



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TAYNARA DE ARAÚJO RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE  
DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DA FORMA CLÍNICA EM  
CAMPINA GRANDE – PB, 2000 A 2009.**

**CAMPINA GRANDE-PB,  
2012**

**TAYNARA DE ARAÚJO RIBEIRO**

**AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE  
DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DA FORMA CLÍNICA EM  
CAMPINA GRANDE – PB, 2000 A 2009.**

Relatório de pesquisa apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba; e vinculado ao Projeto de Pesquisa Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no Município de Campina Grande, 2000 a 2009 submetido ao Edital 01/2010 do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

Orientador: Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva

**CAMPINA GRANDE-PB,  
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

R484a            Ribeiro, Taynara De Araujo.  
Avaliação de incapacidade física dos casos novos de hanseníase de acordo com a classificação operacional da forma clínica em Campina Grande – PB, 2000 A 2009 [manuscrito] / Taynara De Araujo Ribeiro. - 2012  
33 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Esp. Valdecir Carneiro da Silva, Departamento de Enfermagem”.

1. Hanseníase.        2. Saúde pública.    3.  
Epidemiologia.    I. Título.

21. ed. CDD 616.998


**TAYNARA DE ARAÚJO RIBEIRO**

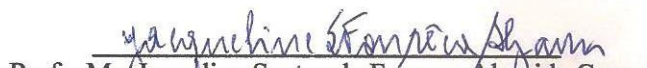
**AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE  
DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DA FORMA CLÍNICA EM  
CAMPINA GRANDE – PB, 2000 A 2009.**

Aprovada em 15 / 06 / 2012

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva  
Orientador

  
Profa. Ms. Ardigleusa Alves Coelho  
Examinadora

  
Profa. Ms. Jaqueline Santos da Fonseca Almeida Gama  
Examinadora

**CAMPINA GRANDE-PB,  
2012**

## AGRADECIMENTOS

A minha Mãe especialmente, que se manteve paciente que nunca deixou passar uma só situação em que pudesse facilitar pra mim algo sem o fazer, que acreditou em mim sempre! Seu amor incondicional fez e faz a diferença em minha vida.

A meu Pai, que me ajudou a escolher essa linda profissão, que viveu minha Universidade como se fosse ele, desde o momento do vestibular, que sempre mostrou entusiasmo em tudo.

A meus avós que confiaram em mim quando nem eu mesmo tinha segurança, em especial ao meu avô que incansavelmente me tirou dúvidas até ter certeza que eu tinha entendido determinado assunto, e que foi (é) o avô dos sonhos em pra tantos alunos.

A Dudu, que sempre me incentivou, que me ajudou, e me ajuda a ter foco, que me passou segurança mesmo sem eu dizer uma só palavra das minhas incertezas. Jamais esquecerei sua compreensão!

A Tia Odila, por reconhecer meu esforço em tentar aprender cada dia mais, e ser uma boa profissional. São pessoas como você que me levam a querer aprender cada vez mais.

A Waldecir e “Ardi”, que se mostraram sempre tranquilos, como se soubessem que no final tudo iria sair exatamente como planejado. A competência de vocês foi fundamental!

Aos Amigos, as Amigas que tornaram minhas tardes e manhãs mais divertidas, que não permitiram um sequer espaço para monotonia. Para aqueles que me permitiram crescer, que me deram oportunidade enquanto acadêmica, só tenho a agradecer.

A Deus, que sem ele, olhando por mim e me guiando nas minhas escolhas, nada disso seria possível!

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa que ainda se configura como um problema de saúde pública no Brasil. Para tanto, objetivou-se investigar os casos novos de hanseníase com avaliação de incapacidades realizada no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura de acordo a classificação operacional da forma clínica da hanseníase em Campina Grande-PB, no período de 2000 a 2009. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, no qual se utilizou indicadores epidemiológicos e operacionais para avaliação das ações de controle de hanseníase através de casos diagnosticados na Unidade de Referência (Serviço Municipal de Saúde) do Programa de Controle de Hanseníase e notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2001 a 2009. A coleta de dados foi realizada na base de dados do SINAN acessada junto a Gerencia de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB. Para organização e tabulação dos dados utilizou-se o programa Excel Starter versão 2010. A análise demonstra que os casos paucibacilares predominaram até o ano de 2005, a partir de 2006 houve predominância dos casos multibacilares, fato que provavelmente está ligado à reformulação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município. Entretanto, constatou-se aumento de pacientes que não apresentavam incapacidades no momento do diagnóstico e passaram a apresentar no momento da alta por cura, demonstrando possíveis déficits operacionais do protocolo assistencial. Destarte, observamos um percentual de pacientes não avaliados e o não preenchimento de informações nas fichas do protocolo. Este estudo visa complementar pesquisas realizadas anteriormente voltadas para a problemática da hanseníase e, contribuir na definição de orientar prioridades e diretrizes para melhor operacionalização do protocolo assistencial do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase a nível local e a nacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lepra. Incapacidade Física. Avaliação de Programa.

## ABSTRACT

Leprosy is a contagious infectious disease that is still configured as a public health problem in Brazil, then, the aim of this research was to investigate new cases of leprosy disability evaluation performed at diagnosis and at discharge for healing according to the operational classification of the clinical form of leprosy in the period 2000 to 2009. This is a descriptive epidemiological study, which was used epidemiological and operational indicator to evaluate the actions of leprosy control of the reference health unit the epidemiological surveillance department the Leprosy Control Programme and reported in the National Notifiable Diseases (SINAN) in the period 2001 to 2009. The information was collected on the database accessed SINAN with the Management of Epidemiological Surveillance of the Municipal Health Secretariat of Campina Grande-PB. For their interpretation and organization we used the program Excel Starter 2010 version. Research has shown that paucibacillary cases predominated by the year 2005, from 2006 there was a predominance of multibacillary cases, which probably is linked to implementation of the Leprosy Control Program in the city. It was also verified an increase in patients who had no disability at diagnosis and started to present at discharge for healing, demonstrating the failure of professionals to assist these patients. We emphasize the percentage of patients not evaluated and the records without complete information. The study complements earlier surveys focused on the problem of leprosy in our city, so we can identify the necessity of well-trained and committed to act in controlling the disease, only with such commitment, the elimination of leprosy will be achieved.

