



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS  
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**ISABELA MOTTA FELÍCIO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, 2006 A 2016**

**Campina Grande**

**Novembro/2017**

**ISABELA MOTTA FELÍCIO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, 2006 A 2016**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau Bacharel em Farmácia

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Socorro Ramos de Queiroz

**Campina Grande**

**Novembro/2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do Trabalho de Conclusão de Curso.

F311p Felício, Isabela Motta.  
Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Campina Grande, 2006 a 2016 [manuscrito] : / Isabela Motta Felício. - 2017  
44 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Departamento de Farmácia - CCBS."

1. Doença infectocontagiosa. 2. Mycobacterium leprae. 3. Hanseníase. 4. Epidemiologia.

21. ed. CDD 614.4

ISABELA MOTTA FELÍCIO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PORTADORES DE HANSENÍASE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, 2006 A 2016

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de  
Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do grau  
Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 28/11/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

*Maria do Socorro Ramos de Queiroz*

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Ramos de Queiroz (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Prof.*

Prof. Dr. Heronides dos Santos Pereira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Thúlio Antunes de Arruda*

Prof. Dr. Thúlio Antunes de Arruda  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, meu pai e minha  
irmã. DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me iluminado todos esses anos, me dando forças e sabedoria para todos os desafios vencidos.

Agradeço à minha família, a meus pais, Maria do Carmo e Irineu por todo investimento, boa educação, amor e paciência. À minha irmã Melissa, pelo companheirismo. Agradeço também à minha vó Nevinha por todas as orações e torcida para chegar até aqui.

Aos professores do curso de Farmácia, em especial minha orientadora, M<sup>a</sup> do Socorro Ramos de Queiroz, na qual pude conviver durante toda minha graduação desenvolvendo as atividades do PET, muito obrigada por todo o conhecimento adquirido.

A meus amigos da faculdade, pela boa jornada durante todos esses anos, em especial ao grupo Chora Aurora, na qual sempre estiveram comigo compartilhando momentos felizes, de medo, desafios e aprendizado. Agradeço também aos meus colegas do PET, por todos os momentos vividos.

À minha melhor amiga, parceira, companheira, Renata, meu muito obrigada por todos os momentos de alegria.

Agradeço as técnicas da Farmácia Roval, que durante todo esse período estiveram presentes na minha rotina, em especial ao meu supervisor, Jair Dantas, por todo o aprendizado e motivação.

Agradeço também aos pacientes atendidos pelo PET, que me proporcionaram vivenciar as atividades de farmacêutica.

## RESUMO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O agente causador é o *Mycobacterium leprae*. A Hanseníase possui quatro formas clínicas, aos aspectos histológicos, bacteriológicos e imunológicos: Tuberculóide, Indeterminada, Dimorfa e Virchowiana respeitando os critérios de cada caso individualmente. Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo, realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no município Campina Grande-PB entre 2006 a 2016. Foi realizado um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo, em pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Referência em Hanseníase no município de Campina Grande, Paraíba. A amostra do estudo foi constituída por 1064 pacientes que tiveram o diagnóstico clínico e laboratorial confirmado entre os anos de 2006 a 2016, que foram registrados e notificados junto à Secretaria Municipal de Saúde, a coleta de dados foi realizada com acesso as fichas dos pacientes e com auxílio do programa Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), complementando com os dados disponíveis no Banco de Dados da própria Secretaria de Saúde de Campina Grande – PB. Com base nos dados, mostra um maior número de pacientes do gênero masculino, 546 casos. Entre a faixa etária, a mais prevalente foi ente 35 a 49 anos, tanto entre os homens (28%) como das mulheres (27%). Em relação ao modo de saída, 75% dos casos notificados (798) evoluíram para cura, 10% (104) abandonaram o tratamento. Os dados de óbito e de erro de diagnóstico tiveram os mesmos resultados, apresentando 2% (17). Com relação às formas clínicas, a Dimorfa teve uma maior prevalência com 221 casos. A Indeterminada ficou em segundo lugar com 197 casos seguidos pela Tuberculóide e Virchowiana com 155 e 149, respectivamente. Vale ressaltar que 32% dos casos (342) não tiveram sua clínica informada. Conclui-se que, ao longo dos 10 anos que foram observados, verifica que a Hanseníase ainda é um problema sério de saúde em Campina Grande – PB, e que, os resultados dessa pesquisa são de extrema importância e utilidade, pois através dessas informações se torna possível que os gestores de saúde desenvolvam educação continuada, palestras, ações preventivas voltadas ao tema.

**Palavras-chave:** Doença infectocontagiosa. *Mycobacterium leprae*. SINAN.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease of chronic evolution that is mainly manifested by cutaneous lesions with decreased thermal sensitivity, painful and tactile. The causative agent is *Mycobacterium leprae*. Leprosy has four clinical forms: histological, bacteriological and immunological aspects: Tuberculoid, Indeterminate, Dimorfa and Virchowiana respecting the criteria of each individual case. In this sense, the present study had as objective to perform a survey of the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy in Campina Grande-PB from 2006 to 2016. A retrospective, longitudinal, documental and descriptive study was carried out in patients attending the outpatient clinic of the Leprosy Reference Service in the city of Campina Grande, Paraíba. The study sample consisted of patients who had a confirmed clinical and laboratory diagnosis between the years 2006 and 2016, who were registered and notified to the Municipal Health Department. Data collection was done with access to patient records and with (SINAN), complementing with the data available in the database of the Secretary of Health of Campina Grande - PB. Based on the data, shows a greater number of male patients, 546 cases. Among the age group, the most prevalent was between 35 and 49 years, both among men (28%) and women (27%). Regarding the mode of exit, 75% of the reported cases (798) evolved to cure, 10% (104) abandoned treatment. The death and diagnostic error had the same results, presenting 2% (17). Regarding the clinical forms, Dimorfa had a higher prevalence with 221 cases. Indeterminate ranked second with 197 cases followed by Tuberculoid and Virchowiana with 155 and 149, respectively. It is noteworthy that 32% of the cases (342) did not have their clinic informed. It is concluded that, during the 10 years that have been observed, it is verified that leprosy is still a serious health problem in Campina Grande - PB, and that the results of this research are extremely important and useful, because through this information makes it possible for health managers to develop continuing education, lectures, and preventive actions on the subject.

**Keywords:** Infecto contagious disease. *Mycobacterium leprae*. SINAN.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – Frequência de casos novos entre os anos 2006 – 2016.....	22
<b>GRÁFICO 2</b> – Índice de escolaridade entre os portadores de Hanseníase.....	24
<b>GRÁFICO 3</b> – Distribuição de casos segundo critério de raça/cor.....	25
<b>GRÁFICO 4</b> – Frequência por modo de entrada.....	26
<b>GRÁFICO 5</b> – Frequência por modo de detecção .....	27
<b>GRÁFICO 6</b> – Frequência por modo de saída.....	28
<b>GRÁFICO 7</b> – Distribuição da classificação operacional da Hanseníase .....	29
<b>GRÁFICO 8</b> – Distribuição por forma clínica e gênero dos pacientes diagnosticados com Hanseníase .....	30
<b>GRÁFICO 9</b> – Avaliação de acordo com o exame de Baciloscopia .....	31
<b>GRÁFICO 10</b> – Avaliação de Incapacidade física no Diagnóstico e Cura.....	32
<b>GRÁFICO 11</b> – Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de tratamento e número de doses da medicação.....	33

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Avaliação do número de casos de Hanseníase por faixa etária e por gênero.....	23
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**BH** Bacilo de Hansen

**CNS** Conselho Nacional de Saúde

**MB** Multibacilar

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**PB** Paucibacilar

**PCR** Reação em Cadeia da Polimerase

**PQT** Poliquimioterapia

**PSF** Programa de Saúde da Família

**SINAN** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral .....	13
2.2 Objetivos Específicos .....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Caracterizações da Hanseníase.....	14
3.2 Epidemiologias da Hanseníase .....	14
3.3 Formas clínicas da Hanseníase.....	15
3.4 Diagnósticos da Hanseníase.....	17
3.5 Tratamentos da Hanseníase .....	18
4 METODOLOGIA .....	19
4.1 Tipo de pesquisa .....	19
4.2 Amostra estudada .....	19
4.3 Critérios de inclusão e exclusão .....	19
4.4 Instrumento de coleta de dados .....	19
4.5 Aspectos Éticos .....	20
4.6 Análise dos dados .....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO .....	34
REFERÊNCIAS .....	35
ANEXOS.....	40
ANEXO A - Termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE.....	41
ANEXO B - Termo de compromisso do pesquisador .....	43
ANEXO C- Termo de Autorização Institucional .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, cuja manifestação se dá através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, caracterizado por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade (ROMÃO; MAZZONI, 2013). A preferência pela pele e nervos periféricos são características peculiares dessa doença, facilitando na maioria dos casos, o diagnóstico (CASSOL et.al., 2015).

Por muito tempo a doença era conhecida como “Lepra”. Como não se conhecia o agente causador, os portadores da doença eram isolados, sendo expulsos de suas colônias e povoados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Portaria nº 165 de 14 de maio de 1976 proscrivendo a palavra “Lepra” e suas derivações descritas na Lei nº 9010 de 29 de março de 1995 (BRASIL, 1977; BRASIL, 1990). O uso da nova terminologia “Hanseníase” é um avanço para eliminar preconceitos e a rejeição dos portadores (BRASIL, 1990; RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Segundo Cohen (2009), os dados numéricos da OMS mostraram que nos últimos 25 anos, a Hanseníase apresentou uma queda na prevalência no mundo, principalmente em países endêmicos, como o Brasil, que ainda apresenta mais de 80% dos pacientes das Américas.

