



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRNDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**VALTENIR FERNANDES DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE  
INGÁ – PB NOS ANOS DE: 2005 a 2015**

**CAMPINA GRANDE/PB  
2018**

**VALTENIR FERNANDES DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE  
INGÁ – PB NOS ANOS DE: 2005 a 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso em  
Enfermagem da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção  
do título de Graduação em Enfermagem.

Área de concentração:

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Ms. Josefa Josete da  
Silva Santos

**CAMPINA GRANDE/PB  
2018**



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.

S586p Silva, Valtenir Fernandes da.

Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Ingá–PB nos anos de [manuscrito] : 2005 a 2015 / Valtenir Fernandes da Silva. - 2019.

28 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Josefa Josete da Silva Santos ,  
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1.Hanseníase. 2. Perfil epidemiológico. 3. Doenças negligenciadas. I.Título

21. ed. CDD 616.998



**VALTENIR FERNANDES DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO  
DE INGÁ – PB NOS ANOS DE: 2005 a 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso em  
Enfermagem da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Graduação em  
Enfermagem.

Área de concentração:

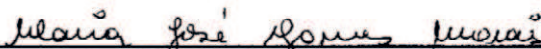
Aprovada em: 20/10/2019.

**BANCA EXAMINADORA**



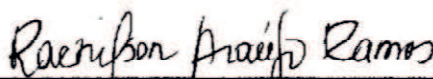
---

Prof.ª Ms. Josefa Josete da Silva Santos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof.ª Maria José Gomes Morais  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Raenilson Araújo Ramos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, ser supremo que me concedeu os dons necessários para chegar ao término desta caminhada, sem Ele eu nada seria.

Aos meus pais, pelos ensinamentos que me deram durante minha existência e eu hoje colho seus frutos.

À professora Josefa Josete da Silva Santos, pela dedicação e disponibilidade na orientação para execução dessa pesquisa.

Aos professores, funcionários e colegas, meu muito obrigado, pela amizade, compreensão, pelos momentos de alegrias e pelo incentivo nas horas de desânimo.

Ao corpo administrativo e discente da Escola Luís G. Burity e Major José Barbosa Monteiro que souberam superar minha ausência, para cumprir as obrigações exigidas pelo curso.

Ao pessoal da Secretaria Municipal de Saúde (Vigilância em Saúde), p apoio quando precisei.

## RESUMO

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória que está inclusa no rol das doenças negligenciadas e estigmatizadas. O estigma da doença é resultante da tradução bíblica da palavra *tsaraath* que trouxe para a cultura ocidental uma carga de crenças sobre punição divina, castigo e pecado que influenciaram a forma cruel como a Europa Medieval lidou com a doença. A partir do Século XV, a “lepra” se torna uma doença predominantemente colonial, reduzindo-se drasticamente na Europa devido à melhoria das condições sanitárias. Ao final do Século XIX, a descoberta do bacilo de Hansen, torna-se uma justificativa cientificamente embasada para o isolamento dos doentes, fato que influenciou toda a maneira como a saúde pública brasileira lidou com a doença. As doenças negligenciadas, também chamadas de doenças em eliminação, são causadas por agentes infecciosos ou parasitas, além de serem consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Neste trabalho foram identificados os casos de Hanseníase ocorridos na cidade de Ingá -PB, considerando o perfil epidemiológico dos doentes identificados na amostra com vistas a classificação dos casos pela faixa etária, números de casos notificados, tipo de alta, locais de notificação e sexo. O estudo foi do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, utilizando-se de dados secundários provenientes do Sistema de Informação Nacional e Agravos Notificáveis Windows (SINAN/W), mediante situação do município de Ingá no período de 2005 a 2015. Os resultados obtidos na pesquisa revelaram que houve um predomínio de casos de hanseníase nos anos de 2011 a 2015 com 50,3% (71), dos quais 26,9% (38) foram do sexo feminino e 23,4% (33) do sexo masculino, embora nos anos de 2005 a 2010 foi quase que igual com 49,6% (70), dos quais 28,3% (40) foram do sexo feminino e 21,2% (30) do sexo masculino. Observamos que com a criação do Programa Saúde da Família (2001), houve sempre uma maior preocupação em busca ativa e capacitação de um maior número de profissionais quando observamos 141 casos da doença notificados e que este número começa a baixar em dezembro de 2015 com apenas 19 doentes de hanseníase em tratamento, mostrando assim, que os serviços de saúde do município já estão mais estruturados para o controle e eliminação da hanseníase.