**KEY WORDS:** Leprosy, Physical disabilities, Evaluation program.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 –</b>	Proporção de Casos novos de Hanseníase por classificação operacional da forma clinica, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.....	19
<b>FIGURA 2 –</b>	Casos de hanseníase curados segundo a classificação operacional da forma clinica da hanseníase, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.....	21
<b>FIGURA 3 –</b>	Proporção de Caso Novo de hanseníase segundo avaliação do grau incapacidade física no momento do diagnóstico, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.....	23
<b>FIGURA 4 –</b>	Proporção de Caso Novo de hanseníase segundo avaliação do grau incapacidade física no momento da alta por cura, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.....	24



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> -----	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> -----	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> -----	<b>9</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> -----	<b>14</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> -----	<b>16</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> -----	<b>24</b>
 ANEXO A	
ANEXO B	
ANEXO C	

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, entre as doenças infectocontagiosas, é uma das mais antigas e de elevada magnitude em vários países do mundo. Apesar dos avanços alcançados, o caráter de doença negligenciada compromete sistematicamente o seu controle (ALENCAR *et al*, 2008). É causada por um bacilo álcool ácido resistente chamado *Mycobacterium leprae*, cuja via de penetração é o trato respiratório superior. É uma doença de alta infectividade e baixa patogenicidade, sendo a degeneração dos nervos periféricos a sua principal característica. Quando não tratada precocemente evolui para incapacidades e deformidades físicas, razão pelo qual ainda exista o temor e preconceito da sociedade com o doente (BRASIL 2001; BRASIL 2002; RODRIGUES, 2000).

O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número absoluto de casos de hanseníase, e o primeiro das Américas. A doença é endêmica em todo território nacional embora com distribuição irregular. A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil mostra uma significativa redução na sua prevalência entre os anos de 1985 a 2007 e tendência de estabilização nos coeficientes de detecção casos novos no período de 1994 a 2008 (BRASIL, 1999; BRASIL, 2009).

Nesse contexto, Campina Grande-PB é um dos municípios prioritários para controle da hanseníase no Estado da Paraíba, juntamente com os municípios de Cajazeiras e João Pessoa, capital do estado (BRASIL, 2006a). As ações de controle da hanseníase são realizadas desde 1980 em Campina Grande porém, somente em 1995, quando o Ministério da Saúde assumiu compromisso de eliminar a Hanseníase até o ano de 2000, o Programa é oficialmente implantado na Paraíba (FRANÇA, 2005).

Apesar do declínio na taxa de prevalência da hanseníase observada a nível nacional, estadual e municipal, essa redução encontra-se acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o que faz a hanseníase ainda constituir um sério problema de saúde pública, exigindo a adoção de intervenções de forma contínua, e que produzam impacto na sua transmissão com intuito de atingir um coeficiente de prevalência inferior a 1 caso/10.000 habitantes em cada município (OMS, 2000).

Tendo em vista o poder incapacitante da doença e seu impacto socio-econômico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) implementou um plano de ação global cujo objetivo era

atingir a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000 (OPAS/ OMS, 1998).

Para redução de casos da doença, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) recomendou atividades a serem desenvolvidas na atenção básica de saúde, sendo elas o diagnóstico precoce da doença, tratamento poliquimioterápico padronizado pela Organização Mundial de Saúde (PQT/OMS, 2000); vigilância epidemiológica por meio do exame dos comunicantes; educação do paciente, da família e da comunidade; prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência, assim como o acompanhamento dos casos prevalentes até a cura (BRASIL, 2006; OMS, 2000).

Mesmo a hanseníase tendo cura e o tratamento disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, por ser uma doença estigmatizada desde tempos remotos, ainda é um problema de saúde pública principalmente pela predileção do agente causador pelos nervos periféricos causando incapacidades e deformidades físicas, principal problema do doente não tratado adequadamente, visto que a instalação de incapacidades e deformidades físicas no corpo do doente o impede de uma vida normal e com má repercussões psíquicas.

A avaliação das incapacidades tem sido reconhecida como medida relevante da morbidade em hanseníase, sendo sua aplicação adotada como indicador de controle da doença (OLIVEIRA, *et al.*, 1990). De acordo com Suarez et al a presença de incapacidades, mesmo sendo de grau I é indicativo de diagnóstico tardio e falha no Programa de Controle da Hanseníase ligado, visto que a maioria dos pacientes com Hanseníase não apresenta incapacidades no início da doença. O diagnóstico precoce está intimamente ligado a fatores operacionais.

Com intuito de complementar os estudos já existentes abordando a problemática da hanseníase em Campina Grande-PB: França (2005), Menezes (2007) e Paiva (2009) vislumbramos com essa pesquisa investigar os casos novos de hanseníase com avaliação de incapacidades realizada no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura de acordo a classificação operacional da forma clínica da doença no período de 2000 a 2009, visto que a ausência de incapacidades do momento do diagnóstico e a estabilização dessas até a alta por cura é um dos indicadores fiéis da qualidade e efetividade da assistência prestada ao doente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos:**

Investigar os casos novos de Hanseníase com avaliação de incapacidades realizada no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura de acordo a classificação operacional da forma clínica da doença, no período de 2000 a 2009.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, granulomatosa, causada por um bacilo de alta infectividade e baixa patogenicidade o *Mycobacterium leprae*. É uma das doenças mais antigas que acomete a humanidade, cuja ocorrência de casos é referida nos anos 600 a. C (BRASIL, 2009). Encontra-se distribuídas nos diversos continentes em função da sua alta infectividade (NERY *et al*, 2003). De acordo com a carga bacilar, a doença pode ser classificada como paucibacilar ou multibacilar. A hanseníase paucibacilar caracteriza-se por ser menos grave, apresentar poucas lesões de pele hipocrômicas (até cinco), com perda de sensibilidade. Na forma multibacilar manifesta-se com múltiplas lesões de pele (mais de cinco), nódulos, placas, espessamento da derme ou infiltração cutânea e, em alguns casos, envolvimento da mucosa nasal, causando congestão nasal e epistaxe. E ainda pode ser verificado, acometimento de certos nervos periféricos, ocasionando alguns padrões característicos de incapacidade (OMS, 2005).

A Hanseníase é uma doença que possui tratamento e é curável, entretanto, se no momento do diagnóstico o usuário for detectado alguma deformidade física, ele poderá ficar com sequelas permanentes no momento da alta. O que torna importante a tanto para o portador da hanseníase, como para o sistema de saúde a realização do diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento adequado para a prevenção das incapacidades físicas que a evolução da doença pode causar (MOTA, *et al*. 2008).

