UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARIA IRANILDA QUEIRÓS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO E PADRÕES DE ATENDIMENTO DA HANSENÍASE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA - CEARÁ, 2007- 2011

FORTALEZA
2014

MARIA IRANILDA QUEIRÓS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E PADRÕES DE ATENDIMENTO DA HANSENÍASE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA - CEARÁ, 2007- 2011

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Jaqueline Caracas Barbosa

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

Q41p Queirós, Maria Iranilda.
Perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico e padrões de atendimento da hanseníase em
Hospital Universitário de Fortaleza – Ceará, 2007-2011 / Maria Iranilda Queirós. – 2014.
107 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de
Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.
Área de Concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas Públicas em Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Jaqueline Caracas Barbosa.

1. Hanseníase. 2. Perfil de Saúde. 3. Saúde da Pessoa com Deficiência. I. Título.

CDD 616.998

MARIA IRANILDA QUEIRÓS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E PADRÕES DE ATENDIMENTO DA HANSENÍASE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA - CEARÁ, 2007- 2011

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

Aprovada em: 04/02/2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Jaqueline Caracas Barbosa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Carlos Henrique Morais de Alencar
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Marcos Túlio Raposo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dra. Maria de Jesus Freitas de Alencar
Consultora independente em Saúde Pública

Para **Deus,** pelo dom da vida.

Aos meus pais Francisco de Assis e Idelzuite que, embora humildes, tornaram seus ensinamentos essenciais à minha vida.

Ao meu marido, Rogério, e aos nossos filhos Bruna e Leonardo, pela compreensão nos momentos de ausência à realização dessa longa e exaustiva jornada, e pelo silêncio deles, nos meus instantes de angústia e inquietação.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Jaqueline Caracas Barbosa, pelo convite para ingressar no Projeto MAPATOPI (Padrões Epidemiológicos, Clínicos, Psicossociais e Operacionais da hanseníase nos Estados do Maranhão, Pará, Tocantins e Piauí: uma abordagem integrada); e, posteriormente, no Projeto Sustentabilidade das ações de controle da hanseníase, enfoque vigilância de contatos, na atenção básica do Município de Fortaleza/CE, onde despertei interesse pela pesquisa científica e ingresso no mestrado; e também pelos ensinamentos, compreensão e incentivo no decorrer dessa trajetória.

Ao Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior, que nos momentos de incertezas, muito contribuiu para enriquecimento das ideias.

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique Morais de Alencar, pela orientação na organização do banco de dados, análise estatística e, principalmente, por me tornar consciente de que o “computador é o melhor amigo do mestrando”.

Às colegas do projeto, Lorena Dias Monteiro, Amanda Lima Sena e Aline Lima Brito, pelo apoio e crescimento coletivos.

Ao Prof. Dr. José Wilson Accioly Filho (chefe do Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC) pela permissão para realizar este estudo no referido ambulatório.

À Dra. Márcia Brasil, coordenadora do Ambulatório de Hanseníase do HUWC/UFC, envolvida na assistência aos pacientes e em repassar os conhecimentos à equipe ambulatorial.

À enfermeira Sandra Souza e ao farmacêutico Alexandre Casimiro (colegas do Ambulatório), pelo apoio nos momentos difíceis.

À enfermeira Francisca Izabel Costa, do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do HUWC/UFC, pela disponibilidade das informações.

Aos funcionários da sala de pesquisa e do SAME do HUWC, pela atenção e colaboração dispensadas para localização dos prontuários.

Aos pacientes que, direta ou indiretamente, contribuíram no meu aprendizado cotidiano.

“O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e reinvenção”. (Paulo Freire)

RESUMO

.

A hanseníase é doença crônica de manejo difícil e distribuição geográfica heterogênea, o que dificulta o seu controle. Exprime grande potencial para incapacidades físicas, principalmente quando não é diagnosticada precocemente e ocorre comprometimento dos nervos periféricos. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico e padrões de atendimento da hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, no período de 2007 a 2011. Realizou-se um estudo descrito, retrospectivo. A população foi composta por 475 pessoas, acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do referido Hospital. Os dados foram coletados dos prontuários e complementados pelas fichas de Notificação/Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Destacou-se a faixa etária de 45 a 59 anos 166 (35,0%), sexo feminino 246 (51,8%), ensino fundamental 162 (34,1%), cor branca 327 (69,0%) e residentes em Fortaleza 391(82,3%). Predominou a classificação operacional multibacilar 311 (65,4%) casos no diagnóstico e 314 (66,0%) na alta. O nervo ulnar foi mais acometido nos dois momentos da avaliação. O total de 203 (42,7%) pessoas desenvolveu episódio reacional hansênico (ERH) dos tipos 1 e 2. O tipo 1 foi mais expressivo na forma clínica dimorfa 49 (77,7%), enquanto o tipo 2 foi mais evidente na forma clínica virchowiana 12 (80,0%). No diagnóstico, as incapacidades físicas predominaram nos multibacilares com 66 (21,2%) grau 1 e 31 (9,9%) grau 2; e na alta PQT, 67 (21,3%) grau 1, 36 (11,5%) grau 2. Dezessete (3,5%) e 87 (18,3%) não foram avaliados no diagnóstico e na alta, respectivamente. A evolução dessas incapacidades apontou 355 (74,7%) que permaneceram, 21 (4,4%) pioraram, ao passo que 7 (1,4%) melhoraram o grau de incapacidade. Foram encaminhados para outros serviços do HUWC/UFC 184 (38,7%) participantes do estudo. Realizaram neurolise 24 (5,0%) pessoas. Dentre os 1.395 contatos registrados, 477 (34,0%) foram examinados. O acometimento dos troncos nervosos é o principal responsável pelas incapacidades. Evidencia-se a necessidade de cuidado mais efetivo das ações de controle da doença; objetivando reduzir incapacidades. O perfil das pessoas em acompanhamento e os padrões de atendimento no ambulatório revelaram diagnóstico tardio dos casos e ausência de integração com as UBS, comprometendo

a integralidade da assistência como ferramenta essencial para minimizar os danos desse agravo.

Palavras-chave: Hanseníase. Perfil de Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease hard to handle and with heterogeneous geographic distribution which hinders its control. It has great potential for physical disabilities, especially when not diagnosed early, and occurrence of damages to the peripheral nerves. We aimed to characterize the socio-demographic and clinical-epidemiological profile and standards of leprosy in the dermatology outpatient clinic of the University Hospital Walter Cantídio (HUWC/UFC), from 2007 to 2011. This is a descriptive retrospective study, in which the population consisted of 475 people monitored in the dermatology outpatient clinic of the hospital. Data collection happened through review of medical records, supplemented by records of the Notifiable Diseases Information System. In the socio-demographic and clinical-epidemiological characterization, there was prevalence of the age group 45-59 years 166 (35.0%), females 246 (51.8%), with elementary education 162 (34.1%), Caucasian 327 (69%), residing in Fortaleza-CE, Brazil 391 (82.3%). The multibacillary operational classification prevailed, with 311 (65.4%) cases at diagnosis and 314 (66%) at discharge. The ulnar nerve was more affected in both evaluation times. 203 (42.7%) people developed leprosy reactional episode (LRE) types 1 and 2. Type 1 was more significant in clinical dimorphous, 49 (77.7%), while type 2 was more evident in clinical dimorphous, 12 (52.1%), and lepromatous leprosy, 12 (80%). At diagnosis, physical disabilities predominated in multibacillary with 67 (21.3%) degree 1, and 36 (11.4%) degree 2, and MDT, at discharge, 67 (21.3%) degree 1, and 36 (11.4%) degree 2. 17 (3.5%) and 87 (18.3%) were not evaluated at diagnosis and discharge respectively. With regard to the outcome of these disabilities, 355 (74.7%) remained, 21 (4.4%) worsened, while seven (1.4%) improved the degree of disability. 184 (38.7%) participants of the study were referred to other services of the HUWC/UFC. 24 (5.0%) people underwent neurolysis. Among the 1,395 registered contacts, 477 (34.0%) were examined. The damaging of nerve trunks is the main responsible for disabilities. We highlight the need for more effective control of the disease control measures aimed at reducing disabilities. The profile of people in monitoring and standards of care at the clinic in study reveal late diagnosis of cases, incomplete multidisciplinary team, and lack of integration with basic health units compromising

the comprehensiveness of care as an essential tool to minimize the damages of this condition.

Keywords: Leprosy. Health Profile. Health of the Disabled.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da detecção dos casos novos de hanseníase, conforme região da OMS, 2005 - 2012 27

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 51

Tabela 3 - Categorização das ocupações das pessoas atendidas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC, conforme a CBO no período de 2007 - 2011..... 52

Tabela 4 - Caracterização clínica e epidemiológica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza-CE, 2007 - 2011..... 53

Tabela 5 - Progressão do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 62

Tabela 6 - Notificação dos casos de hanseníase conforme modo e detecção diagnóstica nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 63

Tabela 7 - Comorbidades detectadas nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 65

Tabela 8 - Encaminhamentos/atendimentos realizados às pessoas acompanhas no Ambulatório de Dermatologia para outros serviços do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 65

Tabela 9 - Caracterização dos contatos intradomiciliares e grau de parentesco das pessoas com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no Mundo. OMS, janeiro/2013..... 28

Figura 2 - Coeficiente de prevalência de hanseníase, por estado. Brasil, 2012..... 29

Figura 3 - Coeficiente de detecção de hanseníase, segundo regiões geográficas. Brasil, 2003 - 2012 30

Figura 4 - Coeficiente de detecção de hanseníase geral e em menores de 15 anos. Brasil, 2003 - 2012 31

Figura 5 - Coeficiente de detecção geral dos casos de hanseníase e em menores de 15 anos. Ceará, 2003 - 2012..... 32

Figura 6 - Casos de hanseníase diagnosticados em residentes de Fortaleza, por faixa etária. Fortaleza, 2001-2012..... 33

Figura 7 - Casos de hanseníase em residentes nas SER's, conforme as dez unidades de saúde com maior número de notificações em Fortaleza, 2001 - 2010..... 36

Figura 8 - Atendimento dos casos de hanseníase em Fortaleza, segundo unidade de saúde. Fortaleza, 2001 - 2010..... 40

Figura 9 - Diagrama representativo do desenho do estudo..... 45

Figura 10 - Troncos nervosos acometidos no diagnóstico e na alta das pessoas em acompanhamento para hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 54

Figura 11 - Grau de incapacidade física, conforme segmento acometido no diagnóstico nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 55

Figura 12 - Episódios reacionais do tipo 1 na população avaliada, segundo forma clínica e período da ocorrência deles no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 56

Figura 13 - Episódios reacionais do tipo 2 na população avaliada, segundo forma clínica e período da ocorrência destes no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 56

Figura 14 - Medicamentos utilizados para tratamento dos ERH nas pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 57
Figura 15 - Grau de incapacidade física no diagnóstico, conforme classificação operacional das pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011 58
Figura 16 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta, segundo forma clínica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 58
Figura 17 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no sexo masculino das pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011..... 59
Figura 18 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no sexo feminino em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 60
Figura 19 - Grau de incapacidade física no diagnóstico conforme idade das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 60
Figura 20 - Grau de incapacidade física na alta, conforme idade das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011 61
Figura 21 - Situação atual das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011..... 64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação do grau de incapacidade física 24

Quadro 2 - Coeficiente de incidência de casos novos de grau 2 de incapacidade de hanseníase. Brasil e regiões, 2008 - 2012..... 26

Quadro 3 - Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase. Fortaleza, 2012 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BB	Borderline - borderline
BCG	Bacillus Calmette Guérin
BL	Borderline - lepromatosa
BT	Borderline - tuberculoide
BV	Borderline - virchowiana
CGHDE	Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
D	Dimorfa (forma clínica)
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
GG	Grande Grupo
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
I	Indeterminada (forma clínica)
MEC	Ministério de Educação
MB	Multibacilar (classificação operacional)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PB	Paucibacilar (classificação operacional)
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RR	Reação Reversa
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional (Município de Fortaleza - CE)
SESA	Secretaria de Saúde do Estado (Ceará)
SUS	Sistema Único de Saúde

SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
T	Tuberculoide (forma clínica)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
V	Virchowiana (forma clínica)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 Hanseníase: enredo histórico e aspectos clínicos 18
1.2 Episódios reacionais hansênicos 21
1.3 Incapacidade física em hanseníase 23
1.4 Situação epidemiológica da hanseníase no Mundo 26
1.5 Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 28
1.6 Situação epidemiológica da hanseníase no Ceará 31
1.7 Situação epidemiológica da hanseníase em Fortaleza 32
1.8 Padrões de atendimento e organização da rede de atenção à saúde 35
1.9 Justificativa 41
2 OBJETIVOS 42
2.1 Objetivo geral 42
2.2 Objetivos específicos 42
3 MATERIAL E MÈTODOS 43
3.1 Tipo de estudo 43
3.2 Local do estudo 43
3.3 População do estudo 44
3.4 Desenho do estudo 45
3.5 Variáveis do estudo 45
3.6 Coleta dos dados 46
3.7 Apresentação e análise dos dados 48
3.8 Aspectos éticos 48
4 RESULTADOS 50
4.1 Caracterização sociodemográfica 51
4.2 Caracterização clínica e epidemiológica 52
4.3 Padrões de atendimento da população do estudo 62
5 DISCUSSÃO 67
5.1 Caracterização sociodemográfica 67
5.2 Caracterização clínica e epidemiológica..... 69
5.3 Padrões de atendimento 74
5.4 Limitações do estudo 78

6 CONCLUSÃO 79
REFERÊNCIAS 81
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA 89
APÊNDICE B - ROTEIRO DE INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO 102
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUWC/UFC 104
ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DO SINAN 105
ANEXO C - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA 106

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hanseníase: enredo histórico e aspectos clínicos

A hanseníase é uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença (BRASIL, 2009a). Caracteriza-se como doença granulomatosa, infectocontagiosa de evolução lenta causada por *Mycobacterium leprae*. Acomete pele e nervos periféricos, podendo causar perda da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, levando a pessoa a incapacidades físicas. O alto poder incapacitante está diretamente relacionado à capacidade de penetração de *M. leprae* na célula nervosa e seu potencial imunogênico (BRASIL, 2008a; MENDONÇA, 2008; SAMPAIO, 2008).

O homem é considerado a única fonte de infecção da doença. A maneira mais importante de transmissão ocorre pessoa a pessoa. O bacilo é eliminado por meio das vias aéreas superiores (SAMPAIO, 2008; TALHARI *et al.,* 2006). É um bacilo álcool-ácido resistente e Gram-positivo, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável *in vitro* sendo a única espécie de micobactéria que infecta os nervos periféricos, especialmente as células de Schwann (BRASIL, 2008a).

A doença exprime alta infectividade e baixa patogenicidade (AZULAY; AZULAY, 2013; BRASIL, 2009a; LYON; LYON 2013; OLIVEIRA, 2010). Reserva um período de incubação que varia de períodos mais curtos, sete meses, como também mais longos, de vinte anos (BRASIL, 2002; OLIVEIRA, 2010; SAMPAIO, 2008). Importante quanto à transmissão da doença, é o fato de que, mesmo que as pessoas convivam durante muito tempo com o doente da forma clínica multibacilar sem tratamento, a maioria não adoece (TALHARI *et al.,* 2006). Estima-se que 90% da população tenham defesa natural contra *M. leprae,* e sabe-se que a suscetibilidade ao bacilo tem influência genética (BRASIL, 2008a; TALHARI *et al.,* 2006). Além dos fatores individuais, as condições sociais desfavoráveis, como baixo nível educacional e de extrema pobreza, estão associadas ao aparecimento da doença (CAMPOS *et al*., 2005; EVANGELISTA, 2004; KERR-PONTES *et al.,* 2006; OLIVEIRA, 2010).

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato constituem as duas ações prioritárias para impedir a cadeia de transmissão da doença, reduzir incapacidades físicas e deformidades, desconstituir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, aos seus familiares e à sociedade (BRASIL, 2008b; RAPOSO, 2008). A Portaria nº 3.125 de sete de outubro de 2010, do Ministério da Saúde (MS), determina que o diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da história de vida da pessoa, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil, e/ou comprometimento de nervos periféricos: sensitivo, motor e/ou autonômico (BRASIL, 2010a).

No Congresso Internacional de Leprologia (Madri, 1953), a hanseníase foi classificada conforme critérios: clínico, imunológico, bacteriológico, histopatológico e evolutivo. Com base nesses critérios, a doença foi classificada em duas formas estáveis (imutáveis): a virchowiana (V) e a tuberculoide (T); e duas instáveis: a indeterminada (I), que pode evoluir para qualquer forma da hanseníase, e a dimorfa (D) (AZULAY; AZULAY, 2013).

Ridley e Jopling, na década de 1960, introduziram outra classificação, subdividindo os borderlines ou “dimorfos” em boderline-tuberculoide (BT), boderline-boderline (BB) e boderline-virchowiano (BV), sendo mantido o conceito de polaridade da doença (AZULAY; AZULAY, 2013).

A hanseníase manifesta-se de várias formas clínicas, e existe correlação bem nítida entre as formas da doença e o grau de imunidade específico da pessoa. Assim, a indeterminada constitui a expressão inicial da doença, podendo evoluir para a cura, sem tratamento, ou para as formas clínicas tuberculoide, dimorfa ou virchowiana, dependendo da imunidade da pessoa (BRASIL, 2010a; LYON, 2013). Com bases na matriz indeterminada, as pessoas sem tratamento evoluem para a tuberculoide se tiverem boa resistência ou a virchowiana caso apresentem baixa imunidade, ocorrendo multiplicação de *M. leprae* (BRASIL, 2009a).

A classificação operacional adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de definir o esquema terapêutico e para facilitar a descentralização municipal é baseada no número de lesões cutâneas, de acordo com os seguintes critérios: pessoas com até cinco lesões de pele são paucibacilares

(PB), e aquelas que têm mais de cinco lesões de pele são as multibacilares (MB) (BRASIL, 2010; 2010d; OLIVEIRA, 2010).

Para fins de tratamento com poliquimioterapia (PQT), o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), por meio da Portaria nº 3.125, de 2010, considera como um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais:

- lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração de sensibilidade;
- acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e
- baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

Além do exame clínico detalhado, é essencial a realização dos exames de baciloscopia e histopatologia. A baciloscopia é um exame complementar, e auxilia na classificação diagnóstica em PB ou MB. É o método mais aperfeiçoado para classificar a hanseníase, devendo estar disponível nos centros de referência. Quando positiva, classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença (BRASIL, 2002, 2010d; SARUBI; MARCELO JÚNIOR, 2013).

A histopatologia não deve ser utilizada como padrão ouro para diagnosticar a doença, pelo grande número de resultados inconclusivos, principalmente nos casos PB. A realização desse exame é útil no diagnóstico naqueles casos em que a clínica representa dúvida (BRASIL, 2010a; PIRES *et al.,* 2012).

Apesar de a OMS ter recomendado a PQT para o tratamento da hanseníase desde 1982, o Brasil só iniciou em 1986. Constitui o melhor esquema terapêutico de que se dispõe no momento contra a hanseníase (OPROMOLA, 1997). O tratamento-padrão para as formas MB inclui a associação de três drogas (rifampicina, dapsona e clofazimina), com duração de 12 e até 18 meses e para as formas PB (rifampicina e dapsona), com duração de seis e até nove meses de acompanhamento. Assim, a regularidade do tratamento é essencial à cura.

Algumas recomendações da Portaria Ministerial nº 3.125/2010, devem ser seguidas, como as seguintes.

Para os casos que não seguem esse período de acompanhamento, são considerados como tratamento irregular, e torna-se necessária a avaliação quanto ao reinício da terapêutica.

Para as crianças ou adultos com peso inferior a 30 quilogramas, a dose deverá ser ajustada ao peso.

Com relação a pessoas em tratamento MB e que após 12 doses não expressarem melhora clínica e/ou com lesões ativas, torna-se necessária a avaliação por unidades de referência para decidir a necessidade de 12 doses adicionais do PQT/MB (BRASIL, 2010a).

Para pacientes que apresentarem intolerância a uma dessas drogas do esquema-padrão, estão indicados os esquemas substitutivos, sendo dispensados nos centros de referência (BRASIL, 2010a). O tratamento deve ser realizado nas unidades básicas da rede do SUS, e as intercorrências clínicas encaminhadas às unidades de referência (BRASIL, 2010a; GROSSI, 2013).

O diagnóstico precoce e o tratamento com PQT permanecem como elementos essenciais à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (WHO, 2011). Corroborando tal afirmação, dados do MS mostram que, após a introdução dessa terapêutica, a prevalência da doença no País caiu consideravelmente de 180 casos por 100 mil habitantes em 1988, para 26 casos por 100 mil habitantes em 2008. Nos últimos 25 anos, mais de 25 milhões de pessoas fizeram uso da PQT (BARRETO *et al*., 2012; BRASIL, 2010a).

1.2 Episódios reacionais hansênicos

A hanseníase seria uma doença sem grandes complicações se durante sua evolução não ocorressem os episódios reacionais hansênicos (ERH) ou reações hansênicas. De 10% a 30% dos casos de hanseníase em algum momento desenvolvem reação ou dano neural (BRASIL, 2010d; LYON; MOREIRA, 2013). Casos MB com comprometimento neural no início do diagnóstico devem ser acompanhados com maior frequência em virtude da maior probabilidade de desenvolver esses quadros clínicos (COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007).

Conforme Opromolla (1997), esse grupo de pessoas que desenvolvem tais manifestações deixa de ter uma doença infecciosa para conviver com uma enfermidade imunológica. Episódios reacionais constituem a principal causa de lesões dos nervos, de incapacidades e deformidades físicas, devendo, portanto, ser prontamente diagnosticados (BRASIL, 2009a; COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007; IGNOTTI; PAULA, 2012; RAPOSO, 2008). Tais episódios são considerados fenômenos imunológicos que podem ser desencadeados, exacerbados ou mantidos por fatores como infecções, alterações hormonais e estresse físico e emocional (BRASIL, 2010a; MACHADO, 2006). Podem ocorrer antes, durante ou após a poliquimioterapia, no entanto, o tratamento deverá ser mantido (AZULAY; AZULAY, 2013; BRASIL, 2008a; COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007; GROSSI, 2013). A investigação precoce e o tratamento oportuno das reações hansênicas e neurites constitui uma das recomendações da Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (OMS, 2010).

Conforme aspectos imunológicos, os episódios reacionais são de dois tipos: reação do tipo 1 ou reação reversa (RR), e reação do tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH). O tipo 1 caracteriza-se pelo surgimento de lesões (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos, caracterizando a neurite. Na ocorrência da reação do tipo 2, surgem os nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (BRASIL, 2010a; 2010c). Os dois tipos de reação podem ser acompanhados de neurite. Estudo realizado em área endêmica do País, sobre reações hansênicas em pós-alta PQT, revelou que, dos pacientes que exibiram reação do tipo 1, esta foi maior naqueles da forma clínica dimorfa (47,1%) enquanto a reação do tipo 2 foi mais evidenciada nos pacientes classificados como virchowianos (69,2%) (ALENCAR, 2012).