**Palavras-chaves:** Hanseníases. Perfil Epidemiológico. Doença Negligenciada.



## ABSTRACT

Leprosy is a compulsory notification disease that is included in the list of neglected and stigmatized diseases. The stigma of the disease is the result of the biblical translation of the word *tsaraath* that brought to Western culture a load of beliefs about divine punishment and sin that influenced the cruel way how Medieval Europe deal with the disease. From the 15th century, "leprosy" became a predominantly colonial disease, drastically reducing in Europe due to improved sanitary conditions. At the end of the 19th century, the discovery of the Hansen bacillus became a scientifically grounded justification for patient isolation, a fact that influenced all the way that Brazilian public health dealt with the disease. Neglected diseases, also called elimination diseases, are caused by infectious agents or parasites, besides being considered endemic in low-income populations. In this study, the cases of leprosy occurring in the city of Ingá -PB were identified, considering the epidemiological profile of the patients identified in the sample, with the aim of classifying the cases by age group, case numbers reported, discharge type, notification sites and gender. The study was an exploratory, descriptive, quantitative-qualitative approach, using secondary data from the National Information System and Windows Notifiable Diseases (SINAN / W), based on the situation in the municipality of Ingá from 2005 to 2015. The results obtained in the research revealed that there was a predominance of leprosy cases in the years 2011 to 2015 with 50.3% (71), of which 26.9% (38) were female and 23.4% (33) although in the years 2005 to 2010 it was almost equal to 49.6% (70), of which 28.3% (40) were female and 21.2% (30) were male. We observed that with the creation of the Family Health Program (2001), there was always a greater concern in the active search and training of a larger number of professionals when we observed 141 cases of the disease reported and that this number begins to decrease in December 2015 with only 19 leprosy patients under treatment, thus showing that the health services of the municipality are already more structured for the control and elimination of leprosy.

**Keywords:** Leprosy. Epidemiological Profile. Neglected Disease.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Local do Estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Tipo de Estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Amostra .....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 População .....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 Métodos de coleta .....</b>	<b>19</b>
<b>3.6 Instrumentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, é uma doença infecto contagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Tais manifestações são resultantes da predileção do *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), agente causador da doença de Hansen, em acometer células cutâneas e nervosas periféricas.

A doença é milenar e tem acompanhado a humanidade desde os primeiros agrupamentos civilizados. Um dos problemas que até hoje atinge os pacientes é o estigma que durante séculos levou a isolamento compulsório em hospitais ou leprosários. A doença está praticamente eliminada em países desenvolvidos, mas é um problema de saúde pública em países pobres e em desenvolvimento como é o caso do Brasil e da Índia que respondem sozinhos por mais de 80% dos casos novos no mundo (Wanderley Souza). Muitas vezes, a doença apresenta-se epidemiologicamente em agrupamentos claros em bolsões de pobreza.

O Boletim Epidemiológico Mundial, publicado em setembro de 2017 pela Organização Mundial da Saúde, informa que 143 países e territórios reportaram casos da doença em 2016. Do total de 214.783 casos novos informados, o Brasil ocupou a segunda posição com 25.218 (11,7%) e a Índia, com 135.485 (63%) do total de casos novos (BRASIL, 2017).

A doença exibe distribuição heterogênea no país, com registro de casos novos em todas as Unidades Federadas, e sua alta endemicidade compromete a interrupção da cadeia de transmissão. Em 2016, 2.885 municípios diagnosticaram casos novos de hanseníase. Desses, 591 diagnosticaram casos em menores de 15 anos, sinalizando focos de infecção ativos e transmissão recente. O país registrou 25.218 casos novos de hanseníase, com taxa de detecção de 12,23 por 100.00 habitantes (alta endemicidade) (BRASIL, 2017).

Se o *M. leprae* acometesse somente a pele, a hanseníase não teria a importância que tem em saúde pública. Em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico (terminações nervosas livres e troncos nervosos) surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, parestias e paralisias musculares

que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (Brasil, 2001).

De acordo com Opromolla (1981, p.1), “é difícil afirmar, com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações”.

E esse pensamento aplica-se à hanseníase, pois nem sempre encontramos, nos textos antigos, uma descrição clara e precisa de sua clínica, possibilitando algumas confusões a respeito de sua história e evolução, em diferentes regiões do mundo, ao longo dos tempos. O diagnóstico clínico da Hanseníase é realizado através do exame quando se busca os sinais dermatoneurológicos da doença e o diagnóstico laboratorial é feito pela baciloscopia, que é o exame onde se procura o *Mycobacterium leprae* em esfregaços das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados, lóbulos auriculares e cotovelos (BRASIL, 2002).