Epidemiologicamente, a hanseníase é endêmica em países subdesenvolvidos, correlacionada com as condições socioeconômicas e principalmente com a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde. Entre os fatores que contribui para sua disseminação na comunidade encontra-se a baixa condição de vida da população.

A introdução da poliquimioterapia (PQT) com esquema padrão no tratamento da hanseníase a partir da década de 1980 possibilitou o tratamento e a cura da doença, contribuindo para redução gradativa da prevalência da doença. Dessa forma o PQT foi decisivo no encurtamento do tempo de tratamento (FERREIRA *et al*, 2010).

O sucesso da PQT fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelecesse o compromisso com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, e alcançar uma prevalência inferior a um caso em cada 10.000 habitantes, inicialmente em 1991 até fim do ano

2000 (OMS, 2005). Em 2001, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulgou relatório sobre a situação de eliminação da hanseníase nas Américas. Apesar da proposta a hanseníase ainda não foi eliminada em Angola, Brasil, República Africana Central, República Democrática do Congo, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal e na República Unida da Tanzânia (WHO, 2005).

A política de controle da hanseníase no Brasil é desenvolvida pela Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) que ao longo do tempo vem adequando as atividades em conformidade com a estratégia para controle da doença como problema de saúde pública, visando o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e desenvolvimento de ações de promoção da saúde com ênfase na educação em saúde (OMS, 2005; BRASIL, 2006). Para tanto, os objetivos do PNCH são:

- Fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre gestores das três esferas de governo e nos instrumentos de macroplanejamento das políticas públicas de abrangência nacional.
- Realizar ações de promoção, proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo toda a complexidade da atenção à saúde.
- Fomentar a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção básica e na estratégia Saúde da Família.
- Preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas acometidas pela hanseníase e humanizar o atendimento.
- Fortalecer as parcerias com a sociedade civil, visando à mobilização social e ao controle social das políticas de saúde relacionadas à hanseníase (BRASIL, 2009, p. 20).

A atenção ao doente de Hanseníase deve ser garantida em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde de acordo com as necessidades de cada doente, ser disponibilizada em serviços de saúde o mais próximo possível da sua residência. Nesse sentido, no Brasil vem gradativamente descentralizando as ações controle da hanseníase para atenção básica (BRASIL, 2006).

Desse modo, é responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família a execução das ações de vigilância epidemiológica e atenção ao doente de hanseníase através do diagnóstico, tratamento e realização de exames (BRASIL, 2006). As ações de vigilância epidemiológica consistem na realização de atividades que propicie informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, visando a descoberta precoce de casos de hanseníase existentes na comunidade e o seu tratamento. Recomenda-se a intensificação da busca ativa de casos mediante o exame de contatos do caso diagnosticado, e, das outras formas de detecção ativa. (BRASIL, 2002; NERY, *et al* 2003).

Para que a hanseníase seja diagnosticada precocemente é importante que seja observado as seguintes condições:

- A população deve conhecer os sinais e sintomas da doença e deve estar informada de que a hanseníase tem cura. Deve estar informada, também, sobre o tratamento e estar motivada a buscá-lo nas unidades de saúde de seu município.
- As unidades de saúde devem ter seus serviços organizados para desenvolver as atividades de controle da hanseníase, garantindo o acesso da população a esses serviços.
- Os profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da doença, isto é, para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase.
- Os profissionais de saúde, devem estar capacitados para realizar ações de promoção de saúde (BRASIL, 2002, p. 60).

Nesse contexto, o diagnóstico de um caso novo da doença envolve as etapas de suspeição diagnóstica, confirmação do diagnóstico, tratamento poliquimioterápico do caso e investigação epidemiológica (exame dos contatos) do caso identificado (BRASIL, 2009).

Considera-se caso de Hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- Lesão e/ou área da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade.
- Acometimento de nervo periférico, com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.
- Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (BRASIL, 2009 p. 20).

Após o diagnóstico do caso, é iniciado o tratamento que consiste em quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias medicamentosas, interação de drogas e de doenças associadas. A definição do esquema depende da classificação final do caso (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 1999).

A avaliação de incapacidades tanto para prevenção das mesmas quando ainda não estão presentes, quanto para que não evoluam para grau maior e deformidades físicas quando já estão instaladas é imprescindível para a qualidade de vida do doente. Piloto (1996) conclui em seu estudo que a maior parte das incapacidades físicas é causada por inflamação nos nervos periféricos e que podem ser prevenidas em quase sua totalidade por ações sistemáticas durante o tratamento e após a alta por cura.

De acordo com Gonçalves (1979) a incapacidade física é definida como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo

permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social normal, conforme a idade, padrão cultural, renda econômica e grau de instrução.

Os distúrbios de sensibilidade decorrentes da ação do *Mycobacterium leprae* são caracterizados pela ausência ou diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. As lesões das terminações nervosas, dos ramos sensitivos ou mesmo dos troncos nervosos são as responsáveis pelas deformidades, que podem ser detectadas através das avaliações sistemáticas do doente (TALHARI, 1984).

As incapacidades podem se originar das reações advindas pela multiplicação bacilar em quase todos os órgãos, porém a Organização Mundial de Saúde preconiza a avaliação e registro das incapacidades ocular, nasal, de membros superiores e inferiores por serem mais frequentes e severas para as atividades cotidianas além de serem de mais fácil diagnóstico. A avaliação das incapacidades ocular, nasal, e dos membros superiores e inferiores devem ser feitas no momento do diagnóstico e na alta dos pacientes paucibacilares (PB), e multibacilares (MB), após 6 (seis) meses, e a cada 12 meses respectivamente (BRASIL 1989; BRASIL 2000).

Segundo Helene (2001) estas avaliações, acompanhadas do mapeamento sequencial são importantes ao se trabalhar com prevenção, porque possibilitam atuar impedindo a instalação de possíveis incapacidades físicas, e ao mesmo tempo, manter em vigilância o poder incapacitante da doença, essa avaliação foi padronizada pela Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde do Brasil desde 1983 com o uso de monofilamentos de Semmes-Weinstein para avaliar a condição dos nervos periféricos (BRASIL, 1999; HELENE, 2001).

Para o tratamento da hanseníase, o Ministério da Saúde considera paucibacilares (PB) os casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido, e multibacilares (MB) os casos com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido. A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões (BRASIL, 2009).

Além do diagnóstico e tratamento dos casos identificados, cabe a Unidade de Saúde a realização da vigilância de casos em menores de 15 anos e de recidivas (BRASIL, 2009).

