenhum grau I foi notificado na cura. O que demonstra uma discrepância entre as avaliações na cura e no diagnóstico.

Em relação aos contatos, dos 187 comunicantes registrados, apenas 120 foram examinados, 64% da amostra. Estes dados evidenciam a ineficiência do controle dos comunicantes e conseqüente problemas operacionais relativos ao desenvolvimento das Ações do Programa de Controle da Hanseníase, comprometendo as metas de eliminação da doença.

Quanto à caracterização clínica, a amostra dos pacientes em tratamento revelou a totalidade de casos no sexo masculino, pardos, estudantes, classe média baixa, dois casos PB e dois casos MB. Incluindo reação hansênica tipo 1 na forma dimorfa. Todos possuíam contatos intradomiciliar ou extradomiciliar. Devido esse achado, é importante ressaltar que os comunicantes, mantenedores da cadeia de transmissão, merecem mais vigilância, tanto pelo risco a que estão expostos como também pelas repercussões biopsicossociais e econômicas que esta doença traz.

Em relação a marca vacinal, 100% possuíam uma marca, o que mostrou relativa proteção aos portadores de hanseníase devida esta mostrar-se menos agressiva.

Os dados obtidos alcançaram o objetivo da pesquisa e refletem a fragilidade de desenvolvimento e integração das ações na rede de atenção primária com possíveis problemas de acesso aos serviços de diagnóstico. A doença pode ser considerada negligenciada e sua magnitude e transcendência são indiscutíveis.

Constatamos, diante dos resultados obtidos, que a hanseníase é considerada um importante problema de saúde pública na região e que há necessidade de expandir o número de profissionais de saúde capacitados e comprometidos com as medidas de profilaxia, avaliação e tratamento da hanseníase. Reforçamos ainda a necessidade de empenho da rede básica de saúde em busca ativa de casos, com conseqüente diagnóstico precoce, principalmente em menores de 15 anos. É necessário a capacitação de recursos humanos e o nível de acesso às informações sobre a doença pelos meios de comunicação. Devem ser estimuladas campanhas para que os seus portadores percam o preconceito, para redução do número de casos, ampliem o acesso ao tratamento e aperfeiçoar o diagnóstico que são os principais desafios na luta contra a hanseníase.

Assim, torna-se possível evitar que o número de pessoas infectadas pela hanseníase cresça, como também as incapacidades geradas pela doença, e por fim, eliminação da doença como grave problema de saúde pública. Uma menor incidência da doença em menores de quinze anos reflete uma queda da incidência real de hanseníase.



REFERÊNCIAS

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

ALENCAR, C. H. M et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v° 61, n° especial, nov, p. 694-700, 2008.

AQUINO, D. M. C. de. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v.36, n.1, p.57-64, Jan./Fev, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15308.pdf>> Acesso em: 05 out 2010.

AMADOR, M. P. S. C. et al. Hanseníase na infância no município de Curionópolis – sudeste do Estado do Pará relato de caso. *Hansenologia Internationalis*. Bauru, v.26, n°2, p. 121-125, dez, 2001. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/790/833>> Acesso em: 02 jun 2010.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v.36, n° 3, p. 373-382, mai/jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>> Acesso em 15 jun 2010.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciências da Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 8, n° 3, 2003. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0715.pdf>> Acesso em 15 jun 2010.

AZULAY, R. D. *Dermatologia*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BARBIERI, C. L. A; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. *Pediatria*. São Paulo, v. 31, n° 4, p. 281-290, out/dez, 2009. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1319.pdf>> Acesso em 15 jun 2010.

BASTOS, L. R. et al. *Manual para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses, dissertações e monografias*. 6ª ed. Rio de Janeiro: LCT, 2004.

BRASIL. PORTARIA Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Legislações – GM. 15 de Outubro de 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br>> Acesso em: 05 d out 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados*. Organização: Programa Nacional de Controle da Hanseníase. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_indicadores_hansenia_se_brasil2001a2008.pdf> Acesso em: 04 jul 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. *Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf> Acesso em 01 nov de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família*. Elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenia_se_atencao.pdf> Acesso em: 04 jul 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos*. Brasília, DF: 1996.

CORTÉS S. L; RODRIGUEZ, G. Leprosy in children: association between clinical and pathological aspects. *Jornal Tropical de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 50, n° 1, p. 12-15, 2004.

COSTA I. M. C.; PATRUS, A. O. Incapacidades físicas em pacientes de hanseníase na faixa de zero a 14 anos, no Distrito Federal, no período de 1979 a 1989. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, v. 60, n.5, p. 245-249, 1992. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/figuras.aspx?id=982>> Acesso em: 05 out 2010.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.15, n. especial, p.?, Set./Out, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_09.pdf> Acesso em: 05 out 2010.