O tratamento específico da pessoa com Hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a Poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, devendo ser realizada nas unidades de saúde. A Poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa e age matando o bacilo tornando-o inviável, que evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela e levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2008b)

Considerando o quadro acima citado tendo em vista tratar-se de um tema extremamente de importância para a saúde pública brasileira e por que não dizer para a Paraíba, é que o presente trabalho objetivou-se traçar o Perfil Epidemiológico da Hanseníase no município de Ingá – PB, no período de 2005 a 2015.

A hanseníase no Brasil ainda se apresenta como um problema de Saúde Pública a ser equacionado. A situação epidemiológica da doença no país é considerada heterogênea devido à grande variação do coeficiente de prevalência nas diversas regiões do país (BRASIL, 2005).

A rede que determina as causas da doença, atualmente, leva em consideração a biologia molecular do bacilo de Hansen, aspectos genéticos e imunológicos do hospedeiro - mesmo ainda não sendo totalmente conhecidos - os determinantes sociais, a exemplo da qualidade de vida, saneamento, práticas culturais, pobreza e outros aspectos (MAGALHÃES; ROJAS 2007).

O diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e à sociedade (BRASIL, 2008b).

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos - PCID < 15, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde de 2009 (Anexo II) (BRASIL, 2010a).

As ações de combate a Hanseníase dependem da qualificação de todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos, conversar com o paciente e encaminhá-lo para realização de exames, tratamento adequado e reabilitação, quando necessária. Elas dependem ainda da gestão em rede dos serviços necessários à assistência integral e igualitária à saúde das pessoas acometidas pela doença. (BRASIL, 2008a)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, toda pessoa que apresenta lesões ou, um ou mais dos critérios listados a seguir (lesão de pele com alterações de sensibilidade, espessamento de nervo(s) periférico(s), acompanhado de alteração de sensibilidade e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen., com ou sem história epidemiológica requer tratamento quimioterápico específico.

Segundo Opromolla (2002), o exame dos contatos intradomiciliares (toda e qualquer pessoas que resida ou tenha residido com o doente nos últimos 10

anos), é justificado pelo fato de que elas apresentam um maior risco de adoecimento do que a população em geral.

No município de Ingá um fator importante desde a implantação das Unidades Básicas de Saúde é a proporção de abandono ao tratamento, visto que é um indicador operacional que mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase. Em se tratando da taxa de detecção de casos novos de Hanseníase, a mesma chega a resultados satisfatórios. Um fator importante é a detecção de casos em crianças/adolescentes indicando a manutenção da endemia e a precocidade da exposição ao bacilo.

Visto isso é que este estudo pretendeu-se contribuir na definição do perfil epidemiológico da doença no município podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal bem como na formulação de estratégias em Saúde Pública visando o controle da hanseníase.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A hanseníase, também chamada de Mal de Hansen é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (ARAÚJO, 2003). A doença é considerada importante problema de saúde pública no Brasil e o controle desta doença considerada endêmica se configura como grande desafio, pois o país ocupa o segundo maior número de casos registrados, sendo superado apenas pela Índia (BEHELLI apud SANCHES, *et al.*, 2007). Considerada uma doença polimorfa, a expressão das manifestações clínicas da hanseníase reflete a relação entre o hospedeiro e o parasita (HINRICHSEN, *et al.*, 2004). É doença crônica, curável e seu agente etiológico é capaz de infectar um elevado número de pessoas por sua alta infectividade. Porém, poucos indivíduos adoecem, pois o bacilo possui baixa patogenicidade. Seu poder imunogênico é responsável pelo alto potencial incapacitante da hanseníase (BRASIL, 2006).

A hanseníase se constitui como problema de saúde pública em muitos países em função de sua magnitude, potencial incapacitante e também por acometer predominantemente a faixa etária economicamente ativa (TALHARI, 2006; BRASIL, 2006). Além dos danos físicos, a condição do portador se apresenta, em razão do pré-conceito, marcada por sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais que possam ocorrer (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). Também ocorre a discriminação social e prejuízos econômicos, dando à doença um caráter transcendente (LANA *et al.*, 2007).

A transmissão do *Mycobacterium leprae* se faz pelo contágio direto, embora haja a possibilidade de se processar por método indireto (objetos contaminados, vetores). Admite-se que a inoculação ocorra pela mucosa nasal e, ocasionalmente, pela pele (soluções de continuidade).

Um caso de hanseníase caracteriza-se pela existência de uma pessoa que apresenta uma ou mais das características: lesão de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva. O diagnóstico é feito através do exame clínico (anamnese, avaliação dermatológica e neurológica); laboratorial (através da baciloscopia, onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados



intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais: lóbulos auriculares e/ou cotovelos).

A Organização Mundial de Saúde, em 1991, propôs a redução da incidência para menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes nos países onde a doença era endêmica, mas o Brasil não conseguiu alcançar essa meta (MAGALHAES, ROJAS, 2007).

É doença já mencionada desde os tempos bíblicos (EIDT, 2004). A hanseníase é uma doença muito antiga com uma terrível imagem na história e na memória da humanidade e vem sendo desde a antiguidade, considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição e discriminação do doente e a sua exclusão da sociedade (BRASIL, 2001). A doença vem ocorrendo de forma endêmica em todos os continentes, atingindo cerca de 2,5 milhões de, segundo dados da OMS para 1994 (EIDT, 2004).

O ser humano é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, pois a partir de uma pessoa doente ocorre o contágio quando o indivíduo não tratado elimina os bacilos infectando pessoas susceptíveis (BRASIL, 2002). As vias aéreas superiores são consideradas a porta de entrada no organismo susceptível, como também a via de eliminação do bacilo (BRASIL, 2002).

A rede que determina as causas da doença, atualmente, leva em consideração a biologia molecular do bacilo de Hansen, aspectos genéticos e imunológicos do hospedeiro - mesmo ainda não sendo totalmente conhecidos – os determinantes sociais, a exemplo da qualidade de vida, saneamento, práticas culturais, pobreza e outros aspectos (MAGALHÃES; ROJAS, 2007).

O diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico dermatoneurológico (BRASIL, 2001). Buscam-se sinais da doença no paciente, que passa a ser considerado um caso de hanseníase se apresentar uma ou mais de uma das características a seguir: presença de lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de um ou mais nervos associado à presença de espessamento neural e/ou baciloscopia positiva (BRASIL, 2002).

Nas últimas décadas as taxas de prevalência tiveram declínio como consequência da consolidação do tratamento poliquimioterápico (ARAÚJO, 2003).

A PQT inativa o bacilo, tornando-o inviável e evitando a continuidade da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando



à cura, pois, o bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Sendo assim, com o começo do tratamento, a transmissão da doença é logo interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2005).

Foi visto que, desde a implantação das Unidades Básicas de Saúde no município, a proporção de abandonos no tratamento da Hanseníase vem trazendo resultados mais que satisfatório com percentual de 0%. Com isto, verifica-se que este é um indicador operacional que mede a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase. Pude perceber que a qualidade dos dados depende da implantação e alimentação regular do sistema de informação utilizado, bem como das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica. Em se tratando da taxa de detecção de casos novos de Hanseníase o indicador estima o risco de ocorrência de casos novos em qualquer de suas formas clínicas e serve como aproximação da taxa de incidência de hanseníase, com isto o município vem trabalhando no controle e tratamento de 100% dos casos (Revisão da Programação Pactuada Integrada - PPI, 2015).

Taxas elevadas de detecção geralmente estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos. A qualidade dos casos depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase. O indicador não permite detectar oportunamente as variações de tendência, pois o diagnóstico da doença é geralmente tardio (BRASIL, 2013).

A implantação das ações de controle da hanseníase em todas as unidades da rede básica é a principal diretriz para o alcance da meta de controle e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. As atividades de controle devem ser implantadas em toda a rede de serviços de saúde para que a população tenha acesso à atenção integral, de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2013).

O município deverá gerenciar e executar as ações de controle, considerando a sua esfera administrativa e a ação integrada com outras áreas técnicas de interface (Unidades Básicas de Saúde, Programa Agentes

Comunitários de Saúde, Programa Nacional de Imunização, Educação em Saúde, Assistência Farmacêutica, Rede de Laboratórios, Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Trabalhador, entre outros) e parcerias. Para tanto a esfera estadual deverá promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde dos seus municípios, ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim o Sistema Único de Saúde-Estadual (BRASIL, 2013).

Para a atenção ao doente de hanseníase, a organização de serviços locais de saúde deve contemplar os seguintes elementos, de acordo com os níveis de complexidade existentes no município ou fora dele: divulgação de sinais e sintomas, suspeição diagnóstica e encaminhamento, confirmação diagnóstica, tratamento integral, compreendendo quimioterapia específica, diagnóstico e tratamento das intercorrências e ou complicações durante e após o tratamento, exame e vacinação dos contatos e reabilitação física e psicossocial.

A programação das atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação da hanseníase devem ser efetuadas nas esferas municipal e estadual do SUS, estar inserida nos Planos municipais e estaduais de saúde e negociada por intermédio da Programação Pactuada Integrada - PPI, visando o financiamento de ações previstas (BRASIL, 2013).

Ainda na esfera municipal, compete identificar, planejar, executar e avaliar a capacitação dos profissionais da rede básica para o desenvolvimento das atividades de controle. As gerências estaduais e municipais de hanseníase junto às Secretarias de Educação deverão desenvolver um trabalho em nível de municípios, visando contemplar o estudo da hanseníase dentro das nosologias existentes, nas escolas de ensino fundamental e médio.

As equipes de saúde devem ser instrumentalizadas de forma descentralizada, de acordo com as necessidades do serviço e, dentro dos princípios do SUS, com metodologia participativa e problematizadora, para o desempenho de sua função educativa, nos serviços e com o usuário, que permita às equipes da saúde, usuários e grupos sociais a reflexão crítica sobre a sua realidade e a atuação conjunta para transformá-la. Cabe ao município programar e enviar em tempo hábil às Secretarias Estaduais de Saúde, segundo fluxo do estado, às necessidades de medicamentos e insumos (BRASIL, 2013).

A Educação em Saúde nos níveis de atendimento ao paciente de hanseníase, devem ser discutidos e analisados com eles os efeitos e para-efeitos dos medicamentos. Além disso, deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade do surgimento de episódios reacionais, mesmo após a alta, por cura, quando deve procurar imediatamente a atenção do serviço de saúde para evitar sequelas. Nos aspectos sociais, deve-se promover ações junto ao núcleo familiar, objetivando a sua compreensão e participação no apoio ao doente, especialmente na regularidade do tratamento, no controle de comunicantes e demais atividades de controle da hanseníase. (Portaria 1073/GM 26.09.2000/Instruções Normativas).

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa utilizando dados secundários provenientes do Sistema de Informação Nacional e Agravos Notificáveis Windows mediante situação do município de Ingá no período de 2005 a 2015.

#### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Ingá – PB inserido no 12<sup>a</sup> Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba, da I Macrorregião de Saúde.

O Ingá está situado na Mesorregião do agreste Paraibano e na Microrregião de Itabaiana. Possui uma área de 197,9 Km<sup>2</sup> e uma altitude de 140m. Tem 7°17'00" de latitude Sul e 35°36'00" de longitude Oeste.

Apresenta-se com um clima quente e seco, com máxima de 34°e mínima de 22°. O inverno tem seu início em abril, terminando em julho.

O município possui uma população de acordo com o censo de 2010 de 18.180 habitantes, sendo 8.838 homens e 9.342 mulheres segundo o (IBGE – Censo 2010).

#### **3.3 População**

Constituiu-se dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2005 a 2015, pertencentes à população do município de Ingá e notificados pelo SINAN nas 08 Unidades Básicas de Saúde e Policlínica.

#### **3.4 Amostra**

A amostra foi composta pelas características epidemiológicas dos doentes de Hanseníase do município de Ingá – PB, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015, totalizando uma amostra de 141 portadores, considerando as

variáveis pertinentes a problemática em questão visando atingir os objetivos propostos.

### **3.5 Instrumentos de Coleta de Dados**

Os dados foram coletados em fonte secundária pelas fichas do Sistema de Informação Nacional e Agravos Notificáveis Windows – SINAN/W, e transferidos para formulário próprio que facilitasse a compilação dos dados para verificação de uma análise estatística meramente descritiva.

### **3.6 Métodos de coleta**

O método de coleta dos dados ocorreu por meio de uma busca no Sistema de Informação Nacional e Agravos Notificáveis Windows a nível local pelo qual comparou-se em termos de média para as pessoas cadastradas e acompanhadas nos seguintes anos: 2005 – 16, 2006 – 12, 2007 – 12, 2008 – 10, 2009 – 08, 2010 - 12, 2011 - 10, 2012 - 20, 2013 - 13, 2014 - 15 e 2015 - 13.

Os dados quantitativos foram compilados e armazenados em banco de dados, utilizando-se o Programa Statistical Package for Social Science (SPSS-1º). Os mesmos foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde no município de Ingá PB, através do Programa SINAN/Windows na Coordenação de Vigilância em Saúde mediante cada ficha disponibilizada para que eu pudesse fazer análise.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### 3.6 Características epidemiológicas relacionadas aos doentes de hanseníase no município de Ingá – PB

**Tabela 1 – Casos de Hanseníase notificados por ano e sexo - Ingá – PB**

Ano	Número	%	Sexo				Total
			Masculino		Feminino		
			Número	%	Número	%	
2005	16	11,3	05	3,5	11	7,8	16
2006	12	8,5	02	1,4	10	7,1	12
2007	12	8,5	08	5,7	04	2,8	12
2008	10	7,1	05	3,5	05	3,5	10
2009	08	5,7	03	2,1	05	3,5	08
2010	12	8,5	05	3,5	07	5,0	12
2011	10	7,1	03	2,1	07	5,0	10
2012	20	14,2	08	5,7	12	8,5	20
2013	13	9,2	09	6,4	04	2,8	13
2014	15	10,6	04	2,8	11	7,8	15
2015	13	9,2	06	4,3	07	5,0	13
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>41</b>	<b>83</b>	<b>58,8</b>	<b>141</b>

Fonte: SINANW / SMS INGÁ-PB

Os resultados obtidos na pesquisa revelaram que houve uma prevalência de casos de hanseníase nos anos de 2011 a 2015 conforme a porcentagem dos quatro anos com 50,3% (71), dos quais 29,1% (41) foram do sexo feminino e 21,3% (30) do sexo masculino, embora nos anos de 2005 a 2010 foi quase que igual conforme também a porcentagem dos cinco anos com 49,6% (70), dos quais

29,7% (42) foram do sexo feminino e 19,7% (28) do sexo masculino. Os dados mostraram uma maior percentagem do sexo feminino em todos os anos, embora, Margarido-Marchese; Tedesco-Marchese e Rivitti (1996), os autores afirmaram que, a doença compromete ambos os sexos, porém, na maior parte do mundo incide mais sobre o sexo masculino, numa proporção de 2:1, provavelmente por maior exposição.

**Tabela 2 – Casos de Hanseníase notificados por ano, sexo e faixa etária - Ingá - PB**

ANO	SEXO	FAIXA ETÁRIA								Total
		0-5	6-12	13-21	22-30	31-40	41-50	51-60	60+	
2005 - 2010	M		01	01	04	01	09	04	10	30
	F	01	04	02	01	06	07	07	11	40
2011 - 2015	M		03	04	01	04	04	04	13	33
	F		01	04	01	05	07	06	14	38
<b>TOTAL</b>		01	09	12	07	16	27	21	48	<b>141</b>

Fonte: SINANW / SMS INGÁ-PB

Com relação a faixa etária, com a tabela 2 acima, nos anos de 2005 – 2010 houve um número maior de casos no sexo feminino embora o sexo masculino tenha ficado apenas um caso a menos para a idade de 60 anos a mais seguidos com a faixa etária 41 – 50 para ambos os sexos. Nos anos de 2011 – 2015 continua com o aumento de casos na faixa etária de 60 anos a mais tendo uma redução na faixa etária de 41 – 50 anos. Pude observar também a presença razoável de um bom número de crianças e adolescentes acometidos pela doença quando vemos as faixas etárias a partir dos seis anos. Observamos que com a criação do Programa Saúde da Família (2001), houve sempre uma maior preocupação em busca ativa e capacitação de um maior número de profissionais quando observamos 141 casos da doença notificados e que este número começa a baixar em dezembro de 2015 com apenas 19 casos de hanseníase em tratamento, mostrando assim, que os serviços de saúde do município já estão mais estruturados para o controle e eliminação da hanseníase.

Também Nunzi; Massone (2012) colocam que com o advento da poliquimioterapia nos anos 1980, cerca de 14 milhões de pessoas no mundo todo foram curadas em todo o mundo e a incidência da doença caiu consideravelmente. No entanto, cerca de 250.000- 300.000 novos casos são diagnosticados por ano no mundo, inclusive muitas crianças, indicando a manutenção da cadeia de transmissão.

**Tabela 3 – Distribuição dos casos de Hanseníase notificados por áreas onde atualmente estão instaladas na Policlínica e Unidade Básica de Saúde - Ingá - PB**

<b>ANO</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2005 - 2010</b>	POLICLINICA	-	-	-
	UBS - I	06	07	13
	II	06	04	10
	III	08	19	27
	IV	08	07	15
	V	-	-	-
	VI	01	02	03
	VII VIII	- -	- -	- -
<b>2011 - 2015</b>	POLICLINICA	-	01	01
	UBS - I	-	08	13
	II	09	08	17
	III	10	11	21
	IV	03	04	07
	V	-	-	-
	VI	01	03	04
	VII VIII	- 06	- 04	- 10
<b>TOTAL</b>		<b>63</b>	<b>78</b>	<b>141</b>

Fonte: SINANW / SMS INGÁ-PB

Com uma melhor estruturação das UBS no município, os casos de hanseníase foram distribuídos de maneira que cada uma pudesse realizar um



melhor acompanhamento, antes concentradas em um só local, pois só este oferecia os serviços básicos.

Mediante as fichas de notificação, foi observado um crescimento no número de casos em apenas uma UBS, então passou a ser observado os endereços e uma redistribuição de todos estes casos para que as equipes pudessem realizar um melhor acompanhamento.

Com a referida estruturação e treinamento das equipes, estas passaram a fazer busca ativa mais intensa e estes dados estão mostrados na Tabela 3.

Analisando a mesma tabela observamos que as UBS I, II, III e IV nos anos de 2005 à 2010 estavam com o maior número de casos num total de 65, permanecendo quase que os mesmos nos anos de 2011 à 2015 num total de 58, registrando uma baixa apenas na UBS IV, observando que os casos são sempre maior no sexo feminino. Ainda na tabela 3, observei que em 2011 a 2015 foram notificados um grande número de casos na UBS VIII – 10 casos, isto devido a uma redistribuição de área, mais prováveis casos que eram de outra UBS.

**Tabela 4 – Tipo de alta para hanseníase por ano - Ingá - PB**

ANO	TIPO DE ALTA	Nº	TOTAL
2005 - 2010	Cura	63	63
	Óbito	03	03
	Erro diagnóstico	-	-
	Transferência	04	04
2011 - 2015	Cura	44	44
	Óbito	02	02
	Erro diagnóstico	05	05
	Transferência	01	01
<b>TOTAL</b>		<b>122</b>	<b>122</b>

Fonte: SINANW / SMS INGÁ-PB

Analisando o tipo de alta na Tabela 4, observamos que dos 122 registros que tiveram alta nos anos de 2005 a 2015, o maior tipo de alta foi por cura, sendo

63 casos nos anos de 2005 – 2010 e 43 casos nos anos de 2011 - 2015 perfazendo um total de 107 casos, seguidos de 05 altas por óbito, que não conseguimos saber se estas têm relação com a doença. Verificam-se 05 altas por erro de diagnóstico e 05 altas por transferência. Pelo exposto, o município terá condições de controlar e eliminar a hanseníase, já que o preconizado é 1 caso para 10.000 habitantes e o mesmo pela estimativa, chega a seus 20 000 habitantes.

Com relação ao número de comunicantes, apenas vistos, mas não inclusos neste estudo, verificou-se que houve registros, alguns examinados e outros não foram examinados. Este dado ainda é preocupante pelo fato de demonstrar um número considerável de comunicantes que não foram examinados, tornando necessário uma investigação por parte da Vigilância em Saúde no controle dessas pessoas.

No tocante a questão da Classificação Operacional dos doentes de hanseníase, verificou-se que dos 141 doentes, a maioria eram Paucibacilar e quase sua metade Multibacilar, sendo, portanto, classificados ao tipo que transmite a doença, aumentando o risco de contaminação.

A classificação operacional é baseada no número de lesões cutâneas. Dessa forma, pacientes que apresentem até cinco lesões de pele são classificados como paucibacilares. Incluem-se nessa classificação as formas indeterminadas e tuberculóide. Pacientes com mais de cinco lesões de pele são classificados como multibacilares. Incluem-se nessa classificação as formas dimorfa e virchowiana (BAKKER, 2005; BRASIL, 2010c). O exame baciloscópico positivo, ou seja, com detecção de bacilos, classifica o paciente como multibacilar independentemente do número de lesões (BRASIL, 2010c). Barreto (2011) argumenta que o uso dessa classificação foi aplicado pela OMS visto a dificuldade de muitos serviços para o acesso a exames laboratoriais como a baciloscopia, mas seus critérios não são bem aceitos por especialistas, uma vez que há a possibilidade de não corresponder, com pacientes multibacilares podendo receber tratamento paucibacilar, insuficiente, o que pode contribuir para a recidiva da doença.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Este trabalho buscou revelar a situação da Hanseníase no município de Ingá – PB no ano de 2005 a 2015. Ao traçar o perfil do doente de hanseníase no município de Ingá, tentamos contribuir de forma esclarecedora sobre a situação da hanseníase no município, uma vez conhecendo o doente nas áreas mais atingidas. Pretendeu-se contribuir com os gestores visando traçar metas para um planejamento de ações de controle da doença no município. Mediante isso identificamos, segundo dados, os seguintes resultados: nos anos de 2005 a 2015 tiveram 141 casos de hanseníase no município de Ingá - PB, desses 141 casos tiveram as seguintes características ou seja: 63 do sexo masculino e 78 do sexo feminino dos quais numa faixa etária no sexo masculino de 6 – 60 anos e mais e no sexo feminino uma faixa etária de 0 – 60 anos e mais e desses 107, tiveram alta por cura. Utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, de pacientes com hanseníase, no período entre 2005-2015. Incluiu as variáveis: número de casos notificados; idade; sexo; tipo de alta. Totalizaram 141 casos de hanseníase, sendo a maioria constituída de mulheres-58,8%, alta por cura como principal tipo de saída do sistema - 87,7%. Conclui-se que o conhecimento epidemiológico da doença na cidade implicará mais suporte para o controle de saúde pública local. Portanto o nosso objetivo foi alcançado uma vez que com esse estudo demonstrou-se que traçar um perfil passa por um aspecto muito amplo, que é o conceito de cidadania, segundo o qual o cidadão terá direito igualitário e participativo na sociedade. Aqui sugiro que as ações para colaborar com a meta de eliminação da Hanseníase no município será sempre a ampliação da assistência à saúde através do Programa de Saúde da Família considerando que é uma das prioridades do Sistema Único de Saúde; intensificar também a educação em saúde, através de palestras na comunidade e Unidade Básica de Saúde, divulgando que a hanseníase tem cura e que o tratamento é gratuito; incentivar um trabalho multiprofissional, oferecendo cursos de atualização para os profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade do atendimento; organizar os sistemas de informações em saúde e qualificar os profissionais que trabalham com o Sistema de Informação Nacional e Agravos Notificáveis objetivando um adequado monitoramento da situação da saúde.

## REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Guia para o Controle de Hanseníase, Brasília, DF, 2002. **Caderno de Atenção Básica, nº 10**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. rev. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed. rev. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase. Caderno do monitor**. Brasília, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília, 2005.

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

BAKKER, M. **Epidemiology and prevention of leprosy: a cohort study in Indonesia**. Amsterdam: KIT Publishers, 2005.

BARRETO, J. A. **Avaliação de pacientes com hanseníase na faixa virchowiana diagnosticados entre 1990 e 2000 e tratados com poliquimioterapia 24 doses e seus contatos na fase de pós-eliminação em municípios de Santa Catarina**. São Paulo: FMUSP, 2011. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Exercício de monitoramento da eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 3 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 8ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase**. In: Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 364. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. 1 ed, Brasília, DF, 2006.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902004000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov.2018.

HINRICHSEN, S. L. et al. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002**. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, 2004. Disponível em: Acesso em: 29 nov. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Site que traz uma série de informações sobre os municípios brasileiros.

LANA, F.C.F. **Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha**, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 60, n. 6, p. 696-700, nov./dez. 2007.

MAGALHAES MCC, ROJAS LI. **Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil**. Epidemiol Serv Saude. 2007;16(2):75-84.

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 75-84. jun. 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=) Acesso em 15 nov. 2018

MARGARIDO-MARCHESE, L.; TEDESCO-MARCHESE, A. J.; RIVITTI, E. A. Hanseníase. In: VERONESE, R.; FOCACCIA, R. (ed). **Veronesi: Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. v.1, cap. 57, p. 714-738.

NUNZI, E.; MASSONE, C., (Ed.). **Leprosy: a practical guide**. Italia: Springer, 2012.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, p. jan./mar. 1998. Edição Especial.

OPROMOLLA, D. V. A. As Incapacidades na Hanseníase. In: **Noções de Hansenologia**. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima, 1981.

Portaria n.º 1073/GM Em 26 de setembro de 2000. **INSTRUÇÕES NORMATIVAS O CONTROLE E A ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE**  
S1679-49742007000200002&lng=pt&nrm=iso>

SANCHES, L. A. T. et al. **Deteção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 40, n. 5, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n5/a10v40n5.pdf>>. Acesso: 17 nov. 2018

TALHARI, S. et al., **Hanseníase**, 4ª edição, Manaus 2006.

WANDERLEY, Souza **Doenças negligenciadas**. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.