Em virtude de elevado poder incapacitante decorrente do dano aos troncos nervosos periféricos, essas reações precisam ser diagnosticadas precocemente e tratadas adequadamente (BRASIL, 2010d; GROSSI, 2013). Consoante Barbosa (2009), os estados reacionais representam um problema de resolução difícil na rede

de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, restringindo-se em grande parte à assistência oferecida nos centros de referência.

O tratamento instituído pelo MS deve ser ambulatorial, porém, aqueles casos de manejo difícil devem ser encaminhados às unidades de referência.

Os corticosteroides constituem a droga de escolha para o tratamento da reação do tipo 1. Algumas recomendações devem ser observadas quanto ao uso desses medicamentos:

- acompanhamento médico;
- orientar repouso no membro afetado ante a suspeita de neurite;
- monitorar peso corporal, pressão arterial e glicemia em jejum;
- tratamento profilático para osteoporose e estrongiloidíase;
- monitorar a função neural, sensitiva e motora; e
- programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

Para a reação do tipo 2, a talidomida é o medicamento de escolha, sendo imprescindível obedecer às recomendações da Portaria nº 3.125, de 2010, relacionadas ao uso dessa droga em razão do efeito teratogênico. Portanto, se torna necessário o acompanhamento contínuo do paciente como meio para minimizar os riscos de desenvolvimento de incapacidades (BRASIL, 2010a).

1.3 Incapacidade física em hanseníase

A prevenção de incapacidade física em hanseníase compreende um elenco de medidas, objetivando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socio-econômicos. Essa atividade deve ser desempenhada por todos os profissionais responsáveis pelo acompanhamento ao paciente (BRASIL, 2010e). As incapacidades físicas trazem impacto na redução do estigma e discriminação da doença (BARBOSA, 2009).

O acometimento do sistema nervoso periférico constitui uma das principais características da hanseníase (BRASIL, 2008a; 2008b; 2010e; LYON; MOREIRA, 2013). A OMS estima que mais de três milhões de pessoas estejam vivendo com alguma incapacidade resultante da doença (OMS, 2010). No plano global, em 2012, foram registrados 14.409 casos novos com grau 2 de incapacidade física (WHO, 2013). Os nervos comprometidos com maior frequência na hanseníase são: facial e

trigêmeo no segmento cefálico; ulnar, mediano e radial nos membros superiores; e fibular e tibial posterior nos membros inferiores (BRASIL, 2007; 2008b).

A avaliação do grau de incapacidade física e da função neural é imprescindível durante todo o desenvolvimento da doença, e após alta PQT, acompanhando a evolução do grau de incapacidade e para graduar as deformidades nos olhos, mãos e pés. É um indicador utilizado para avaliar a qualidade do serviço (BRASIL, 2008b; 2010a; OLIVEIRA, 2010).

A classificação do grau de incapacidade física compreende três graduações: 0, 1, 2. Assim são classificados com grau 0 aqueles casos sem incapacidade nos três segmentos (olho, mão, pé); como grau 1 aqueles com perda da sensibilidade protetora em mãos e/ou pés; grau 2 corresponde àqueles com deformidades (lagoftalmo, garra, mão e/ou pé caído e reabsorção óssea (BRASIL, 2008b; 2010a), conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação do grau de incapacidade física

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido a hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e/ou nos pés.
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: BRASIL, 2010a

O Ministério da Saúde do Brasil aponta que, em 2011, foram avaliados no diagnóstico 89,5% e na alta 72,9% dos casos, sendo considerados regular e precário, respectivamente, segundo parâmetros do MS. Em 2012, o coeficiente de detecção de casos novos diagnosticados com grau 2 de incapacidade foi de 1,15

caso/100 mil habitantes (BRASIL, 2013a), no entanto, não pode ser comparado a outros países, por ser esse indicador novo, inexistindo até o momento publicações internacionais sobre ele. Esse coeficiente é o novo indicador proposto pela OMS para monitoramento da carga da doença (IGNOTTI; PAULA, 2012; WHO, 2013).

A proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade física avaliada no diagnóstico evidencia a precocidade ou retardo do diagnóstico e a qualidade das ações e serviços (ALENCAR, 2012; BRASIL, 2013a).

Em razão do potencial incapacitante da doença, esta deve ser combatida com PQT adequada e realização de prevenção de incapacidades, portanto, esta atividade deve estar integrada às ações de controle da doença (BRASIL, 2002; 2008a; 2009a; 2009b; OMS, 2010). O diagnóstico precoce associado à avaliação de incapacidades físicas minimiza o aparecimento das incapacidades (NARDI *et al*., 2005).

Todos os casos, independentemente da forma clínica, devem ser avaliados quanto ao grau de incapacidade física, no momento do diagnóstico da hanseníase, durante o tratamento e na alta da PQT. Casos suspeitos de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura), bem como os que indiquem área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados aos serviços de referência para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2002; 2010a).

Segundo a Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE), em 2012, o Brasil registrou coeficiente de detecção de 1,15 caso novo/100 mil habitantes com grau 2 de incapacidade no diagnóstico. Uma das metas estabelecidas pela OMS é a redução de 35% dos casos com grau 2 de incapacidade no momento do diagnóstico até 2015, em relação à taxa de 2010. Dados do MS do Brasil revelam que, entre 2008 e 2012, houve redução de 18% desse indicador, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Coeficiente de incidência de casos novos de grau 2 de incapacidade de hanseníase. Brasil e regiões, 2008 - 2012.

Região	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	3,12	2,88	2,36	2,53	2,46
C. Oeste	2,51	2,09	2,41	2,13	2,25
Nordeste	1,90	1,75	1,58	1,54	1,60
Sudeste	0,80	0,73	0,68	0,60	0,62
Sul	0,72	0,64	0,52	0,53	0,49
Brasil	1,40	1,27	1,17	1,13	1,15

Fonte: BRASIL, 2013a

1.4 Situação epidemiológica da hanseníase no Mundo

A OMS evidenciou que, em 2012, 115 países indicaram 232.857 casos novos de hanseníase. Vinte e cinco países na região da África, 28 nas Américas, 11 no Sudoeste da Ásia, 20 no Mediterrâneo Oriental e 31 no Pacífico Ocidental. Distribuição dos casos novos detectados pelas regiões: Sudeste Asiático (71%), Américas (16%), África (9%), Mediterrâneo Oriental (2%) e Pacífico Ocidental (2%). A prevalência global registrada no primeiro trimestre de 2013 foi de 189.018 casos (WHO, 2013).

A análise do número de casos novos detectados em todo o Mundo no período de 2005 a 2012 mostra uma redução nas várias regiões, embora com padrões atípicos, conforme Tabela 1.

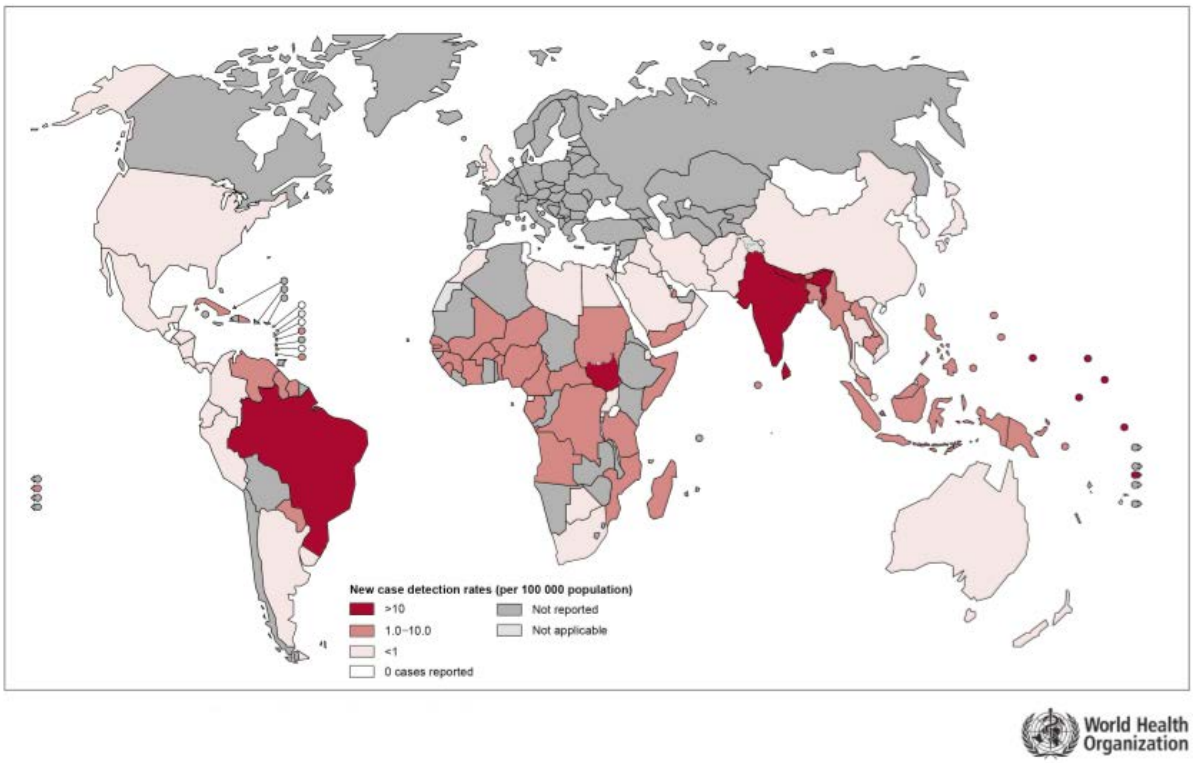
Tabela 1 - Distribuição da detecção dos casos novos de hanseníase, conforme região da OMS, 2005 - 2012.

Regiões da OMS	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
África	45.179	34.480	34.468	29.814	28.935	25.345	12.673	20.599
Américas	41.952	47.612	42.135	41.891	40.474	37.740	36.832	36.178
Sudeste Asiático	201.635	174.118	171.576	167.505	166.115	156.254	160.132	166.445
Mediterrâneo Oriental	3.133	3.261	4.091	3.938	4.029	4.080	4.346	4.235
Pacífico Ocidental	7.137	6.190	5.863	5.859	5.243	5.055	5.092	5.400
Total	**299. 036**	**265.661**	**258.133**	**249.007**	**244.796**	**228.474**	**219.075**	**232.857**

Fonte: Adaptado de WHO, WER, n. 35, 2013 (WHO, 2013)

Em 1991, durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde, foi definida a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, com prevalência inferior a um caso por 10 mil habitantes, até 2005, porém essa meta não foi atingida. Conforme OMS, eliminar uma doença significa não ter nenhum caso ocorrendo numa localidade, devendo-se manter medidas de controle (AZULAY; AZULAY, 2013). A OMS definiu a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase para 2006 - 2010 e posteriormente a de 2011 - 2015, que visam a reduzir a carga da doença em todas as comunidades endêmicas (OMS, 2010). Conforme dados da WHO, em 2012, o Brasil registrou um coeficiente de detecção maior de dez casos por 100 mil habitantes, enquanto na Ásia o destaque é para a Índia, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no Mundo. WHO, janeiro/ 2013.



Fonte: WHO, 2013

1.5 Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil

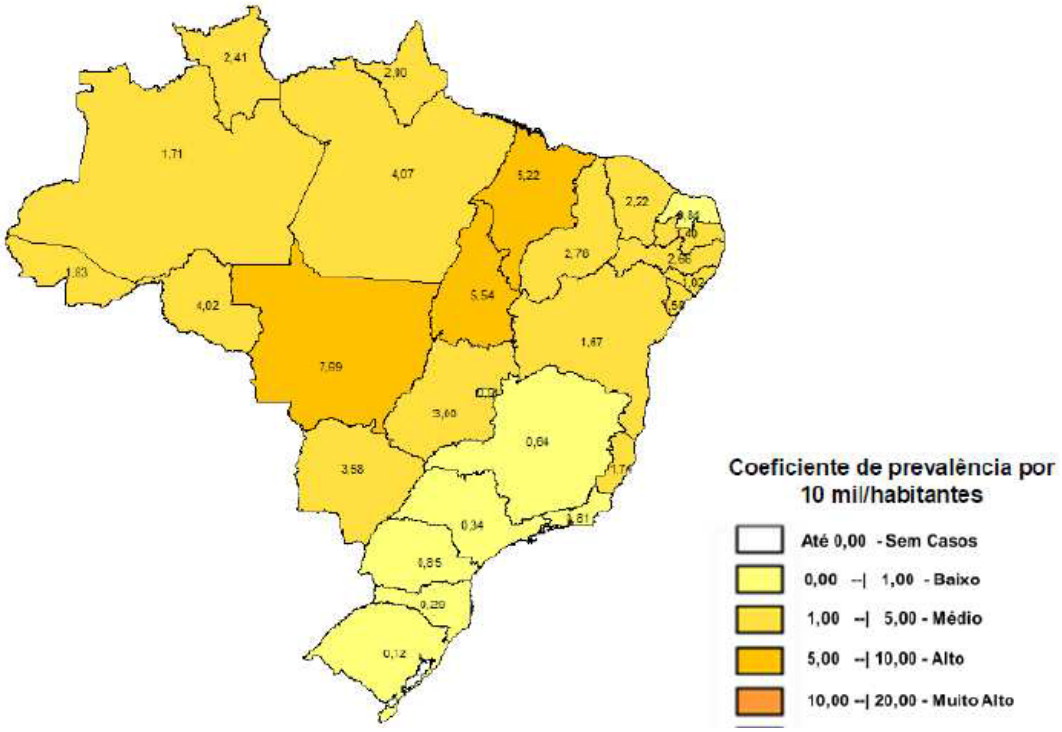
A hanseníase ainda constitui sério problema de saúde pública, especialmente no Brasil, que, em 2012, notificou 33.303 casos novos, representando o segundo maior coeficiente de detecção em todo o Mundo (BARRETO *et al*., 2012; BRASIL, 2013a). O País é o principal responsável pela endemia no Continente Americano, com 92% dos 36.178 casos novos detectados nas Américas (WHO, 2013).

O País por meio do PNCH, desenvolve ações com vistas a orientar a prática em serviços em todas as instâncias e variadas complexidades, respeitando os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos portadores deste agravo (BRASIL, 2010c; 2010e). É doença de notificação compulsória e quando notificada de forma adequada, possibilitará conhecer a magnitude e a distribuição da doença numa área específica (BRASIL, 2008a).

No Brasil, embora o País tenha demonstrado tendência de estabilização dos coeficientes de detecção de 15% em 2010 e 2011, o coeficiente de prevalência expressa redução progressiva nos últimos anos (BRASIL, 2009c; 2011b; 2013). O perfil dos acometidos pela hanseníase revela a heterogeneidade das condições socioeconômicas e da desigualdade no acesso às ações de saúde nas diversas regiões. A maior dificuldade é alcançar uma prevalência de menos de um caso por dez mil habitantes, em todas as regiões, caracterizando eliminação como problema de saúde pública (BRASIL, 2009b; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012; SILVA *et al*., 2010).

Conforme dados do MS (2012), os Estados de Mato Grosso, Maranhão e Tocantins revelam coeficiente de prevalência alto, de 5 a 9,9 casos por 10 mil habitantes, enquanto no Brasil esse parâmetro foi de 1,51 caso por 10 mil habitantes (BRASIL, 2013a), conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Coeficiente de prevalência de hanseníase, por estado. Brasil, 2012.

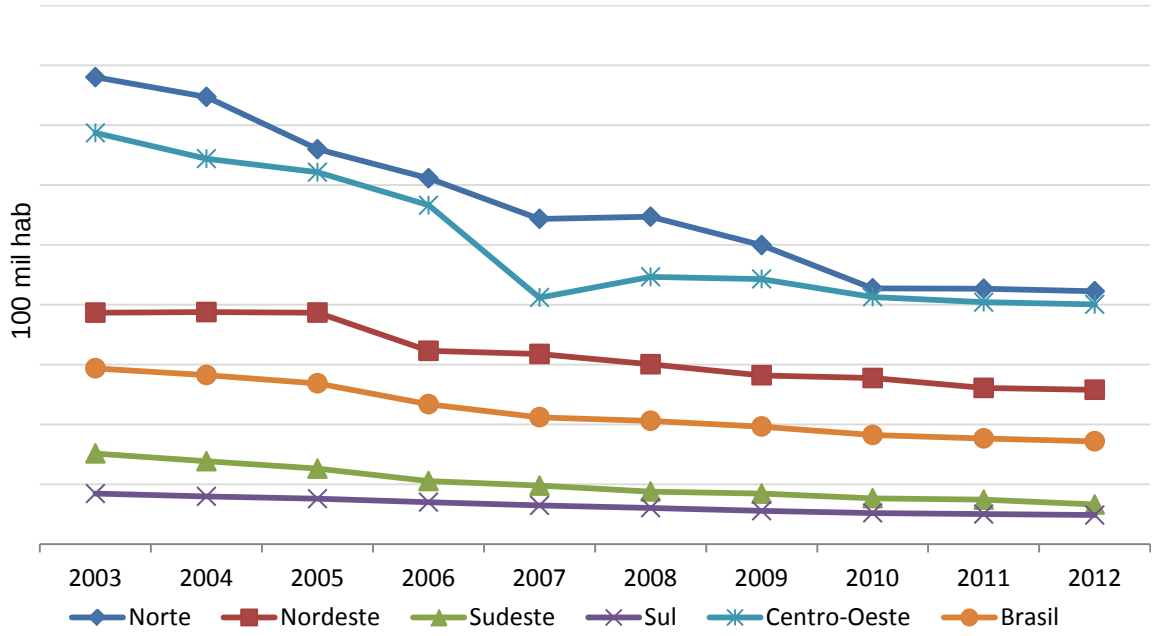


Fonte: SINAN/SVS-MS
* Dados disponíveis: 24/04/2013

Dados da OMS evidenciam que todas as regiões brasileiras registram redução na detecção de casos, sendo destacado no período de 2003 a 2012.

Conforme parâmetros da OMS, em 2012, as regiões Norte (42,3/100 mil hab.) e Centro-Oeste (40,1/100 mil hab.) apontaram hiperendemicidade, o Nordeste (25,8/100 mil hab.) com endemicidade muito alta, enquanto o Sul (4,8/100 mil hab.) e Sudeste (6,6/100 mil hab.) registraram média endemicidade (BRASIL, 2013a), conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 - Coeficiente de detecção de hanseníase, segundo regiões geográficas. Brasil, 2003 - 2012.



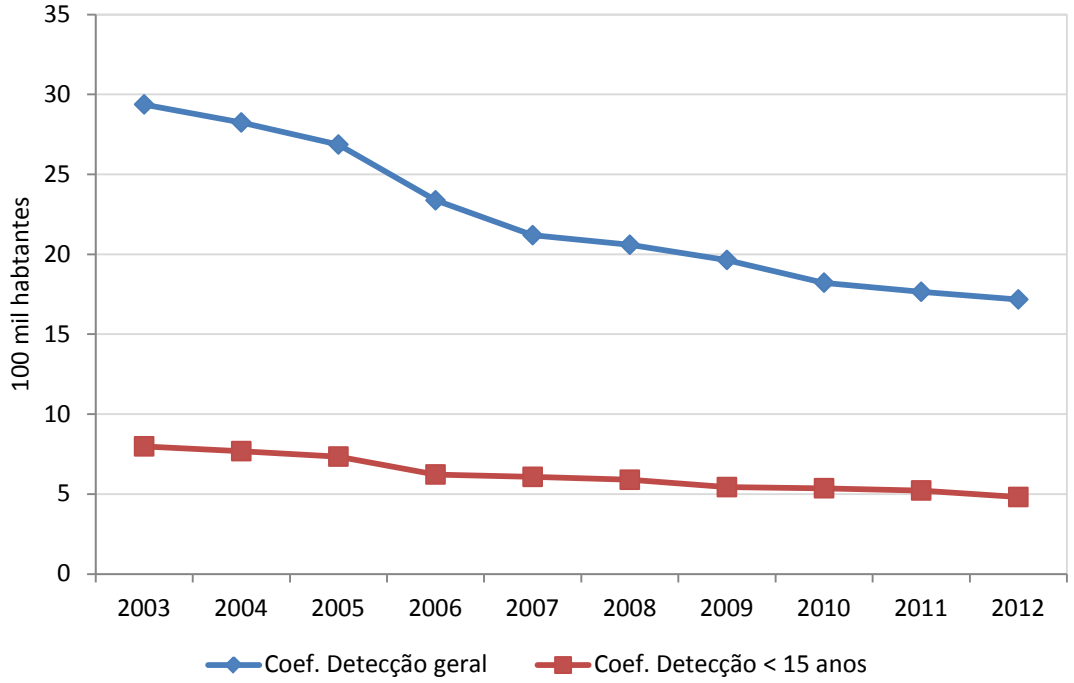
Fonte: SINAN/SVS-MS
*Dados disponíveis: 24/04/2013.
Parâmetros: Hiperendêmico (≥ 40,00/100mil hab.); Muito alto (20,00 a 39,99/100mil hab.); Alto (10,00 a 19,99/100 mil hab.); Médio (2,00 a 9,99/100 mil hab.); Baixo (2,00/100 mil hab.)

A detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal indicador de monitoramento da endemia, com meta de redução estabelecida em 10%, até 2011 e está inserida no Programa Mais Saúde: Direitos de Todos – 2008 - 2011 / Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Constitui meta do MS redução de 26,9% do coeficiente de detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade até 2015 (BRASIL, 2012a). Esse indicador expressa a força de transmissão recente, a tendência da endemia e a capacidade dos serviços de saúde na identificação dos sinais e sintomas da doença (BRASIL,

2009c; IGNOTTI; PAULA, 2012). A ocorrência da doença nessa faixa etária revela exposição precoce ao bacilo, sugerindo presença de casos bacilíferos entre as populações (BRASIL, 2002; 2010c; SILVA SOBRINHO *et al.,* 2008).

O coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos vem reduzindo, ao logo do tempo. Apesar desse decréscimo, em 2012, foram registrados 4,8 casos novos por 100 mil habitantes em menores de 15 anos, sendo considerada detecção "muito alta" (BRASIL, 2013a), como é demonstrado na Figura 4.

Figura 4 - Coeficiente de detecção de hanseníase geral e em menores de 15 anos. Brasil, 2003 - 2012.



Fonte: SINAN/ SVS- MS
* Dados disponíveis: 24/04/2013.

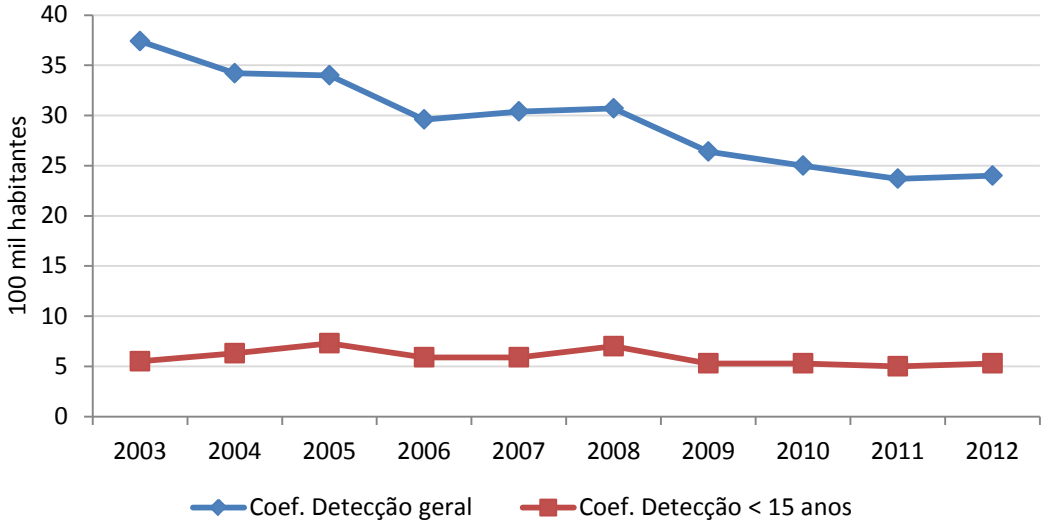
1.6 Situação epidemiológica da hanseníase no Ceará

No Ceará, as secretarias municipais de saúde (SMS), empenham-se na redução dos casos de hanseníase, porém o Estado ocupa o 14º lugar no País e o 4º no Nordeste, em número de casos novos da doença (CEARÁ, 2012). No período de

2001 a 2012, ocorreu redução no coeficiente de detecção, no entanto, nesse último ano, foram diagnosticados 2.066 casos, alcançando um coeficiente de detecção geral de 24/100 mil habitantes, considerado “muito alto”, conforme parâmetros da OMS. Este estado está entre os que registraram redução contínua na detecção de casos, com grau 2 de incapacidade (BRASIL, 2013a). Em 2012, entretanto, apresentou 7,8 casos/100 mil habitantes com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (CEARÁ, 2013).

Em 2012, foram diagnosticados 118 casos em menores de 15 anos, correspondendo a um coeficiente de detecção de 5,3/100 mil habitantes (CEARÁ, 2013). Conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), há uma redução no coeficiente de detecção geral nessa última década, contudo, registrou ocorrência da doença em menores de 15 anos; sinalizando atraso no diagnóstico (CEARÁ, 2012), conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5 - Coeficiente de detecção geral dos casos de hanseníase e em menores de 15 anos. Ceará, 2003 - 2012.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará/SINAN

*Dados parciais até 28/01/2013

1.7 Situação epidemiológica da hanseníase em Fortaleza

Fortaleza é considerada pelo MS município prioritário nas ações de eliminação da hanseníase. Com o objetivo de descentralizar as ações de saúde,

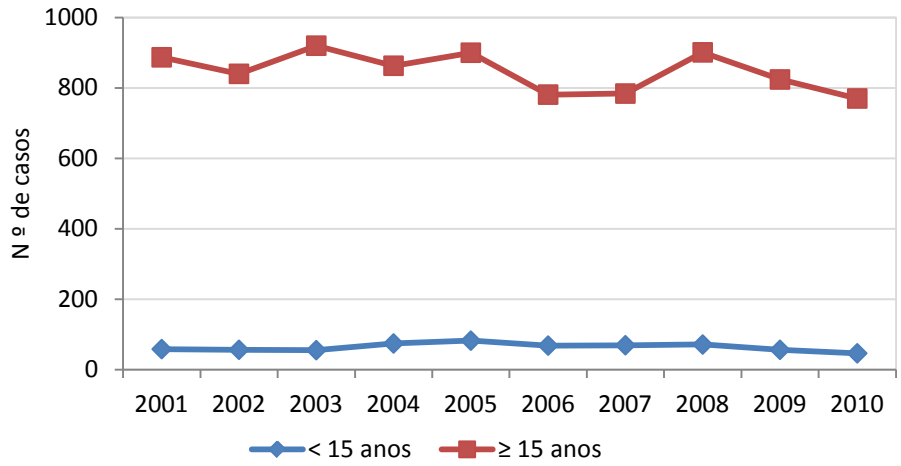
este município foi territorialmente dividido em seis secretarias executivas regionais (SER), todas com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) implantadas. Cada SER é responsável, sanitariamente, por uma parcela significativa da população.

As Secretarias Regionais I, II e IV são constituídas por 12 centros de Saúde da Família cada uma. A SER III tem 16, enquanto a SER V e a SER VI contam com 20 centros de Saúde da Família cada uma. A SER V tem um coeficiente de detecção bem maior do que a SER II, visto que os fatores socioeconômicos e ambientais são mais favoráveis nesta última. A SER III conta com 16 unidades de atenção primária à saúde e duas unidades de atendimento secundário e terciário, o HUWC/UFC e o Hospital Estadual de doenças Infecciosas São José (FERREIRA, 2007; FORTALEZA, 2011).

A situação da Capital é considerada preocupante pelos indicadores epidemiológicos da doença.

Por meio de série histórica, no período de 2001 a 2010, Fortaleza manteve um parâmetro de alta endemicidade na população geral e muito alta ou hiperendemia nos menores de 15 anos (FORTALEZA, 2011), conforme Figura 6.

Figura 6 - Casos de hanseníase diagnosticados em residentes de Fortaleza, por faixa etária. Fortaleza, 2001- 2010.



Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica

Em 2012 foram diagnosticados, em Fortaleza, 624 casos novos, equivalente a um coeficiente de detecção (24,4/100 mil habitantes), sendo considerado muito alto pelos parâmetros da OMS (BRASIL, 2013b). Indicou um coeficiente de detecção de 1,9 caso/100 mil habitantes diagnosticados com grau 2 de incapacidade (BRASIL, 2013b).

O perfil epidemiológico da doença em Fortaleza, em 2012, evidenciou maior prevalência para o sexo masculino, com 55,6% dos casos notificados, a forma clínica dimorfa com 41,0%, classificação operacional multibacilar com 64,0% e grau 1 de incapacidade física no diagnóstico com 21,2% dos casos (BRASIL, 2013b), conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase. Fortaleza, 2012.

Variáveis	**N**	**%**
Sexo		
Masculino	337	55,6
Feminino	275	44,9
Forma clínica		
Indeterminada	39	7,0
Tuberculoide	178	30,0
Dimorfa	243	41,0
Virchowiana	127	22,0
Classificação Operacional		
Paucibacilar	220	35,9
Multibacilar	392	64,0
Incapacidade física no diagnóstico		
Grau 1	108	21,2
Grau 2	49	9,6

Fonte: SINAN/SVS - MS
*Dados disponíveis: 24/04/2013.

Estudo realizado em Fortaleza (CE) abordando aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos revela que o coeficiente de detecção nessa faixa etária, no período de 1995 a 2007, foi de 1,44 (variando de 0,93 a 2,23) por 10 mil habitantes (ALENCAR *et al.,* 2008a). Em 2012, foram diagnosticados 36 casos nesta faixa etária, com coeficiente de detecção 6,3/100 mil habitantes, o que

classifica o Município como “muito alto”, conforme parâmetros da OMS (BRASIL, 2013a).

Com percentual inferior a Fortaleza, destacam-se os Municípios de Juazeiro do Norte e Sobral, que, em 2012, registraram hiperendemicidade com 114 (44,6/100 mil hab.) e 91 (47,1/100 mil hab.) casos respectivamente (CEARÁ, 2013). Barbosa (2009) relata que a magnitude e a transcendência da hanseníase no Município de Fortaleza são indiscutíveis.

1.8 Padrões de atendimento e organização da rede de atenção à saúde

Redes de atenção à saúde (RAS) são sistemas integrados, que se propõem prestar uma atenção à saúde no lugar certo, com qualidade certa, com custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita e atuam sobre as condições agudas e crônicas. Enquanto isso, os sistemas fragmentados se organizam de forma isolada, inexistindo comunicação entre os vários níveis, dificultando a assistência contínua e de qualidade à população. Nos sistemas fragmentados funciona uma estrutura hierárquica definida por níveis de “complexidades” crescentes (atenção básica, média e alta complexidade) (MENDES, 2011).

No SUS funciona esse sistema, voltado às condições e eventos agudos, concentrado em unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, que, por vezes, não têm como controlar os eventos agudos das doenças crônicas, ocasionando sequelas, como nos portadores de diabetes e hanseníase. Para evitar esses resultados, as ações devem ser planejadas, objetivando a integralidade do cuidado da doença como condição crônica (MENDES, 2011).

A constituição das RAS é importante pelo aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas, contribuindo para maior perspectiva de avanços na integralidade, estabelecimento de vínculo e aumento dos custos no tratamento da doença (CARVALHO *et al.,* 2008).

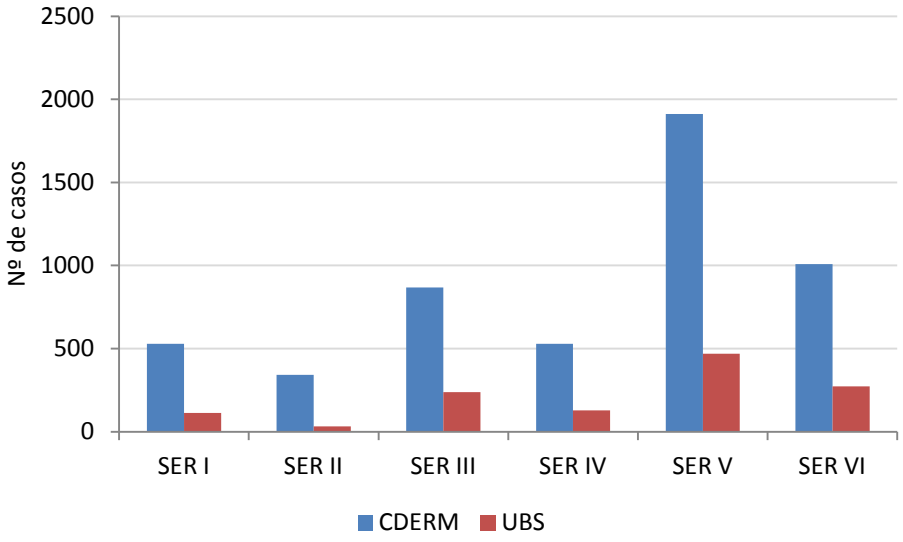
As políticas de saúde pública efetivas constituem um só meio de assegurar à população o direito e o acesso à saúde e, consequentemente, minimizar as iniquidades sociais. Se a saúde, no entanto, é um direito de todos e está num

contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, somente assim, será possível elaborar e executar essas políticas (BRADZIAK; MOURA, 2010).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986 resultou numa reforma administrativa e financeira no setor de saúde do Brasil. O relatório da referida Conferência serviu de referência para a Constituição de 1988. Por via da implantação do SUS, ocorrida em 1988, foi desenvolvida a ampliação na quantidade e qualidade dos serviços de saúde, ficando garantido o princípio da integralidade da atenção. A Norma Operacional Básica 01/96 introduziu a ideia de SUS municipal, fortalecendo o sistema local de saúde, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR; 2000).

A atual estrutura para o controle da hanseníase caracteriza-se por uma prestação integrada nos vários níveis da rede de atenção à saúde, constituindo descentralização. A principal estratégia é integrar todos os componentes essenciais às atividades de controle da hanseníase ao sistema de atenção primária. Isso inclui a utilização e o fortalecimento de serviços de referência integrados para lidar com as complicações agudas e crônicas resultantes da hanseníase (BRASIL, 2009a; 2010a). Observa-se, no entanto, dificuldade nessa descentralização, com uma concentração de atendimento no CDERM (Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia), conforme demonstrado na Figura 7.

Figura 7- Casos de hanseníase em residentes nas SER's, conforme as dez unidades de saúde com maior número de notificações em Fortaleza, 2001 - 2010.



Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica

O controle dessa doença consiste em garantir a efetividade do modelo de atenção baseado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno, buscando ativar qualquer desinserção dos doentes da sociedade, mediante o fortalecimento da gestão descentralizada e integrada das quatro esferas do governo (BRASIL, 2009a). Considerando-se que a hanseníase é uma doença com tendência a persistir, o Brasil, por intermédio do PNCH, intensifica a descentralização, respeita os princípios do SUS, fortalece as ações de vigilância epidemiológica da doença e estimula a promoção da saúde, baseada na educação permanente e assistência integral aos portadores da hanseníase (BRASIL, 2002; 2010a).

Conforme Portaria nº 3.125/2010, a atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em todas as redes do SUS, de acordo com a necessidade de cada caso, o que confere com os princípios e diretrizes de integralidade da assistência, universalidade e descentralização dos serviços (CARVALHO *et al.,* 2008). A Portaria nº 594/2010, inclui os Serviços de Atenção Integral em Hanseníase na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Define como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas descritas a seguir, conforme os Tipos I, II e III:

<u>Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I</u>

a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
e) Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço dos Tipos II e III;
f) Tratamento com poliquimioterapia - padrão;
g) Diagnóstico de casos de hanseníase. Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III;

h) Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe;
i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

Serviço de Atenção Integral em Hanseníase do Tipo II, além dos descritos no item I acrescentam-se:
a) diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e outras intercorrências e seqüelas;
b) coleta de raspado dérmico para baciloscopia;
c) tratamento com poliquimioterapia-padrão e esquemas substitutivos;
d) prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
e) encaminhamento para outros profissionais ou serviços.

Serviço de Atenção Integral em Hanseníase do Tipo III; inclui os descritos nos Tipos I e II e adicionam-se:
a) internação;
b) atendimento pré e pós-operatório;
c) procedimentos cirúrgicos; e
d) exames complementares laboratoriais e de imagem.

A referência e a contrarreferência constituem as bases da descentralização do atendimento, tornando-se necessárias a participação multiprofissional e a integração das redes de atenção à saúde (CORREIA *et al.,* 2008; EVANGELISTA *et al.,* 2008).

Para Mendes (2011), é imprescindível implantar um sistema de atenção à saúde que tenha um seguimento contínuo e proativo dos portadores de doenças crônicas, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) e com apoio dos outros níveis de atenção. Nesse âmbito, os hospitais são integrantes das RAS, articulando com os demais pontos de atenção à saúde, atuando com padrões de alta qualidade.

As pesquisas operacionais são opções à identificação de problemas nas áreas de atuação, incluindo os profissionais e os usuários, com o objetivo de

identificar e solucionar os entraves, contribuindo assim na redução e controle da carga da doença. Investigações em Sistemas de Saúde como Ferramenta para o Alcance de Programas de Controle da Hanseníase mais Efetivos no Brasil revelam a importância dessas pesquisas que objetivam coletar informações para tomada de decisões por parte dos gestores e coordenadores dos programas, contribuindo para a redução da carga da doença (GOMIDE *et al.,* 2009; RAMOS JÚNIOR *et al.*, 2008).

Estudo realizado sobre a demanda pós-alta em hanseníase em três serviços de saúde de Minas Gerais, dentre eles o Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais, registrou os maiores percentuais pós-alta de pacientes que concluíram o tratamento em outras unidades, justificando o *status* de referência desses serviços. Os motivos do primeiro atendimento pós-alta foram reações e ou neurite (64.5%) dos 951 pacientes. (GROSSI *et al*., 2009).

Ferreira (2009) realizou estudo abordando o excesso da demanda de pacientes em um centro de referência nacional para hanseníase no Nordeste brasileiro e obteve os resultados: despreparo dos profissionais da rede básica de saúde, desconhecimento do usuário sobre tratamento específico na UBS, curto período de espera pelo atendimento e efetivação deste, fácil acesso ao local, atendimento em tempo integral, benefícios como vale-transporte e refeição, e materiais de reabilitação e curativos, distribuição sistemática dos medicamentos e qualificação dos profissionais.

Evangelista *et al*. (2008), em pesquisa semelhante em municípios do Estado do Ceará, revelaram que a concentração sucedeu em decorrência de fatores, como ausência de unidades mais próximas da residência do usuário, facilidade de acesso e desconhecimento, por parte dos profissionais, sobre o fluxo de referência e contrarreferência. A inadequada contrarreferência realizada pelos próprios profissionais da unidade de referência prejudica a descentralização (MENDES *et al.,* 2008).

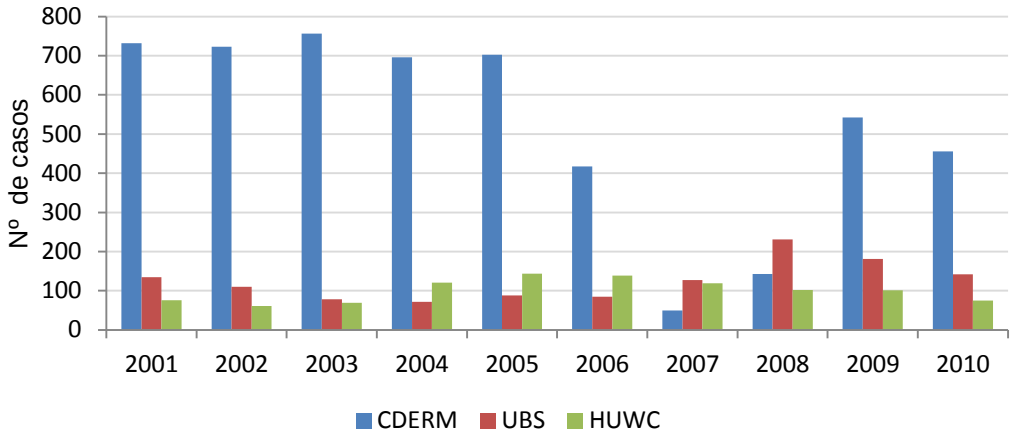
A Portaria n° 3.125/2010, determina que os casos de manejo difícil devem ser encaminhados aos serviços de referência, entretanto, pesquisa operacional realizada na Unidade de Referência Estadual de Hanseníase no Norte do Brasil

demonstrou que a dificuldade no cumprimento do fluxo dos pacientes mais graves contribui para sequelas irreversíveis (PIRES *et al*., 2011).

Pesquisa efetivada no Centro de Referência de Manaus, Fundação Alfredo da Mata (FUAM), revelou fatores associados à elevada demanda: desconhecimento do funcionamento do fluxo do sistema de referência e contrarreferência, por parte dos profissionais da rede, falta de gerência, organização e qualidade no atendimento da rede básica. Como fatores de retenção: privilégio no atendimento da FUAM como popularidade e credibilidade histórica, falta de confiança dos profissionais da referida fundação, impedindo a contrarreferência, existência do cartão de agendamento que privilegia o atendimento (CORREIA *et al*., 2008). A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001, no entanto, define como de responsabilidade das UBS (Unidade Básica de Saúde), por via do Programa de Saúde da Família (PSF), diagnosticar e tratar casos de hanseníase. Contribuindo com essa afirmativa, a descentralização das atividades para o serviço de atenção básica constitui uma das diretrizes do PNCH (BRASIL, 2009b).

Mediante análise do atendimento realizado na CDERM, HUWC e UBS, denota-se a concentração do atendimento na primeira unidade, contrariando os princípios norteadores do SUS e da determinação da Portaria Ministerial de controle da doença, conforme demonstrado na Figura 8.

Figura 8 - Atendimento dos casos de hanseníase em Fortaleza, segundo unidade de saúde. Fortaleza, 2001- 2010.



Fonte: SMS/Célula de Vigilância Epidemiológica

*Dados do HUWC extraídos do SINAN NET

1.9 Justificativa

Fortaleza é um dos municípios prioritários para o controle da hanseníase, em decorrência de sua situação epidemiológica. O HUWC, como integrante da rede de atenção à saúde e conforme princípio do SUS recebe pessoas da região Metropolitana de Fortaleza, e outros municípios do Estado. Atende casos que deveriam ser tratados na atenção primária e outros de manejo clínico difícil encaminhados das UBS ou ambulatórios das demais especialidades clínicas do HUWC para confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos episódios reacionais ou internamento.

Os casos diagnosticados e acompanhados nesse hospital são notificados ao SINAN NET, porém foram omitidos do Boletim de Saúde de Fortaleza, editado em 2011. Na qualidade profissional atendendo essa clientela diariamente, e como participante do projeto de pesquisa “Sustentabilidade das ações de controle da hanseníase, enfoque vigilância de contatos, na atenção básica do Município de Fortaleza/Ceará”, foi despertado o interesse de se conhecer a atual situação epidemiológica e operacional desse agravo das pessoas atendidas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC.

Espera-se que os resultados tragam contribuições para o planejamento e o aprimoramento das atividades operacionais, contribuindo para a descentralização e a integralidade da assistência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico e padrões de atendimento da hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará no período de 2007 a 2011.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os modos de diagnóstico e de alta da população do estudo;
- Caracterizar os tipos de atendimentos e encaminhamentos realizados à população do estudo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, baseado na revisão de prontuários das pessoas atendidas para hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC no período de 2007 a 2011.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará. O mencionado hospital foi fundado em 1959, presta assistência secundária, terciária e quaternária. É referência para formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. No campo de ensino, é vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e, na esfera assistencial, ao SUS. As principais atividades assistenciais são: consultas ambulatoriais, internações, cirurgias, exames radiodiagnósticos e laboratoriais. Possui 238 leitos clínicos, 13 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, oito salas de cirurgia, 146 consultórios ambulatoriais e um Centro de Pesquisa Clínica, vinculado à Rede Nacional de Pesquisa Clínica.

O Ambulatório de Dermatologia é credenciado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, atende pessoas da Região Metropolitana de Fortaleza e de outros municípios do Estado (resguardando os princípios do SUS). Abrange subespecialidades de Dermatologia Geral e Pediátrica, Alergia e Imunodermatologia, Cosmiatria, Crioterapia, cirurgias dermatológicas e Hansenologia.

A atenção à pessoa acometida pela hanseníase foi implantada no referido Ambulatório em 1989, abrangendo consultas médica e de enfermagem. Atualmente, o acesso ao ambulatório ocorre mediante encaminhamentos das UBS ou rede privada de Fortaleza, ou ainda, de outros municípios do Estado. Outro modo de diagnóstico ocorre durante as consultas no próprio Ambulatório ou encaminhamentos dos demais serviços do complexo hospitalar. Pequena parcela é detectada no exame dos contatos. A demanda é agendada para a primeira quinta-feira subsequente ao comparecimento do paciente.

Participa da assistência uma equipe constituída por professores, médicos dermatologistas, enfermeiros, médicos-residentes, acadêmicos de Medicina e Enfermagem, farmacêutico, técnicos e auxiliares de Enfermagem e de laboratório.

A assistência compreende o diagnóstico da hanseníase, monitoramento e tratamento dos episódios reacionais hansênicos ou complicações outras decorrentes da PQT, incluindo internamentos. A consulta de Enfermagem compreende o acompanhamento de todos os pacientes durante o tratamento PQT por meio da administração mensal da dose supervisionada e orientação da autoadministrada e pós - tratamento PQT. São realizados: avaliação neurológica simplificada, prevenção de incapacidade e exame dos contatos, curativos, administração de anticoncepcionais injetáveis às mulheres em uso de talidomida.

O serviço dispõe dos seguintes recursos terapêuticos: laboratório de Micologia, biopsia, Histopatologia, exame de baciloscopia do esfregaço intradérmico e teste de histamina. Faz parte da rotina do ambulatório solicitação prévia ao tratamento, baciloscopia, biopsia com histopatologia, além do hemograma completo, provas de função hepática e renal, G6PD (glicose-6-fosfato de desidrogenasse).

Conforme estatística do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico), no período do estudo, foram realizadas 3.240 consultas médicas (média de 648/ano) e 4.248 de enfermagem (média de 858/ano) aos pacientes em acompanhamento para hanseníase ou após tratamento poliquimioterápico.

3.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por 475 pessoas acometidas pela hanseníase, encaminhadas ao Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC, no período de 2007 a 2011. Estas são procedentes de unidades de saúde do Município de Fortaleza ou de outros municípios do Estado do Ceará e foram encaminhadas para investigação diagnóstica e/ou tratamento. Ficou estabelecido o período de cinco anos em decorrência da dificuldade da coleta dos dados nos prontuários, uma vez que neste serviço é utilizado prontuário único para o atendimento em todo o complexo hospitalar.

Foram considerados critérios de inclusão dos casos de hanseníase:

- residente no Estado do Ceará; e

- acompanhados no Ambulatório para PQT ou pós PQT, todavia, em tratamento dos episódios reacionais hansênicos.

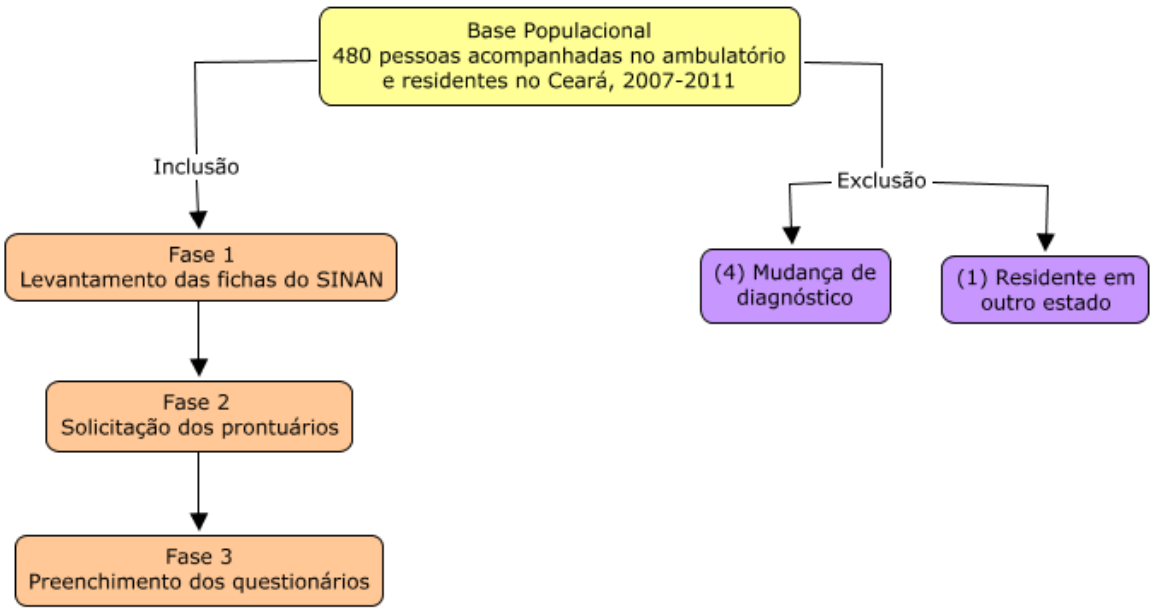
Foram considerados critérios de exclusão:

- pessoas acompanhadas no Ambulatório, porém, residentes em outros estados; e
- mudança de diagnóstico.

3.4 Desenho do estudo

O estudo foi realizado em etapas para a coleta dos dados, observando-se os critérios de inclusão e exclusão propostos, conforme a Figura 9.

Figura 9 - Diagrama representativo do desenho do estudo.



Fonte: elaboração própria

3.5 Variáveis do estudo

As variáveis analisadas neste estudo estão na sequência:

- Caracterização sociodemográfica - idade (correspondente à data de notificação) sexo, cor da pele, naturalidade, local de residência, ocupação, número e seu grau de parentesco do contato.
- Caracterização clínica e epidemiológica - classificação clínica e operacional, esquema terapêutico, número e localização das lesões cutâneas, grau de incapacidade física, baciloscopia, histopatologia, episódios reacionais hansênicos, medicamentos utilizados nos episódios reacionais, troncos nervosos acometidos.
- Padrões de atendimento - modo de entrada (diagnóstico) e saída (alta) no/do Ambulatório, atendimentos, encaminhamentos, transferências e doenças associadas.

3.6 Coleta dos dados

Inicialmente, foi realizado o levantamento das fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), correspondente ao período do estudo, localizadas no ambulatório e relacionado em planilha o número dos prontuários para solicitação destes ao SAME. Antecedendo a coleta dos dados, foram tomados aleatoriamente, dez prontuários para que se realizasse, com as bolsistas, um pré-teste do formulário, responsabilizando-se pela orientação e supervisão da equipe.

Para coleta dos indicadores foi elaborado um questionário conforme objetivos da pesquisa (Apêndice A). Com o escopo de uniformizar os dados anotados dos prontuários, foi elaborado um roteiro de instruções (Apêndice B) para preenchimento do questionário.

Participaram, também, da coleta dos dados, quatro bolsistas (duas enfermeiras e duas acadêmicas do curso de Medicina) integrantes dos projetos de pesquisa vinculados a docentes e pesquisadores do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Revisou-se 64 (13,4%) questionários preenchidos pelas bolsistas.

Diariamente, foram solicitados dez prontuários (norma estabelecida pelo hospital), porém, algumas vezes, quando este quantitativo não era alcançado, por não terem sido localizados, a solicitação era refeita, até que fossem localizados e

disponibilizados à pesquisa. Pequeno número de prontuários tinha dois ou três volumes, em decorrência da complexidade do atendimento do HUWC/UFC, sendo necessária a revisão de todos os volumes, para, então, localizar o atendimento do Ambulatório de Dermatologia.

Os dados foram coletados mediante revisão minuciosa dos prontuários, das fichas de Notificação/ Investigação do SINAN (ANEXO B) e do formulário para avaliação neurológica simplificada (ANEXO C).

Dos prontuários, foram coletados os dados clínico-epidemiológicos e padrões de atendimento, identificando variáveis, como número e localização das lesões, forma clínica, classificação operacional, baciloscopia, histopatologia, episódios reacionais, contatos examinados e desfecho da terapêutica.

Da ficha de Notificação/Investigação do SINAN, foram retiradas as variáveis idade, escolaridade, cor da pele, naturalidade, local de residência, ocupação, modo de entrada, modo de detecção do caso e número de contatos registrados.

Do formulário para avaliação neurológica simplificada, foram analisados os troncos nervosos acometidos, tendo-se procedido, também, à avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta.

Para este estudo foram considerados os itens expressos adiante.

- Idade do paciente corresponde àquela da época da notificação do caso;
- Tratamento foi regular quando o paciente (PB) completou seis doses em até nove meses, e os MB 12 doses em até 18 meses, ou 24 doses em até 36 meses, desde que não tenham ocorrido três e quatro faltas consecutivas para os PB e MB, respectivamente. Passando desse período foi considerado irregular;
- Abandono do tratamento quando o paciente não compareceu para dose supervisionada há mais de 12 meses da última dose, conforme determinado pela Portaria nº 3.125 de 2010;
- Novo episódio reacional quando do aparecimento de sinais e sintomas característicos; três meses após conclusão do quadro clínico anteriormente apresentado (SAUNDERSON, 2000);

- Na presença de outras comorbidades, foram consideradas aquelas preexistentes ao diagnóstico da hanseníase.

3.7 Apresentação e análise dos dados

A entrada dos dados foi realizada no programa estatístico Epi-info (versão 3.5.2, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA), moldado conforme variáveis constantes nos formulários de pesquisa. Realizou-se diretamente essa etapa e, quando necessário, se realizavam as correções, objetivando-se minimizar possíveis erros.

A análise dos dados foi efetuada no Programa estatístico Stata 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), sendo realizada a recategorização de algumas variáveis. A análise dos dados foi expressa em tabelas de frequências e gráficos, elaborados no programa Excel 2007.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, em 13 de março de 2012, sob o número de protocolo 008.02.12 (Anexo A). Em todas as etapas do estudo, foram obedecidas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012b). Dentre essas, a de garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da Bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça/ equidade.

Foram seguidos também os itens: prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Nesse caso, utilizou-se o Termo de Fiel Depositário, aplicável em pesquisas com documentos, tendo o compromisso do pesquisador quanto guarda, preservação e confidencialidade dos pacientes cujos prontuários foram utilizados na pesquisa.

Os dados serão empregados somente para fins previstos nesta pesquisa. Ressalta-se que os resultados deste estudo serão divulgados à instituição onde o mesmo foi realizado.

4 RESULTADOS

No período de 2007 a 2011, foram diagnosticados e notificados ao SINAN 480 casos de hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. A maior e a menor frequência absoluta de notificações registradas ocorreram nos anos de 2007 e 2011, com 119 e 75 casos, respectivamente.

Desse total, foram excluídos quatro (0,8%) casos, por mudança de diagnóstico, e um (0,2%) por morar em estado diferente do Ceará. Portanto, foram avaliados e incluídos no estudo 475 (98,9%) casos em acompanhamento no referido Ambulatório. Descrevem-se as características sociodemográfica, clínico-epidemiológica, modo de entrada e saída e padrões de atendimento da população do estudo.

4.1 Caracterização sociodemográfica

A média de idade dos casos foi de 45,2 anos, com amplitude de quatro a 89 anos, desvio-padrão de 17,8 anos e mediana de 47 anos. A faixa etária mais acometida foi a de 45 a 59 anos, com 166 (39,9%) casos. O sexo feminino predominou com 246 (51,8%) casos.

Os dados de escolaridade apontam maior frequência de participantes com a 4ª série completa do ensino fundamental 162 (34,1%), seguidos da categoria da 5ª a 8ª séries com 94 (19,7%), e da 1ª a 4ª séries incompletas, com 77 (16,2%) participantes.

A cor branca foi a mais frequente nos registros: 327 (68,8%). A maioria das pessoas era natural do Município de Fortaleza - 239 (50,3%), sendo que os residentes em Fortaleza totalizaram 391 (82,3%) casos, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 **-** Caracterização sociodemográfica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Caracterização sociodemográfica	**N**	**%**
Idade (anos)		
< 15	30	6,3
15 - 29	62	13,0
30 - 44	117	24,7
45 - 59	166	35,0
≥ 60	100	21,0
Sexo		
Feminino	246	51,8
Masculino	229	48,2
Escolaridade		
Nenhuma	18	3,8
1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	77	16,2
4ª série completa do ensino fundamental	162	34,1
5ª a 8ª incompleta do ensino fundamental	94	19,8
Ensino fundamental completo	28	5,9
Ensino médio incompleto	22	4,7
Ensino médio completo	30	6,3
Educação superior incompleta	06	1,2
Educação superior completa	04	0,9
Ignorado	34	7,1
Cor da pele		
Branca	327	69,0
Preta	21	4,4
Amarela	40	8,4
Parda	79	16,6
Indígena	01	0,2
Ignorada	07	1,4
Naturalidade		
Fortaleza	239	50,3
CE (outros municípios)	103	21,7
Outros estados	03	0,7
Ignorado	130	27,3
Local de residência		
Fortaleza	391	82,3
Ceará (outros municípios)	83	17,5
Ignorado	01	0,2

As principais ocupações das pessoas seguem caracterizadas segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Das 475 notificadas, exerciam alguma atividade 192 (40,4%). Os demais casos eram compostos por donas de casa 139 (29,2%), estudantes 56 (11,7%) e aposentados 48 (10,1%); enquanto isso, para 40 (8,4%) casos, não havia informações, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Categorização das ocupações das pessoas atendidas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC, conforme a CBO no período de 2007 - 2011**.**

GG	CBO 2002/ grandes grupos - Ocupação	N	%
0	Forças armadas, policiais e bombeiros militares	01	0,2
1	Membros superiores do Poder Público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	-	-
2	Profissões das Ciências e das Artes	10	2,1
3	Técnicos de nível médio	03	0,6
4	Trabalhadores de serviços administrativos	07	1,4
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	163	34,3
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	03	0,6
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	03	0,6
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	-	-
9	Trabalhadores de manutenção e reparação	02	0,4

4.2 Caracterização clínica e epidemiológica

Do total dos casos diagnosticados, 225 (47,4%) apresentaram mais de cinco lesões de pele. A forma clínica dimorfa foi a mais frequente, 228 (48,0%) casos no diagnóstico, e 233 (49,0%) no momento da alta. À classificação operacional houve maior ocorrência de casos multibacilares, 311 (65,4%) e 314 (66,0%), no diagnóstico e na alta, respectivamente.

Antecedendo o tratamento, 465 (97,8%) participantes realizaram exame baciloscópico do raspado intradérmico (baciloscopia). Dos que realizaram baciloscopia no diagnóstico, 329 (69,2%) foram negativos e 136 (28,7%) positivos. No momento da alta da PQT, eram negativos 58 (12,2%) e positivos 67 (14,1%). A média do índice baciloscópico no diagnóstico foi de 1,6. Na avaliação por

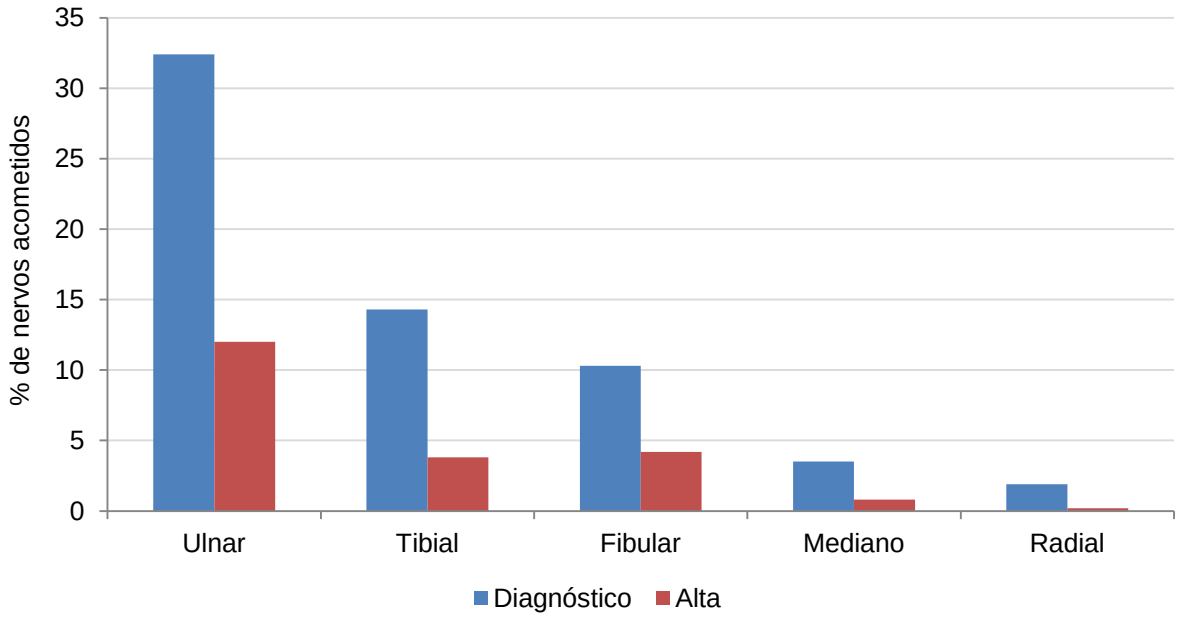
histopatologia, 130 (27,3%) casos não realizaram a biopsia. Em 83 (17,4%) casos, este exame foi inconclusivo, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização clínica e epidemiológica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Caracterização clínica e epidemiológica	N	%
Número de lesões		
> 5	225	47,4
≤ 5	250	52,6
Forma clínica no diagnóstico		
Indeterminada	18	3,9
Tuberculoide	149	31,4
Dimorfa	228	48,0
Virchowiana	73	15,3
Neural	07	1,4
Forma clínica na alta		
Indeterminada	19	4,0
Tuberculoide	145	30,5
Dimorfa	233	49,0
Virchowiana	70	14,7
Neural	08	1,7
Classificação operacional no diagnóstico		
Paucibacilar	164	34,6
Multibacilar	311	65,4
Classificação operacional na alta		
Paucibacilar	161	34,0
Multibacilar	314	66,0
Baciloscopia no diagnóstico		
Não realizada	08	1,7
Positiva	136	28,7
Negativa	329	69,2
Ignorado	02	0,4
Baciloscopia na alta		
Não realizada	331	69,8
Positiva	67	14,0
Negativa	58	12,2
Ignorado	19	4,0
Histopatologia no diagnóstico		
Não realizada	130	27,4
Indeterminada	13	2,8
Tuberculoide	130	27,4
Dimorfa	35	7,3
Virchowiana	78	16,4
Neural	01	0,2
Ignorada	05	1,0
Inconclusiva	83	17,5

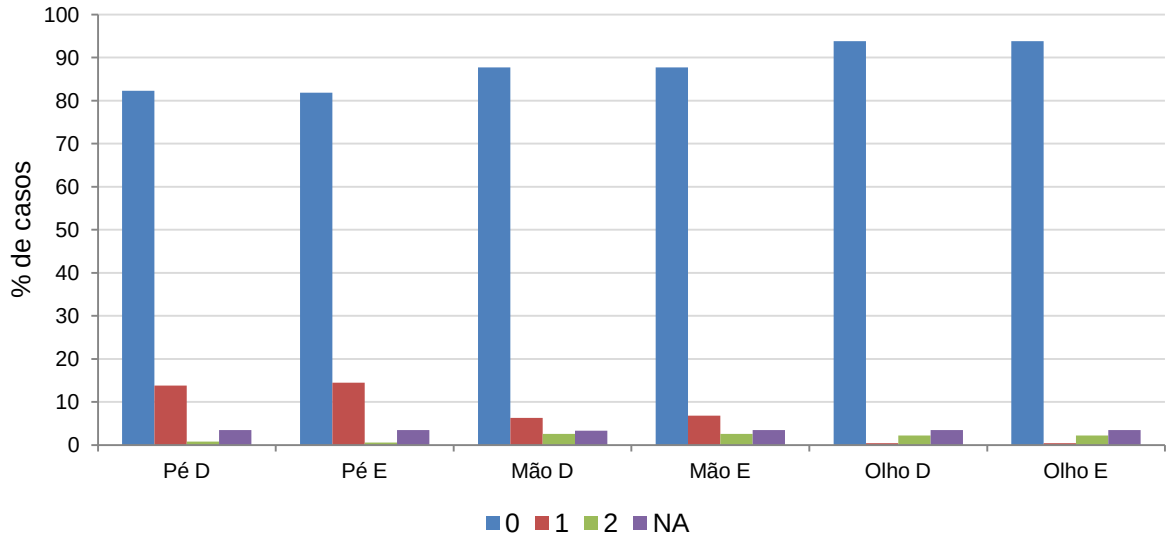
Duzentos e noventa e sete pessoas exibiram troncos nervosos acometidos no diagnóstico e 101 no momento da alta da PQT. A maior prevalência de comprometimento neural no diagnóstico foi do nervo ulnar, com 154 (32,4%), e na alta com 57(12,4%), seguidos do nervo tibial posterior, com 68 (14,3%) e 18 (3,7%), respectivamente, conforme demonstrado na Figura 10.

Figura 10 - Troncos nervosos acometidos no diagnóstico e na alta das pessoas em acompanhamento para hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



O total de 458 casos foi avaliado quanto ao grau de incapacidade física nos três segmentos (olhos, mãos e pés). Os pés foram aqueles mais acometidos pelo grau 1 e 2 de incapacidade física, com 136 (29,6%) casos, seguidos das mãos e dos olhos, com 84 (18,3%) e 24 (5,2%), respectivamente, conforme está expresso na Figura 11.

Figura 11 - Grau de incapacidade física, conforme segmento acometido no diagnóstico nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

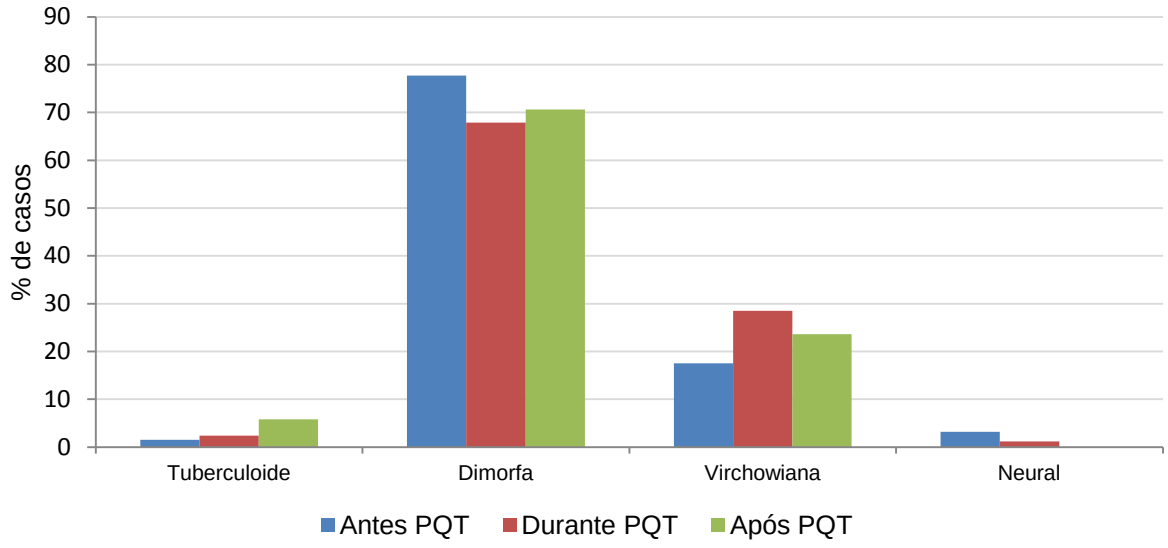


Pé D- pé direito; Pé E- pé esquerdo; Mão D- mão direita; Mão E- mão esquerda; Olho D- olho direito; Olho E- olho esquerdo. NA- não avaliado o grau de incapacidade.

Duzentos e três (42,7%) participantes desenvolveram episódios reacionais hansênicos (ERH) dos tipos 1 e 2 nos diversos momentos do acompanhamento ambulatorial. Sessenta e sete (33,0%), 104 (51,2%) e 32 (15,7 %) ocorreram antes, durante e após PQT, respectivamente. Vinte e nove pessoas apresentaram os dois tipos de episódios reacionais em momentos distintos.

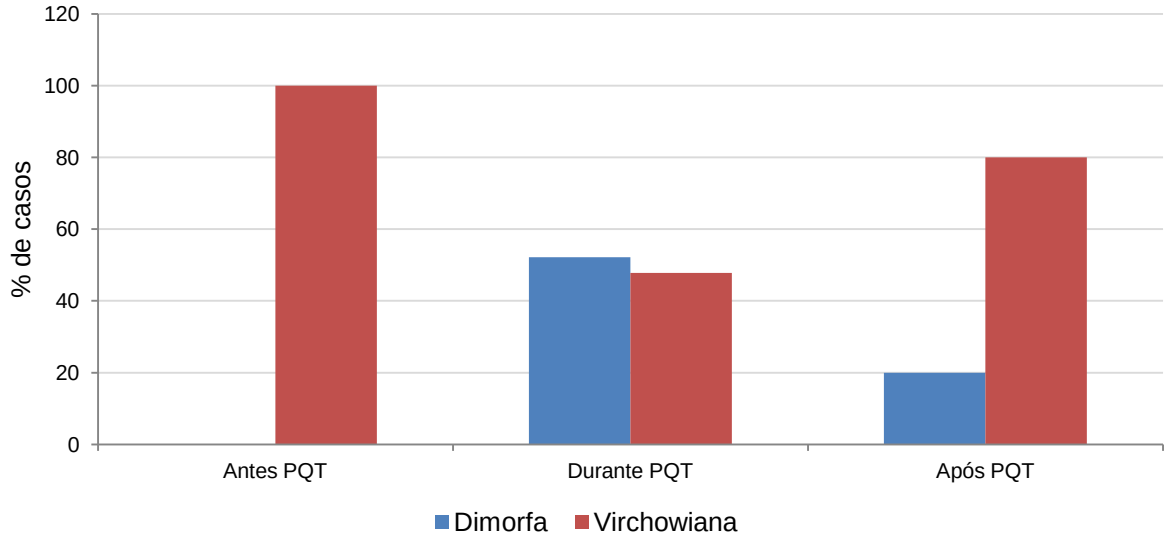
Os episódios reacionais do tipo 1 foram mais expressivos na forma clínica dimorfa com 49 (77,7%) e 12 (70,6%) dos casos antes e após o tratamento respectivamente, conforme expresso na Figura 12.

Figura 12 - Episódios reacionais do tipo 1, na população avaliada, segundo forma clínica e período da ocorrência deles no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



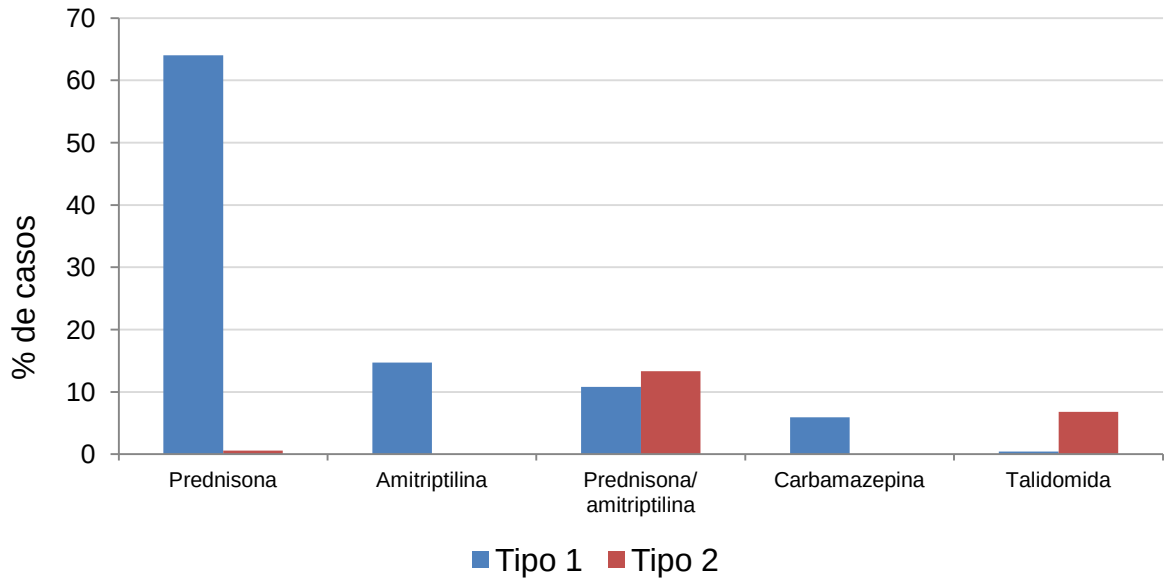
Os episódios reacionais do tipo 2 foram mais evidenciados nas formas clínicas dimorfa e virchowiana, com 12 (52,1%) e 12 (80,0%) dos casos, respectivamente, após o tratamento, conforme demonstrado na Figura 13.

Figura 13 - Episódios reacionais do tipo 2 na população avaliada, segundo forma clínica e período da ocorrência destes no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.



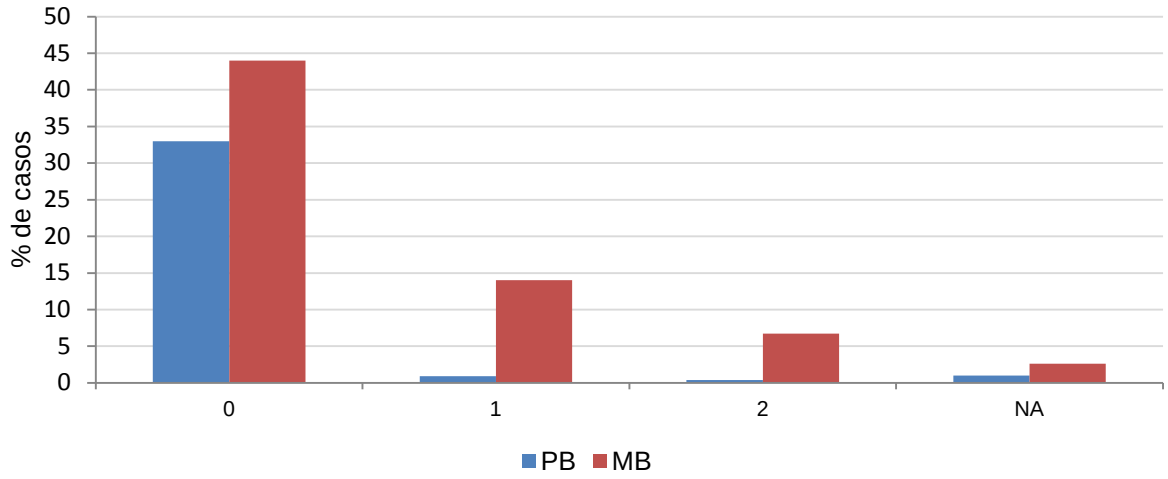
Nos 203 casos que desenvolveram ERH, os medicamentos mais utilizados foram prednisona e talidomida. Cento e trinta (64,0%) casos utilizaram corticoides como medicamento para tratamento da reação do tipo 1, enquanto 14 (6,8%) casos utilizaram a talidomida para a reação do tipo 2. Quarenta e nove (24,1%) utilizaram associação desses dois medicamentos, sendo 22 (10,8%) para a de tipo 1 e 27 (13,3%) a do tipo 2. Trinta (14,7%) utilizaram amitriptilina e 12 (5,9%) carbamazepina, conforme está na Figura 14.

Figura 14 - Medicamentos utilizados para tratamento dos ERH nas pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



No diagnóstico, as incapacidades físicas predominaram nos casos MB com 66 (14,0%) casos com grau 1 e 31 (6,7%) com grau 2, enquanto os casos PB corresponderam a quatro (0,9%) e dois (0,4%) com graus 1 e 2, respectivamente, conforme demonstrado na Figura 15.

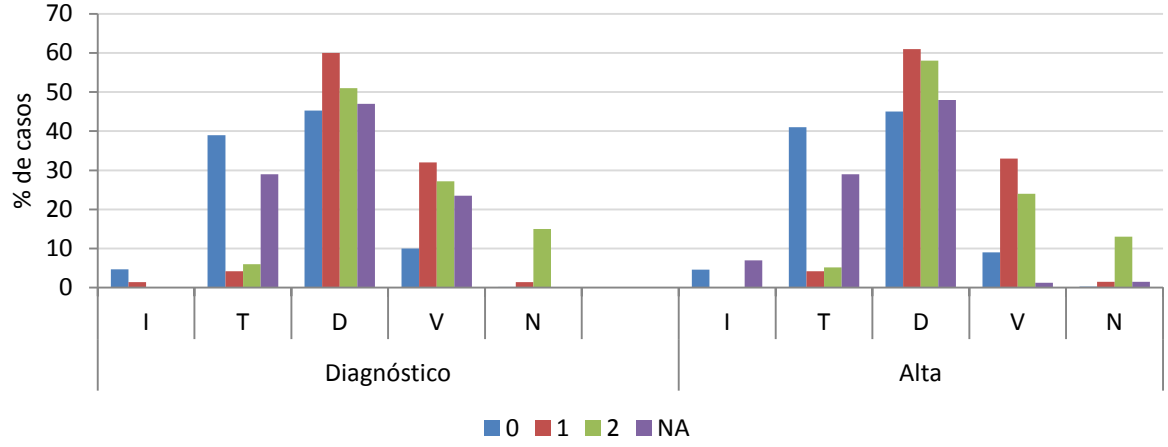
Figura 15 - Grau de incapacidade física no diagnóstico, conforme classificação operacional das pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



* PB- paucibacilar; MB- multibacilar

No diagnóstico, a maior prevalência de incapacidade física de grau 1 foi na forma clínica dimorfa 42 (60,0%), bem como o grau 2, com 17 (51,5%). No momento da alta, o grau 2 também foi mais prevalente na forma clínica dimorfa 22 (57,8%), conforme exibido na Figura 16.

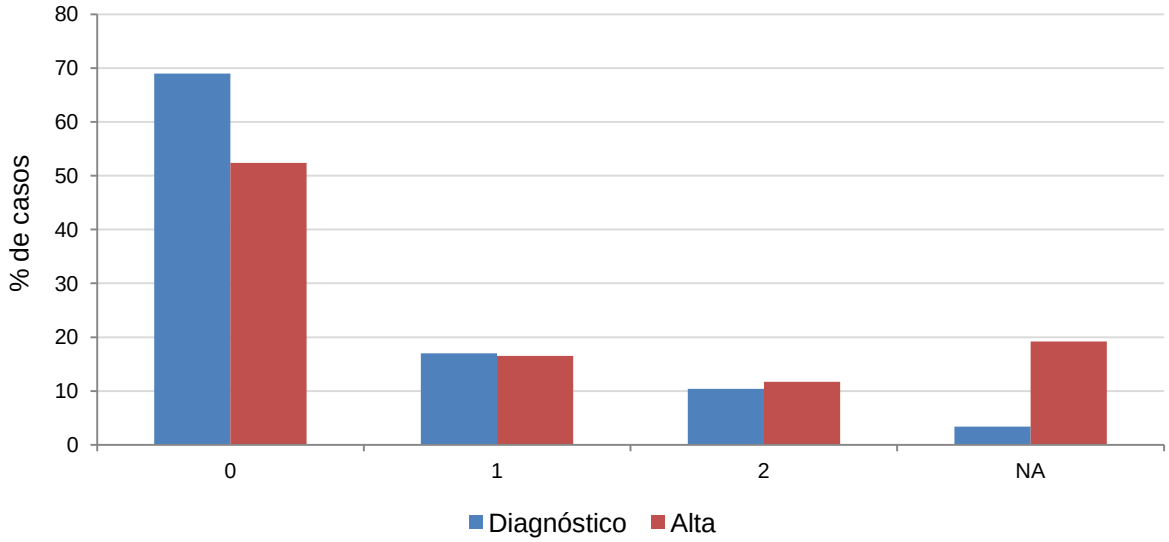
Figura 16 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta, segundo forma clínica das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



* I- Indeterminada; T- Tuberculoide; D- Dimorfa; V- Virchowiana; N- Neural

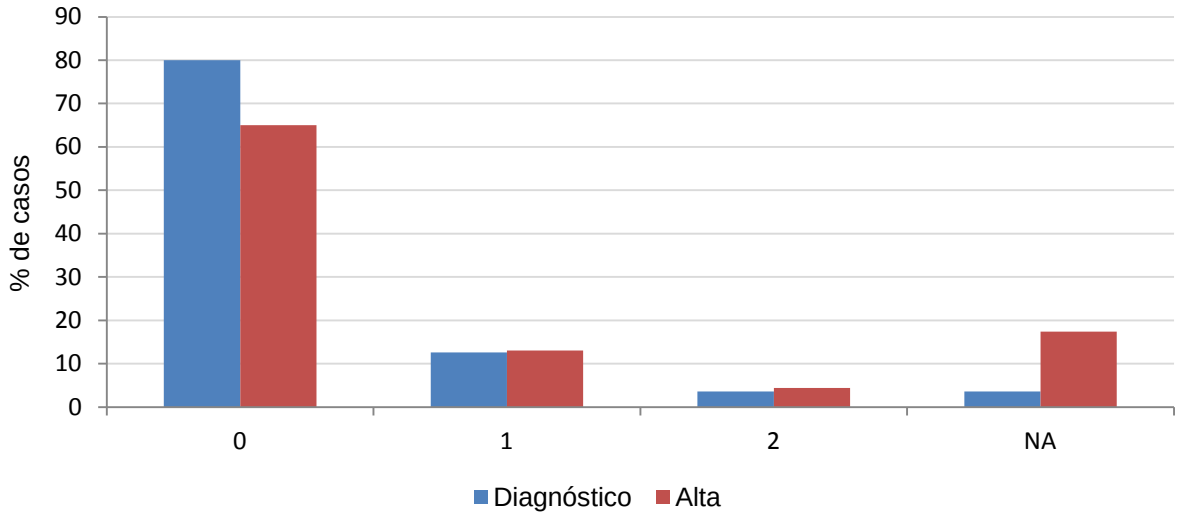
No diagnóstico, entre os 229 do sexo masculino avaliados, 39 (17,0%) indicaram grau 1 de incapacidade física e outros 24 (10,4%) grau 2. Na alta, 38 permaneceram com grau 1 (16,5%) e 27 (11,7%) com grau 2, conforme Figura 17.

Figura 17 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no sexo masculino das pessoas em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



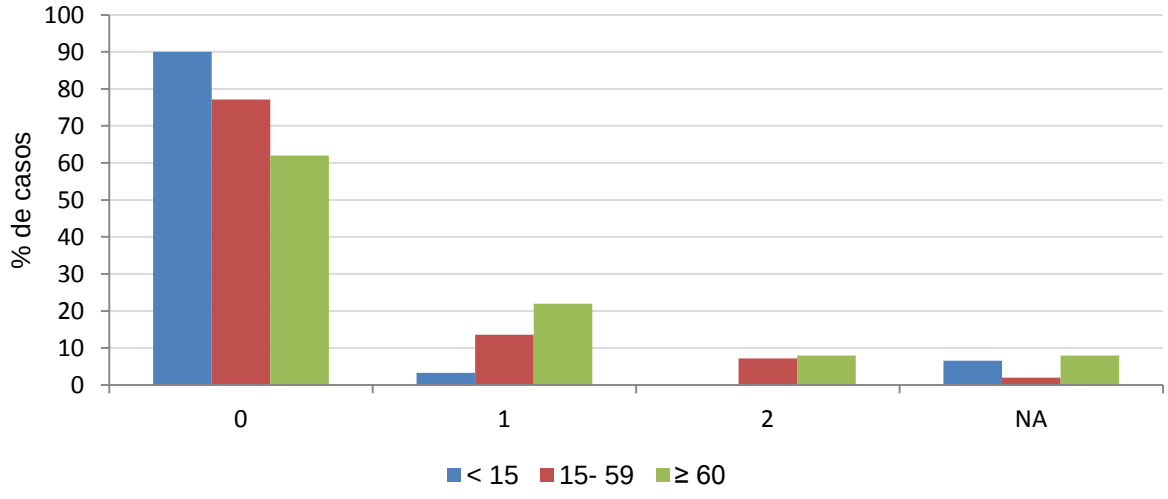
No sexo feminino 31 (12,6%) expressaram grau 1 de incapacidade física no momento do diagnóstico e 9 (3,6%) grau 2. Na alta, essa prevalência foi de 32 (13,0%) casos com grau 1 e 11 (4,5%) com grau 2, conforme Figura 18.

Figura 18 - Grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no sexo feminino em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007- 2011.



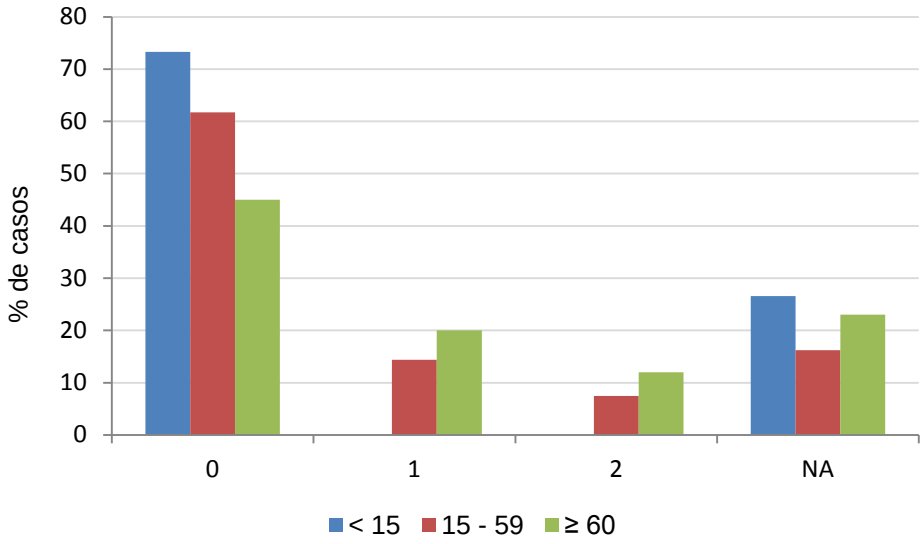
No diagnóstico, 47 (13,6%) dos casos indicaram grau 1 de incapacidade física com idade de 15 a 59 anos, enquanto 22 (22,0%) com idade igual ou superior a 60 anos apontaram o mesmo grau de incapacidade, conforme a Figura 19.

Figura 19 - Grau de incapacidade física no diagnóstico, conforme idade das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.



No momento da alta, permaneceu o mesmo padrão de incapacidade. Cinquenta (14,4%) pessoas com idade entre 15 e 59 anos apresentaram grau 1 de incapacidade, enquanto 20 (20,0%) pessoas com idade maior ou igual a 60 anos relataram o mesmo grau, conforme Figura 20.

Figura 20 - Grau de incapacidade física na alta, conforme idade das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.



A análise da evolução do grau de incapacidade física encontrado, comparando-se entre o momento do diagnóstico e o de alta da PQT apontou que das 458 (96,4%) pessoas examinadas no diagnóstico e 388 (81,6%) na alta, 355 (74,7%) permaneceram com o mesmo grau de incapacidade, enquanto 21 (4,4%) pioraram o grau de incapacidade. Outras 7 (1,4%) relataram melhora das incapacidades. Dezessete (3,5%) não foram avaliados no diagnóstico e 87 (18,3%) na alta, conforme detalhado na Tabela 5.

Tabela 5 - Progressão do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta PQT no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA								
DIAGNÓSTICO	ALTA							
	0	%	1	%	2	%	NA	%
0	271	76,3	16	4,5	2	0,5	66	18,6
1	7	10	51	72,8	3	4,2	9	12,8
2	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	100,0
NA	2	11,7	3	17,6	0	0,0	12	70,5

4.3 Padrões de atendimento da população do estudo

Entre os 475, foram diagnosticados como caso novo 444 (93,4%) e como recidiva 21 (4,4%) casos. Os encaminhamentos foram responsáveis por 244 (51,3%) casos detectados e por demanda espontânea 170 (35,7%). E, desse total de casos notificados, 30 (6,3%) eram menores de 15 anos, como se encontra na Tabela 6.

Tabela 6 - Notificação dos casos de hanseníase, conforme modo e detecção diagnóstica nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Notificação do Caso	N	%
Modo de diagnóstico		
Caso novo	444	93,5
Recidiva	21	4,4
Outros reingressos	05	1,0
Transferência do mesmo município	04	0,9
Transferência de outro município	01	0,2
Modo de detecção		
Encaminhamento	244	51,3
Demanda espontânea	170	35,8
Interconsulta do HUWC/UFC	32	6,7
Exame de contatos	26	5,5
Outros modos (internamento)	03	0,7

O esquema terapêutico multibacilar (12 doses) foi utilizado por 300 (63,1%) dos casos avaliados, seguido do esquema paucibacilar - 166 (35,0%). Nove (1,9%) casos foram tratados com esquema de 24 doses.

Demonstraram regularidade ao tratamento PQT 415 (87,3%); 49 (10,3%) abandonaram o tratamento (37 MB e 14 PB), com a seguinte distribuição: 17, 06, 08, 07 e 11 casos nos anos de 2007 a 2011. Observou-se média de abandono de cinco doses PQT. Nove (1,9%) realizaram o tratamento de forma irregular.

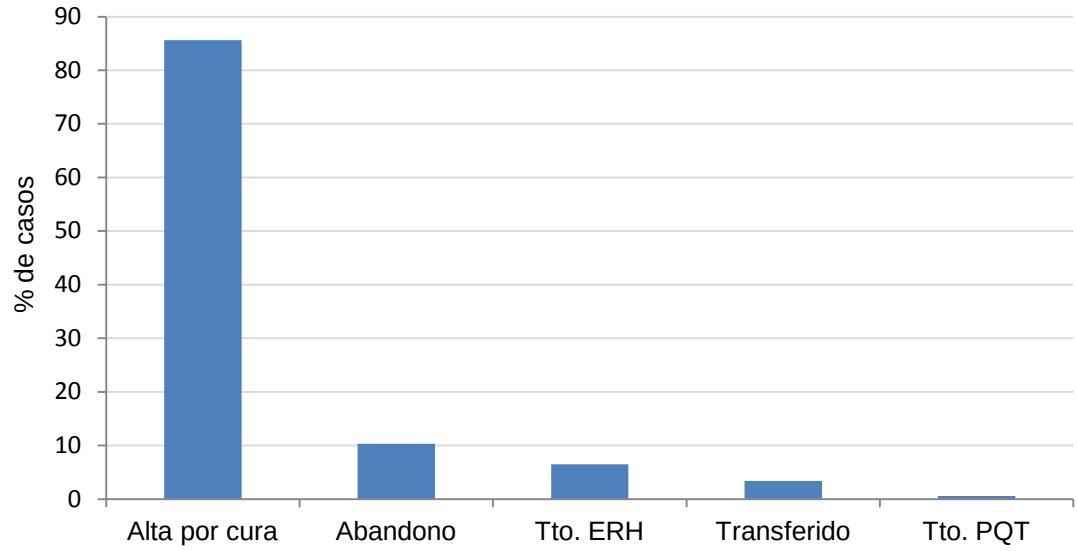
Na classificação operacional, destacou-se o fato de mudança de quatro pessoas classificadas como PB no início do tratamento, e posteriormente foram reclassificadas como MB. Outras duas pessoas foram classificadas operacionalmente como MB, uma com forma clínica tuberculoide e outra indeterminada.

Encontravam-se em seguimento ambulatorial por episódio reacional 31 (6,5%) participantes; e em acompanhamento PQT (esquema multibacilar por 24 meses) três (0,6%). Neste estudo, conforme estratificação do registro ativo dos casos, o indicador operacional alta por cura (conforme parâmetro estabelecido pelo MS), apontou os seguintes percentuais para os anos de estudo: 81,5% (2007), 89,5%

(2008), 91,7% (2009), 90,6% (2010), 79,7% (2011), sendo “regular” para 2007, 2008 e 2011, e “bom” para os demais anos.

Alta por cura foi constatada em 407 (85,6%); foram transferidos 16 (3,4%) pessoas para concluir tratamento poliquimioterápico em outras unidades de saúde próximo de sua residência. Foi registrado abandono em 49 (10,3%) dos casos, conforme Figura 21.

Figura 21 - Situação atual das pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.



*ERH - Episódio reacional hansênico; Tto.- tratamento

As comorbidades detectadas durante o tratamento da hanseníase mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica - 69 (14,5%), artrite - 12 (8,2%) e *Diabetes Mellitus* - 38 (8,0%), conforme detalhado na Tabela 7.

Tabela 7 - Comorbidades detectadas nas pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia do HUWC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Doenças associadas	**N**	**%**
Hipertensão arterial sistêmica	69	14,5
Artrite	12	8,2
Diabetes mellitus	38	8,0
Dislipidemia	26	5,4
Câncer	15	3,0
Nefropatia	09	1,8
Hepatopatia	05	1,0
Tuberculose pulmonar	05	1,0
Lupus eritematoso sistêmico	05	1,0

As 475 pessoas foram acompanhadas pelos médicos dermatologistas e enfermeiras do ambulatório. Parte destes casos foi encaminhada e atendida pelos demais profissionais de saúde do HUWC/UFC, 184 (33,4%), conforme detalhado na Tabela 8.

Tabela 8 - Encaminhamentos/atendimentos realizados às pessoas acompanhadas no Ambulatório de Dermatologia para outros serviços do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Encaminhamento para outros ambulatórios	**N**	**%**
Neurologia	41	8,6
Ortopedia	24	5,0
Oftalmologia	21	4,4
Endocrinologia	14	2,9
Gastroenterologia	13	2,7
Cirurgia	11	2,3
Odontologia	10	2,1
Cardiologia	10	2,1
Otorrino	07	1,7
Clinico	07	1,7
Fisioterapia	06	1,2
Hematologia	04	0,8
Reumatologia	04	0,8
Geriatria	03	0,6
Ginecologia	03	0,6
Pneumologia	02	0,4
Infectologia	02	0,4
Nefrologia	02	0,4
Total dos encaminhamentos	**184**	**38,7**
Total dos não encaminhados	**291**	**61,3**

Para avaliação quanto à realização de neurolise, 24 (5,0%) pacientes foram encaminhados e atendidos pelo ortopedista (Ambulatório de Traumatologia e Ortopedia do HUWC/UFC). Desses, 15 (62,0%) tinham classificação dimorfa, seis (25,0%) virchowiana, dois (8,3%) tuberculoide e um (4,1%) neural. Outros foram encaminhados, porém não retornaram ao ambulatório, ficando essa informação prejudicada. Para o Ambulatório de Cirurgia do referido Hospital, foram encaminhados dois pacientes para realização de desbridamento cirúrgico de úlcera na região plantar.

No período de 2007 a 2011, foram registrados 1.395 contatos, no entanto, somente 477 (34,0%) foram examinados.

Dos 475 prontuários avaliados, 104 (22,0%) pessoas informaram ter outro caso de hanseníase na família, ressaltando-se que 98 (94,2%) destes foram diagnosticados antes do caso-índice. Relativamente ao grau de parentesco, destacou-se pai/mãe, com 29 (6,1%) dos casos da doença na família, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Caracterização dos contatos intradomiciliares e grau de parentesco das pessoas com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia do HUWC/UFC. Fortaleza - CE, 2007 - 2011.

Hanseníase (contato familiar)	**N**	**%**
Não	263	55,3
Sim		
Antes do diagnóstico	98	20,7
Depois do diagnóstico	02	0,4
Desconhece o momento	04	0,8
Ignorado	108	22,8
Grau de Parentesco		
Mãe/pai	29	6,1
Irmã/irmão	19	4,0
Filha/filho	19	4,0
Esposa/esposo	16	3,3
Tia/tio	07	1,5
Prima/primo	07	1,5
Agregados (cunhado, sogra, genro, padrasto)	04	0,8
Avó/avô	03	0,6
Total	104	22,0

5 DISCUSSÃO

A hanseníase representa doença crônica, negligenciada, de elevada magnitude e distribuição geográfica heterogênea, o que compromete seu controle (BRASIL, 2013a; GOMIDE *et al.,* 2009). Apesar dos esforços dos programas de controle, a meta de eliminação (prevalência inferior a um caso por dez mil habitantes) ainda não foi atingida (BRASIL, 2013a). O Nordeste registrou, em 2012, um coeficiente de detecção “muito alto”. Apesar da redução na detecção de casos novos na última década, dados nacionais revelam que caso novo nos menores de 15 anos é considerado “muito alto”, confirmando focos de transmissão ativa da doença. Pessoas diagnosticadas com grau 2 de incapacidade reflete diagnóstico tardio, prevalência oculta e falha no processo de descentralização das redes de atenção à saúde.

Os achados deste estudo permitiram identificar o perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico, modo de entrada e saída e os padrões de atendimento das pessoas acometidas pela hanseníase acompanhadas em um hospital universitário do Nordeste do Brasil. Predominaram o sexo feminino, a faixa etária economicamente produtiva, a cor branca e residente na zona urbana. A classificação operacional multibacilar em dois terço dos casos, a ocorrência de episódios reacionais antes, durante e após a terapêutica medicamentosa, quase totalidade das pessoas diagnosticadas por meio de encaminhamentos.

5.1 Caracterização sociodemográfica

A população estudada atingiu grande número de pessoas com idade economicamente ativa, fato evidenciado em outros estudos (BARBOSA, 2009; MONTEIRO, 2012; ROMÃO; MAZZONI, 2013), refletindo em comprometimento econômico familiar como consequência de episódios reacionais, incapacidades físicas e afastamento das atividades produtivas (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRAS*,* 2012).

O percentual de casos em menores de 15 anos confirmando a transmissão ativa da doença na população pesquisada é condizente com a literatura (ALENCAR *et al.,* 2008a; BRASIL, 2002; 2013a; LANA *et al.,* 2000; MOSCHIONI, 2007;

ROMÃO; MAZONNI, 2013). Pesquisa realizada na Índia evidenciou coeficiente de detecção de 30 a 90 casos por 100 mil habitantes, e 30% desses casos novos foram diagnosticados em crianças (BARRETO *et al*., 2012).

O sexo feminino indicou leve predominância, como observado em outros cenários (FORTALEZA, 2011; CAMPOS *et al.,* 2005; LANA *et al.*, 2000; SILVA *et al.,* 2010). Embora discordante de outros achados na literatura (ALENCAR, 2012; BARBOSA, 2009). Essa predominância no sexo feminino pode decorrer de alguns fatores: programas específicos voltados à saúde da mulher e responsabilidade de acompanhar seus filhos para consulta nas unidades de saúde, maior preocupação do sexo feminino com a estética e maior inserção no mercado de trabalho.

O sexo masculino tem menor adesão aos tratamentos de longa duração em decorrência das mudanças nos hábitos de vida para o tratamento (AMARAL; LANA, 2008; JORGE *et al.,* 2007). Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, poderão ocorrer alterações desse quadro ao longo dos anos (Portaria do MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009).

Apesar de os números publicados pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC) apontarem um crescimento na escolaridade, a maioria da população deste estudo tinha o ensino fundamental incompleto, dado encontrado por outros autores (RAPOSO *et al*., 2009; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA*,* 2012) e a série histórica do banco de dados do SINAN nacional. A baixa escolaridade influencia no nível de conhecimento, acesso aos serviços de saúde, compreensão das orientações sobre a doença, refletindo na falha do seu controle (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Além das condições individuais, fatores sociodemográfico e econômico são vistos como determinantes à ocorrência da hanseníase. Pesquisas apontam maior concentração dos casos nas regiões menos desenvolvidas e de clima tropical e subtropical, onde existe maior concentração da pobreza (habitação, hábitos precários de higiene e nutrição) e baixos níveis socioeconômicos (AMARAL; LANA, 2008; BARRETO *et al*., 2012; BRASIL, 2002; KERR-PONTES *et al.,* 2006; NARDI *et al.,* 2012; TALHARI *et al.,* 2006). Conforme o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (2013), 5,5% da população do Município de Fortaleza vivem em condições de extrema pobreza, favorecendo a dinâmica de transmissão da doença (BRASIL, 2002; 2010a).

A cor branca predominou, discordando de outros estudos (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012) onde dominou a cor parda. Ensaio realizado em São Paulo, porém, evidenciou o fato de que 54,6% dos 282 participantes apresentavam a cor branca (ROMÃO; MAZZONI, 2013). Houve destaque para a naturalidade em Fortaleza. Um grande percentual do grupo pesquisado residia na zona urbana. A grande aglomeração de pessoas na zona urbana favorece a dinâmica de transmissão da doença. Pesquisa realizada em unidade de referência do Estado do Ceará, com 600 usuários, constatou esse mesmo cenário (FERREIRA, 2009).

No cotidiano do atendimento ambulatorial, existe pequeno percentual de pacientes residentes na zona rural, porém, no momento da abertura do prontuário, ou no preenchimento da ficha de notificação, indicam o endereço de algum parente onde ficam para comparecimento às consultas.

Aproximadamente um terço dos participantes exercia alguma atividade remunerada, conforme Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002). Desse percentual, a maioria era de trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, condizendo com o nível de escolaridade. O mesmo foi evidenciado em estudo realizado por Barbosa (2009). Tal inclusão revelou-se coerente com a baixa escolaridade observada na maioria dos pesquisados.

5.2 Caracterização clínica e epidemiológica

Do número de lesões e da classificação operacional, houve discreta discordância, conforme preconizado pelo MS, porém justificado quando observado o número de troncos nervosos acometidos nessa clientela. Embora o MS classifique a hanseníase conforme o número de lesões, na prática do ambulatório *lócus* do estudo, os casos são classificados conforme número de lesões e o quantitativo de troncos nervosos acometidos. As variáveis mais de cinco lesões e elevado número de casos multibacilares, quando associadas, demonstram maiores possibilidades de sequelas, podendo mostrar dificuldade de acesso e/ou diagnóstico (RIBEIRO JÚNIOR *et al.,* 2012).

No diagnóstico e na alta, a classificação operacional MB foi predominante com destaque para a forma clínica dimorfa com baciloscopia positiva em um terço

das realizadas antes do tratamento PQT. Essas duas variáveis encontradas coincidem com as de outras pesquisas (ALENCAR, 2012; BARBOSA, 2009; BRASIL, 2013a; CAMPOS *et al.,* 2005; FERREIRA, 2007; FERREIRA, 2009; MIRANZZI; PEREIRA; NUNES, 2010; RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2010), confirmando diagnóstico tardio dos casos. Sete casos foram diagnosticados como neural pura, cinco desses realizaram eletroneuromiografia e um associado a esse exame, biopsia do nervo sural. Em estudo realizado em Minas Gerais, Moschioni *et al.,* (2010), com 19.283 casos novos, encontraram quatro pacientes nessa classificação clínica.

Dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, desinformação sobre os sinais e sintomas da doença, alta rotatividade dos profissionais da atenção primária e/ou profissionais incapacitados para atender os usuários, constituem fatores mencionados como responsáveis pelo diagnóstico tardio (ARANTES *et al*., 2010; CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010; PENNA *et al.,* 2008).

Em contrapartida, o aumento da cobertura do sistema de saúde e do acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como a busca ativa de casos, são medidas que favorecem a redução dos principais indicadores epidemiológicos da hanseníase (BRASIL, 2007a; OMS, 2010). Estudo realizado no Maranhão, mediante a busca ativa de casos, detectou 82,0% dos casos diagnosticados como PB, reforçando a importância das ações de controle da endemia (SILVA *et al.,* 2010).

Na prática diária, durante a primeira consulta de Enfermagem, é constante o relato dos pacientes que realizaram vários atendimentos médicos em outros serviços de saúde até confirmação da doença, mostrando a dificuldade de acesso e de descentralização do atendimento. Corroborando, estudo realizado na região Sudeste evidenciou a média de 2,7 vezes de consulta para diagnosticar hanseníase aos usuários do serviço público (ARANTES *et al.,* 2010).

Nos casos novos, sem incapacidade física no diagnóstico, o risco de aparecimento de desenvolver episódios reacionais é de 1% e 16% dos casos PB e MB, respectivamente. Quando presente, no entanto, o comprometimento neural pode atingir até 16% e 65% nos casos PB e MB, respectivamente (COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007).

O episódio reacional mais encontrado neste estudo foi a reação do tipo 1 na forma clínica dimorfa. Na reação do tipo 2, foi maior a forma clínica virchowiana,

com 27 (13,3%), semelhante a outros achados na literatura (ANTÔNIO *et al.,* 2011; 2007; MONTEIRO, 2012). Dados discordantes, contudo, foram encontrados em pesquisa realizada em centros de saúde no Município do Rio de Janeiro. Dos que apresentaram episódio reacional, 290 (76,3%) eram classificados como virchowianos (SILVA; GRIEP, 2007). Por ocasião da instabilidade clínica e imunológica nos pacientes classificados como dimorfos, esses exibem maior suscetibilidade aos episódios reacionais (NERY *et al.,* 2006). Estes estão presentes em cerca de dez a 50% dos casos, principalmente nos MB (LYON; MOREIRA, 2013; SAUNDERSON, 2000; TEIXEIRA). O tipo 1 acomete dez a 33% dos pacientes e surgem durante o tratamento (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2010). Corroborando essa afirmação, estudo realizado em serviço de dermatologia, em Juiz de Fora - MG, com 118 pacientes, revelou 48,3% com reação do tipo 1 durante a PQT (SOUZA, 2010).

Esses eventos podem ocorrer antes, durante ou após a terapêutica da doença (BRASIL, 2010e; COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007). Quanto o momento desse evento, nesse estudo foi mais comum durante e após o tratamento PQT para a reação do tipo 1 e para a reação do tipo 2, respectivamente. Em contrapartida, estudo de coorte realizado na Etiópia, com 300 casos novos MB, identificou 5,3% dos pacientes com reação do tipo 2, sendo maior no segundo e terceiro anos da terapêutica (SAUNDERSON; GEBRE; BYASS, 2000).

Estudo transversal realizado em dois centros de referência para hanseníase no Recife investigou 201 pessoas atendidas no Ambulatório de Dermatologia, com relato de episódios reacionais, foram divergentes. Os autores constataram que as reações hansênicas dos tipos 1 e 2 são mais evidentes durante o tratamento, com uma frequência de 67,7% (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2010).

Neste estudo, constatou-se que aproximadamente um terço das pessoas foi encaminhado ao ambulatório, com episódios reacionais antes do diagnóstico. Em pesquisa de Silva e Griep (2007), a metade dos pacientes desenvolveu reação do tipo 1 durante o tratamento, com necessidade de licença médica.

Um percentual de episódios reacionais surge em pacientes antes do tratamento PQT, contribuindo para o diagnóstico imediato da doença (COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007). Os episódios reacionais constituem o principal responsável pelas sequelas físicas, emocionais e limitações de atividade

e restrição à participação social (BARBOSA, 2009; LEITE; LIMA; GONÇALVES, 2011; NARDI *et al.,* 2005; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2006; RAPOSO, 2008).

A terapêutica medicamentosa adequada, como meio de minimizar esses danos, torna-se imprescindível. Dificuldade diagnóstica e terapêutica desses eventos encontra-se evidenciada na literatura (ALENCAR, 2012; OPROMOLA, 1997).

O acompanhamento dos episódios reacionais deverá ser realizado nas UBS, por profissionais habilitados, porém, nos casos de maior complexidade, deverão ser encaminhados às unidades de referência (BRASIL, 2010a). As pessoas que desenvolveram esse quadro clínico antes da PQT foram encaminhadas ao HUWC/UFC por profissionais de outras unidades de saúde para confirmação diagnóstica e acompanhamento ambulatorial. Mediante os registros nos prontuários, referentes a esta casuística, a terapêutica utilizada para os episódios reacionais coincidiu com a prednisona e a talidomida, como drogas de escolha. Naqueles casos de dor persistente e quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, foram prescritos, todavia, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) ou anticonvulsivantes (carbamazepina), conforme recomendação do MS (BRASIL, 2010a). A prednisona foi a droga mais prescrita para a reação do tipo 1 enquanto a talidomida para a reação do tipo 2. Em pequeno percentual de pessoas, foi prescrita associação desses dois medicamentos pela ocorrência dos tipos de reação.

Os corticosteroides e a talidomida são as drogas de eleição para terapêutica dos episódios reacionais. Quando necessário, há indicação de associação de imunossupressores, a critério dos serviços de referência (BRASIL, 2010a).

A talidomida, por ser uma droga teratogênica, é contraindicada em mulheres na idade fértil. Aqueles casos, porém, que não respondem aos tratamentos recomendados e têm como alternativa, a prescrição dessa droga, sua liberação é rigorosa, sendo feita apenas pelas enfermeiras do ambulatório. Antecedendo a liberação dessa medicação, são solicitados o exame beta HCG e aplicação de anticoncepcionais injetáveis trimestralmente, além das orientações realizadas e da assinatura do Termo de Esclarecimento pela paciente (BRASIL, 2010a).

Foram constatados cuidados antes da terapêutica dos corticosteroides (tratamento antiparasitário, profilaxia da osteoporose, realização de prevenção de incapacidade, redução da dose do medicamento prescrito) e da talidomida (descritos

acima) como determinados na literatura (BRASIL, 2010a; COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007).

A hanseníase é essencialmente uma doença dos nervos periféricos e constitui uma séria complicação presente em todas as formas da doença (BRASIL, 2010e). O acometimento dos troncos nervosos é o principal responsável pelas incapacidades, preconceito e estigma (OPROMOLA, 1998; RAPOSO, 2008).

Estima-se que, no Brasil, entre dois a três milhões de pessoas convivem com incapacidades físicas decorrentes da hanseníase (BRASIL, 2008b; MOSCHIONI *et al.,* 2010; OMS, 2010). A detecção de casos novos com grau 2 de incapacidade é um indicador de monitoramento da doença, demonstrando diagnóstico tardio (BRASIL, 2013a).

Neste estudo, os troncos nervosos mais acometidos no momento do diagnóstico, por ordem de frequência, foram: nervo ulnar, tibial posterior, fibular comum, e por último, o mediano. Na alta PQT, foi registrada a seguinte ordem de frequência: tibial posterior, ulnar, fibular comum e mediano. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado em unidade de referência em hanseníase, na Amazônia (CUNHA *et al.,* 2008).

O principal meio de prevenir as incapacidades físicas é a detecção precoce dos casos (BRASIL, 2010e). Lana *et al.* (2002) enfatizam a necessidade do diagnóstico de até seis meses do aparecimento das lesões, como meio de prevenir lesões neurológicas e sequelas. No Brasil, os serviços de saúde evidenciam a hanseníase como condição aguda, priorizando o cuidado enquanto a pessoa permanecer em tratamento (MENDES, 2011). No cotidiano do atendimento do *lócus* deste estudo, no entanto, se evidencia a necessidade de implantar a avaliação de prevenção de incapacidades como rotina para os casos em acompanhamento ou excluídos do registro ativo, que apresentem episódios reacionais.

No Brasil, são detectados, em média, 40 mil casos novos, dos quais 18,1% e 5,7% demonstram graus 1 e 2 de incapacidade, respectivamente (BRASIL, 2010e). Estudo realizado em Minas Gerais, por Lana *et al.* (2002), evidenciou variação de 14% de incapacidade no momento do diagnóstico.

Um percentual de pessoas iniciou tratamento PQT, registrando incapacidades físicas visíveis. Dado semelhante foi encontrado em outros cenários (ALENCAR, 2012; ARANTES *et al*., 2010; CUNHA *et al*., 2008; LANA *et al.,* 2000; MOSCHIONI,

2007). Em contrapartida, estudo em que Ribeiro (2012) realizou em Minas Gerais, aproximadamente três quartos das pessoas avaliadas no diagnóstico demonstraram grau 1 ou 2 de incapacidade no momento do diagnóstico.

As deformidades e incapacidades físicas estão associadas a sexo, forma clínica, número de troncos nervosos acometidos e duração da doença (LANA *et al*., 2000).

Os resultados do monitoramento das incapacidades evidenciaram maior proporção de incapacidades no momento do diagnóstico e na alta no sexo masculino, formas clínicas multibacilares, idade de 15 a 59 anos e os pés foram os segmentos mais acometidos pela doença, sendo condizentes com outras casuísticas (MONTEIRO, 2012; MOSCHIONI *et al.,* 2010; RAPOSO *et al.,* 2009; RIBEIRO JÚNIOR *et al.,* 2012), confirmando diagnóstico tardio, prevalência oculta e fatores socioeconômicos desfavoráveis.

Identificou-se o fato de que um percentual de pessoas não foi avaliado quanto ao grau de incapacidade no diagnóstico e na alta PQT. Pelo fator sociocultural, parece ser dada maior importância ao tratamento medicamentoso quando comparado à prevenção das incapacidades. Pesquisa conduzida por Ribeiro *et al*. (2012) realizada em Minas Gerais, destacou que, das 71 pessoas avaliadas, 14% não foram na alta.

5.3 Padrões de atendimento

O PNCH e a Constituição Federal de 1988, por meio dos princípios norteadores do SUS, determinam que o atendimento à pessoa com hanseníase deva ser ofertado em toda a rede de saúde e de forma integralizada, no entanto, a dificuldade de acesso e a descentralização ineficiente são alguns dos fatores que dificultam o controle da doença (BRASIL, 2010d; IGNOTTI *et al.,* 2001). Em Fortaleza, oitenta por cento dos casos são atendidos na unidade de referência em dermatologia do Estado, 10% na atenção primária e 10% no HUWC/UFC (FORTALEZA, 2007), mostrando fragilidade do sistema de referência e contrarreferência. Estudo realizado por Lana *et al.*(2000*)* apontou 25,8% dos casos como atendidos nos ambulatórios do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Santa Casa de Belo Horizonte.

Apesar de o HUWC/UFC dispor, no seu quadro funcional, de 16 psicólogos, suas atividades são voltadas aos pacientes internados e em acompanhamento ambulatorial nos seguintes serviços: Cardiologia,Transplante Renal e Hepático, Saúde Mental, Pediatria, Endocrinologia, Unidade de Terapia Intensiva, Cirurgia Bariátrica, Vasectomia e Onco-hematologia. Os três terapeutas ocupacionais realizam atendimento somente na Clínica Pediátrica e Ambulatório de Saúde Mental. Dezesseis fisioterapeutas do hospital prestam assistência nas clínicas de internamento hospitalar, aos Ambulatórios de Transplante Renal e Hepático e também ao Programa de Reabilitação Cardíaca e Pulmonar.

Nesta pesquisa, constatou-se totalidade do acompanhamento às pessoas em tratamento ou após tratamento PQT pelos médicos dermatologistas e enfermeiras do Ambulatório. A integralidade da assistência vai além do acesso às unidades de saúde e do tratamento medicamentoso, pois abrange acompanhamento psicológico durante e após o tratamento, acesso à reabilitação clínica e cirúrgica e a prevenção das limitações funcionais e das deformidades, como meio de garantir a cura da doença (BRASIL, 2008c).

Apesar do curso e residência de fisioterapia no HUWC, o fisioterapeuta e os acadêmicos não estão inseridos no Ambulatório de Dermatologia como área de estágio curricular. As ações de reabilitação, quando solicitadas pelo médico, são realizadas mediante demanda nas unidades de atendimento do SUS ou na rede privada.

Com relação às comorbidades associadas à hanseníase, houve destaque para a hipertensão arterial sistêmica, artrite e *diabetes mellitus*, condizente com estudo realizado por Nardi *et al*. (2012), em decorrência da complexidade do hospital e da sua função de ensino e pesquisa.

Da população avaliada, em torno de 40% foram encaminhados para outros profissionais nas diversas especialidades. Serviços de qualidade devem ser garantidos como ferramenta da integralidade da atenção ao portador desse agravo (OMS, 2010).

Pacientes com neurite crônica, em uso prolongado de corticoides, têm como alternativa terapêutica a realização da neurolise (BRASIL, 2010a; COMO reconhecer e tratar reações hansênicas, 2007).

Destacou-se um significante número de pessoas em uso prolongado de medicamentos para tratamento dos ERH, comprometimento dos nervos periféricos e incapacidades físicas presentes. Pequeno percentual da população deste estudo, no entanto, realizou neurolise no Ambulatório de Ortopedia do HUWC/UFC. Consoante estudo realizado em hospital de referência de Rondônia, em 2000 e 2003, 158 pacientes foram submetidos a esse procedimento cirúrgico. O alívio da dor e o retorno às atividades diárias foram as principais vantagens relatadas pelo grupo entrevistado (ALENCAR *et al.,* 2008b) .

Considerando-se a posição do HUWC/UFC na rede de atenção à saúde, e a Residência em Traumatologia e Ortopedia, deveria ser ampliado o número desse procedimento cirúrgico e suprir as necessidades de outros serviços.

A variável modo de diagnóstico (caso novo, transferência do mesmo/outro município, recidiva e outros reingressos) foi semelhante ao observado em outras casuísticas (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; ROMÃO; MAZZONI, 2013).

Modo de detecção diagnóstica (encaminhamento, exame de contatos, demanda espontânea) foi condizente com a literatura (CAMPOS, 2004; EVANGELISTA *et al.,* 2008). A predominância dos encaminhamentos pode refletir o redirecionamento dos pacientes suspeitos de hanseníase, aos centros de referência, por parte dos profissionais; ou aqueles de demanda espontânea que foram referidos e notificados como encaminhamento (MOSCHIONI, 2007), denotando dificuldade da rede de atenção primária capacitada e atuante para diagnosticar hanseníase no Município de Fortaleza. As variáveis demanda espontânea e encaminhamento quando elevadas, denotam que a busca ativa e o exame dos contatos não estão sendo realizados como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Dentre os contatos registrados, foram examinadas 34,0% das pessoas, sendo classificadas como precário conforme parâmetros do MS. A inexistência dos agentes comunitários de saúde no ambulatório dificulta essa ação de busca ativa. A maior possibilidade de transmissão ocorre entre os casos novos diagnosticados, portanto, o exame dos contatos, notadamente os intradomiciliares, constitui uma ação estratégica dirigida à busca ativa dos casos, como meio de diagnóstico precoce (BRASIL, 2002; 2013a; OMS, 2010; SILVA SOBRINHO; MATHIAS, 2008). Esta avaliação deverá ser realizada nas unidades de saúde que acompanham os pacientes como atividade de vigilância epidemiológica. A dificuldade no exame dos

contatos decorre, em parte, do fato de alguns pacientes evitarem divulgar o diagnóstico no ambiente familiar (LANA *et al.,* 2000).

No Brasil, são examinados em média 85,9% dos contatos registrados (BRASIL, 2013a). No Ceará, no ano de 2012, somente 54,0% dos contatos intradomiciliares foram examinados. No mesmo ano, Fortaleza registrou 2.435 contatos, sendo 999 (41,0%) examinados (CEARÁ, 2013).

Observou-se no cotidiano do Ambulatório que a maioria dos contatos examinados expressa grau de parentesco e acompanha o paciente para as consultas no Ambulatório. Essas pessoas, depois de avaliadas, são orientadas quanto aos sinais e sintomas da doença e são encaminhadas para aplicação da vacina BCG no Ambulatório de Pediatria do HUWC/UFC ou nas unidades de saúde mais próxima de sua residência, conforme determinação ministerial. Casos suspeitos de hanseníase são encaminhados para atendimento médico no mesmo dia. Pires *et al*. (2011), analisando a demanda de uma unidade de referência no norte do País, verificaram que as UBS encaminham contatos de hanseníase para serem examinados na unidade de referência, saindo da sua função. Helene *et al.* (2008) conduziram estudo que revelou resultados semelhantes: a atenção primária não desenvolve ações do PNCH, realiza encaminhamentos dos casos suspeitos de hanseníase às unidades de referência, principalmente os ambulatórios de especialidades e o Instituto Lauro de Souza Lima.

Os casos diagnosticados em interconsultas e por ocasião do internamento, devem decorrer das diversas especialidades médicas do HUWC/UFC.

Aproximadamente 90% das pessoas em acompanhamento PQT apresentaram regularidade ao tratamento. A adesão ao tratamento é essencial à cura do paciente (CUNHA *et al*., 2008). Os indicadores de cura nas coortes de PB e MB atingiram parâmetros regulares nos últimos anos no Brasil e maioria dos estados (IGNOTTI; PAULA, 2012). No Ceará, em 2012, este indicador apontou resultado “bom”, conforme parâmetros do MS (BRASIL, 2013a).

Quanto ao abandono e à irregularidade relacionando os PB e os MB, estes foram condizentes com estudo realizado por Ignotti *et al.(* 2001). O abandono ocorreu com maior proporção nos MB e com uma média de cinco doses de PQT. O tratamento inadequado aumenta o risco de recidiva, de resistência à PQT e

aparecimento de incapacidades (BRASIL, 2013a; LUNA *et al.,* 2010; TRINDADE *et al.,* 2009).

Às variáveis outro caso na família e exame dos contatos indicam fragilidade na detecção dos casos, e da descentralização como ferramentas necessárias à interrupção do ciclo epidemiológico da doença (CARVALHO FILHO; SANTOS; PINTO, 2010; LUNA *et al.,* 2010). Evidencia-se a necessidade de intensificação das ações de vigilância epidemiológica, capacitação dos profissionais da APS, número suficiente de unidades de saúde e sistema de referência e contrarreferência atuante.

5.4 Limitações do estudo

Em decorrência da rotatividade dos residentes e internos de Medicina no Ambulatório, observa-se falta de uniformidade nos registros dos prontuários, dados incompletos, inexistentes e, às vezes, controversos, tornando-se exaustiva a coleta das informações.

Alguns pacientes tinham de dois a quatro volumes de prontuário, sendo necessária a solicitação de todos os volumes para localizar o atendimento da Dermatologia.

Pelo fato de o prontuário ser único para todo atendimento nas diversas especialidades do HUWC/UFC, tornando-se difícil a localização do mesmo pelo SAME, foi necessária a solicitação várias vezes, ocasionando atraso na tomada dos indicadores.

6 CONCLUSÃO

- As pessoas em acompanhamento para hanseníase no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio apontaram o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico semelhante ao encontrado na literatura.

- A população do estudo indicou grande número de pessoas economicamente ativas, com ensino fundamental, e residente na zona urbana.

- Houve predominância das formas clínicas multibacilares, presença de incapacidades físicas no diagnóstico, que são fatores reveladores do diagnóstico tardio. Há a necessidade das ações de controle da doença de forma bem mais efetiva, objetivando diagnóstico precoce e redução das sequelas desse agravo.

- A evolução do grau de incapacidade apontou que a maioria da população estabilizou o grau de incapacidade, no entanto, alguns pioraram essa avaliação, enquanto outros não realizaram, reforçando a necessidade de acompanhamento sistemático e contínuo dessa avaliação nesse segmento populacional.

- Elevado número de encaminhamentos de pessoas de outras unidades de saúde ao HUWC para diagnóstico e tratamento da hanseníase permaneceu até a conclusão da terapêutica. Isso denota pouca integração entre os níveis de atenção à saúde e desconhecimento da rede em relação às funções do HUWC.

- Ausência de profissionais responsáveis pelas atividades de reabilitação física, objetivando prevenir limitações funcionais e deformidades físicas decorrentes da doença.

- Apesar da ausência de alguns profissionais essenciais ao atendimento das pessoas com hanseníase, o Ambulatório de Dermatologia mantém integração com os demais serviços do HUWC, procurando, dessa forma, dentro das suas condições, prestar uma assistência de qualidade aos portadores desse agravo.

Contribuições do estudo para o Ambulatório de Dermatologia

- Elaboração e implantação de ficha de exame dos contatos registrados/examinados, visando melhorar o monitoramento;

- implantação das escalas de participação social e da escala SALSA; e

- interação contínua do Ambulatório com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, contribuindo com a atualização dos dados do SINAN NET.

Ações que serão desenvolvidas no Ambulatório:

- estruturar o fluxo de atendimento do paciente;

- estabelecer prática de rotina do ambulatório;

- realizar parceria com a equipe multiprofissional do HUWC/UFC, visando à integralidade do cuidado às pessoas acometidas pela hanseníase; e

- manter contato com as unidades básicas de saúde, como meio de fortalecer a vigilância dos contatos e dos casos em abandono do tratamento, garantindo atenção integral aos portadores deste agravo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; ALENCAR, M. J. F.; PONTES, R. J. S.; CASTRO, C. G. J.; HEUKELBACH, J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995 - 2006). **Rev. Bras. Enferm**., v. 61, n. esp., 2008a.

ALENCAR, M. J. F.; BARBOSA, J. C.; OLIVEIRA, C. R.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; SCHREUDER, P. A. M.; AMARAL, R. C. G.; HEUKELBACH, J. Satisfação de indivíduos atingidos pela hanseníase a respeito de neurolise no estado de Rondônia. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, 2008b.

ALENCAR, M. J. F. **Reações hansênicas em pós-alta de poliquimioterapia:** fatores associados e visão dos usuários numa área endêmica do Brasil. 2012. Tese (doutorado) - Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enferm**., v. 61, n. esp., 2008.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JÚNIOR, T. A descentralização no marco da saúde pública no Brasil**. Rev. Panam. Salud Publica,** v. 8, n. 1/2, jul./ago. 2000.

ANTÔNIO, J. R.; SOUBHIA, M. C.; PASCHOAL, V. D. ; OLIVEIRA, G. B.; ROSSI, N. C. P.; MACIEL, M. G.; NARDI, S. M. T. Avaliação epidemiológica dos episódios reacionais e incapacidade física em pacientes com hanseníase na cidade de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde,** v. 18, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 2011.

ARANTES, C. K.; GARCIA, M. L. F.; FELIPE, M. S.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase**.** Epidemiologia e serviços de saúde**. Rev. Sist. Único do Brasil,** v. 19, n. 2, abr./jun. 2010.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BARBOSA, J. C. **Pós-alta em hanseníase no Ceará:** olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas. 2009. Tese (doutorado) - Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. V.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R .A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. **Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil:** o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa, 2012.

BRADZIAK, R. T. Z.; MOURA, V. E. V. Determinantes Sociais de Saúde: Um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.,** v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, DF, 2002

_____. **A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase.** Brasília, DF, 2007.

_____. **Vigilância em Saúde**: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2008a.

_____. **Manual de prevenção em incapacidades**. 3. ed. Brasília, DF, 2008b. (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, n. 1).

_____. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase**. 2. ed. Brasília, DF, 2008c. (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, n. 4).

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Relatório executivo do PNCH.** Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Relatório de gestão maio de 2007 a dezembro de 2008.** Brasília, DF, 2009c.

_____. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago, 2009d.

_____. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 7 out. 2010a.

_____. Portaria nº 594, de 29 de outubro de 2010**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 out. 2010b.

_____. **Guia de procedimentos técnicos:** baciloscopia em hanseníase. Brasília, DF, 2010c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____.**Orientações para uso corticoide em hanseníase.** Brasília, DF, 2010d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase**. Brasília, DF, 2010e. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **Situação Epidemiológica Hanseníase**. 2011a. Disponível em: < http://www.portal.saúde.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Coeficientes de detecção geral de casos novos de hanseníase Brasil e Estados**. 2011b. Disponível em: <http://www.portal.saúde.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases**: plano de ação 2011- 2015. Brasília, DF, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

_____. Hanseníase. **Bol. Epidemiol.**, v. 44, n. 11, 2013a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase no Brasil:** dados e indicadores selecionados. Brasília. DF: 2013b.

CAMPOS, S. S. L.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; KERR-PONTES, L. R. S.; HEUKELBACH, J. Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003. **Hansen. Int**., v. 30, n. 2, p. 167-173, 2005**.**

CAMPOS, S. S. L. **Hanseníase no município de Sobral, Ceará:** análise epidemiológica e operacional das ações de eliminação no período de 1997 a 2003. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

CARVALHO FILHO, R.; SANTOS, S. S.; PINTO, N. M. M. Hanseníase: detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária. **Rev. Enfermagem Integrada- MG,** v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.

CARVALHO, G. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS:** o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. São Paulo: IDISA/ CONASEMS, 2008.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Hanseníase. **Informe Epidemiológico,** Fortaleza, 2012.

_____. Secretaria da Saúde. Hanseníase. **Informe Epidemiológico,** Fortaleza, 2013.

COMO reconhecer e tratar reações hansênicas. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria da Saúde do Estado, 2007.

CORREIA, C. M. F.; PIMENTEL, N. S. N.; FIALHO, V. M. L.; OLIVEIRA, R. M. L.; GOMIDE, M.; HEUKELBACH, J. Fatores associados à alta demanda de pacientes com hanseníase no centro de referência em Manaus, Amazonas**. Cad. Saúde Coletiva,** v. 16, n. 2, 2008.

CUNHA, M. H. C. M.; MACEDO, G. M. M.; BATISTA, K. M. N.; XAVIER, M. B.; SÁ NETO, S.; NASCIMENTO, S. F. N. Avaliação clínica-epidemiológica em pacientes multibacilares em unidade de referência de Hanseníase da Amazônia**. Hansen. Int.,** v. 33, n. 2, p. 9-16, 2008.

EVANGELISTA, C. M. N. **Fatores socioeconômicos e ambientais relacionados à hanseníase no Estado do Ceará.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

EVANGELISTA, C. M. N.; TAVARES, C. M.; CORIOLANO, L. S.; BORGES, S. M. S.; HINDERS, D.; GOMIDE, M. Concentração do atendimento a pacientes com hanseníase em municípios do Estado do Ceará. **Cad. Saúde Coletiva,** v. 16, n. 2, 2008.

FERREIRA, E. M. S. F. **Características Clínicas da Hanseníase em Adolescentes em Uso de Poliquimioterapia**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

FERREIRA, M. L. L. **A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro:** porque o excesso de pacientes? 2008. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

FLEURY, R. N.; ARAÚJO, M. G. Manifestações sistêmicas. In: TALHARI, S.; NEVES, R. G.; PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M. L. W. **Dermatologia tropical:** hanseníase. 4. ed. Manaus: [s.n.], 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão da saúde**. Fortaleza, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Hanseníase. **Bol. Saúde Fortaleza**, 2011.

GOMIDE, M.; BARBOSA, J. C.; HEUKELBACH, J.; RAMOS JÙNIOR, A. N. Rede social e rede básica de saúde: o papel formador da Pesquisa Operacional em Hanseníase. **Cad. Saúde Coletiva,** v. 17, n. 1, 2009.

GROSSI, M. A. F. Episódios reacionais. In: GROSSI, M. A. F.; LYON, S. **Hanseníase**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

GROSSI, M. A. F.; LEBOEUF, M. A. A.; REYNA, M. G. B.; MAGALHÃES, E. S. B.; LANA, F. C. F.; BLOCH, K. V. Caracterização da demanda pós-alta de hanseníase em serviço de saúde de Minas Gerais – Brasil: contribuição para a sistematização da assistência. **Cad. Saúde Coletiva,** v. 17, n. 1, 2009.

HELENE, L. M. F.; PEDRAZZANI, E. S.; MARTINS, C. L.; VIEIRA, C. S. C.; PEREIRA, A. J. Organização dos serviços de saúde na eliminação da hanseníase em município do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm**., v. 61, n. esp., nov. 2008.

IBGE. **População dos estados Brasileiros**. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br?estadosat?perfil>. Acesso em: 20 nov. 2013.

IGNOTTI, E. ; ANDRADE, V. G. L.; SABROZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. G. Estudo de adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias- RJ. Abandonos ou abandonados? **Hansen. Int.**, v. 26, n. 11, p. 23-30, 2001.

IGNOTTI, E.; PAULA, R. C. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil:** análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÂES, J. M. X.; VIEIRA, L. B.; PAIVA, F. D. S.; SILVA, D. R.; PINTO, A. G. A. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev. Baiana Saúde Pública,** v. 31, n. 2, jul./dez. 2007.

KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L.; EVANGELISTA, C. M. N.; RODRIGUES, L. C.; HEUKELBACH, J.; FELDMEIER, H. Socioeconomic, environmental, and behavioral risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. **International Journal of Epidemiology.** v. 35, n.4 p. 994-1000, 2006.

LANA, F. C. F.; LIMA, R. F.; ARAÚJO, M. G.; FONSECA, P. T. S., Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG- Período 1992/1997. **Hansen. Int.,** v. 25, n. 2, p. 121-132, 2000.

LANA, F. C. F.; MELÉNDEZ, J. G. V.; BRANCO, A. C .; TEIXEIRA, S.; MALAQUIAS, L. C. C.; OLIVEIRA, V. A. C. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/Minas Gerais, período de 1990 a 2000. **Hansen. Int.,** v. 27, n. 2, p. 83-92, 2002.

LEITE, V. M. C.; LIMA, J. W. O; GONÇALVES, H. S. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 659-665, abr. 2011.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bull. World Health Organ.**, v. 83, n.3, p. 230-235, 2005.

LUNA, I. T.; BESERRA, E. V.; ALVES, M. D. S.; PINHEIRO, P. N. C. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. Bras. Enferm**., v. 63, n. 3., nov./dez. 2010.

LYON, S.; MOREIRA, F. L. Prevenção de Incapacidades. In: GROSSI, M. A. F.; LYON, S. **Hanseníase.** Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

LYON, S.; LYON, L. F. P. A doença hanseníase. In: GROSSI, M. A. F.; LYON, S. **Hanseníase.** Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde educação em saúde e as propostas do SUS- uma visão conceitual**. Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

MACHADO, P. R. L. Imunologia. In: TALHARI, S.; NEVES, R. G. PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M. L. V. **Dermatologia tropical:** hanseníase. 4. ed. Manaus: [s.n.], 2006. Cap. 9.

MENDES, M. S.; TRINDADE, L. C.; CANTÍDIO, M. M.; AQUINO, J. A. P.; CAMPOS, G. P.; ZAAMORA, A.; BARBOSA, J. C.; HEUKELBACH, J. Descentralização das ações de controle da hanseníase em João Pessoa (Paraíba): a visão dos gestores. **Cad. Saúde Coletiva,** v. 16, n. 2, 2008.

MENDONÇA, V. A.; COSTA, R. D.; MELI, G. E. B. A.; ANTUNES, C. M.; TEIXEIRA, A. L. Imunologia da hanseníase. **An. Bras. Dermatol.**, v. 83, n. 4, p. 343-350, 2008.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. 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, jan./fev. 2010.

MONTEIRO, L. D. **Padrões de comprometimento neural, limitação de atividade, participação social e fatores associados nas pessoas em pós alta de hanseníase nos anos de 2004-2009, Araguaína-TO,** 2012. Dissertação (mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MOSCHIONI, C.; ANTUNES, C. M.; GROSSI, M. A.; LAMBERTUCCI, J. R. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19.283 new cases of leprosy. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.,** v. 43, n. 1, p. 19-22, jan./fev. 2010.

MOSCHIONI, C. **Fatores de risco para incapacidade física anotados no momento do diagnóstico de 19.283 casos novos de hanseníase, no período de 2000 a 2005, em Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D.; CHIARAVALLOTI-NETO, F. and ZANETTA, TREVISAN, D. M. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Rev. Saúde Pública,** v. 46, n. 6, 2012.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. ; ZANETTA, D. M. T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. **Hansen. Int.,** v. 30, n. 2, 2005.

NERY, J. A. C.; SALES, A. M.; ILLARRAMENDI, X.; DUPPRE, N. C.; JARDIM, M. C.; MACHADO, A. M. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática**. An. Bras. Dermatol.,** v. 81, p. 367-375, 2006.

OLIVEIRA, M. L. W. Infecções por Micobactérias. In:. RAMOS-E-SILVA, M.; CASTRO, M. C. R. **Fundamentos de dermatologia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.

OLIVEIRA, M. L. W.; GONÇALVES, H. S. Profilaxia da hanseníase. In: TALHARI, S.; NEVES, R. G.; PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M. L. W. **Dermatologia tropical:** hanseníase. 4. ed. Manaus: [s.n.], 2006.

OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase**: 2011-2015. Brasília, 2010.

OPROMOLLA, D. V. A. Terapêutica da hanseníase. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 345-350, jul./set.1997.

_____. A hanseníase após a cura. **Hansen Int**. v. 23, n. 1/2, p.1-2, 1998.

PENNA, G. O.; PINHEIRO, A. M.; NOGUEIRA, L. S. C.; CARVALHO, L. R.; OLIVEIRA, M. B. B.; CARREIRO,V.P. Clinical and epidemiological study of leprosy cases in the University Hospital of Brasília: 20 years - 1985 to 2005. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.,** v. 41, n. 6, p. 575-580, 2008.

PEREIRA, E. V. E.; NOGUEIRA, L. T.; MACHADO, H. A. S.; LIMA, L. A. N.; RAMOS, C. H. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina no período de 2001-2008. **An. Dermatol.**, v. 86, n. 2, 2011.

PIRES, C. A. A.; ARAÚJO FILHA, T. J. C.; DAXBACHER, E. L. R.; MACEDO, G. M. M.; FARIAS, P. E.; OLIVEIRA, R. P. N.; XAVIER, M. B. A Demanda de uma Unidade de Referência em Hanseníase no Norte do Brasil. **Revista Hupe,** v. 10, n.1, 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=136>. Acesso em: 19 dez. 2012.

RAMOS JÚNIOR, A. N.; HEUKELBACH, J.; GOMIDE,M.; HINDERS, D.C.; SCHREUDER, P. A. M. Investigações em sistemas de serviços de saúde como ferramenta para o alcance de programas de controle da hanseníase mais efetivos no Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, 2008.

RAPOSO, M. T. Incapacidades Físicas em Hanseníase: avaliação da dimensão do dano através do grau de incapacidade e Eye, Hand, Foot score. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 393-394, 2008.

RAPOSO, M. T.; RAPOSO, A. V. C.; SANCHEZ-GONZÁLEZ, M. A.; MEDEIROS, J. L. A.; NEMIS, M. I. B. Avaliação de incapacidade em pessoas vivendo com hanseníase: análise do grau de incapacidade em Campina Grande, Paraíba. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 221-233, 2009.

RIBEIRO, G. C**. Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica do Norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med**., v. 10, n. 4, p. 272-277, 2012.

ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev. Epidemiol. Control. Infect.,** v. 3, n. 1, p. 22-27, 2013.

SAMPAIO, S. A. P. **Dermatologia.** 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SARUBI, J. C.; MARCELLO JÚNIOR, H. B. Baciloscopia. In: GROSSI, M. A. F.; LYON, S. **Hanseníase**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SAUNDERSON, P.; GEBRE, S.; BYASS, P. Reações de ENH nos casos multibacilares da coorte AMFES no centro de Etiópia: incidência e fatores de risco. **Lepr. Rev**. V. 71, p. 318-324, 2000.

SILVA, A. R.; MATOS, W. B.; SILVA, T. C. B.; GONÇALVES, E. G. R. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**., v. 43, n. 6, nov./dez. 2010.

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

SILVA, S. F.; GRIEP, R. H. Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro. **Hansen. Int.,** v. 32, n. 2, p. 155-162, 2007.

SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. . **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**., v. 43, n. 6, nov./dez. 2010.

TALHARI, S.; NEVES, R. G.; PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M. L. W. **Dermatologia tropical:** hanseníase. 4. ed. Manaus: [s.n.], cap. 1, 2006.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**., v. 43, n. 3, p. 287- 292, maio/jun. 2010.

TRINDADE, L. C.; ZAMORA, A. R. N.; MENDES, M. S.; CAMPOS, G. P.; AQUINO, J. A. P.; CANTÍDIO, M. M.; HEUKELBACH, J. Fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase em João Pessoa, estado da Paraíba. **Cad. Saúde Coletiva,** v. 17, n. 1, 2009.

WHO. Global leprosy situation. **Wkly. Epidemiol. Rec**., v. 84, n. 33, p. 333-348, 2011. Disponível em: < http://nlep.nic.in/states.html>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. **Wkly. Epidemiol. Rec**., v. 87, n. 34, p. 317-328, 2012. Disponível em: <http://nlep.nic.in/states.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. **Wkly. Epidemiol. Rec**., v. 88, n. 35, p. 365-380, 2013. Disponível em: <http://nlep.nic.in/states.html>. Acesso em: 20 dez. 20 13.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E PADRÕES DE ATENDIMENTO DA HANSENÍASE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE, 2007 - 2011

No. do SINAN	No. Prontuário	No. Questionário
Data de notificação (SINAN)	Data de abertura prontuário no HUWC	Data de preenchimento
Data de diagnóstico (SINAN)	Data de entrada (ambulatório)	Data da revisão
Data de alta (SINAN)	Data da última consulta (ambulatório)	

Pesquisador:
_____

Supervisor:
_____

2012/2013

1. Caracterização Sociodemográfica / epidemiológica

ITEM	QUESTÃO	CÓDIGOS/CATEGORIAS		VARIÁVEL
1.	Nome	_____		NOME
2.	Data de nascimento DD/MM/AAAA	____/____/_____		IDADE___
3.	Sexo	Masculino Feminino	1 2	SEXO___
4.	Cor da pele	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorada	1 2 3 4 5 9	COR___
5.	Escolaridade	Analfabeto [nenhuma] 1ª a 4ª série-incompleta do EF (1º Grau) 4ª série completa do EF 5ª a 8ª incomp. do EF E. F. Completo (Ginásio ou 1º Grau) E. M. Incompleto (ant. 2º Grau) E. M. completo (ant. 2° grau) Ed. Sup. Incomp. Ed. Sup. Comp. Ignorado Não se aplica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	GRINSTR___
6.	Naturalidade	Ceará/Fortaleza Ceará/outros Especificar _____ Outros Estados Especificar _____ Ignorado	1 2 3 4 9	NATUR___ NATUR1____ NATUR2____
7.	Residência	Ceará/Fortaleza Ceará/outros Especificar _____ Outros Estados	1 2 3 4	RESID1___ RESID2____

		Especificar _____ Ignorado	 9	RESID3____
8.	Endereço de residência completo (último registro)	_____		ENDER____
9.	Profissão (último registro)	_____		PROFIS____
10.	Ocupação (último registro)	_____		OCUPA____
11.	Número de contatos domiciliares (coabitantes)	_____		COABI___
12.	Outro caso de hanseníase na família	Não Sim, antes do diagnóstico desse caso Sim, depois do diagnóstico desse caso Sim, desconhece-se o momento do diagnóstico Ignorado	1 2 3 4 9	OUTCA___
13.	Se SIM item 12, idade do contato	≤ 15 anos de idade > 15 anos de idade Ignorado	1 2 9	IDCON___
14.	Se SIM item 12, grau de parentesco	Bisavô/Bisavó Avô/Avó Mãe/Pai Irmão/Irmã Primo/Prima Tio/Tia Agregado (a)/Outros Ignorado	1 2 3 4 5 6 7 9	GPARE___

2. Situação Clínica na ENTRADA

		CÓDIGOS/CATEGORIAS		
15.	Modo de entrada desse caso no ambulatório de dermatologia	Caso Novo Transferência do mesmo município (outra unidade não pertencente ao HUWC) Especificar _____ Encaminhamento de outra unidade do HUWC	1 2 3 4	MODENT___ TRMEMUN___ ENCHUWC___

		Especificar _____ Transferência de outro município (mesma UF) Especificar _____ Transferência de outro Estado Especificar _____ Recidiva Outros Reingressos Ignorado	5 6 7 9	TROUMUN___ TROUEST___
16.	Modo de detecção (diagnóstico) desse caso	Encaminhamento pela Central de Marcação Exame de Contatos Exame de Coletividade Demanda Espontânea Interconsulta no HUWC Outros Modos Especificar_____ Ignorado	1 2 3 4 5 6 9	MODDET___ MODOD___
17.	Classificação clínica entrada	Indeterminada Tuberculoide Virchowiana Dimorfa BT Dimorfa BB Dimorfa BV Neural Pura Ignorada	1 2 3 4 5 6 7 9	CLASSCL___
18.	Classificação Operacional entrada	Paucibacilar Multibacilar Ignorado	1 2 9	CLASSOP___
19.	Número de lesões cutâneas na entrada [0 caso nenhuma]	_____		NUMLES___
20.	Localização das lesões cutâneas na entrada	Face Tórax anterior Tórax posterior Tronco anterior Tronco posterior Nádegas MSD MSE	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	FACE___ TORANT___ TORPOS___ TRONCA___ TRONCP___ NADEG___ MSD___ MSE___

		Membro inferior D Membro inferior E Não se aplica Ignorado	( ) ( ) ( ) ( )	MID___ MIE___ NAPLIC___ IGNOR___
21.	Presença de lesão nasal na entrada (mucocutânea)	Sim Não Ignorada	1 2 9	PRELES___
22.	Número de troncos nervosos afetados na entrada [0 caso nenhum]	_____		NUMTRO___
23.	Baciloscopia (no diagnóstico)	Não realizada Positiva Negativa Ignorado	1 2 3 9	BACIL___
24.	Índice baciloscópico(no diagnóstico)	Não realizado Realizado Não se aplica Ignorado Índice Baciloscópico Médio_____	1 2 3 9	INDBACIL___ MEDINDBACIL___
25.	Histopatologia (no diagnóstico)	Não realizada Indeterminada Tuberculoide Virchowiana Dimorfa BT Dimorfa BB Dimorfa BV Neural Pura Ignorada Inconclusiva	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	HISTOP___
26.	Troncos nervosos afetados na entrada	Não Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial Posterior Outros Especificar _____ Ignorado	1 2 3 4 5 6 7 8 9	TRONCO___
27.	Incapacidade no olho direito na	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase	1	INCAPOLHD_

	entrada	Problema com os olhos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lagoftalmo e/ou ectrópio C- Triquíase D- Opacidade corneana central E- Acuidade visual < que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Ignorado	2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	A___ B___ C___ D___ E___
28.	Incapacidade no olho esquerdo na entrada	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase Problema com os olhos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lagoftalmo e/ou ectrópio C- Triquíase D- Opacidade corneana central E- Acuidade visual < que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPOLHE_ A___ B___ C___ D___ E___
29.	Incapacidade na mão direita na entrada	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase Problema com as mãos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Mão caída Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPMAOD_ A___ B___ C___ D___ E___ F___
30.	Incapacidade na mão esquerda na entrada	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase Problema com as mãos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Mão caída Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPMAOE_ A___ B___ C___ D___ E___
31.	Incapacidade no pé direito na entrada	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase Problema com os pés devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade	1 2 ( )	INCAPPED___ A___ B___

		B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Pé caído F- Contratura do tornozelo Ignorado	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	C___ D___ E___ F___
32.	Incapacidade no pé esquerdo na entrada	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase Problema com os pés devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Pé caído F- Contratura do tornozelo Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPPED___ A___ B___ C___ D___ E___ F___
33.	Maior GRAU de incapacidade na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GRAUINC___
34.	GRAU de incapacidade no olho direito na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPOLHD___
35.	GRAU de incapacidade no olho esquerdo na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPOLHE___
36.	GRAU de incapacidade na mão direita na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPMAOD___
37.	GRAU de incapacidade na mão esquerda na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPMAOE___
38.	GRAU de incapacidade no pé direito na entrada	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPPED_
39.	GRAU de incapacidade no pé esquerdo na	0 I II	0 1 2	GINCAPPED_

	entrada	Ignorado	9	

3. Manejo do caso

40.	Esquema terapêutico específico	PQT/PB/6 doses PQT/PB/12 doses PQT/MB/12 doses PQT/MB/24 doses ROM Outro	1 2 3 4 5 9	ESQPQT___
41.	Data do início da PQT	_____		DTPQT_____
42.	Regularidade da PQT	Regular Irregular Abandono Nº da dose_____ Ignorado	1 2 3	REGPQT___
43.	Episódio reacional	Não Sim, início antes da PQT Data início_____ Sim, início durante a PQT Data início_____ Sim, início após a PQT Data início_____ Ignorado	1 2 3 4 9	EPISREA___ ANTINIC_____ DURINIC____ APOSINI_____
44.	Tipo de reação	Tipo 1 Tipo 2 Tipo 1 e 2	1 2 3	TIPREA_____
45.	Tratamento do(s) episódio(s) reacional (is)	Não se aplica Corticoide Talidomida Corticoide+talidomida Pentoxifilina Corticoide+talidomida+pentoxifilina Outros Especificar _____ Ignorado	1 2 3 4 5 6 7 9	TRATEP___ TRATESPE__
46.	Número de episódios reacionais registrados [0 caso não haja]	_____		NUMEPREA__

47.	Neurolise	Não Sim Ignorado	1 2 9	NEUROL___
48.	Tipos de atendimento	A- Médico - dermatologia B- Médico - neurologia C- Médico - ortopedia D- Médico - oftalmologia E- Médico - endocrinologista F- Médico - cirurgia G- Enfermagem H- Fisioterapia I- Terapia Ocupacional J- Psicologia K- Outros Especificar_____	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	A___ B___ C___ D___ E___ F___ G___ H___ I___ J___ K___ _____
49.	Uso de órtese/prótese	Não Cirurgias ortopédicas Cirurgias estéticas Cirurgias Oftalmológicas Outras cirurgias Especificar _____ Ignorado	1 2 3 4 5 9	ORT/PRO____

4. Situação Clínica na ALTA DA PQT (ou atual)

		CÓDIGOS/CATEGORIAS		
50.	Classificação clínica alta (PQT) ou atual	Indeterminada Tuberculoide Virchowiana Dimorfa BT Dimorfa BB Dimorfa BV Neural Pura Ignorada	1 2 3 4 5 6 7 9	CLASSCL___
51.	Classificação operacional alta (PQT) ou atual	Paucibacilar Multibacilar Ignorado	1 2 9	CLASSOP___
52.	Número de lesões cutâneas na alta (PQT) ou atual [0 caso nenhuma]	_____		NUMLES___

53.	Localização das lesões cutâneas na alta (PQT) ou atual	Face Tórax anterior Tórax posterior Tronco anterior Tronco posterior Nádegas MSD MSE MID MIE Não se aplica Ignorado	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	FACE___ TORANT___ TORPOS___ TRONCA___ TRONCP___ NADEG___ MSD___ MSE___ MID___ MIE___ NAPLIC___ IGNOR___
54.	Presença de lesão nasal na alta (PQT) ou atual (mucocutânea)	Sim Não Ignorada	1 2 9	PRELES___
55.	Número de troncos nervosos afetados na alta (PQT) ou atual [0 caso nenhum]	_____		NUMTRO___
56.	Baciloscopia alta (PQT) ou atual	Não realizada Positiva Negativa Ignorado	1 2 3 9	BACIL___
57.	Índice baciloscópico alta (PQT) ou atual	Não realizado Realizado Não se aplica Ignorado Índice Baciloscópico Médio	1 2 3 9	INDBACIL___ MEDINDBACIL ___
58.	Troncos nervosos afetados na alta (PQT) ou atual	Não Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial Posterior Outros Especificar _____ Ignorado	1 2 3 4 5 6 7 9	TRONCO___
59.	Incapacidade no olho direito na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase Problema com os olhos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lagoftalmo e/ou ectrópio	1 2 ( ) ( )	INCAPOLHD_ A___ B___ C___ D___

		C- Triquíase D- Opacidade corneana central E- Acuidade visual < que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Ignorado	( ) ( ) ( ) ( ) 9	E___
60.	Incapacidade no olho esquerdo na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase Problema com os olhos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lagoftalmo e/ou ectrópio C- Triquíase D- Opacidade corneana central E- Acuidade visual < que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPOLHE_ A___ B___ C___ D___ E___
61.	Incapacidade na mão direita na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase Problema com as mãos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Mão caída Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPMAO__ A___ B___ C___ D___ E___ F___
62.	Incapacidade na mão esquerda na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase Problema com as mãos devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Mão caída Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPMAOE_ A___ B___ C___ D___ E___
63.	Incapacidade no pé direito na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase Problema com os pés devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção	1 2 ( ) ( ) ( ) ( )	INCAPPED___ A___ B___ C___ D___

		E- Pé caído F- Contratura do tornozelo Ignorado	( ) ( ) 9	E___ F___
64.	Incapacidade no pé esquerdo na alta (PQT) ou atual	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase Problema com os pés devido à hanseníase A- Diminuição ou perda da sensibilidade B- Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas C- Garras D- Reabsorção E- Pé caído F- Contratura do tornozelo Ignorado	1 2 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 9	INCAPPED___ A___ B___ C___ D___ E___ F___
65.	Maior GRAU de incapacidade na alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GRAUINC___
66.	GRAU de incapacidade no olho direito na alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPOLHD___
67.	GRAU de incapacidade no olho esquerdo na alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPOLHE___
68.	GRAU de incapacidade na mão direita na alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPMAOD___
69.	GRAU de incapacidade na mão esquerda na alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPMAOE___
70.	GRAU de incapacidade no pé direito alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPPED_
71.	GRAU de incapacidade no pé esquerdo alta (PQT) ou atual	0 I II Ignorado	0 1 2 9	GINCAPPED_

5. Antecedentes e Desfecho

72.	Diabetes mellitus	Sim Não Ignorado	1 2 9	DM___
73.	Hipertensão arterial sistêmica	Sim Não Ignorado	1 2 9	HAS___
74.	Dislipidemia	Sim Não Ignorado	1 2 9	DISLIP___
75.	Nefropatia	Sim Não Ignorado	1 2 9	NEFROP___
76.	Hepatopatia	Sim Não Ignorado	1 2 9	HEPATO___
77.	Tuberculose (todas as formas)	Sim Não Ignorado	1 2 9	TUBERC___
78.	Outras comorbidades	Especificar _____		COMORB____
79.	Data de alta da PQT	_____		DTALTPQT___
80.	Situação atual	Em seguimento Alta do ambulatório Perda de seguimento Transferência/encaminhamento Ignorado	1 2 3 4 9	SITATUAL___ Data_____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

1 Características sociodemográficas

Item 2 - Data de nascimento

A idade correspondente à época da notificação.

Item 14 - Grau de parentesco

Grifar o grau de parentesco correspondente à resposta.

2 Situação clínica na entrada

Itens 20 e 53 - Localização das lesões cutâneas

Preencher não se aplica, quando a lesão não for nenhuma área dessas descritas no formulário, ou quando da inexistência de lesões.

Os itens correspondentes aos troncos nervosos afetados e incapacidades físicas na entrada e na alta são relacionados aos localizados no formulário de avaliação neurológica simplificada.

3 Manejo do caso

Item 42 - Regularidade da PQT

Para este estudo, será considerado tratamento regular quando o paciente (PB) completar seis doses em até nove meses, e os MB 12 doses em até 18 meses, desde que não ocorram três faltas consecutivas para os PB e quatro faltas consecutivas para os MB. Passando desse período, será considerado irregular, ou seja, o que recebeu alta após nove meses de tratamento (PB), ou após 18 meses de tratamento (MB).

Abandono será considerado quando o paciente não comparece para dose supervisionada há mais de 12 meses da última dose, conforme determinado pela Portaria nº 3.125 do Ministério da Saúde.

Item 44 - Tipo de reação

Tipo 1 ou reação reversa (RR)

Tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH)

Item 46 - Número de episódios reacionais registrados

Será considerado novo episódio reacional o aparecimento de sinais e sintomas característicos, três meses após conclusão do quadro clínico anteriormente apresentado (SAUNDERSON, 2000).

5 Antecedentes e desfecho

Os itens de 72 a 78 são antecedentes ao diagnóstico da hanseníase, se porventura o paciente desenvolver alguma patologia após o diagnóstico, especificar a data, bem como a doença.

Item 80 - Situação atual

Será relativo a outras dermatoses ou retornos do paciente após tratamento PQT. A data será do último comparecimento ao Ambulatório de Dermatologia.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUWC/UFC

HUWC/UFC
Comitê de Ética em Pesquisa
Cód CEP-008.02.12

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE
FONE: (85) 3366-8589 / 3366-8612 E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br

Protocolo n°: **008.02.12**
Pesquisador(a) Responsável: Jaqueline Caracas Barbosa
Departamento / Serviço:
Título do Projeto: "Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico das pessoas acometidas pela hanseníase em um Hospital Universitário no período de 2001 a 2011."

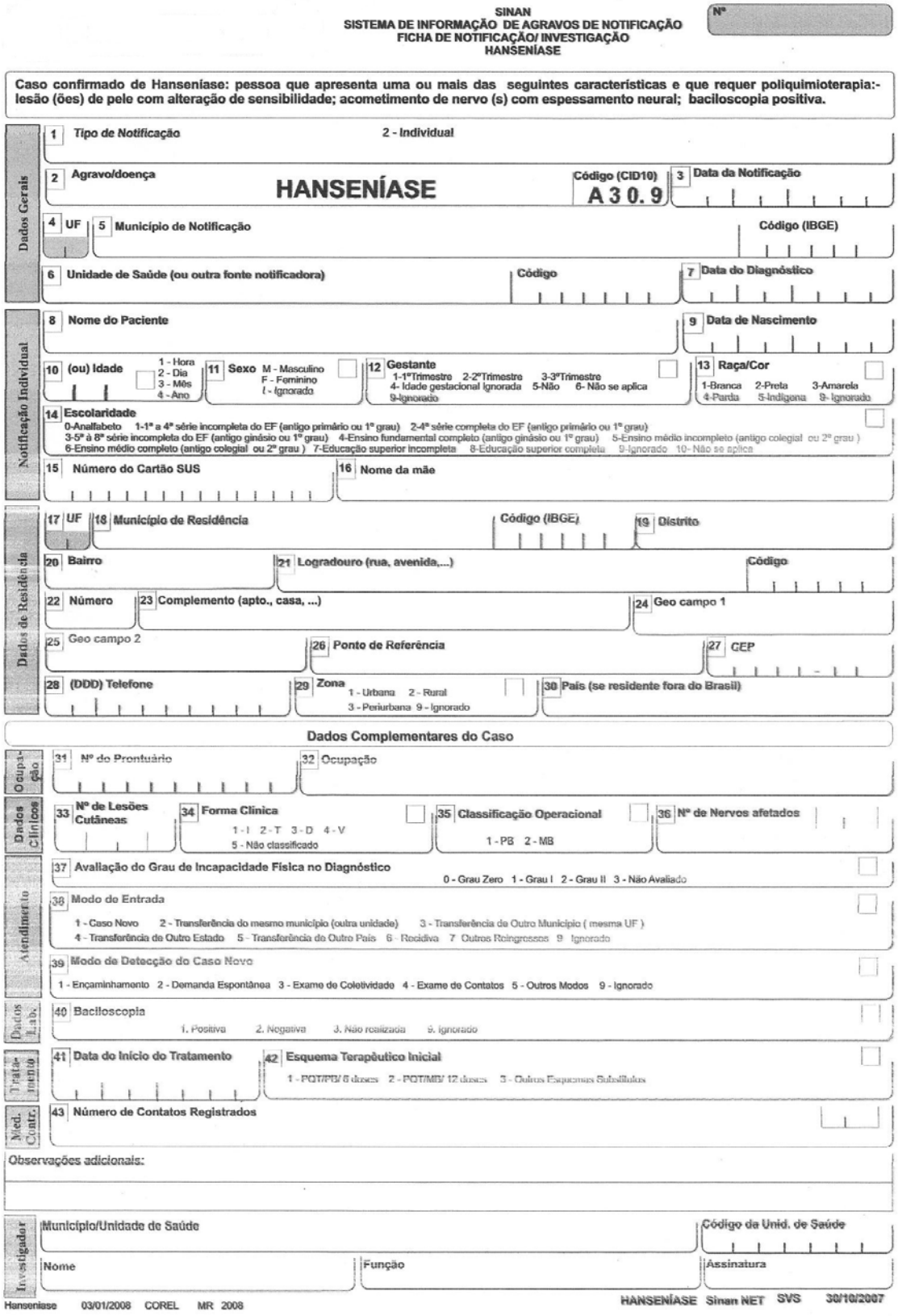
O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou na reunião do dia 12/03/2012, o projeto de pesquisa supracitado e baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO.**

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 12/03/2013).

Fortaleza, 13 de março de 2012.

Maria de Fátima de Souza
Coordenadora do CEP - HUWC

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DO SINAN



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
HANSENÍASE

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — HANSENÍASE — Código (CID10) A30.9 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Ocupação

31 Nº do Prontuário — 32 Ocupação

Dados Clínicos

33 Nº de Lesões Cutâneas — 34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado — 35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB — 36 Nº de Nervos afetados

Atendimento

37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico
0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado

38 Modo de Entrada
1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF)
4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 Outros Reingressos 9 Ignorado

39 Modo de Detecção do Caso Novo
1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado

Dados Lab.

40 Baciloscopia
1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado

Tratamento

41 Data do Início do Tratamento — 42 Esquema Terapêutico Inicial
1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutivos

Med. Contr.

43 Número de Contatos Registrados

Observações adicionais:

Investigador

Município/Unidade de Saúde — Código da Unid. de Saúde

Nome — Função — Assinatura

Hanseniase 03/01/2008 COREL MR 2008 — HANSENÍASE Sinan NET SVS 30/10/2007

ANEXO C – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ DataNasc. ____/____/____
Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Município: _____ Unidade Federada: _____
Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Inicio PQT: ___/___/___ Data Alta PQT: ___/___/___

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquíase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim

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

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

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

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente ✓ Não sente X **ou** Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: ▨ Ferida: ⬭

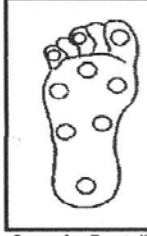
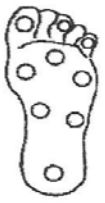
MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**		
Avaliação no diagnóstico / /								
Avaliação na alta / /								