FACHIN, O. *Fundamentos de metodologia*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FARHAT, C. K. et al. *Infectologia pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 1994.

FERREIRA, I. N; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 8, n° 1, p. 41-49, out/dez, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/06.pdf>> Acesso em: 04 jul 2010.

FERREIRA I. N. et al. A Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu- MG, realizada por meio de busca ativa (2004 a 2006). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v.10, n° 4, p. 555-567, out/dez, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n4/13.pdf>> Acesso em: 04 jul 2010.

FRANÇA, E. R. *Dermatologia*. Recife: Bagaço, 1999.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R. *Ética Aplicada à Pesquisa em Saúde*. 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/biopesrt.htm>> Acesso em: 01 nov 2010.

GOMES, C. C. D. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *Anais Brasileiro de Dermatologia*. Rio de Janeiro, vol. 80, n° 3 suplemento, p. 283-288, Nov./Dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80s3/3v80a04.pdf>> Acesso em: 20 out 2010.

GONSALVEZ, E. P. *Conversas sobre Iniciação à Pesquisa científica*. 4ª ed. Campinas – SP: Alínea, 2007.

GOULART, I. M. B. et al. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v. 35, n° 4, p. 365-375, jul/ago,

2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n4/a14v35n4.pdf>> Acesso em: 05 ago 2010.

HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18. n 1, p.101-113, jan/fev, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8147.pdf>> Acesso em: 20 jul 2010.

HULLEY, S. B et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Tradução Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IMBIRIBA, E. B et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.42, n° 6, p. 1021-1026, out/dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6895.pdf>> Acesso em: 20 jun 2010.

LANA, F. C. F et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 60, n° 6, p. 696-700, nov/dez, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/13.pdf>> Acesso em: 20 jun 2010.

_____. et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. *Hanseníase Internationalis*. Bauru, v. 25, n. 2, p. 121-132, 2000. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>> Acesso em: 05 nov 2010.

LIMA, H. M. N. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, v. 8, n.4, p. 323-327, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>> Acesso em: 05 nov 2010.

LOMBARDI, C. et al. *Hanseníase: epidemiologia e controle*. São Paulo: IMESP/SAESP, 1990.

MACHADO, K. Controle da hanseníase. Agora, de olho nos jovens. *Radis*. Rio de Janeiro, n° 68, p. 10-13, abr, 2008.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. V. *Fundamentos da metodologia científica*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARGARIDO, L. C; RIVITTI, E. A. *Hanseníase*. In: Vários autores. Veronesi: Tratado de Infectologia. 3ª ed. Editor científico Roberto Focaccia. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2005.

MUNHOZ, D. G. *Economia aplicada: técnicas de pesquisa e análise econômica*. Brasília: UNB, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Leprosy elimination*. 2010. Disponível em : <<http://www.who.int/lep/en/>> Acesso em: 09 set 2010.

PONTE, K. M. A; XIMENES NETO, F. R. G. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 58, n° 3, p. 296-301, mai/junho, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300008> Acesso em: 20 jun 2010.

OPROMOLLA, D. V. A. Terapêutica em Hanseníase. *Medicina*. Ribeirão Preto, v.30, p. 345-350, jul./set, 1997. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/terapeutica_hanseniase.pdf> Acesso em: 05 out 2010.

PINTO NETO J. M.; VILLA, T. C. S. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). *Hanseníase Internationalis*. Bauru, v.24, n.2, p. 129-136, 1999. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/view/881/670>> Acesso em: 05 out 2010.

RAUEN, F. J. *Elementos de iniciação à pesquisa*. Rio do Sul, SC: Nova Era, 1999.

REDE DE BIBLIOTECAS DO SENAC/RS. *Manual para Elaboração Trabalhos Acadêmicos Conforme a NBR 14724:2005*. Porto Alegre: 2007. Disponível em: <<http://portal.senacrs.com.br/site/pdf/9758.pdf>> Acesso em: 30 set 2010.

SANTOS, L. P. RABAY, F. de O. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Taubaté-SP no ano de 1999. *Hanseníase Internationalis*. Bauru, v. 26, n.2, p. 112-116, 2001. Disponível em: <www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/view/784/813> Acesso em: 20 jun 2010.

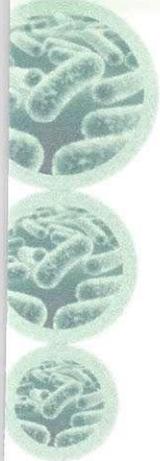
SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. *Dermatologia*. 3ª edição. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. da. et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.61, n. especial, Nov., 2008.