A ocorrência de recidiva é o indicador mais importante para a eficácia do tratamento, ainda que as recidivas em hanseníase possam ser causadas por cepas mono e multirresistentes aos quimioterápicos (FERREIRA, 2010).



Considera-se caso de recidiva na hanseníase o paciente que recebeu o tratamento PQT/OMS, e geralmente, após um período superior a cinco anos da alta por cura, volta a apresentar sinais e sintomas de atividade da doença. A ocorrência de recidivas está associada ao tratamento PQT/MS incorreto e inadequado (DINIZ, 2009; BRASIL, 2009).

Na recidiva, ocorre o aparecimento de novas lesões características das formas clínicas da hanseníase, nos mesmos locais do primeiro diagnóstico ou em outras áreas da pele e/ou acometimento de nervos periféricos (neurite). Nos casos paucibacilares (PB), é imprescindível o diagnóstico diferencial com a reação reversa, sendo que esta responde favoravelmente com a terapia de corticosteroide sistêmico em doses preconizadas, diferente da recidiva (DINIZ, 2009).

## 4 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, para avaliação do serviço de referência para diagnóstico e tratamento da hanseníase no município de Campina Grande – PB.

Este estudo se configura como um dos planos de trabalho do projeto intitulado como Avaliação do Programa de Controle da Hanseníase no município de Campina Grande, 2000 a 2009, submetido ao edital 01/2010 do PIBIC.

Para avaliação das ações de controle de hanseníase da unidade de saúde de referência utilizou-se indicadores epidemiológicos e operacionais de modo a mensurar a qualidade do atendimento, capacidade do programa de assistir aos casos de hanseníase, a efetividade dos tratamentos, observando os seguintes aspectos: cura, casos novos, abandono, avaliação de incapacidades e exames de contatos.

Para consecução do objetivo foi feito o levantamento bibliográfico contínuo, com a finalidade de atualizar a bibliografia específica sobre a situação epidemiológica da hanseníase, como também avaliação do grau de incapacidade dos acometidos pela doença, visando ampliar e aprofundar a literatura apresentada na proposta do projeto, para construção da revisão da literatura. A coleta de dados foi realizada na base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) acessado junto a Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde. Para a interpretação dos mesmos usou-se o programa Excel Starter versão 2010.

É importante destacar que, em função da atualização da versão do SINAN, problemas técnicos/operacionais no banco de dados impossibilitou a coleta de dados referente ao ano 2000. Dessa forma, foram avaliados os casos de hanseníase diagnosticados na Unidade de Referência (Serviço Municipal de Saúde) do Programa de Controle de Hanseníase e notificados no SINAN no período de 2001 a 2009.

Para atender o objetivo do estudo foram coletadas as seguintes variáveis no banco de dados do SINAN: número de casos segundo classificação operacional da forma clínica da hanseníase e avaliação de incapacidade. Para análise dos dados, foram selecionados os seguintes indicadores operacionais: Proporção de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliados

no diagnóstico, proporção de casos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no momento as alta e proporção de casos novos de Hanseníase por classificação operacional da forma clínica. Após os cálculos dos indicadores, os dados foram transformados em tabelas e figuras utilizando o software Excel versão 2003 e os resultados analisados de acordo com a revisão de literatura.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

Durante o processo de realização do estudo foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande a autorização para realização da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, discorrendo à instituição sobre o conteúdo da pesquisa, liberdade de escolha de participar ou não do estudo, poder desistir em qualquer fase da investigação e pedir esclarecimento sobre andamento do estudo, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do CONEP/MS (BRASIL, 1997).

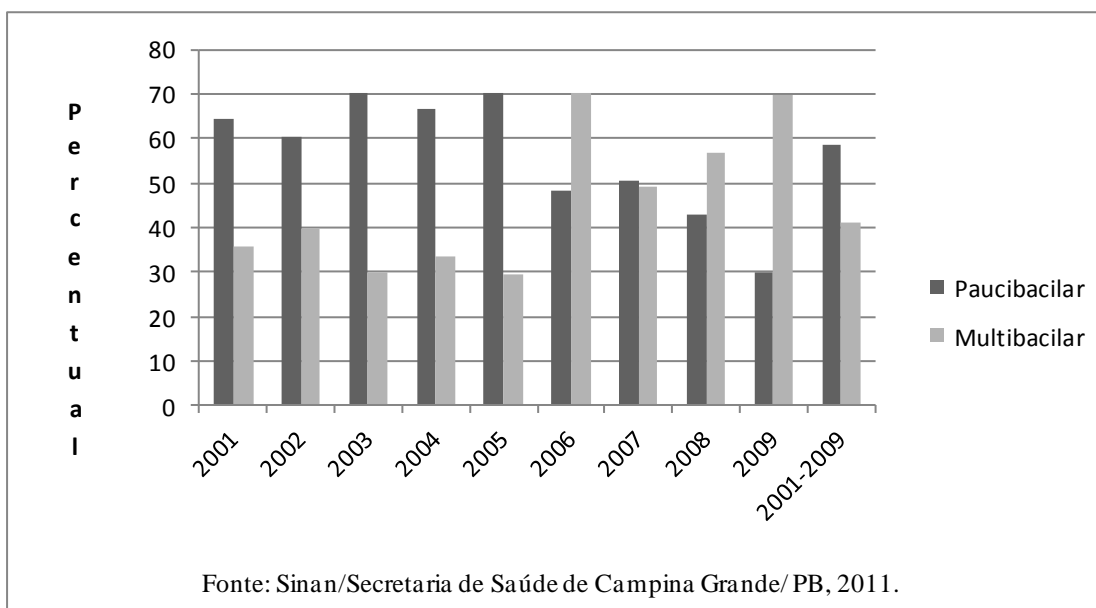
Este protocolo de pesquisa cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) sob o código CAAE 4682.0.000.133.10 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa unidade apresentaremos os resultados encontrados durante a investigação do comportamento da hanseníase em Campina Grande-PB, durante uma série histórica de 2001 a 2009.

Quanto a incidência de Hanseníase segundo a classificação operacional da forma clínica da hanseníase no período de 2001 a 2009, nota-se que quase 60% dos casos novos são do tipo paucibacilar resultado semelhante ao encontrado por Souza, (2004) e Farias (2002) apud Paiva, (2009).

**Figura 1** – Proporção de Casos novos de Hanseníase por classificação operacional da forma clínica, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.



Analisando a figura 1 percebemos que na distribuição por ano, há predomínio das formas clínicas paucibacilares, exceto nos anos de 2006, 2008 e 2009 (Figura 3).

Destarte, reconhecemos que o conhecimento da forma clínica é essencial no combate da hanseníase visando à interrupção da cadeia de transmissão da doença. De acordo com o Guia para Controle da Hanseníase (BRASIL, 2002) a classificação entre Paucibacilar e Multibacilar é feita com base nos sinais e sintomas clínicos, aqueles pacientes que apresentam até 5 (cinco) lesões são classificados como paucibacilares e aqueles apresentados com mais de cinco lesões são classificados como multibacilares ou os que apresentarem baciloscopia positiva independente no

número de lesões. Entretanto a classificação operacional do paciente é importante para que possa ser selecionado o esquema quimioterápico adequado para o caso. (BRASIL,2002).

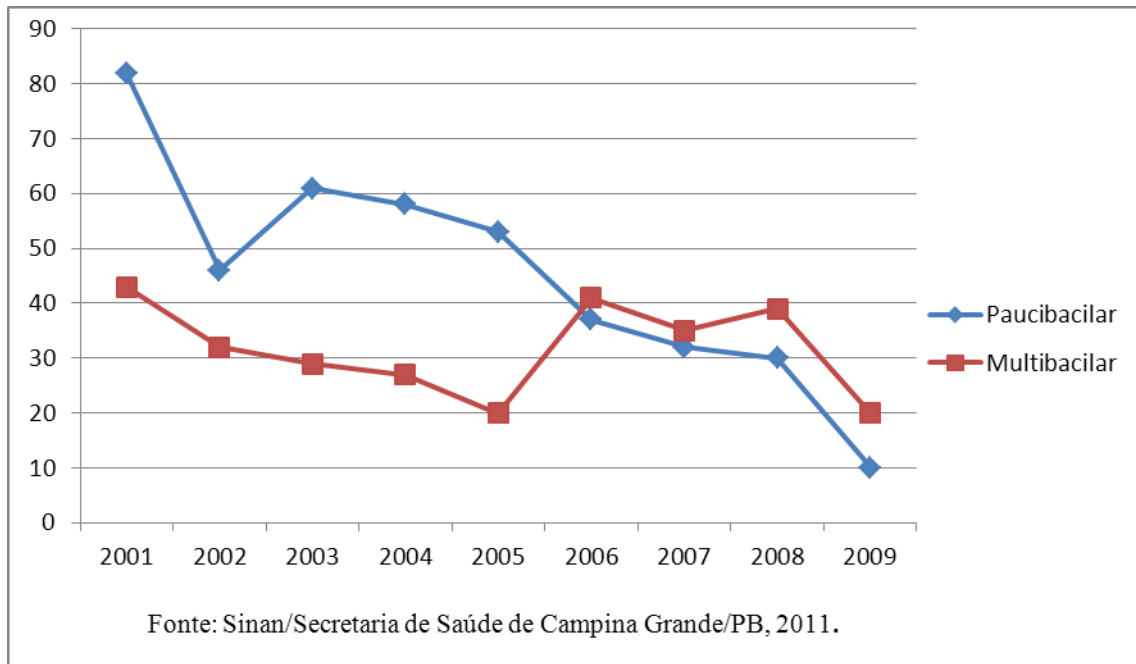
O fato da maioria dos casos novos se apresentarem como paucibacilar é um ponto positivo, ao passo que esses doentes são portadores de uma baixa carga bacilar e por sua vez não transmitem a doença, que está sendo descoberta precocemente. Além disso, pacientes classificados como paucibacilar geralmente não apresentam incapacidades e/ou deformidades do momento do diagnóstico, logo uma ação preventiva pode ser implementada com grandes chances de sucesso para que esses pacientes não venham desenvolvê-las futuramente. De acordo com o Guia para Controle da Hanseníase, no estágio inicial da doença a neurite hansênica não apresenta um dano neural demonstrável, contudo, sem tratamento adequado frequentemente a neurite torna-se crônica e evolui, passando a evidenciar o comprometimento dos nervos periféricos: perda da capacidade de suar (anidrose), a perda de pelos (alopecia), a perda das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil, e a paralisia muscular (BRASIL, 2002).

A partir do ano de 2006 percebemos um aumento na proporção de casos multibacilar no momento do diagnóstico com exceção do ano de 2007 onde a proporção de casos diagnosticados como multibacilar e paucibacilar quase se igualam. Esse aumento na detecção de casos multibacilar representa o diagnóstico tardio da doença, que tem sua particular importância pelo possível desenvolvimento de incapacidades, como referenciado acima. Porém os dados podem nos representar também uma melhora na efetividade do Programa de Controle da Hanseníase no município, com busca ativa dos casos, exames dos contatos e educação em saúde. Os casos multibacilares são aqueles que têm maior importância pela sua carga bacilar alta sendo fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2001).

Segundo a Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase em relação à classificação operacional, paucibacilar e multibacilar, a tendência destes últimos entre os casos novos aumenta no início das atividades implementação de um programa pela busca ativa de casos e educação em saúde. No decorrer do processo, quando o programa passa para uma fase intermediária, essa proporção tende a se reduzir com o incremento da detecção de casos paucibacilares, fato que também pode ocorrer quando temos campanhas com busca ativa. Tal fato pode ser observado no estudo, visto que em Campina Grande o início da implantação do Programa de Controle da Hanseníase coincide com o aumento repentino de casos multibacilares (BRASIL, 2006).

Com relação a distribuição dos casos de hanseníase curados segundo a classificação operacional da forma clínica da hanseníase na Figura 2, observa-se que dos 792 casos registrados que evoluíram para cura, 58,8% apresentam forma clínica paucibacilar e 41,2% são multibacilar.

**Figura 2** - Casos de hanseníase curados segundo a classificação operacional da forma clínica da hanseníase, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.



Diante do exposto, verifica-se ainda uma redução nos percentuais de cura nos casos com forma paucibacilar ao longo do período estudado com alta no ano de 2003 e novamente queda dos índices nos anos subsequentes. Já com relação aos casos multibacilares, observamos queda nos índices de cura do ano de 2001 até 2005, e aumento nas taxas de cura dos casos multibacilares, notadamente nos anos de 2006 e 2008. No tocante a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados no período estudado, observa-se que dos 753 casos novos, 88% obtiveram alta por cura no final do tratamento.