O *Mycobacterium leprae*, também conhecido como Bacilo de Hansen (BH) é álcool-ácido resistente, parasita intracelular, e apresenta maior taxa de crescimento em temperaturas inferiores a 30°C, o que justifica a localização das lesões na pele (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

A Hanseníase possui quatro formas clínicas, aos aspectos histológicos, bacteriológicos e imunológicos: Tuberculoide, Indeterminada, Dimorfa e Virchowiana respeitando os critérios de cada caso individualmente (GARCIA, 2011).

O Ministério da Saúde utiliza a classificação de Madri para diferenciar os pacientes acometidos pela Hanseníase: Paucibacilares: casos com até cinco lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido e Multibacilares: casos com mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido e com baciloscopia positiva (SOUSA, 2012; FERNANDES et al., 2017). Esta classificação irá determinar as características do tratamento, especificamente quanto a sua duração e ao tipo de droga administrada. Na ausência das lesões cutâneas (forma

neural pura), o quadro clínico da hanseníase assemelha-se ao de outras neuropatias, dificultando, desta forma, o diagnóstico precoce (CASSOL et.al, 2015).

O tratamento do portador da doença é essencial para a sua cura e para a eliminação da fonte de infecção, quebrando a cadeia de transmissão da doença. É composto por quimioterápico específico com poliquimioterapia (PQT), associado ao acompanhamento para identificar e solucionar possíveis intercorrências, bem como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2007).

Portanto, este trabalho teve por objetivo realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no município de Campina Grande-PB no período de 2006 a 2016.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no município Campina Grande-PB entre 2006 a 2016.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os casos novos de hanseníase e analisar o perfil, segundo faixa etária, gênero e classificação operacional dos pacientes;
- Descrever e analisar a distribuição e o comportamento dos casos novos de Hanseníase no município de Campina Grande entre 2006 e 2016.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Caracterizações da Hanseníase

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O agente causador é o *Mycobacterium leprae*.

O *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen foi descrito em 1873 pelo norueguês Amauer Hansen, é um parasita intracelular obrigatório que possui afinidade por células cutâneas e nervos periféricos. Apresenta-se em forma de bastonetes álcool-ácido resistente. Sua reprodução é entre 12 a 14 dias e não pode ser cultivado ficando disponível no meio ambiente em até 36 horas numa temperatura de 36,7 °C (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Quanto a taxonomia do bacilo de Hansen, denominado *Mycobacterium leprae* é determinada a Classe: *Schizomycetes*; Ordem: *Actinomycetales*; Família: *Mycobacteriaceae*; Gênero: *Mycobacterium* (BRASIL, 1960).

O período de incubação do *Mycobacterium leprae* é em média de 2 a 7 anos, com referências a períodos mais curtos, 7 meses, assim como a mais longos, 10 anos. Para o tratamento, deve-se seguir a classificação operacional feita com base em: carga bacilar, número de lesões cutâneas, sinais e sintomas da doença, testes imunológicos e exames laboratoriais, como a baciloscopia (ROMÃO; MAZZONI, 2013).

#### 3.2 Epidemiologias da Hanseníase

O homem é considerado como o único reservatório natural do bacilo. Os pacientes portadores de formas multibacilares são considerados a principal fonte de infecção. A existência de portadores sadios tem sido relatada pelos estudos de DNA utilizando a técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR), entretanto, o papel desses na transmissão e o seu risco de adoecimento não está definido (ARAÚJO, 2003).

As vias aéreas superiores constituem a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo. A pele erodida, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção. As secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal,

podem eliminar bacilos, mas não possuem importância na disseminação da infecção (ARAÚJO, 2003).

A epidemiologia da hanseníase tem como principais áreas endêmicas países com um clima tropical, elevadas temperaturas e precipitações pluviométricas. Países localizados na faixa intertropical: Índia; Brasil; Myamar; Madagascar; Nepal; e Moçambique. Em regiões de clima temperado e frio, entretanto, a Hanseníase também apresentou incidências altas, mas com eliminação sem uma explicação definitiva (MAGALHÃES; ROJAS, 2007).

Segundo Tayah et al., (2007) a Hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil. Há uma enorme repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Essas incapacidades constituem a grande causa de estigmatização e de isolamento do paciente na sociedade, levando conseqüentemente a uma queda na qualidade de vida, afetando o lado físico, social e psicológico desses indivíduos.

### **3.3 Formas clínicas da Hanseníase**

As manifestações formas clínicas da Hanseníase dependem mais da resposta imunocelular do hospedeiro ao *M. leprae* que da capacidade de multiplicação bacilar. A Hanseníase é classificada em: Indeterminada, Tuberculoide, Dimorfa e Virchowiana (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

- **Hanseníase Indeterminada**

É a primeira manifestação clínica da doença, após meses ou anos ocorre outra forma clínica ou a cura da patologia (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014). Apresenta poucas lesões na pele de coloração esbranquiçada, manifesta-se por máculas hipocrômicas, acrômicas, eritematosas ou eritematosas-hipocrômicas, de limites imprecisos, com alterações da sensibilidade (CASSOL et al., 2015).

Em certos casos, aparecem apenas distúrbios da sensibilidade em áreas aparentemente sadias. Nas lesões, observam-se hiperestesia ou anestesia, anidrose e alopecia. As lesões cutâneas são ovulares ou circulares, isoladas ou confluentes, de localização e número variáveis (CAMPOS FILHO, 2011; CASSOL et. al, 2015).

- **Hanseníase Tuberculóide**

A lesões são sólidas e elevadas com menos de 1 cm de diâmetro com aspecto papuloso ou tuberoso, às vezes agrupando-se em placas, de tamanhos variados, bem delimitadas. Outras vezes formam lesões circinadas ou anulares, assimétricas, quase sempre únicas ou pouco numerosas; a hipo ou anestesia é precoce e está sempre presente (CASSOL et al., 2015).

A doença acomete crianças, nas idades entre dois e quatro anos, sendo denominada como Hanseníase Tuberculóide nodular da infância (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Geralmente, o comprometimento neurítico é de um ou poucos nervos. Em raros casos (elevada resistência), pode haver necrose do nervo (neurite coliquativa, impropriamente chamada abscesso de nervo) (CASSOL et. al., 2015). Os bacilos não são encontrados nos esfregaços de rotina e o histopatológico aponta um quadro histológico tuberculóide, os casos têm tendência à cura espontânea (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

- **Hanseníase Dimorfa**

Conhecida como Bordeline em algumas literaturas, este grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico (CASSOL et al., 2015).

As lesões da pele revelam-se numerosas e sua morfologia de Hanseníase Virchowiana e Hanseníase Tuberculóide, podendo haver predominância, de um, ou do outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos (ARAÚJO, 2003).

Também são denominadas “queijo-suíço”, pois algumas são representadas por placas eritematosas de limites externos mal definidos com eritema que perde a cor gradativamente e contrastam com a demarcação mais definida dos limites internos da borda da lesão cutânea. As lesões neurais são expressivas, podendo atingir mais de um tronco nervoso (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

- **Hanseníase Virchowiana**

Nesse tipo de Hanseníase, o organismo não oferece resistência à multiplicação do bacilo, o que resulta no desenvolvimento e dispersão da doença (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Lesões cutâneas eritematosas infiltradas com limites externos poucos nítidos. São em geral simétricas e localizam-se em praticamente todo o corpo. As áreas mais comprometidas são: a região frontal centro medial da face e lóbulos da orelha, o que caracteriza a “face leonina” (SOUZA, 1997).

Apresenta comprometimento das áreas extensoras dos membros, antebraço, dorso da mão, e extremidades dos membros superiores e inferiores, observando articulações e dígitos com presença de edemas e com diminuição ou ausência de pelos (SOUZA, 1997).

É comum a polineurite simétrica. As mucosas nasal, orofaríngea e ocular apresentam-se infiltradas. Pode haver adenopatia e comprometimento de outros órgãos (laringe, testículos, baço, fígado, dentre outros) (CASSOL et al., 2015).

### **3.4 Diagnósticos da Hanseníase**

É realizado através do exame clínico dermatoneurológico (BRASIL, 2002). Buscam-se sinais da doença no paciente, na qual são geralmente lesões mais claras que a pele. Também são realizadas análises da história do paciente e suas condições de vida

A presença de um ou mais sinais como: presença de lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de um ou mais nervos associados à presença de espessamento neural e/ou baciloscopia positiva, define-se como caso de tratamento para a Hanseníase (CAVALCANTI; SILVA, 2008).

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico. Mostra-se negativa nas formas Tuberculóide e Indeterminada, fortemente positiva na forma Virchowiana e revela resultado variável na forma Dimorfa. A afinidade que o bacilo apresenta por pele e nervos periféricos, facilita no diagnóstico da doença e no tratamento (ARAÚJO, 2003).

Existem outros exames, quando necessários, como o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação (ARAÚJO, 2003).

### **3.5 Tratamentos da Hanseníase**

Compreende em poliquimioterapia específica (PQT), supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial (ARAÚJO, 2003).