SITTART, J. A. S; PIRES, M. C. *Dermatologia na prática médica*. São Paulo: Rocca, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA. *Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia*. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2003. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/055.pdf> Acesso em: 25 set 2010.

SUÁREZ R.E.G; LOMBARDI C. Estimado de prevalência de lepra. *Hanseníase Internationalis*. Bauru, v.22, n.2, p. 31-34, 1997.



APÉNDICE

APÊNDICE

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE COLETA DE DADOS

ESF:

DATA:

Dados de Caracterização da Amostra

Nome:

Idade: _____

Sexo:

Raça/Cor:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Dados Referentes a Temática

1. Há quanto tempo apareceram os primeiros sintomas? _____

2. Existem ou existiram outras pessoas com hanseníase na família?

Não Sim

Quantas? _____ Parentesco? _____ Forma clínica? _____

3. Cicatriz de BCG?

Nenhuma Uma Duas

4. Número de lesões cutâneas _____

5. Localização das lesões _____

6. Tipos/características de lesões

- Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)

Com alteração de sensibilidade

Sem alteração de sensibilidade

- Mancha(s) com alteração de coloração da pele

Com alteração de sensibilidade

Sem alteração de sensibilidade

- Placas eritematosas com bordas elevadas

Com alteração de sensibilidade

Sem alteração de sensibilidade

- Nódulos/pápulas

Não Sim

• Infiltração

Não Sim

Outras (especificar): _____

7. Existem áreas com rarefação de pêlos?

Não Sim Onde? _____

8. Existem nervos acometidos?

Não Sim

Quais? _____

Achados neurológicos _____

9. Classificação clínica:

Indeterminada Tuberculóide Dimorfa Virchowiana

Não classificado

10. Baciloscopia

Positiva Negativa Não realizada

11. Biópsia de pele

Não Sim

Resultado: _____

12. Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico

Grau Zero Grau I Grau II Não Avaliado

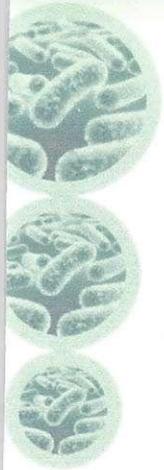
Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectropio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garra			Garra		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

13. Reações Hansênicas

Tipo I Tipo II Outras: _____

Conduta: _____

14. Queixas principais:



ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras.

Eu, **MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: **3608795 SSP- PB** e CPF: **677011833-53** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

ORIENTADORA

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2010.

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

ANEXO II



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras.

Eu, **MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: **3608795 SSP- PB** declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientando

Cajazeiras, _____ de _____ de 2010.

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS

Pesquisadores: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO
VLADIA PINHEIRO DE SOUSA

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

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

Cajazeiras, ___ de _____ de _____.

Maria Mônica Paulino do Nascimento

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Vladio Pinheiro de Sousa

Nome de todos pesquisador(es)
participante(s)

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

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

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do menor _____ de _____ anos na a Pesquisa "**Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras**".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS** terá como objetivo geral traçar o perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Cajazeiras.

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que essa pesquisa quantitativa de caráter documental, exploratório e descritivo seja realizada através um instrumento de coleta (Apêndice V) e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 96391129** com **VLADIA PINHEIRO DE SOUSA** ou pelo número **(83)93113927** com **MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO**.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Assinatura do responsável legal pelo menor _____

Assinatura do menor de idade (se alfabetizado) _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 116-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 30 de setembro de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

À: Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira
Secretária de Saúde do Município de Cajazeiras-PB

Solicitamos a V. Sa, autorização para a aluna **VLADIA PINHEIRO DE SOUSA** matrícula **50622162**, aluna matriculada no Curso Bacharelado em Enfermagem coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: *Perfil Epidemiológico e Clínico dos casos de Hanseníase em menores de 15 anos no Município de Cajazeiras- PB* sob a orientação da professora Maria Monica Paulino do Nascimento. Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Francisco Fábio M. da Silva
COORD. DO CURSO DE ENFERMAGEM
SIAPE: 1149343-7


03/10/10

ANEXO VI



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0406.0.133.000-10

DATA DA ENTREGA: 05/10/2010

PARECER

x APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS CASOS DE HANSENIASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MARIA MÔNICA DO NASCIMENTO

PARECER: O projeto aborda temática relevante e, considerando a objetividade e clareza do pesquisador, bem como a observância aos aspectos éticos, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa.

Campina Grande, 08/10/2010

Relator: 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa