



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

VALDENIA MARIA DE SOUSA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE-PB, 2005 A 2009.**

Campina Grande/PB

Junho/2012

VALDENIA MARIA DE SOUSA

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB, 2005 A 2009.**

Trabalho de Conclusão de Curso- TCC,
apresentado a Universidade Estadual da
Paraíba-UEPB, como requisito necessário
a obtenção do título de bacharel e
licenciatura em Enfermagem

Orientadora: Tânia Maria Ribeiro
Monteiro de Figueiredo

Campina Grande-PB
Junho/2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S725s Sousa, Valdenia Maria de.
 Situação epidemiológica da hanseníase no município
 de Campina Grande- PB, 2005 a 2009 [manuscrito] /
 Valdenia Maria de Sousa. - 2012
 35 f.

Digitado.

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

“Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro
Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem”.

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

21. ed. CDD 616.998

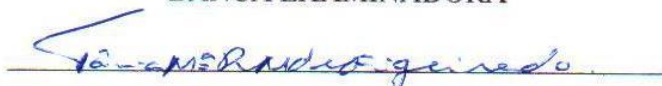
VALDENIA MARIA DE SOUSA

Trabalho de Conclusão de Curso- TCC,
apresentado ao curso de graduação em
Enfermagem a Universidade Estadual da
Paraíba - UEPB, como requisito
necessário a obtenção do grau de bacharel
e licenciatura em Enfermagem

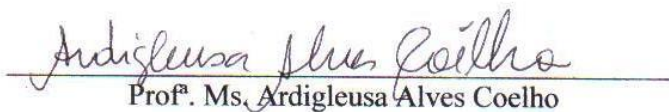
Aprovada em 11/06/2012

Nota 9,5 / (Nove e cinco)

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo



Prof.^a Ms. Ardigleusa Alves Coelho



Prof.^a Especialista Jacinta Tavares Vieira

Campina Grande- PB

Junho/ 2012

Com muito amor e gratidão, dedico este trabalho aos meus amados pais, Henrique Tarso e Valdenizia e a minha irmã Tatiane por seu apoio e amor incondicional sempre, obrigada por vocês existirem na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Uma batalha termina e outra logo se inicia tão longa e difícil quando alegre e acolhedora. Uma etapa da minha vida foi concluída e olhando esse momento, vejo que tudo que passei, lutei, estudei, me prepararam e me fortaleceram para as futuras batalhas que me aguardam, sei que um longo caminho me aguarda.

Agradeço inicialmente a Jeová Deus, autor da vida, pela minha existência, por ter me dado sabedoria, força e coragem para alcançar meus objetivos e superar as adversidades encontradas.

Aos meus amados pais Henrique Tarso e Valdenizia por serem os melhores pais que uma pessoa pode ter, por juntos terem sonhado comigo, me apoiando e incentivando sempre, entendendo esses anos de ausência em que busquei minha formação. A vocês não bastaria um simples muito obrigada, eu os amo muito.

A Tatiane Sousa, minha amada irmã pelo seu amor incondicional, por estar ao meu lado ao longo da minha formação, com a qual divido essa conquista, por acreditar em mim, nos meus sonhos. Sei que sem você não valeria a pena.

A Ubiratan Oliveira, por seu apoio e incentivo, amor e carinho a mim dispensados ao longo de toda a minha formação, estando sempre ao meu lado em todos os momentos. Muito obrigada por tudo.

Aos queridos tios Edilena e José Luis por acreditarem em mim, na minha vitória.

A todos os professores que durante esta convivência participaram da minha vida acadêmica, trazendo contribuições de uma riqueza sem medidas para a minha vida. Em especial a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo pela paciência, disposição e sua contribuição inestimável para a concretização deste trabalho, e a Prof^a. Ms. Ardigleusa Alves Coêlho por juntas termos ultrapassado as barreiras da graduação. Agradeço pelo carinho, respeito e incentivo a minha formação, me mostrando que eu posso ir sempre mais longe.

A todos os meus amigos que ao longo de toda a caminhada estiveram sempre comigo sonhando, buscando e acreditando que meu sonho se tornaria realidade em especial a Marayza

Medeiros e Mabel Osório. As minhas amigas (os) colegas de formação Larrycya Pessoa, Felipe , Rilva, e Thaís que durante esses cinco anos de convívio desfrutamos bons momentos, Superamos dificuldades, e que Juntas transpusemos muitas barreiras e carregamos a marca da experiência que tivemos.

Obrigado a vocês que compartilharam os prazeres e dificuldades desta jornada. A todos que me deram seus votos de confiança, apoiando-me a cada passo na conquista desta formatura, expressei todo meu carinho e sinceros agradecimentos.

Os sonhos são como o vento, você os sente, mas não sabe de onde eles vieram e nem para onde vão, eles inspiram o poeta, animam o escritor, arrebatam o estudante, abrem a inteligência do cientista, dão ousadia ao líder. Eles nascem como flores no terreno da inteligência e crescem nos vales secretos da mente humana, um lugar que poucos exploram e compreendem.

Augusto Cury

SUMÁRIO

1	Introdução.....	10
2	Metodologia.....	11
3	Referencial Teórico.....	12
	3.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase.....	12
4	Resultados.....	21
5	Discussão.....	25
6	Considerações Finais.....	31
7	Referências Bibliográficas.....	31
8	Apêndice.....	34

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB, 2005 A 2009

SOUSA, Valdenia Maria de¹.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de caráter crônico, causada pelo *Mycobacterium leprae*, possui predileção para a pele e nervos periféricos, sua transmissão se dá inter-humana e ocorre predominantemente através do trato respiratório superior de doentes multibacilares. A doença caracteriza-se por alta infectividade e baixa patogenicidade, apresentando efeitos desastrosos quando não tratada precocemente. O presente artigo objetivou investigar a situação epidemiológica da hanseníase no município de Campina Grande/ PB no período de 2005 a 2009. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, de avaliação de serviços de saúde. Para este estudo, foram avaliados os casos de hanseníase diagnosticados no período de 2005 a 2009, cadastrados no Programa de Controle de Hanseníase da unidade de saúde de referência e notificados no (SINAN). Os dados foram processados com o software Excel for Windows na construção de tabelas e gráficos. Foram notificados no SINAN 356 casos de hanseníase diagnosticados na Unidade de Referência para Controle da Hanseníase em Campina Grande/PB. Destes 92,41% correspondem a casos novos (329 casos), 2,80% classificados como caso de recidiva e 4,21% correspondem à migração intermunicipal e/ou interestadual e outra forma de ingresso. Constatou-se que a taxa de incidência da hanseníase apresenta tendência decrescente em todo o período de estudo, com maior o risco de adoecimento entre o período de 2005 e 2006 (21/100.000 hab. e 21,05 por 100.000 hab., respectivamente). Portanto, observa-se no que no município de Campina Grande, os índices mantiveram-se elevados no período de 2005-2006 (21/100.000 hab. e 21,05 por 100.000 hab., respectivamente) havendo um declínio em 2009 para 8,08 por 100.000 hab, sendo classificado como médio endemicidade, evidenciando que há continuidade da transmissão da doença. Estes dados alertam para a necessidade de incremento de ações que visem à intensificação na detecção precoce de casos. Por tudo isto se constata que a hanseníase é um importante problema de saúde e que, em relação ao período abrangido na presente avaliação, é evidente a necessidade de um serviço que disponha de profissionais mais capacitados, qualificados e comprometidos com prevenção, identificação, tratamento e reabilitação dos casos, o que sem dúvida é produto de um sistema de saúde comprometido com uma melhor condição de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase ; Situação Epidemiológica ; Incidência ; Cura, Abandono

¹ Graduanda em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.Email : valmsoliveira@hotmail.com

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF LEPROSY IN THE CITY OF CAMPINA GRANDE – PB, FROM 2005 TO 2009.

SOUSA, Valdenia Maria de¹.

ABSTRACT:

Leprosy is an infecto-contagious illness, with cronic character, caused by *Mycobacterium leprae*. It predilects the skin and peripheral nerves, and transmits itself between humans, predominantly through the upper respiratory tract of multibacillary affected individuals. The disease is characterized by high infectivity and low pathogenicity, with devastating effects if not treated early. This article aimed to investigate the epidemiological situation of leprosy in Campina Grande, PB, Brazil, from 2005 to 2009. This is a transversal descriptive study with a quantitative evaluation of health services. For this study were evaluated the cases of leprosy diagnosed from 2005 to 2009 and registered at the Leprosy Control Program (Programa de Controle de Hanseníase, in the original language) of the health unit and reported to SINAN. The data were processed with Excel for Windows software, used to build tables and graphs. Were reported to SINAN 356 leprosy cases, diagnosed at Reference Unit for Leprosy Control in Campina Grande/PB. 92.41% of these cases are new ones (329 cases), 2.80% were classified as recidivist cases and 4.21% are related to inter-municipal and/or inter-state migration or other kind of entrance. We realized that the leprosy's incident rate had a decreasing trend throughout the study period, with a bigger risk of illness between 2005 and 2006 (21/100,000 and 21.05 per 100,000 inhabitants, respectively). Therefore, it is observed that in the city of Campina Grande the rates remained in a high level in the period of 2005-2006 (21/100,000 and 21.05 per 100,000 inhabitants, respectively), then in 2009 there was a decline to 8.08 per 100,000 inhabitants, being classified as a medium rate, but showing that the transmission of the disease continues to happen. These data warn us to the need of incremental action in order to strengthening the early detection of the disease cases. Leprosy is a major health problem and, related to the period covered by this assessment, it's clear the need of a service more skilled, qualified and committed to the prevention, identification, treatment and rehabilitation of the cases, which undoubtedly is the result of healthcare system committed to a better quality of life for the people.

KEYWORDS: Leprosy; Epidemiological Situation; impact; Healing Abandonmen

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de caráter crônico, causada pelo *Mycobacterium leprae*, possui predileção para a pele e nervos periféricos, sua transmissão se dá inter-humana e ocorre predominantemente através do trato respiratório superior de doentes multibacilares. Os fatores genéticos, ambientais, o estado nutricional, a vacinação contra o Bacillus Calmette Guérin (BCG) e a imunidade estão envolvidos na susceptibilidade em adquirir. A doença caracteriza-se por alta infectividade e baixa patogenicidade, apresentando efeitos desastrosos quando não tratada precocemente, razão pela qual, nos dias atuais ainda existe o estigma da doença (BRASIL, 2006).

Atualmente, as taxas de hanseníase mundial reduziram em aproximadamente 90% quando comparadas há duas décadas atrás. O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número absoluto de casos de hanseníase sendo o primeiro das Américas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) o Brasil ainda é um país onde a doença é endêmica principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

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 de casos novos no período de 1994 a 2008. Devido ao esforço do Ministério da Saúde, em dois anos houve uma diminuição em 24,3% dos casos de hanseníase e em 2005 a taxa de incidência foi de 2,1 casos em 10.000. Isso, em parte, deve-se ao aumento de 41,1% dos serviços de diagnóstico e tratamento no sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

Apesar da eficiência em reduzir casos de hanseníase, os planos de eliminação não foram suficientes para desclassificar a doença como problema de Saúde Pública. O Plano de Eliminação Nacional de Hanseníase em âmbito municipal (2006-2010) tinha a meta de eliminação da doença até 2010 com ações como a redução da prevalência para valores abaixo de 1/10.000, monitorização dos registros de casos novos, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, capacitação dos profissionais de saúde e uma rede eficiente de referência e contra-referência.

O município de Campina Grande é um dos municípios prioritários para o controle da hanseníase no estado da Paraíba, juntamente com Cajazeiras e João Pessoa (BRASIL, 2006). Segundo França (2005) as ações de controle da hanseníase são realizadas desde 1980. Somente em 1995, quando o Ministério da Saúde assumiu compromisso de eliminar a Hanseníase até o ano de 2000, o Programa é oficialmente implantado no município.

A situação epidemiológica da hanseníase em Campina Grande segue a tendência do estado, apresentando um declínio nas taxas de prevalência e detecção no período de 2004 a 2005. Em 2004, taxa de prevalência foi de 2,98 por 10.000 habitantes e taxa de detecção 3,58 por cada 10.000 habitantes. Em 2005, a prevalência foi 2,15 por 10.000 habitantes e a de detecção 2,98 para cada 10.000 habitantes e em 2006, apresentou taxa de prevalência 1,59 por 10.000 habitantes e taxa de detecção 2,50 para cada 10.000 habitantes. No período de 2007 e 2008 foram confirmados 133 e 119 casos respectivamente (BRASIL, 2010).

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 (2005) considerando a hanseníase ainda, como um sério problema de saúde pública, que exige a adoção de intervenções de forma contínua que produzam impacto na sua transmissão e assim atingir um coeficiente de prevalência inferior a 1 caso/10.000 habitantes em cada município (OMS, 2000). Diante dessas questões, o presente artigo objetivou investigar a situação epidemiológica da hanseníase no município de Campina Grande/ PB no período de 2005 a 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Para este estudo, foram avaliados os casos de hanseníase diagnosticados no período de 2005 a 2009, cadastrados no Programa de Controle de Hanseníase da unidade de saúde de referência e notificados no Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN). A coleta de dados foi realizada no SINAN e através da ficha de acompanhamento de casos.

No banco de dados do SINAN foram coletadas as seguintes variáveis: o número de casos diagnosticados e curados, número de casos por sexo e faixa etária, cura, abandono de tratamento, recidiva, óbito e avaliação de incapacidade grau O, I, II, III. Para análise dos dados, procedeu-se a caracterização dos casos segundo variáveis demográficas (sexo e faixa etária) e foram selecionados os seguintes indicadores epidemiológicos: Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 hab. Entre os indicadores operacionais: Proporção de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico, proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados, e proporção de casos de hanseníase em abandono entre os casos novos diagnosticados. Após análise estatística, os dados foram transformados em tabelas e figuras utilizando o software Excel versão 2003.

Os dados foram processados com o software Excel for Windows na construção de tabelas e gráficos. Para a avaliação dos indicadores epidemiológicos no período em estudo, considerou-se os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), presentes na portaria nº 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB com CAAE 4682.0.000.133-10 com protocolo aprovado no CEP em 22/10/2010.

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Hanseníase

De acordo com Pereira (2008, p.5) “a hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, granulomatosa, causada por um bacilo de alta infectividade e baixa patogenicidade o *Mycobacterium leprae*”. Ainda de acordo com a autora supracitada a maioria dos indivíduos oferece resistência ao *M. leprae*, não desenvolvendo a doença, situação que pode ser alterada, em função da relação entre agente, meio ambiente e hospedeiro, para os que adoecem a infecção pode tomar rumos diversos de acordo com a resposta do hospedeiro frente ao bacilo.

Em relação 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 (BRASIL, 2009).

A incidência da hanseníase no território nacional varia de acordo com a região: 20 estados têm taxas consideradas altas ou muito altas da doença seguidos por outros estados onde houve um declínio nos coeficientes de incidência e prevalência da hanseníase. Essa redução no coeficiente de incidência é influenciada pela notificação de ocorrências, dependente das condições técnico-operacionais para a detecção e notificação de casos. Tais condições são peculiares a cada área geográfica de desagregação dos dados e podem variar ao longo do tempo, em função de fatores como: ampliação das fontes de notificação; intensidade dos esforços realizados para a detecção de casos; sensibilidade e especificidade das técnicas de diagnóstico e tratamento; mudanças de critérios para definição e classificação de casos (BRASIL, 2008).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação epidemiológica hierarquicamente superior, através de uma ficha de notificação/investigação do Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN) A vigilância epidemiológica tem funções intercomplementares que são operacionaliza das através de um ciclo completo de atividades específicas e inter-relacionadas, que devem, necessariamente, ser desenvolvidas de modo contínuo. A vigilância epidemiológica da hanseníase é realizada através de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da hanseníase. Visa também, divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral (BRASIL, 2009).

A Hanseníase é uma doença que possui tratamento e é curável, entretanto, se no momento do diagnóstico o usuário for detectado com alguma deformidade física, ele poderá ficar com sequelas permanentes no momento da alta:

O que torna importante tanto para o portador da hanseníase, como para o sistema de saúde a realização do diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento adequado, torna-se importante salientar que como consta no Guia para o controle da Hanseníase as incapacidades nos olhos, nas mãos e nos pés principalmente podem ser totalmente evitadas se os portadores da doença forem tratados e acompanhados nos serviços de saúde de atenção básica. (SOUZA, CS. *Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial*. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 325-334, jul./set. 1997, p. 30: 325-334,)

O abandono ao tratamento também constitui um importante obstáculo a ser superado, uma vez que no Brasil, em média 18% dos doentes abandonam os serviços antes de completarem o tratamento, sendo a causa principal a má organização interna dos serviços e a baixa cobertura dos mesmos, obrigando o paciente a grandes deslocamentos na busca de um serviço para o seu diagnóstico e tratamento (BERTOLOZZI, 2010).

A hanseníase causa frequentemente prejuízo na função nervosa autonômica sensitiva e motora, o que determina frequentemente incapacidades secundárias ou deformações em olhos, face, mãos e pés. Essas incapacidades e deformidades podem se tornar irreversíveis se o cliente afetado não receber o tratamento apropriado, podendo causar limitação da atividade e restrição de participação (BRASIL, 2006).

Segundo Vladimir, Diltor, Opramolla (1990, p. 8) “a combinação de limitação funcional, preconceito social e sofrimento humano que acompanham a hanseníase, explicam porque essa doença é mais temida do que outras, inclusive doenças fatais”. Em vários contextos a imagem social negativa da hanseníase afeta a avaliação e o manejo dos danos e da disponibilidade de medidas eficazes para a sua prevenção e tratamento, com evidente reflexo

na efetividade das ações desenvolvidas a fim de conseguir sua eliminação. 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.

O sucesso da PQT fez com que a Organização Mundial da Saúde (2005) 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. A Organização Pan-americana de Saúde (2001) divulgou relatório sobre a situação de eliminação da hanseníase nas Américas. Observa-se que a meta de eliminação da doença no nível nacional foi atingida nos seguintes países: Argentina, Cuba, Equador, Paraguai e Uruguai, enquanto que no Brasil a taxa de prevalência (4,24/10.000 hab.) e de detecção (2,07/10.000 hab.), continua acima da meta preconizada pela OMS. O que torna o Brasil o principal responsável pela a carga da doença na Américas.

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, 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. 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).

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 de controle da hanseníase para atenção básica (BRASIL, 2006).

De acordo com Diniz (2009) é responsabilidade da Estratégia saúde da família a execução das ações de vigilância epidemiológica e atenção ao doente de hanseníase através do diagnóstico, tratamento e realização de exames. As ações de vigilância epidemiológica consistem na realização de atividades que propicie informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, visando à 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.

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. (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.

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

Conforme evidencia Virmond, (1995) 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. Independente do grau de comprometimento dos programas de controle em relação às ações de prevenção de incapacidades, estas assumem posição preponderante nessa fase. Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas, e de doenças associadas. A definição do esquema depende da classificação final do caso.

Conforme Andrade (1996) para o tratamento, o MS sugere uma classificação operacional com os seguintes critérios: paucibacilares (PB) - casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido e multibacilares (MB) - 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. Tal classificação veio em consequência da implantação da Poliquimioterapia implantada pelo MS na tentativa de combater a doença, cita como principal consequência de uma classificação incorreta da hanseníase no momento do diagnóstico a ineficácia do tratamento nos casos de pacientes multibacilares, desta forma a classificação clínica se constitui como uma das principais formas para definir o melhor tratamento para determinado paciente com hanseníase.

Conforme Brasil (2010) 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. As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Serão desenvolvidas durante o decorrer de cada caso e devem ser integradas na rotina dos serviços da unidade de saúde, de acordo com o seu grau de complexidade. A adoção de atividades de prevenção e tratamento de incapacidades deve ser baseada em informações obtidas através da avaliação dermatoneurológicas, no diagnóstico da hanseníase. Estas informações referem-se ao comprometimento neural ou às incapacidades físicas identificadas, as quais merecem atenção especial, tendo em vista suas consequências na vida econômica e social de pacientes com hanseníase, ou mesmo suas eventuais seqüelas que acometem aqueles já curados.

Durante o tratamento PQT, e em alguns casos após a alta, o profissional de saúde deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que as mesmas evoluam para deformidades. Deve haver um acompanhamento da evolução do comprometimento neurológico do indivíduo, através da avaliação neurológica, durante a consulta para administração da dose supervisionada do tratamento PQT. Serão adotadas técnicas simples e condutas de prevenção e tratamento de incapacidades adequadas ao caso (BRASIL, 2010).

Conforme a OMS (2005) os profissionais devem alertar ao paciente para que ele também tenha essa atitude de vigilância, orientando-o na realização e para a realização de alguns auto cuidados para evitar-se a instalação de incapacidades, suas complicações e para evitar-se que elas se agravem e evoluam para deformidades. O tratamento medicamentoso do doente tem sido uma estratégia bastante válida na luta para eliminação da hanseníase, porém a adoção de medidas preventivas eficazes concomitante ao tratamento, e uma constante avaliação dessas torna-se fundamental para a quebra da cadeia epidemiológica e não propagação da doença.

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. Considera-se caso de recidiva na hanseníase o indivíduo que recebeu o tratamento PQT/OMS, e geralmente após um período superior de 5 anos da alta por cura, volta a apresentar sinais e sintomas de atividade da doença. A ocorrência de recidivas está associado ao tratamento PQT/MS incorreto e inadequado (PEREIRA, 2011).

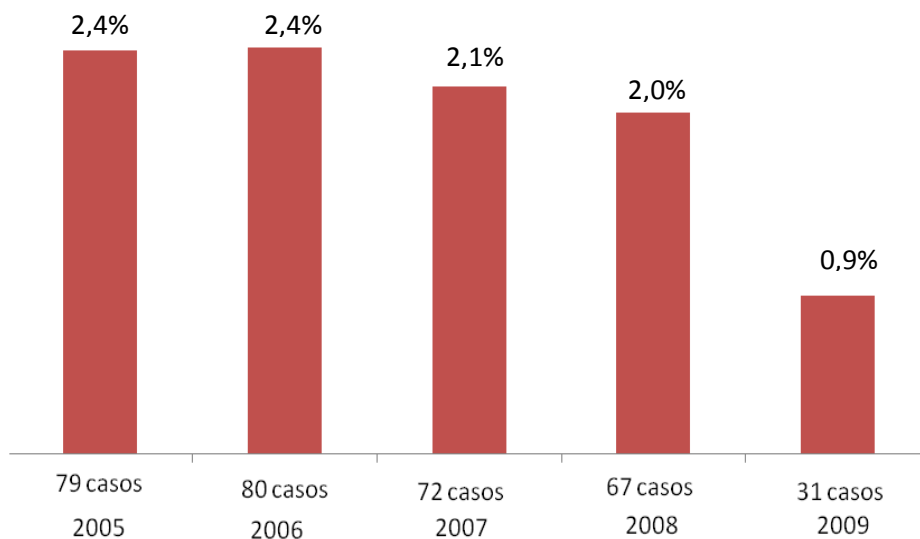
Conforme Diniz (2009) na recidiva ocorre o aparecimento de novas lesões características das formas clínicas da hanseníase, nos mesmos locais do primeiro diagnóstico ou em outras áreas da pele e/ou acometimento de nervos periféricos (neurite). Nos casos paucibacilares (PB), é imprescindível o diagnóstico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

RESULTADOS

Para este estudo foram notificados no SINAN 356 casos de hanseníase diagnosticados na Unidade de Referência para Controle da Hanseníase em Campina Grande/PB durante o período do estudo. Destes 92,41% correspondem a casos novos (329 casos), 2,80% classificados como caso de recidiva e 4,21% correspondem à migração intermunicipal e/ou interestadual e outra forma de ingresso. Constatou-se que a taxa de incidência da hanseníase apresenta tendência decrescente em todo o período de estudo, com maior o risco de adoecimento entre o período de 2005 e 2006 (24,01/100.000 hab. e 24,31 por 100.000 hab., respectivamente). A menor taxa de incidência foi em 2009 (9,42 por 100.000 hab.).

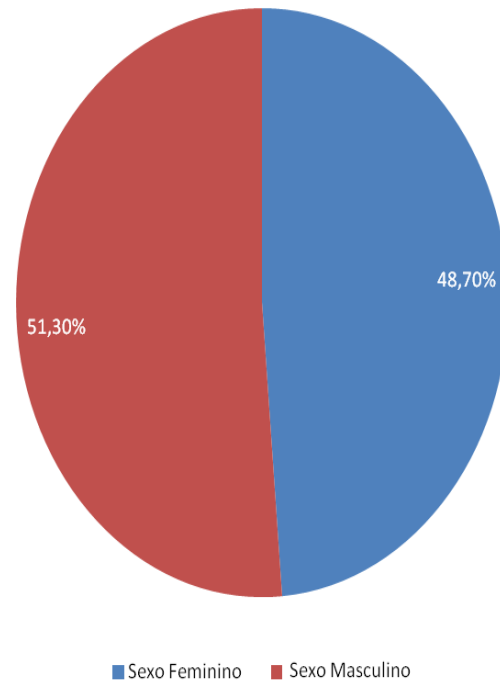
Em relação ao sexo há predomínio do sexo masculino 51,66% sobre o sexo feminino 48,33%, embora essa diferença não seja tão significativa.

Figura 1 – Coeficiente de Incidência da Hanseníase no município de Campina Grande/PB, 2005- 2009



Fonte : Pesquisa realizada no município de Campina Grande-PB, 2010.

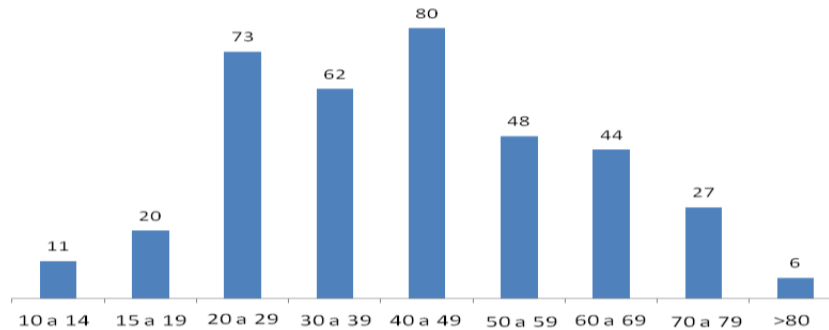
Figura 2 – incidência da hanseníase de acordo com o sexo no município de Campina Grande/PB, 2005-2009



Fonte: pesquisa realizada em Campina Grande-PB, 2010.

No tocante a variável faixa etária observa-se compatível predominância de adultos jovens, em ambos os sexos, em relação às faixas etárias extremas. Isso nos indica que a população economicamente ativa é a mais afetada pela hanseníase, o que pode prejudicar a economia do município, visto que essa faixa da população pode vir a desenvolver incapacidades, lesões, estados reacionais, afastando-se da atividade produtiva gerando um custo social demasiado.

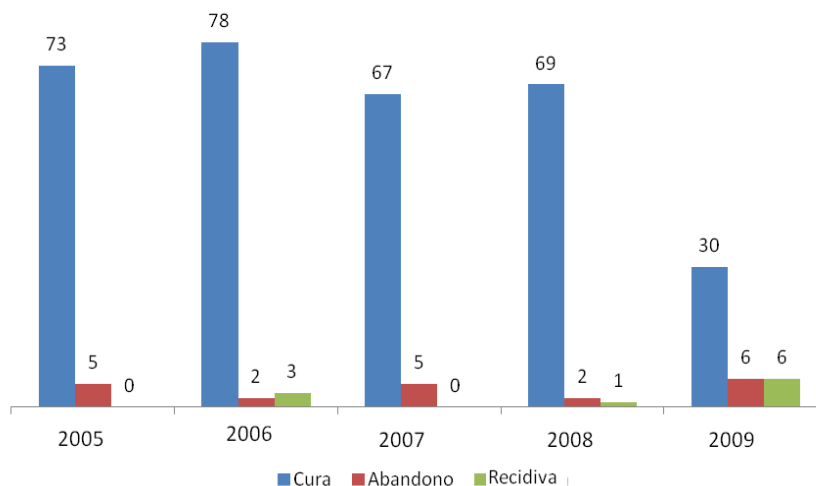
Figura 3 - Incidência da hanseníase de acordo com a faixa etária no município de Campina Grande/PB, 2005-2009.



Fonte: Pesquisa realizada no município de Campina Grande-PB, 2010.

A avaliação de incapacidade dos casos novos 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. Os dados mostram que no transcorrer do período de estudo no momento da alta por cura da hanseníase um número maior de pacientes 165 que correspondem a 50,15% não apresentavam incapacidades causadas pela doença, 25 pacientes 7,59% desenvolveram incapacidade grau I, 14 pacientes 4,25% desenvolveram incapacidade grau II, 125 pacientes 37,99% não foram avaliados no momento da alta por cura.

Figura 4 – Situação de encerramento dos casos de Hanseníase no município de Campina Grande-PB, 2005-2009



Fonte: Pesquisa realizada no município de Campina Grande-PB, 2010

Quanto aos resultados referentes à situação de encerramento da hanseníase, constatou-se que 89.04% dos casos de hanseníase evoluíram para a cura, 5.61% abandonaram o tratamento, em 2.52% houve recidiva.

DISCUSSÃO

Quanto ao número de casos novos de hanseníase detectados, um município pode ser classificado, segundo os parâmetros mais recentes do MS em: (a) hiperendêmico - 40,00 casos/100.000 habitantes ou mais; (b) muito alto - 20,00-39,99 casos/100.000 habitantes; (c) alto - 10,00-19,99 casos/100.000 habitantes; (d) médio: 2,00 a 9,99 casos/100.000 habitantes; (e) baixo - quando menor que 2,00 casos/100.000 habitantes. Portanto, observa-se no que no município de Campina Grande, os índices mantiveram-se elevados no período de 2005-2006 (24,01/100.000 hab. e 24,31 por 100.000 hab., respectivamente) havendo um declínio em 2009 para 9,34 por 100.000 hab, sendo classificado como médio, evidenciando que há continuidade da transmissão da doença. Estes dados alertam para a necessidade de incremento de ações que visem à intensificação na detecção precoce de casos. A taxa de detecção de casos da hanseníase encontrada durante o período estudado na unidade referência é semelhante a da Paraíba e das demais regiões do Brasil, mostrando a magnitude da doença ainda como um sério problema de saúde pública.

Conforme Miranzzzi, (2010) atualmente, observa-se que nem mesmo os avanços relativos à facilidade de acesso aos tratamentos ambulatoriais oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conseguiram mudar a situação desvantajosa do País, que continua ocupando o segundo lugar no *ranking* mundial, em novos casos de hanseníase.

Os administradores de saúde precisam conhecer o quadro epidemiológico de sua região e elencarem ações de acordo com as prioridades de sua população. Além de definirem áreas de risco para que diretrizes epidemiológicas sejam implantadas especificamente para aqueles problemas. As atividades de controle da hanseníase visam a descoberta precoce de

todos os casos de Hanseníases existentes na comunidade e o seu tratamento. O objetivo dessas atividades é controlar a doença, reduzindo a sua prevalência, a menos de um caso em 10.000 habitantes, quebrando assim a cadeia epidemiológica da doença e a produção de novos casos (BRASIL, 2006).

No que diz respeito ao sexo, os resultados encontrados mostram que a doença é mais frequente no sexo masculino do que no feminino. De acordo com Melão (2011), a hanseníase em adultos é mais frequente no sexo masculino. O risco de exposição é determinante dessa diferença. Neste contexto, pode-se inferir que os homens têm maior contato social entre homens, menor preocupação com o corpo e com a estética quando comparado às mulheres, além de programas de saúde específicos voltados para a saúde masculina recentes. Desta forma, as mulheres teriam mais oportunidade de diagnóstico do que os homens. Entretanto, afirmam que com as mudanças de hábitos e costumes registrados neste século e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, essa diferença tende a desaparecer.

Conforme Roquete (1995) e Aquino (2003) o fato dos homens serem mais acometidos pela hanseníase, serem diagnosticados tardiamente e apresentarem alto percentual de incapacidades acaba por perpetuar esses percentuais. Os serviços de saúde não têm levado em consideração esses aspectos no controle da transmissão da doença. A OMS acredita que, no momento atual, definir as razões que impediram em alguns países o controle da doença até 2005, pode ajudar a conhecer os diferentes fatores envolvidos na transmissão da doença em cada região e possibilitar a sua eliminação. Nesse contexto, a realização de pesquisas regionais pode contribuir para a adoção de estratégias diferenciadas visando o controle efetivo da transmissão da hanseníase em nosso país.

Com relação a variável faixa etária a literatura indica o coeficiente de detecção na população menor que 15 anos como um dos melhores coeficientes para se determinar a magnitude da hanseníase e sua força de morbidade. No período em estudo houve 11 casos, sendo considerado um valor elevado.

Observa-se compatível predominância de adultos jovens, em ambos os sexos, em relação às faixas etárias extremas. Segundo Miranzzì (2010) além do grande número de

casos de hanseníase que determinam a doença como problema de saúde pública, o seu alto potencial incapacitante pode interferir na fase produtiva e na vida social do paciente, determinando perdas econômicas e traumas psicológicos. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos doentes.

No tocante a situação de encerramento constatou-se que 89.04% dos casos de hanseníase evoluíram para a cura. Observa-se que no contexto estudado as Taxas de Cura estão acima do recomendado, e segundo o Ministério da Saúde preconiza como precários índices menores que 75% de cura o que nos leva a entender que a PNCH está sendo bem desenvolvido no município de Campina Grande. Destaca-se a importância de executar constantemente as ações de educação em saúde como prática que otimiza a adesão ao tratamento e a emancipação do sujeito com hanseníase, levando à superação de limitações provocadas pela doença. Soma-se a isso, a necessidade de implementar a busca ativa frente ao controle da hanseníase para a detecção de casos novos, a possibilidade de diagnóstico precoce e instituição do tratamento adequado

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública. Em relação a variável abandono do tratamento constatou-se que 5.61% dos pacientes abandonaram o tratamento. A discussão sobre o abandono do tratamento da hanseníase implica numa reflexão sobre o risco de transmissão dos casos bacilíferos detectados e não tratados adequadamente, do risco de desenvolvimento de incapacidades físicas, com consequências econômicas e sociais, além do risco do desenvolvimento de formas bacilíferas fármacos-resistentes às drogas atualmente utilizadas como melhor esquema terapêutico (BRASIL, 2009).

O abandono ao tratamento também constitui um importante obstáculo a ser superado uma vez que no Brasil, em média 18% dos doentes abandonam os serviços antes de completarem o tratamento, sendo como possíveis causas a má organização interna dos serviços e a baixa cobertura dos mesmos, obrigando o paciente a grandes deslocamentos na busca de um serviço para o seu diagnóstico e tratamento. Segundo Melão (2008) o fato de o

abandono ocorrer no início do tratamento sugere a importância dos primeiros contatos do paciente com o serviço de saúde. Apesar de esse índice ser considerado baixo, deve-se lançar mão de estratégias que busquem reduzir esse percentual ainda mais, como a busca ativa dos faltosos, administração do DOTS, maior comprometimento dos profissionais de saúde onde atenção deve ser empreendida no sentido de conseguir passar credibilidade dos serviços, fornecendo toda informação que o paciente requer para compreender a doença e o tratamento que lhe é oferecido, reorganização dos serviços de saúde de modo a facilitar o acesso do paciente ao seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento adequados.

Ainda de acordo com Miranzz (2010) outro fator de extrema relevância é o fato de a hanseníase ser tida como uma doença estigmatizadora. O pouco conhecimento que a população detém, dificulta a aceitação, até mesmo dos próprios portadores, que abandonam ou se recusam a realizar o tratamento, além de não admitirem que possuem a doença. Logo, urge que o tema tenha uma abordagem ampla perante a população, que haja um planejamento de uma educação em saúde continuada com o intuito de informar, esclarecer e educar essa comunidade.

Em relação a variável recidiva, 2.52% dos pacientes apresentaram recidiva. Durante esse processo 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). Segundo o Ministério da Saúde (2009), os critérios clínicos para o diagnóstico de recidiva deverão se basear na classificação operacional, quando afastada a possibilidade de estado reacional.

Os dados demonstram que a magnitude da recidiva de hanseníase, durante o período do estudo, demonstrou ser baixa (3.03%) no município de Campina Grande. Entretanto, é necessário disponibilizar para as unidades de saúde que realizam diagnóstico tratamento e acompanhamento dos pacientes com hanseníase uma maior infraestrutura clínica e laboratorial no sentido de otimizar ainda mais os serviços prestados aos pacientes proporcionando qualidade e resolutividade no tratamento reduzindo assim os índices da recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, os resultados referentes ao município de Campina Grande apontam que os índices de recidiva não estão críticos em comparação com outros estudos. Entretanto, é necessário disponibilizar para as unidades de saúde que realizam tratamento e acompanhamento nos pacientes com hanseníase condições clínicas e laboratoriais para melhorar ainda mais os serviços prestados aos usuários proporcionando qualidade no tratamento e reduzindo os índices da recidiva.

Apesar do declínio na taxa de detecção de casos novos ao longo do período estudado, nota-se que essas taxas encontram-se acima do preconizado pela OMS para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. O comprometimento das equipes atuantes na atenção básica no combate a hanseníase ajudará para que as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para eliminação desse agravo sejam definitivamente alcançadas.

Por tudo isto se constata que a hanseníase é um importante problema de saúde e que, em relação ao período abrangido na presente avaliação, é evidente a necessidade de um serviço que disponibilize profissionais capacitados qualificados e comprometidos, com prevenção, identificação, tratamento e reabilitação dos casos, o que sem dúvida é produto de um sistema de saúde comprometido com uma melhor condição de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. MELAO, Suelen et al . Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n. 1, fev. 2011
2. 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.

3. OPROMOLLA, Diltor Vladimir et al . Estimativa da prevalência da hanseníase pela investigação em demanda inespecífica de agências de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, jun. 1990. 10 p.
4. 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.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Tabulação de dados, período 2007 a 2008. Disponível em www.saude.gov.br, acessado em 19 de junho de 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos de Saúde**. Brasília, Rede Intergeneracional de Saúde, 2008. Disponível em www.datasus.gov.br. acessado em 19 de junho de 2010.
7. MIRANZI, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Livia Helena de Moraes; NUNES, Altacilio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, Feb. 2010
8. PEREIRA, Elizane Viana Eduardo et al . Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, Apr. 2011 .
9. Roquete AFO, Feitosa DB, Diniz LVG, Madalena M, Lins MD. Avaliação das incapacidades em pacientes hansenícos, atendidos nos serviços públicos de saúde do Distrito Federal com alta em 1995. **Rev saúde Dist Fed** 1997;8(1):27-40.
10. Aquino DM, Santos JS, Costa JM. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(1):119-25.
11. PEREIRA, Adriana Jimenez et al . Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, 2008, 8 p.
12. Diniz LM cols. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 42(4): 420-424, jul-ago, 2009.
13. SOUZA, CS. **Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial**. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 325-334 jul./set. 1997.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica 7. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2009

15. SAÚDE, Ministério da Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.2008

16. BERTOLOZZI, M.R.**A adesão ao programa de controle da hanseníase no distrito sanitário do Butantã.**São Paulo,1998. 211f.Tese (Doutorado).Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,São Paulo,1998.Disponível em: <http://www.teses.usp.br/> acesso em 09 de junho de 2010

17. 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.

18. VIRMOND, M. **A Hanseníase como doença de baixa prevalência.** *Hansen. Int.*1995. vol.20, n.2, pp.27-35

19. ANDRADE, V.L.G.de. **Paucibacilar ou Multibacilar? Uma contribuição para os serviços de saúde.** *Hansen. Int.*1996.vol. 21, n.2 pp. 6-13.

20. ANDRADE, V.L.G.de. **Paucibacilar ou Multibacilar? Uma contribuição para os serviços de saúde.** *Hansen. Int.*1996.vol. 21, n.2 pp. 6-13.

APÊNDICE

Andamento do projeto - CAAE - 4682.0.000.133-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, 2000 A 2009				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na
Aprovado no CEP	13/09/2010 14:35:01	22/10/2010 12:26:06		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	
3 - Protocolo Aprovado no CEP	22/10/2010 12:26:06	Folha de Rosto	4682.0.000.133-10	(
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	12/09/2010 23:40:59	Folha de Rosto	FR371091	(
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	13/09/2010 14:35:01	Folha de Rosto	4682.0.000.133-10	(

 Voltar