A forma de tratamento difere em consideração o número de lesões. A Paucibacilar (PB) é uma manifestação mais moderada, sendo visto entre cinco ou menos lesões. A Multibacilar (MB) é a forma mais grave, tendo como característica entre cinco a mais do número de lesões (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Nas duas formas o tratamento é realizado com os mesmos medicamentos, que são: dapzона, clofazimina e rifampicina. O que difere é o tempo de uso, sendo a Paucibacilar durante seis meses e a Multibacilar durante um ano (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

A PQT é recomendada pela OMS, pois a associação dos medicamentos evita a resistência do bacilo, tornando-o inativo e inviável, levando à cura. Sendo assim, com o início do tratamento, a transmissão da doença é logo interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garantindo a cura da doença (CAVALCANTI; SILVA, 2008).

O tratamento pode gerar efeitos colaterais, tais como: reações alérgicas agudas, icterícia, nesse caso o paciente deve suspender o tratamento e procurar um centro de referência. O surgimento de efeitos colaterais secundários como: urina avermelhada decorrente da rifampicina ou alterações na cor da pele pelo uso da clofazimina, não deverá suspender o tratamento, pois essas alterações desaparecerão ao final do tratamento (RODRIGUES; AZEVEDO, 2014).

Para o tratamento de febre e inchaço dos membros inferiores e superiores, devido as Reações Hansênicas, o tratamento é feito com aspirina 500 mg em até seis vezes ao dia ou paracetamol 1000 mg até quatro vezes ao dia. Em casos mais graves em que envolvem os nervos ou o corpo inteiro, deve ser feito tratamento à base de corticoides (BRASIL, 2002).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Foi realizado um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo, em pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Referência em Hanseníase no município de Campina Grande, Paraíba, no período de 2006 a 2016. As variáveis sociodemográficas estudadas foram: idade, gênero e zona de habitação e as variáveis clínicas: classificação operacional, classificação de Madri e baciloscopia. Como variáveis epidemiológicas foram coletados os seguintes dados: proporção de casos novos de Hanseníase por ano, modo de entrada, modo de detecção, modo de saída, classificação operacional, forma clínica, exame de baciloscopia, grau de incapacidade de cura, frequência de número de doses por classificação operacional.

### **4.2 Amostra estudada**

A amostra do estudo foi constituída por 1064 pessoas diagnosticadas com Hanseníase que procuraram a Secretaria Municipal de Saúde do município Campina Grande-PB entre 2006 a 2016.

### **4.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Fizeram parte do estudo os pacientes que tiveram o diagnóstico clínico e laboratorial confirmado entre os anos de 2006 a 2016, que foram registrados e notificados junto ao Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, foram excluídos do estudo pacientes que estiveram sendo encaminhados para realizar o diagnóstico ou que não tiveram concluído o diagnóstico no referido período.

### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada através Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), complementando com os dados disponíveis no Banco de Dados (DBF) da própria Secretaria de Saúde de Campina Grande – PB.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da UEPB e aprovado sob nº 554589616.0.0000.5187. Os participantes foram informados acerca dos objetivos, da metodologia e dos possíveis desconfortos e/ou benefícios que a pesquisa poderia resultar. Após explicações os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (ANEXO A). Também foram apresentados um Termo de Compromisso do Pesquisador (ANEXO B) e um Termo de Autorização Institucional (ANEXO C), assinado pela gerente da unidade de saúde. Desta forma, este projeto esteve de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

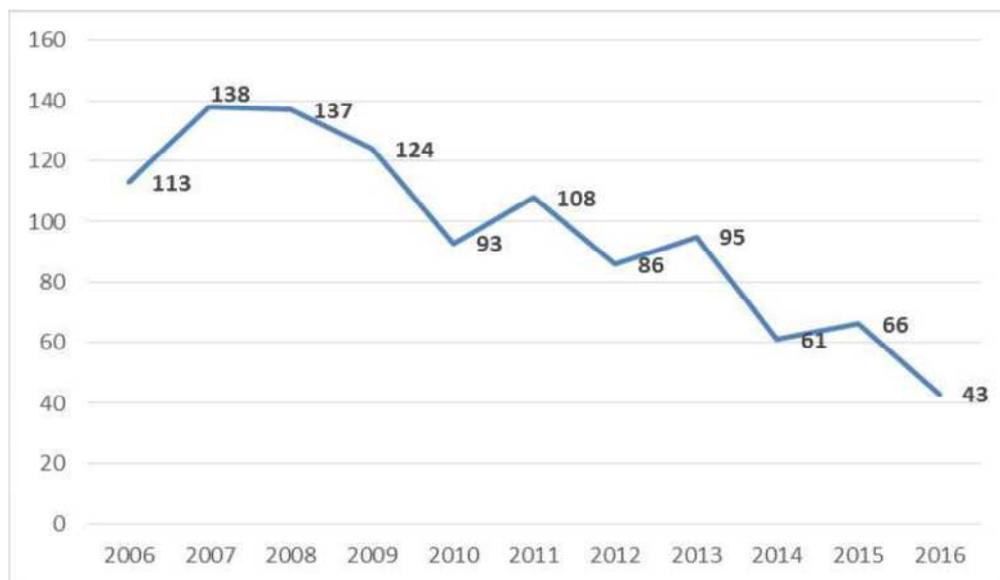
#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva por meio dos programas Microsoft Excel (versão 2016) e apresentados por meio de gráficos e/ou tabelas. Diante das variáveis quantitativas foi realizada uma análise, confrontando os dados obtidos com os da literatura científica.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de estudos foram notificados 1064 novos casos de Hanseníase na Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB. Conforme o Gráfico 1, o ano de 2007 apresentou o maior número de casos com 138 pacientes diagnosticados com a doença. Por outro lado, no ano de 2016 houve uma queda no número de pessoas diagnosticadas, apresentando 43 novos diagnósticos.

**GRÁFICO 1 – Frequência de casos novos entre os anos 2006 – 2016.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Hanseníase é uma doença de preocupação nacional, deixando o Brasil em segundo lugar no mundo pelos elevados índices de incidência e prevalência. A doença atinge homens e mulheres, causando sérios prejuízos de ordem biopsicossocial e econômica, que resultarão em uma notória piora da qualidade de vida (ZANARDO et al., 2016). A OMS considera a Hanseníase endêmica principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes (LOBO et al., 2011).

Neste estudo o maior número de casos novos de Hanseníase diagnosticados situou-se nos anos de 2007 e 2008, tal resultado pode ser fruto dos esforços feitos pelas equipes de saúde na busca dos pacientes, muitas vezes em domicílio, para que estes pudessem ser tratados (MIRANZI et al., 2010). Também pode ser devido a propagandas veiculadas nos meios de comunicação a respeito de

sintomas e tratamentos, o que fez com que pessoas pudessem procurar o atendimento médico.

A partir do ano de 2010 começou a haver um declínio, pois nessa época aconteceu a descentralização do tratamento, que acontecia no Serviço de Referência do município, dando a oportunidade dos pacientes se tratarem no Programa de Saúde da Família (PSF) em seus respectivos bairros na cidade de Campina Grande (SILVA, 2013). Outros motivos podem ser devido a substituição da busca ativa de casos pela detecção passiva, pela falta de conhecimento dos profissionais e da comunidade e também pela diminuição da sensibilidade de detecção em casos novos em regiões próximas da eliminação da doença (SILVA SOBRINHO et al., 2008).

Com base nos 1064 casos, os resultados mostraram um maior número de pacientes do gênero masculino, 546 casos. Entre a faixa etária, a mais prevalente foi entre 35 a 49 anos, tanto entre os homens (28% dos casos) como das mulheres (27% dos casos), como mostra a Tabela 1.

**TABELA 1 - Avaliação do número de casos de Hanseníase por faixa etária e por gênero.**

<i><b>Faixa Etária</b></i>	<i><b>MASCULINO</b></i>		<i><b>FEMININO</b></i>	
	<b>Total</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentagem</b>
<i>5 a 9 anos</i>	7	1%	5	1%
<i>10 a 14 anos</i>	20	4%	15	3%
<i>15 a 19 anos</i>	28	5%	28	5%
<i>20 a 34 anos</i>	133	25%	113	22%
<i>35 a 49 anos</i>	154	28%	141	27%
<i>50 a 64 anos</i>	132	24%	126	24%
<i>65 a 79 anos</i>	57	10%	76	15%
<i>80 + anos</i>	15	3%	14	3%
<b>Total</b>	<b>546</b>	<b>100%</b>	<b>518</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Levando-se em consideração o gênero, o masculino foi o que predominou no estudo, mesmo que discretamente (51% dos casos), dado que corrobora com outros achados citados em literaturas pesquisadas (BATISTA et al., 2011; ROMÃO, 2013; MACARI et al., 2016). No entanto, outros pesquisadores encontraram prevalência do gênero feminino em seus estudos (LOBO et al., 2011; PINTO et al., 2011).

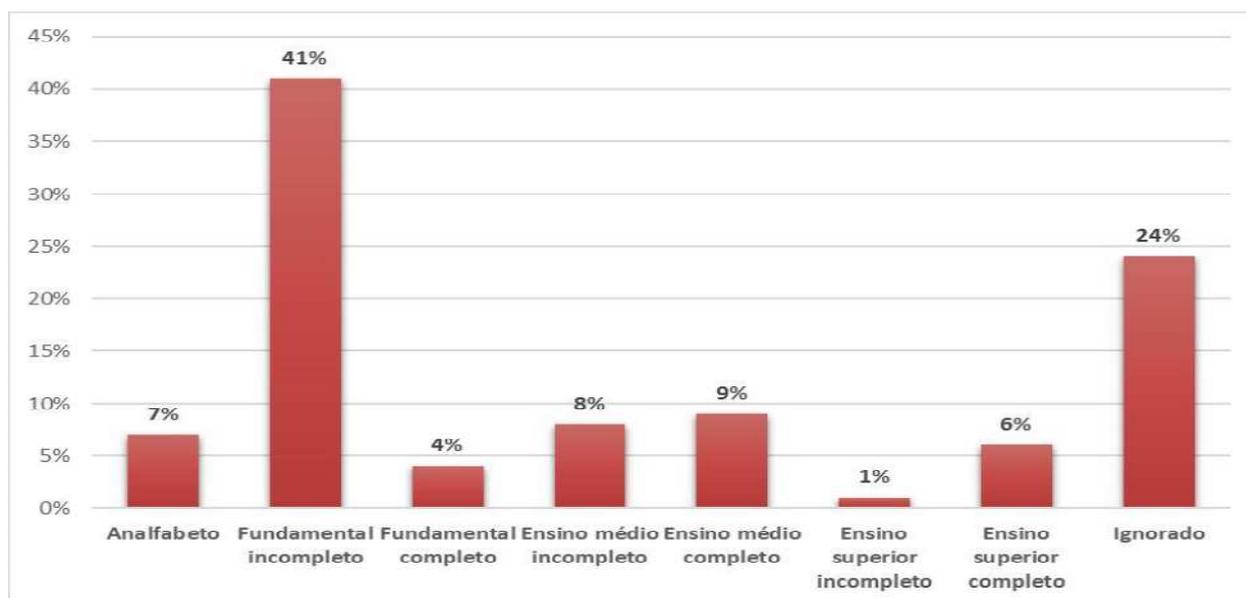
Tais resultados confirmam a maior incidência entre o gênero masculino, possivelmente, devido ao fato destes estarem em maior contato social com outras

peçoas, não se preocuparem muito com sua saúde, além de que as políticas de saúde para estes são mais escassas (MELÃO et al., 2011). O predomínio entre as mulheres em outros estudos resulta do fato destas procurarem mais a ajuda médica e realizarem precocemente o tratamento (PINTO et al., 2011).

Das pessoas acometidas, o maior número de casos, entre os dois gêneros, foi entre as faixas etárias 20 a 34 anos (25% masculino e 22% feminino), e 35 a 49 anos (28% masculino e 27% feminino). Isso 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, afastar-se da atividade produtiva e gerar um custo social demasiado (MIRANZI et al., 2010).

Dos dados analisados no Gráfico 2, sobre a escolaridade, mostra que 41% dos casos (438 portadores) possuem ensino fundamental incompleto e que o menor índice foi de 1% dos casos (15 portadores) possuem ensino superior incompleto.

#### **GRÁFICO 2 – Índice de Escolaridade entre os portadores de Hanseníase.**



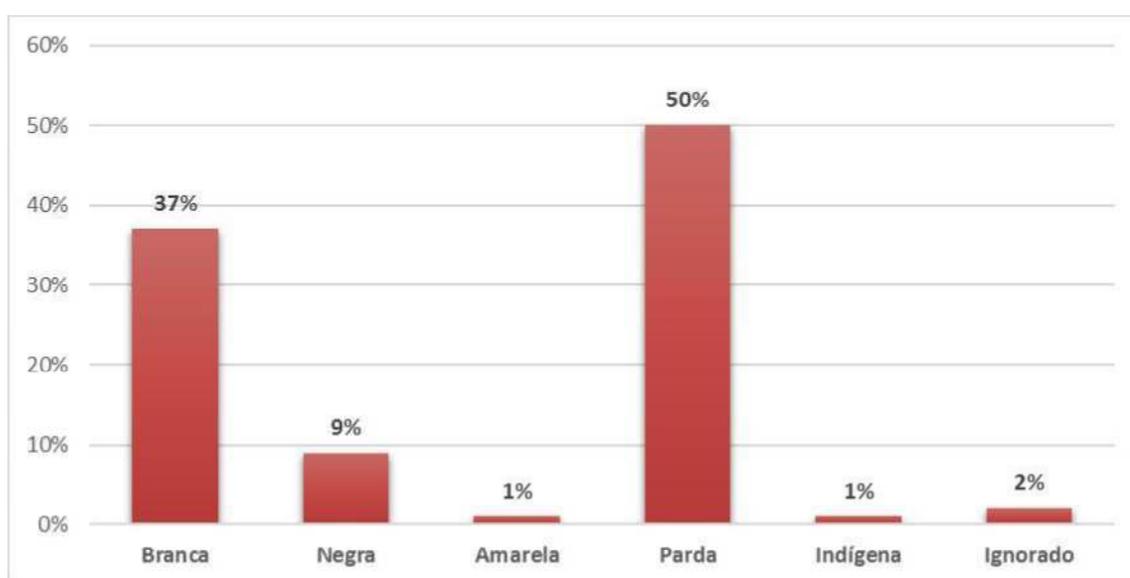
**Fonte:** Dados da pesquisa.

Com referência a escolaridade, os dados corroboraram com a literatura e demonstraram de certa forma o nível socioeconômico da população (RIBEIRO; VIEIRA; CALDEIRA, 2012). Foi observado que dos 1064 casos notificados, 41% (438 portadores) possuem ensino fundamental incompleto e que 7% (76 portadores) são analfabetos. Apenas 9% (91 portadores) possuem e ensino médio completo e 6% (59 portadores) possuem ensino superior completo. Vale ressaltar que 24% (255) ignoraram ou não foram notificados no quesito escolaridade, o que dificulta na amostragem de dados.

Portanto, pode notar que há uma baixa escolaridade entre a população acometida pela doença. Segundo, (AMARAL, 2008), a baixa escolaridade é um fator de risco para desenvolver variados graus de incapacidades. A educação proporciona ao indivíduo maior entendimento da relação saúde-doença, resultando na busca do serviço de saúde (SIMÕES, 2005). Desta forma, conclui-se que o baixo nível socioeconômico, aqui evidenciado pela baixa escolaridade está diretamente ligado aos casos de Hanseníase, e que a melhor maneira para que isso diminua é a realização de medidas que foquem no esclarecimento e na informação da doença, para que haja um diagnóstico mais precoce.

Quanto ao Gráfico 3, em que distribui os casos segundo critério de raça/cor, nota-se na cor parda com 50% dos casos (527 portadores), a segunda maior relevância foi de brancos com 37% dos casos (397 portadores), em seguida a raça negra com 9% (94 portadores).

**GRÁFICO 3 – Distribuição de casos segundo critério de raça/cor.**

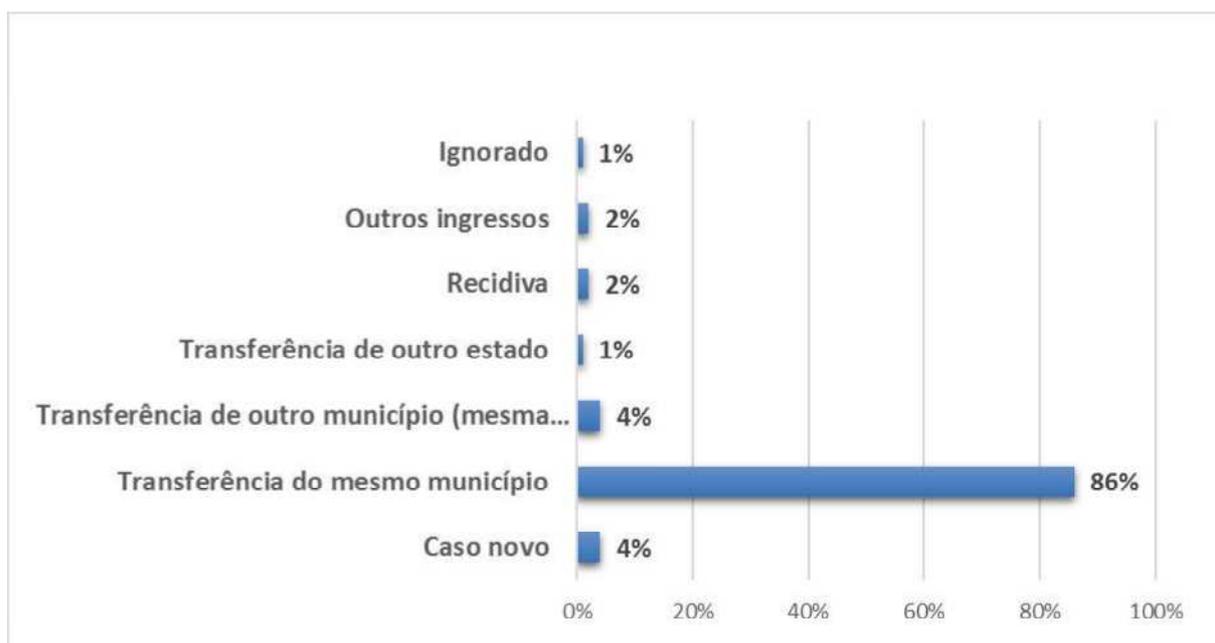


**Fonte:** Dados da pesquisa.

Diferentemente de alguns estudos, os maiores índices observados foram pardos. Alguns estudos, como o de Barbosa e colaboradores (2014) mostrou que a maior prevalência foi da raça negra. No estudo conduzido por MACARI e colaboradores (2016) o predomínio da raça branca.

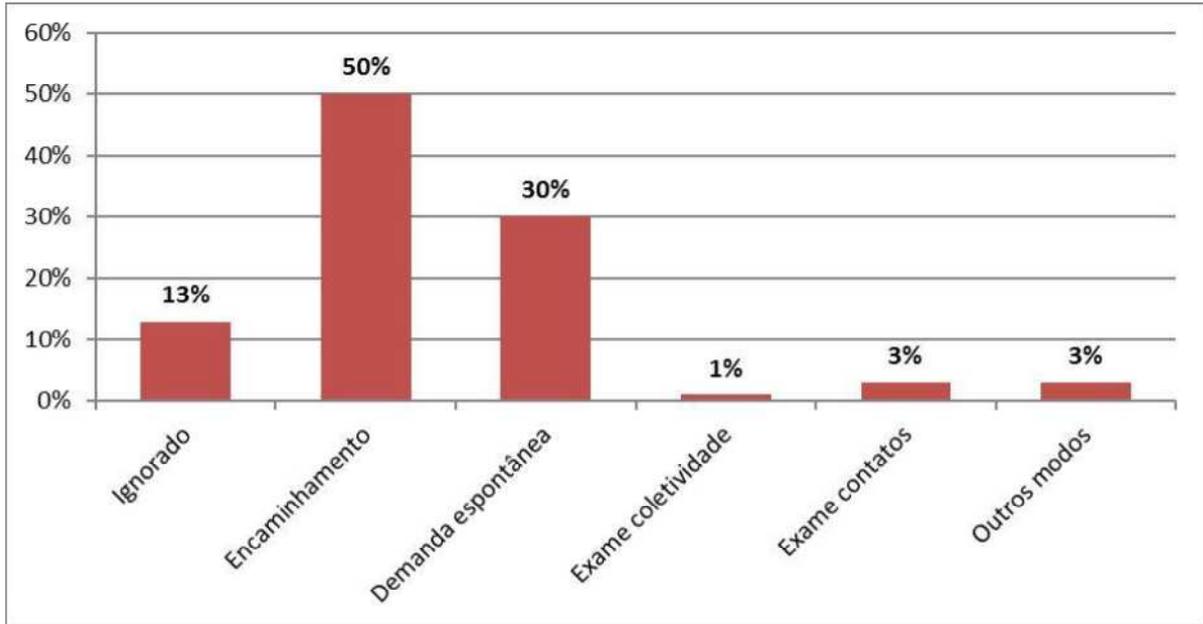
Quanto ao modo de entrada, os dados mostrados no Gráfico 4, apenas 4% (45) são de casos novos, no entanto o maior índice é de 86% (935) referentes a transferência do mesmo município, vale ressaltar que 2% dos casos (5) são de recidivas.

**GRÁFICO 4 – Frequência por modo de entrada.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Quanto à forma de detecção (Gráfico 5), foram computados todos os pacientes estudados, exceto as recidivas. A principal forma foi através de encaminhamento com 547, seguida pela demanda espontânea com 321, que juntas correspondem a 80% do total. No caso, 13% foram ignorados (135).

**GRÁFICO 5 – Frequência por modo de detecção.**

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Muitos estudos mostram que o maior índice é de casos novos (Barbosa et al., 2014; MACARI et al., 2016). Segundo Brasil (2002), existem duas formas de descoberta de novos casos: a passiva e a ativa. A passiva se dá na própria unidade de saúde em atividades rotineiras de atendimento. A ativa acontece por meio da busca sistemática de doentes pelas equipes de saúde (exames de contatos, exames de grupos específicos).

A principal forma de detecção observada no período estudado é a passiva. Representada pelo encaminhamento com 50%, seguida pela demanda espontânea com 30%. Outros estudos também demonstraram uma maior prevalência do modo de detecção passiva (LANA et al., 2011; MACARI et al., 2016).

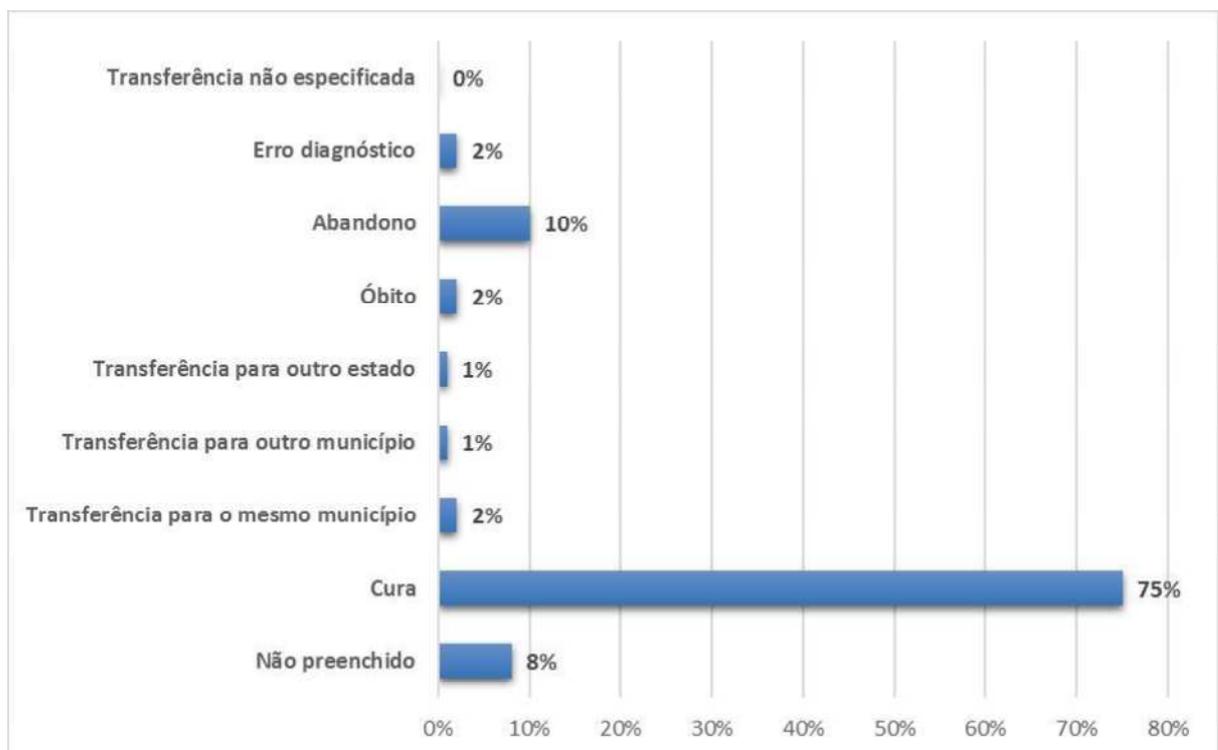
A literatura traz algumas opiniões diversas sobre a detecção passiva. Ela pode ocasionar uma diminuição do número de casos novos detectados, e isto pode gerar a falsa interpretação de uma diminuição da transmissão da Hanseníase (SMITH, 1996). Por outro lado, pode ser um ponto positivo, já que acontece o comparecimento voluntário dos doentes às unidades de saúde, representando uma população mais informada acerca da doença (PINTO NETO, 1999).

Segundo Lana e colaboradores (2011), o modo de descoberta de um caso novo pode ser correlacionado à maneira como os serviços de saúde se estruturam para prestar assistência de saúde em relação à Hanseníase.

Conclui-se então que os casos registrados em Campina Grande podem ser uma falha de busca ativa de novos casos de Hanseníase. Visto que apenas, 3% dos casos (16) foram detectados pelo exame de contatos e 1% (5) pelo exame coletivo.

Em relação ao modo de saída, 75% dos casos notificados (798) evoluíram para cura, 10% (104) abandonaram o tratamento. Os dados de óbito e de erro de diagnóstico tiveram os mesmos resultados, apresentando 2% (17). Quanto as transferências para outro estado e outro município foi de 1% (6), para o mesmo município foi de 2% (25). Vale ressaltar que 8% (81) dos formulários não foram preenchidos.

### GRÁFICO 6 – Frequência por modo de saída.



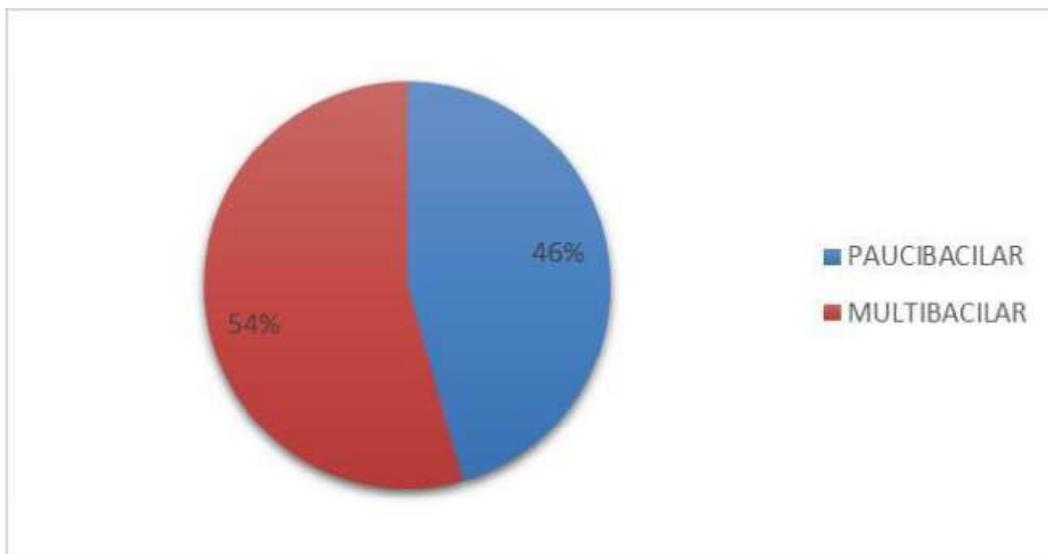
Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os pacientes diagnosticados nos anos apontados, a grande maioria obteve a cura, achados semelhantes em outros estudos também revelam o alto índice de alta por cura (LIMA et al., 2010; MIRANZI et al., 2010; RODRIGUES, 2010). Tais resultados refletem uma boa perspectiva em relação a eliminação da Hanseníase, atribuída em grande parte ao tratamento Poliquimioterápico (PQT), que quando administrado corretamente permite a melhora do quadro clínico, direcionando a alta por cura (SILVA et al., 2015). Daí pode-se inferir que um tratamento feito corretamente geralmente obtém êxito.

O abandono ao tratamento e casos de erros de diagnósticos também se fizeram presentes entre os pacientes, aqueles que abandonam o tratamento podem acarretar em prejuízos para a própria saúde, como o agravamento da doença. Os erros de diagnóstico refletem discussões sobre um melhor treinamento dos profissionais, para que não prejudique os pacientes. Além disso, a falta dos exames de baciloscopia pode estar dificultando o trabalho dos médicos causando os erros citados (SILVA, 2013).

Tomando como referência a classificação operacional da Hanseníase, a forma Multibacilar (MB) foi a que se mostrou mais incidente com 54% dos casos (579), conforme o Gráfico 7.

**GRÁFICO 7 – Distribuição da classificação operacional da Hanseníase.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

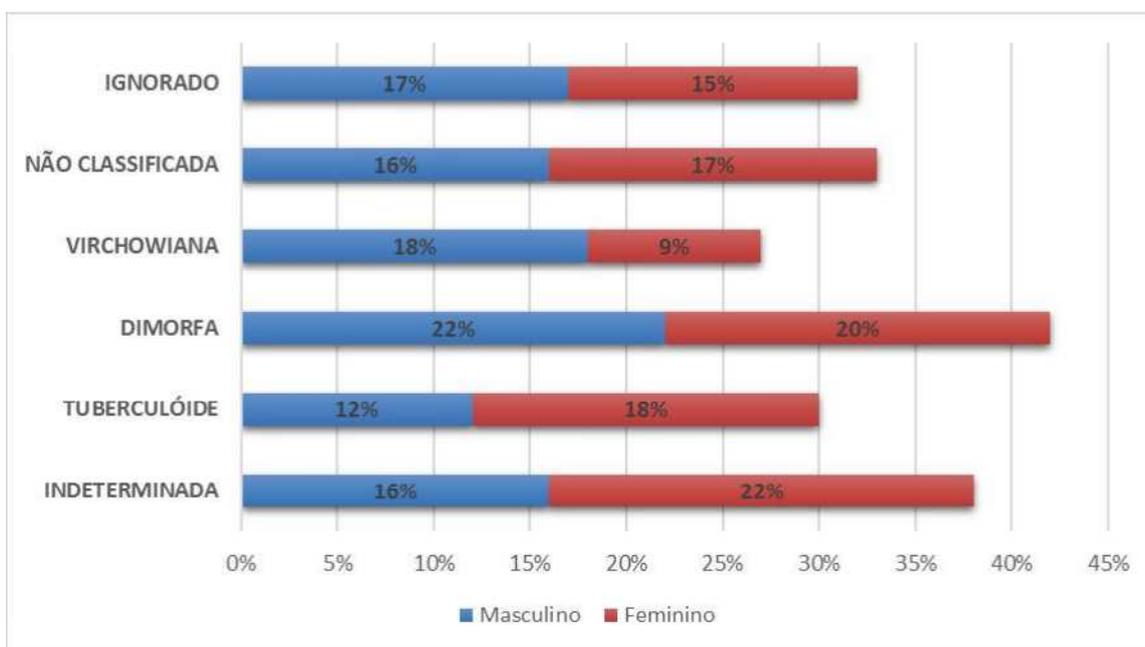
A Hanseníase é uma doença com longo período de incubação, por isso sua classificação em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB) possuem significados diferentes na cadeia de transmissão. Para tratamento a OMS recomendou a classificação baseada no número de lesões, sendo até 5 considerado Paucibacilar e mais de 5 Multibacilar (FEMINA et al., 2016).

Ocorre uma maior incidência dos casos MB, diferente de outros estudos (LOBO et al., 2011; MELÃO et al., 2011). Esse dado indica transmissão ativa, detecção tardia ou adoecimento da população menos resistente ao bacilo. Porém, vale ressaltar que o número de casos PB foi considerável dentro da amostra, 46% dos casos (485), o que indica que há um programa de combate à Hanseníase efetivo. A grande importância deste dado para um município é que ele mostra o

cenário de transmissão da doença e as ações que estão sendo implantadas para contê-la (FEMINA et al., 2016).

Com relação às formas clínicas, a Dimorfa teve uma maior prevalência com 221 casos (sendo 22% nos homens e 20% nas mulheres). A Indeterminada ficou em segundo lugar com 197 casos (sendo 16% nos homens e 22% nas mulheres), seguida pela Tuberculóide e Virchowiana com 155 e 149, (12% nos homens e 18% nas mulheres e 18% e 9%) respectivamente. Vale ressaltar que 32% dos casos (342) não tiveram sua clínica informada, sendo mostrada no Gráfico 8 como ignorado ou não classificada.

### GRÁFICO 8 – Distribuição por forma clínica e gênero dos pacientes diagnosticados com Hanseníase.



Fonte: Dados da pesquisa

A indicação da histopatologia deve ser avaliada para cada caso, pois não indicada em toda suspeita de Hanseníase, pois não é indicada para toda suspeita de desta doença. Ela é útil para classificar e auxiliar na alteração do tratamento devendo ser complementar às características clínicas da doença (FEMINA et al., 2016).

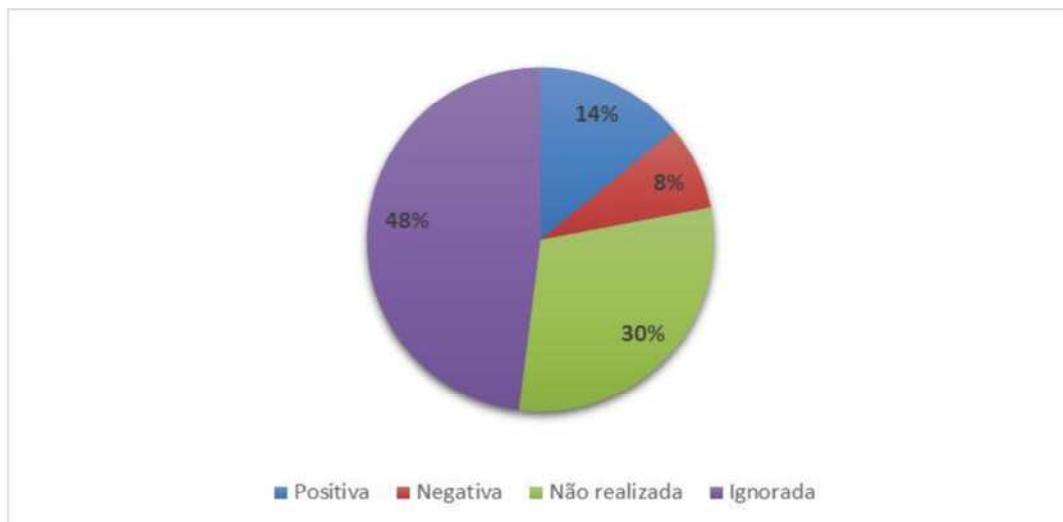
A forma clínica mais prevalente foi a Dimorfa, assim como outros estudos (LANA et al, 2006; LIMA et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2010) sugerindo um diagnóstico tardio por ser uma forma mais avançada da doença. Isso indica que as

ações de controle e prevenção da doença devem ser intensificadas para que o diagnóstico seja feito no menor tempo possível.

Ocupando o segundo lugar, a forma Indeterminada é característica da fase inicial da doença, esse aumento indica que os usuários estão mais atentos e buscando com maior frequência o atendimento médico, fato esse relacionado proporcionalmente ao aumento de números de mulheres, o que caracteriza maior incidência na pesquisa.

Foram observados os resultados dos exames de baciloscopia realizados por esses pacientes portadores da doença, onde 14% (154) apresentaram baciloscopia positiva, o que indica que foram diagnosticados com forma Virchowiana ou forma Dimorfa (mais prevalente) e 8% (80) apresentaram baciloscopia negativa o que indica que estes não eram capazes de transmitir a doença. No entanto, ressalta-se que a maioria deles, 48% (512), foi ignorado e 30% (318) não realizou o exame (GRÁFICO 9).

**GRÁFICO 9 – Avaliação de acordo com o exame de baciloscopia.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

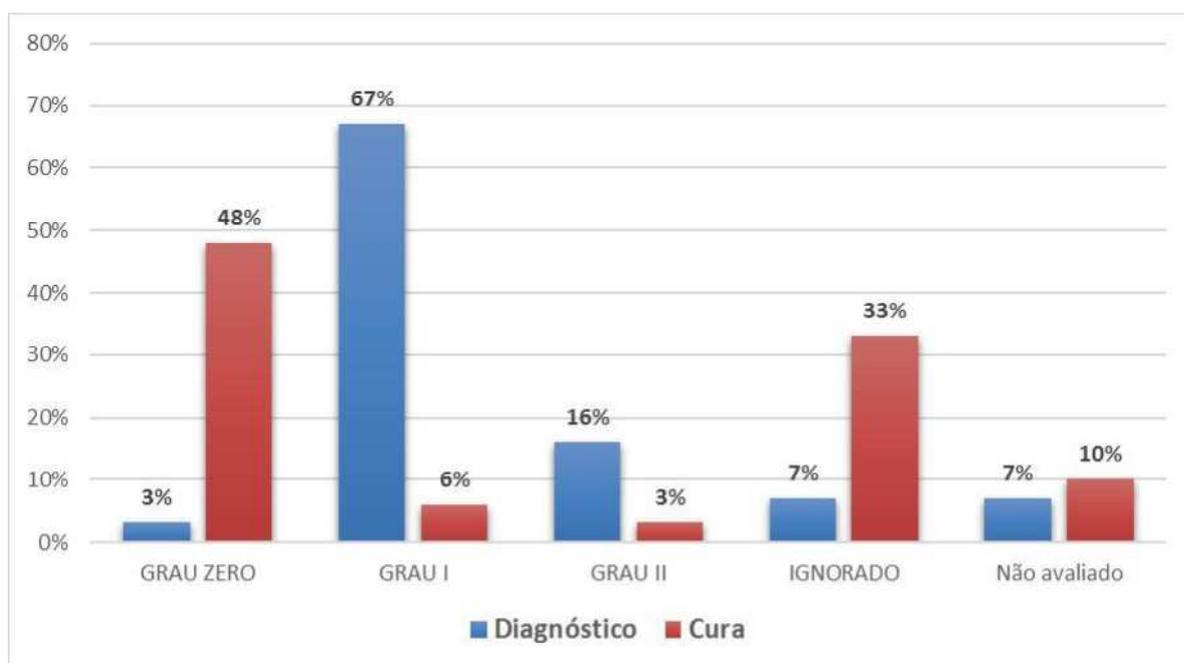
A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico, servindo como auxílio no diagnóstico da Hanseníase. O exame vai se mostrar negativo para as formas Tuberculóide e Indeterminada e fortemente positiva na forma Virchowiana e revela resultado variável na forma Dimorfa (ARAÚJO, 2003).

Porém, muitas vezes esse exame não é realizado por falta de estrutura das unidades de saúde. No estudo observou-se que grandes números dos pacientes não

realizaram esse exame dado encontrado também em outro estudo realizado na Paraíba (SIMPSON; FONSECA; SANTOS, 2010). Essa carência pode ser explicada pela falta de profissionais capacitados ou falta de recursos, fazendo com que as amostras sejam levadas a outros centros, o que leva um tempo para o diagnóstico específico, havendo um atraso para o início do tratamento, o que faz com que, muitas vezes, o exame de baciloscopia seja dispensado pelos médicos (SILVA, 2013).

Quanto à avaliação de incapacidade, é um dado de extrema importância, pois revela a qualidade do serviço e sobre a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce dos casos (FEMINA et al., 2016). Na pesquisa foi avaliado o grau de incapacidade física durante o diagnóstico e quanto a cura (Gráfico 10).

**GRÁFICO 10 – Avaliação de incapacidade física no diagnóstico e cura.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Observou-se que há uma maior incidência, 67% dos casos (708) no grau 1 na avaliação de incapacidade no diagnóstico. Segundo Femina et al., (2015), quando os casos não são avaliados e/ou apresentam grau de incapacidade 1 e/ou 2 prevalentes, há de se refletir sobre as ações nas atividades básicas de prevenção, controle e tratamento que os serviços oferecem.

Outro fator observado foi um índice de 33% (349) de ignorado na avaliação de incapacidade de cura, o que vale salientar que a ausência da avaliação de incapacidade dos pacientes no diagnóstico e na alta é uma falha, já que essa é uma

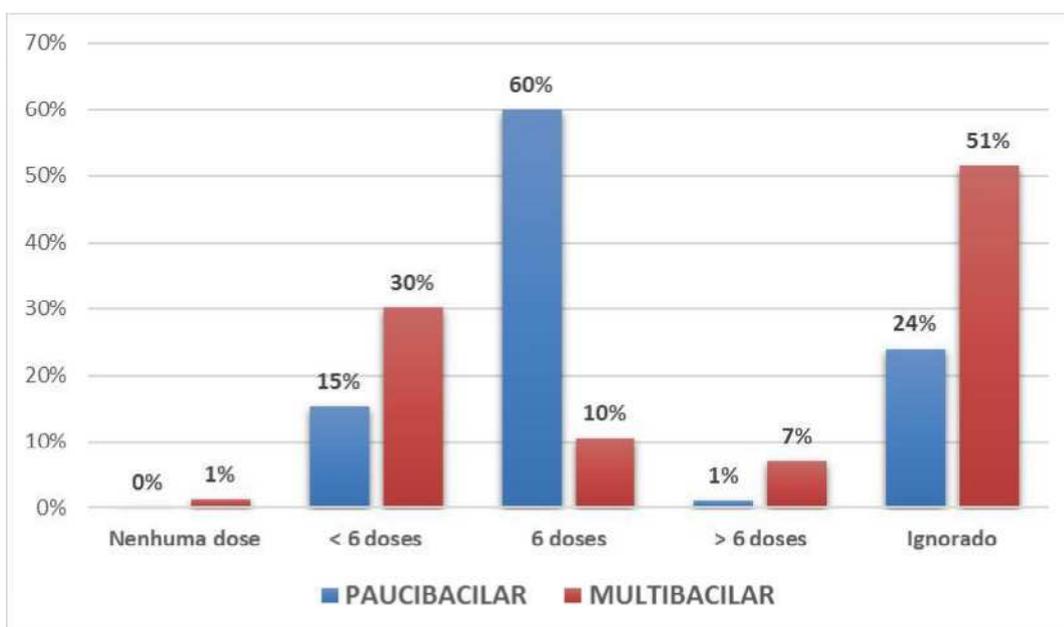
das técnicas básicas e deve ser realizadas nas unidades de saúde. Porém, o grau 0 de incapacidade de cura apresentou um índice maior de 48% dos casos (510), o que caracteriza um parâmetro bom.

Constatou redução da prevalência dos graus 1 e 2 de incapacidade de cura em relação ao diagnóstico. Essa diminuição pode ser explicada por uma série de medidas: monitoramento neural frequente, orientações, diagnóstico precoce das neuropatias, uso correto das dosagens de corticoides, órteses e tratamento fisioterápico (MACARI et al., 2016).

É importante ressaltar que o diagnóstico tardio de Hanseníase propicia o aparecimento de incapacidades, responsáveis por mutilações, perda da funcionalidade dos membros e atenuação de sensibilidade em áreas acometidas do corpo (SIMÕES, 2005).

O Gráfico 11 mostra a variação do número de doses tomadas pelos pacientes que conseguiram obter a cura. Destacou-se que 60% daqueles com as formas PB precisaram de 6 doses da PQT. Os pacientes com as formas MB em sua maioria foram ignorados com 51% dos casos, o que traz prejuízos para os dados da pesquisa.

#### **GRÁFICO 11 - Distribuição dos pacientes quanto ao tipo de tratamento e número de doses da medicação.**



**Fonte:** Dados da pesquisa.

A Hanseníase é uma doença que tem cura. No tratamento são utilizados esquemas-padrão de PQT que variam dependendo do estado do paciente e do

estágio em que a doença se encontra. Existe um esquema-padrão para as formas Paucibacilares (PQT/PB) e outro para as Multibacilares (PQT/MB) (SILVA, 2013). Esse esquema é realizado com os mesmos medicamentos, que são: dapzona, clofazimina e rifampicina.

Nos dados coletados, observou-se que apenas 1% das formas MB não tomam nenhuma dose, porém a maioria destes tomam menos de 6 doses. Nas formas PB apenas 15% tomam menos de 6 doses. Dentre os pacientes, a minoria tomava mais que 6 doses, 1% dos casos de PB e 7% dos casos de MB, o motivo pode ser pelo fato de que os pacientes podem estar demorando a procurar o médico atrasando o início do tratamento o que faz com este se torne mais longo por causa da maior gravidade das lesões.

## 6 CONCLUSÃO

Nessa pesquisa, ao longo dos 10 anos que foram observados, verificou-se que a Hanseníase ainda é um problema sério de saúde em Campina Grande – PB, mesmo com o fato de que nos últimos anos houve uma diminuição de casos notificados.

É importante salientar que este estudo encontrou algumas limitações, como a ausência e/ou preenchimento inadequado de certos dados na ficha de notificação do SINAN, dificultando a interpretação e uma análise completamente fiel à realidade do município.

Por fim, conclui-se que os resultados dessa pesquisa são de extrema importância e utilidade, pois através dessas informações se torna possível que os gestores de saúde desenvolvam educação continuada, palestras, ações preventivas voltadas ao tema. E, a população ao percebê-los procure uma Unidade Básica de Saúde o quanto antes, pois o diagnóstico precoce viabiliza a cura e evita as deformidades que a hanseníase causa.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, E. P., LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev Bras Enf.** v. 61, n. spe, p. 701-707, 2008.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev da Soc Bras de Med Tropical.** n. 3, v. 36, p.373-382, 2003.

BARBOSA, D. R. M., ARAÚJO, A. A., DAMACENO, J. C. F., ALMEIDA, M. G. de., SANTOS, A. G. dos. Perfil Epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão 2005-2012. **Rev Rede de Cuidados em Saúde.** Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.1-13. 2014.

BATISTA, E. S.; CAMPOS, R. X.; QUEIROZ, R. C. G.; SIQUEIRA, S. L.; PEREIRA, S. M.; PACHECO, T. J.; Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.** v. 9, n. 2, p. 101-106, 2011.

BRASIL, Departamento de Informática do SUS. **População estimada segundo município - 2007.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi//tabcgi.exe?32>. Acesso em: 05 de Julho de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 89p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995.** Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília. (DF), 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia.** Rio de Janeiro – Brasil, 1960, 192p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.º 165/Bsb, de 14 de maio de 1976 que estabelece a Política de Controle da Hanseníase. **Hansen Int.** n. 2, v. 1, p. 91-103, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2015. 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/tabela-geral-2015.pdf>. Acesso em: 05 jun. de 2017.

CASSOL, A. M.; CAMPOS JÚNIOR, A. P. de; MORAES, J. S. de; MACHADO, M. S.; RAMOS, M. de L. Perfil epidemiológico e incapacidades físicas em pacientes com

hanseníase no centro de saúde de Barra do Garças-MT. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica UNIVAR**. n. 13. v. 1. p. 64-68, 2015.

CAVALCANTI, C. D. T. V.; SILVA, C. G. C. **Situação de Hanseníase no município de Cabrobó, PE, 2001 a 2007**. 2008. 28f. [Monografia - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde]. Centro Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

COHEN, J. M. Hanseníase ocular: uma abordagem histórica. **Arq Bras de Oftalmologia**. n. 72, v. 5, p. 728-733, 2009.

FEMINA, L. L. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em município interior da paulista. **Arq Ciênc Saúde**.v. 23, n. 4, p. 15 – 20, 2016

FERNANDES, M. V. C.; ESTEVES, A. SANTOS, C. B. dos. Hanseníase na desigualdade social: revisão integrativa. 2017. **Amazonia**. n. 1, v. 6, p. 117-124,

GARCIA, A. C. M. Caracterização dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campina Grande-PB no período de 2001 a 2008. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2011.

LANA, F. C. F. et al. Análise da tendência epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/Minas Gerais-período: 1998-2004\*. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 107-112, 2006.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 15, n. 1, p. 62-7, 2011.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. de. Hanseníase: diagnóstico e tratamento.

**Diagn Tratamento**. n. 17, v. 4, p. 173-179, 2012.

LIMA, H. M. N.; SAUAIA, N.; COSTA, V. R. L.; NETO, G. T. C.; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 4, p. 323 – 7, 2010.

LOBO, J. R.; BARRETO, J. C.C.; ALVES, L. L.; CRISPIM, L. C.; BARRETO, L. A.; DUNCAN, L. R et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com

hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.** v. 9, n. 4, p. 283-7, 2011.

MACARI, R. A. et al. Perfil Cascavel/PR: de 2004 a 2014.

Epidemiológico da Hanseníase no município de **Revista Thêma et Scientia**, v.6, n. 1E, 2016.

MAGALHÃES M. C. C.; ROJAS L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.** n. 2, v.16, p. 75 - 84, 2007.

MELÃO, S.; BLANCO, L. F. O.; MOUNZER, N.; VERONEZI, C. C. D.; SIMÕES, P. W. T. A. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Rev Soc Bras Med Trop.** v. 1, n. 44, p. 79-84, 2011.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev Soc Bras Med Trop.** v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.

NASCIMENTO, S. S.; OLIVEIRA, D. F.; BARBOSA, L. F.; ARAUJO, M. E. C. Perfil epidemiológico dos doentes de hanseníase no município de Anápolis. **Anais do Prim Seminário de Prod Científica das Faculdades de Anhanguera**; 2010.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Media centre. Leprosy.** 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs\\_101/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_101/en/)>. Acesso em: 05 de Julho de 2017.

PINTO NETO, J. M.; VILLA, T. C. S. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). **Hansen Int.** v. 24, n. 2, p. 129-36, 1999.

PINTO, R. A.; MAIA, H. F.; SILVA, M. A. F.; MARBACK, M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Rev B S Pública Miolo.** v. 34, n. 4, p. 906 – 918, 2011.

RIBEIRO, J. A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Clínica Médica.** São Paulo, v.10, n.4, p. 272-7, Jul./Ago. 2012.

RODRIGUES, S. M.; AZEVEDO, Y. B. Hanseníase: Do conceito ao tratamento.

**[Trabalho de Conclusão de Curso].** Goiânia - GO: Faculdade Alfredo Nasser.

Janeiro/ 2014.

RODRIGUES, V. V. Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Teófilo Otoni, MG: uma análise de 2001 a 2008. **[Monografia de especialização]**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. 2010.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev de Epid e Controle de Infecção**. n. 3, v. 1, p. :22-27, 2013.

SILVA SOBRINHO, R. A. da; MATHIAS, T. A. de F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Públ.** v. 24, n. 2, p. 303-314, 2008.

SILVA, M. N.; TOLEDO, B. J.; GELATTI, L. C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE EM URUAÇU-GO. **Revista Eletrônica de Ciências Humanas, Saúde e Tecnologia**, v. 7, n.1, 2015. Disponível em<<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/75/116>>. Acesso em 29 out. 2017.

SILVA, P. H. A. da. Levantamento epidemiológico dos pacientes assistidos no serviço de referência em hanseníase do município de Campina Grande – PB no período de 2003 a 2012. 2013. 28f. **[Trabalho de Conclusão de Curso]**. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 2013.

SIMÕES, M. J. S.; DELELLO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos–SP. **Revista Espaço para a Saúde**. v. 7, n. 1, p. 10-15, 2005.

SIMPSON, C. A.; FONSECA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil do doente de **Hansen Int.** v. 35, n. 2, p. 33 – 40, 2010.

hanseníase no estado da Paraíba.

SMITH, W. C. S. Optimismo justificado, realismo indispensable. In: NOORDEEN, S. K. La eliminación de la lepra como problema de salud pública: ¿ se justifica el optimismo? **Foro Mundial de la Salud**. v.17, n.2, p.109-151, 1996.

SOUSA, V. M. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Campina Grande, 2005 a 2009, 2012. 35f **[Trabalho de Conclusão de curso]**. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, 2012.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**. n. 30, p. 325-334,1997.

TAYAH D; ALVAREZ L; REHDER J R. C. de L. A importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com hanseníase ocular. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. n. 1, v.66, p. 33-38, 2007.

ZANARDO, T. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luis De Montes Belos, no período de 2008 a 2014. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 9, n. 2, p. 77-141, 2016.

# **ANEXOS**

## ANEXO A - Termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE



Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Campina Grande, 2006 A 2016”**.

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

O trabalho **“Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Campina Grande, 2006 A 2016”** terá como objetivo geral: Realizar um levantamento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no município Campina Grande-PB entre 2006 a 2016.

Portanto estou ciente que:

- O estudo se faz necessário para conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase no município Campina Grande-PB entre 2006 a 2016;
- A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento terapêutico e será sem custo algum para mim;
- Preciso responder a um formulário para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa;
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

-Não haverá nenhum risco de maior potencial ao voluntário e se houver riscos de menor potencial como desconforto em fornecer dados pessoais, os pesquisadores envolvidos agirão de modo a garantir o bem-estar dos participantes e amenizar quaisquer eventos dessa ordem.

-Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- Tenho a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos números (83) 33212852 ou (83) 988569666.

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

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

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

(caso o/a participante esteja impedido(a) de assinar)

## ANEXO B - Termo de compromisso do pesquisador



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, autora e orientanda da pesquisa intitulada **“Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase do município de Campina Grande, 2006 A 2016,”** esclarecemos que obtivemos todas as informações necessárias para a realização dessa pesquisa. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 412/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em Pesquisa/ Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 04 de Setembro de 2017.

Autor (a) da Pesquisa

Orientanda

## ANEXO C- Termo de Autorização Institucional

  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: "Perfil dos farmacêuticos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande", desenvolvido por: **Renata Oliveira Nóbrega da Silva**, discente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, orientado por: **Maria do Socorro Ramos de Queiroz**, tendo como cenário da pesquisa as Unidades Básicas de Saúde da Família.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

O responsável pela pesquisa deverá apresentar os resultados finais no local que coletou os dados.

Campina Grande, 06 de Setembro de 2017.

Atenciosamente,

  
Coordenadora de Educação na Saúde

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

GEREST - Rua Marechal Alceu Leão, 535, Avenida Dinâmica (ao lado do BASS),  
CEP: 58417-023 - Telefone: (83)3338-7264.