O aumento nos índices de cura nos pacientes classificados multibacilar observado nos anos de 2006 e 2008 seria um ponto bastante positivo se o mesmo não estivesse declinado novamente no ano seguinte, visto que os pacientes multibacilares além de terem grande poder de transmissão do bacilo, são os que mais facilmente desenvolvem as incapacidades ocasionadas pela alta carga bacilar. Da mesma forma os pacientes classificados como paucibacilar, com o

tratamento inadequado e sem atingir a cura, esses evoluem para a forma multibacilar da hanseníase. Tais dados causam inquietação, pois atualmente com o Programa de Controle da Hanseníase, as atividades intensificadas pelo Ministério da Saúde, governos e municípios, os índices de cura deveriam ser crescentes.

Bakirtzief aborda em seu estudo uma das possíveis razões para a diminuição nos índices de cura, sendo ela a barreiras na aderência ao tratamento, mesmo com a introdução da poliquimioterapia que reduz para seis meses a dois anos o tratamento que durava no mínimo dez anos (BAKIRTZIEF, 1996; SHANMUGANANDAN *et al*, 1993). Algumas questões identificadas no referido estudo podem estar intimamente ligada a queda nos índices de cura ao passar do anos: a ausência do assistente social na equipe de prestação de serviços, complexidade das orientações fornecidas ao paciente, dúvida quanto a eficácia do tratamento, baixa escolaridade dos pacientes e dificuldade para ausentar-se do trabalho para comparecer a Unidade de Saúde (BAKIRTZIEF, 1996).

Além dos fatores já citados, Helene *et al* (2008) destaca em seu estudo que atualmente existe uma maior organização dos serviços, tanto na estrutura física, como de recursos humanos, entretanto não existe uma integração ou efetivação do trabalho em equipe, o que acaba corroborando com uma assistência menos acolhedora, ressalta ainda que os serviços de saúde de menor complexidade não estão organizados para realizar as ações contidas no PCH, acolhem ou fazem a identificação dos casos suspeitos com hanseníase em sua rotina de trabalho na unidade e realizam o encaminhamento dos casos suspeitos para os serviços de saúde de maior complexidade, quase sempre para as Unidades de Saúde de Referência do município.

O Ministério da Saúde através da Portaria n 3.125 de 7 de outubro de 2010 em anexo, aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase, constando que essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde e que em razão do potencial incapacitante da hanseníase deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar sempre que necessário (BRASIL, 2010).

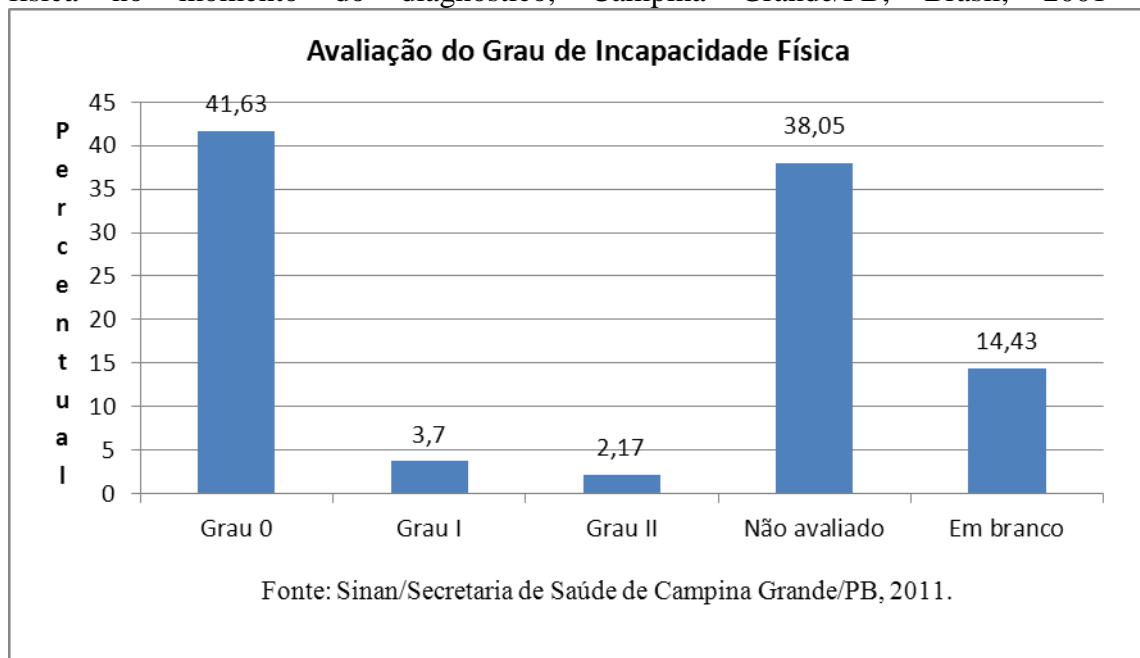
Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área (s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para confirmação diagnóstica. Notemos, portanto, que o diagnóstico da hanseníase deve ser feito na Unidade Básica de Saúde através da

história e condições de vida do paciente e exame clínico, de forma que apenas os casos mais complexos onde geram dúvidas sobre o diagnóstico, ou em casos mais avançados da doença em que já consta o comprometimento neural, devem ser encaminhados para os serviços de referência.

Com relação aos dados sobre incapacidades físicas, apresentados mais adiante, carregam particular relevância visto que a avaliação do grau de incapacidade física dos casos novos no momento do diagnóstico e no momento da alta por cura é um dos indicadores operacionais que busca medir a qualidade do atendimento ao doente de hanseníase nos serviços de saúde. A avaliação neurológica deve ser realizada no momento do diagnóstico, semestralmente e na alta do tratamento, na ocorrência de neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas, durante ou após o tratamento PQT e sempre que houver queixas. (BRASIL, 2002).

Na figura 3, dos 783 casos novos diagnosticados no período, verifica-se que a maioria (41,63%) apresenta Grau Zero de incapacidade, 38,59% não foram avaliados e 14,43% a informação é ignorada ou não preenchida (Figura 3).

**Figura 3** – Proporção de Caso Novo de hanseníase segundo avaliação do grau incapacidade física no momento do diagnóstico, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.



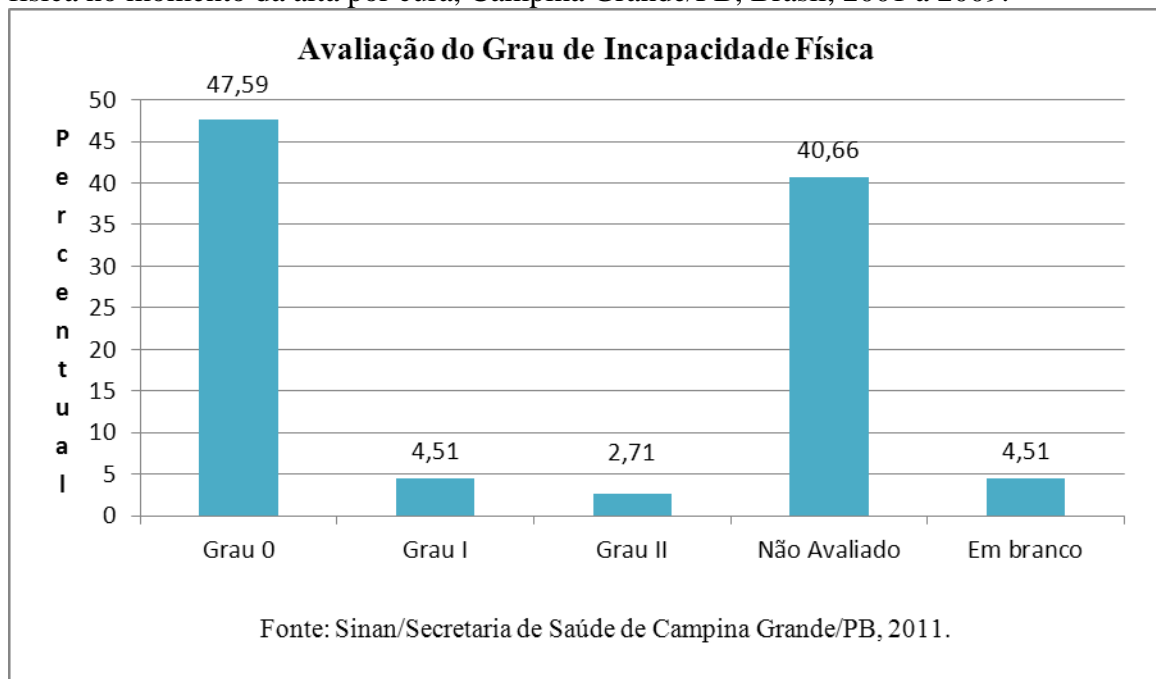
A avaliação do grau de incapacidade física mostrou que maioria dos casos novos avaliados no momento do diagnóstico apresentou grau zero. Segundo Suarez et al (1997), a maioria dos pacientes de hanseníase não apresenta incapacidades no início da doença, portanto, a porcentagem de pacientes diagnosticados com algum grau de incapacidade, inclusive grau I, pode



ser considerada diagnóstico tardio, representando um indicador dos doentes que deixaram de ser detectados na fase inicial da doença. O risco de apresentar deformidades no momento do diagnóstico cresce significativamente à medida que aumenta o atraso no diagnóstico, referem ainda que o diagnóstico precoce é a medida mais eficaz para prevenir o dano, o seu surgimento, está mais ligado ao fator tempo do que as próprias ações de controle (FERREIRA, 1998; SUAREZ et al,1997).

No momento da alta por cura, foram avaliados 59,33% dos casos, sendo que 47,59% foram classificados como Grau zero, 40,66% não foram avaliados e 4,51% e 2,71% apresentaram Grau 1 e 2, respectivamente, e 4,51% essa informação é ignorada ou não preenchida (Figura 4).

**Figura 4** – Proporção de Caso Novo de hanseníase segundo avaliação do grau incapacidade física no momento da alta por cura, Campina Grande/PB, Brasil, 2001 a 2009.



A presença de incapacidades no momento da alta por cura é um indicador que o diagnóstico foi tardio ou que o tratamento foi mal realizado, e a ausência dessas no momento do diagnóstico é um dos parâmetros mais utilizados para avaliar sua precocidade (BRASIL, 2002) Por essa razão a classificação correta da forma clínica da hanseníase é primordial para o sucesso do tratamento.

De acordo com Guia Para Controle da Hanseníase (BRASIL, 2002), a vigilância das incapacidades deve ser intermitentes durante o tratamento poliquimioterápico e em alguns casos

persistir após a alta visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações afim de prevenir as incapacidades e evitar que as mesmas evoluam para deformidades caso já estejam presentes. A avaliação neurológica deve ser feita em cada consulta para administração da dose supervisionada do tratamento. O aumento observado ao comparar os gráficos de avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e no momento da alta revela aumento dos pacientes apresentando algum grau de incapacidade, ou seja, pacientes que não apresentavam incapacidades no momento do diagnóstico, passaram a apresentá-las no momento da alta, indicando assim que a vigilância e orientação do doente preconizada pelo Ministério da Saúde não foi realizada de forma efetiva.

Cabe ressaltar o grande percentual de pacientes não avaliados e as informações omitidas nos dados da Secretaria de Saúde, fato também observado no estudo realizado por Alencar *et al*, (2008) no município de Fortaleza-CE, tal fato está possivelmente ligado ao despreparo da equipe atuante e a falta de conhecimento sobre a importância dessa avaliação para a qualidade de vida do doente, visto que sem a avaliação adequada o profissional não tem como orientar adequadamente o paciente sobre as técnicas de autocuidado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve sua particular importância ao passo que nos possibilitou uma visão panorâmica do comportamento da hanseníase em nosso município nos últimos nove anos e conseqüentemente a efetividade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase no município, visto que apesar das taxas de incidência de hanseníase estar decrescendo no Brasil, é uma doença que ainda se configura como problema de saúde pública no nosso país principalmente em algumas regiões como Norte, Nordeste e Centro-Oeste que concentram o maior número de casos, segundo dados do Ministério da Saúde, 2008.

O estudo nos possibilitou reconhecer que a avaliação de incapacidades preconizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 125, de 26 de março de 2009, não é realizada de modo efetivo, pois como revelam os dados uma grande parcela de pacientes diagnosticados com a hanseníase não é avaliada nesse momento. Um fator ainda mais agravante que pudemos observar com o estudo é que uma parcela de pacientes passaram a apresentar incapacidades no decorrer do tratamento, demonstrando mais uma vez a falha na equipe de saúde que assiste esses doentes.

A poliquimioterapia disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde foi um passo essencial para a o controle da doença e diminuição dos casos da hanseníase em todo o mundo, porém o tratamento quimioterápico isolado não previne as incapacidades sendo necessário a educação em saúde, vigilância dos pacientes, e avaliação sistemática para que essas incapacidades e deformidades não venham a aparecer ou evoluir para graus mais avançados.

A avaliação de incapacidades deve ser tida como medida essencial para controle da morbidade em hanseníase e conseqüentemente definitiva para a qualidade de vida do paciente durante e após o tratamento. Por ser uma doença curável, que pode cursar sem maiores danos a saúde e a vida do paciente, a presença ou não de incapacidades físicas é tida como um indicador de controle da hanseníase e efetividade do programa.

Fica evidenciado, portanto, a necessidade de estudos que venham a avaliar o compromisso dos profissionais que atuam na atenção básica para controle da doença, bem como o preparo e conhecimento desses acerca da hanseníase. Digo ainda que estudos que avaliem o conhecimento do doente e da família sobre a hanseníase, autocuidado, importância do tratamento seria de grande valia para que pudéssemos ter uma visão clara de como se dá o controle da hanseníase em Campina Grande.

## REFERÊNCIAS

- 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, Nov.2008.
- ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba:v.36.n.3.mai/jun 2003.
- BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Cad. Saude Públ**, Rio de Janeiro: v.12.n.3.out.dez 1996.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino serviço**. Rio de Janeiro: 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações epidemiológicas e operacionais. Brasília. Fundação Nacional de Saúde. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Brasília, 1999.
- BRASIL. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de dermatologia sanitária. **Legislação sobre o controle da hanseníase no Brasil**. Brasília. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Para o Controle da Hanseníase**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Controle da Hanseníase**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em saúde: **relatório de situação: Paraíba**. 2. ed. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações em saúde. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em 01 de junho 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** 7. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Tabulação de dados, período 2007 a 2008. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), acessado em 19 de junho de 2010.

CANESQUI, A. M. Sobre a avaliação da atenção básica. **Ciências & Saúde coletiva**, 7(3), 2002.

DIAS, A.C. Avaliação do Desempenho do Programa de Eliminação da Hanseníase na Atenção Básica/PSF no Brasil 2006-2007. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

DINIZ L.M et al. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 42(4): jul-ago, 420-424, 2009.

FERREIRA, J. Validade do Grau de Incapacidade como Indicador de Diagnóstico Tardio de Hanseníase. Congresso da Associação Brasileira de Hansenologia, Foz do Iguaçu, 1997. **Hansen. Int.** Bauru, n.esp., p 79-84, 1998.

FRANÇA, D. M. de. **O Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Campina Grande – PB à luz da história oral temática**. 2005, 63f. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

GONÇALVES, A. Incapacidade em hanseníase: um estudo da realidade em nosso meio. **Hansen. Int.**,4(1): 26-35, 1979.

HELENE, L.M.F; PEDRAZZANNI. E.S., MARTINS, C.L. *et al.* Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase no estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.** N.61(esp), 744-52. Brasília, 2008.

International Federation of Anti-Leprosy Association. **A interpretação dos indicadores epidemiológicos da lepra**. London, 2002.

MOTA, *et al.* “**Hanseníase: quem procura acha!**” A experiência da supervisão de vigilância em saúde (SUVIS) de M´Boi Mirim em achar novos e bem sucedidos caminhos para o controle e eliminação da hanseníase. M´Boi Mirim, 2008, p.16.

NERY, J.A.C; SALES, A.M; GOMES, A.P. Hanseníase. IN.: BATISTA, R.S.*et al.* **Manual de Infectologia**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2003. P. 313-316.

OLIVEIRA, S.; PEDROSO, M.; BACCARELLI, R.; GONÇALVES, A. Adequação de procedimentos de instrumentalização de dados em prevenção e tratamento de incapacidades físicas em hanseníase. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, v.45, n.2, p.75-79, 1990.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase. Plano 2006- 2010.** Organização Mundial de Saúde - OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública.** 1ª ed. Brasília: Editora Geneva, 2000.

PAIVA, A. P. B. **Prevalência de Hanseníase no município de Queimadas-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2009.

PIOTO, M.P. **Incapacidades em hanseníase no município de Bauru, São Paulo, Brasil.** São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.

RODRIGUES, J.L (Coord.) **Atlas escolar da Paraíba: espaço geo-histórico e cultural.** 2 ed. João Pessoa: GRAFSET, 2000.

SHANMUGANANDAN, S.; SARAVANABAVAN, V. & SUBRAMANIAN, P. T. K. Socio-economic and psychosocial dimensions of leprosy: a case study on treatment types and patient's compliance. *XIV International Leprosy Congress.* Orlando, Florida. 1993

SOUZA, C.M.B. **Prevalência de Hanseníase em Campina Grande- PB no ano de 2003.** Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

SUÁREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. **Estimado de prevalência de lepra.** Hansen. Int., v.22, n.2, p.31-35, 1997.

TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Hansenologia.** Manaus: Funcomiz, 1984.



**ANEXO B – Ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).**

		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº <input type="text"/>
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia-lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravadoença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE A 30.9			
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	1-1ª Trimestre 2-2ª Trimestre 3-3ª Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-2ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Dados Complementares do Caso			
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
Avaliamento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
Dados Lab.	38 Modo de Entrada			
	1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (para unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado			
Tratamento	39 Modo de Detecção do Caso Novo			
	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado			
Med. Cont.	40 Baciloscopia			
	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado			
Med. Cont.	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial		
		1 - POT/PIB 6 doses 2 - POT/MB 12 doses 3 - Outros Esquemas Substituídos		
Med. Cont.	43 Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	



## ANEXO C – Ficha de avaliação das funções neurais e complicações.




### AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Nome \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Município \_\_\_\_\_ Unidade Federada \_\_\_\_\_  
 Classificação Operacional PB  B  Data início PQT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Alta PQT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						







Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 						



Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

#### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					


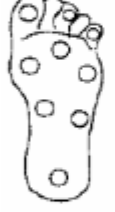




MEMBROS INFERIORES		1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
Queixa principal							
Palpação de nervos		D	E	D	E	D	E
Fibular							
Tibial							

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força		1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
		D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)							
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)							

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / / /		2ª / / /		3ª / / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda. Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores  
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: ○

### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

#### Classificação do Grau de Incapacidade e Soma de Olhos Mão e Pés OMP (escore)

DATA DA AVALIAÇÃO	Grau de Incapacidade	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Total OMP	ASSINATURA
		D	E	D	E	D	E			
1ª / / /	Grau									
	Soma OMP									
2ª / / /	Grau									
	Soma OMP									
3ª / / /	Grau									
	Soma OMP									

0 - para grau 0 1- para grau 1 2- para grau 2