



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ANA PAULA MENDES BARROS FONSECA

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: Casos notificados no ano
de 2015 em São Luís – MA

São Luís
2017

ANA PAULA MENDES BARROS FONSECA

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: Casos notificados no ano
de 2015 em São Luís - MA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão para obtenção dos
títulos de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Doralene Maria Cardoso de
Aquino

São Luís

2017

Ana Paula Mendes Barros Fonseca

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: Casos notificados no ano
de 2015 em São Luís - MA

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa
do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora

Prof^ª Dorlene Maria Cardoso de Aquino (Orientadora)
Doutora em Patologia Humana
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª Maria de Fátima Lires Paiva
Doutora em Ciências-Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Estadual do Rio de Janeiro / Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª Regina Maria Abreu Mota
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

MENDES BARROS FONSECA, ANA PAULA.

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: Casos notificados no ano de 2015 em São Luís - MA / ANA PAULA MENDES BARROS FONSECA. - 2017.

56 p.

Orientador (a): Dorlene Maria Cardoso de Aquino. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,

Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, 2017.

1. Epidemiologia. 2. Hanseníase. 3. Menores de 15 anos. I. Cardoso de Aquino, Dorlene Maria. II. Título.

Dedico aos meus pais, Edimar e Dalila, por todo o esforço para garantir uma educação de qualidade, assim como aos meus irmãos, Camila e João Victor. A minha família, meu eterno agradecimento por sempre acreditar em mim e por apoiar os meus sonhos. Obrigada por compartilharem deste momento de maneira tão presente.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Há alguns anos tomei a decisão de ingressar em uma Universidade, tive o prazer desta ser uma Universidade Pública, na qual orgulharia mais ainda aos meus pais. Nunca imaginei que essa caminhada pudesse ser tão longa. Foram anos de estudo e dedicação, com momentos de alegrias e outros de pesares. Hoje todo este esforço resume-se aqui.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, por me guiar pelos caminhos certos e por me fazer entender que existe sim um plano maior e um caminho independente das minhas vontades a ser traçado. Obrigada meu Deus por sempre me mostrar luz onde haviam trevas e por me abençoar de todas as maneiras, ensinando-me que um mundo sem fé, é um mundo sem amor. Obrigada por ser o detentor da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Dalila Mendes e Edimar Fonseca, que sempre estiveram comigo, sempre foram a minha base e meu apoio. Obrigada PAI por todas as noites mal dormidas e por todos os anos de esforço para me garantir uma educação de qualidade. Obrigada por ser um exemplo de batalha e dedicação. Obrigada MÃE, por toda a dedicação, por todo o apoio, por todas as palavras de sabedoria, por toda a preocupação para que eu tivesse o meu tão sonhado diploma. A vocês, meu eterno agradecimento por caminharem comigo e me apoiarem em todas as decisões. Por lutarem as minhas batalhas e por terem me ensinado tanto. Obrigada ao grande legado, a minha educação. Essa conquista é nossa!

Aos meus irmãos, Camila Mendes e João Victor Mendes, obrigada por serem tão presentes e por segurarem as responsabilidades nos momentos que mais precisei que vocês estivessem por perto para cuidar dos nossos pais. Camila, obrigada por estar sempre disposta a me ajudar, por ser a irmã que todos procuram e por ter grande participação nessa vitória. Obrigada por toda a ajuda e pela companhia em todos esses anos de graduação.

As minhas avós, Maria José Mendes (Zeca) e Júlia Barros, por sempre torcerem por mim e estarem presentes em mais essa conquista.

Aos meus tios e tias, primos e primas, a minha afilhada Sara Emanuele e a Dellon Sousa, obrigada pelo carinho, por partilharem desta vitória e por servirem de alicerce à minha casa.

À minha melhor amiga, Renata Almeida, muito obrigada por todas as palavras de esforço, por todas as broncas, por ser e estar tão presente em minha vida e na vida da minha família. Sou e serei eternamente grata a tudo que você faz por nós. Essa vitória também é sua. A você, meu mais sincero agradecimento.

Ao meu namorado, Thiago Ramada, por toda a paciência e por querer essa vitória tanto quanto eu. Obrigada pelo apoio e pela dedicação neste momento tão marcante em minha vida.

Aos meus amigos, Lorena Neves, Fabiane Froz, Renan Salgueiro, Inaê Mota, Heliot Lacerda e Anderson Lindoso que são parte constante na minha vida, ajudaram na construção do meu caráter, vibraram as minhas alegrias e são espelhos para as minhas conquistas. Obrigada.

Aos meus amigos da UEMA, Allana Silva, Camilla Campos, Fernanda Martins, Mariana Serra e Fernando Vinícius que são um presente e enchem a minha vida de alegria. Obrigada por compartilharem deste sonho.

Aos amigos do intercâmbio, Audinei Moura e Vitória Scarpini e a tantos outros amigos que fizeram parte desta jornada, meu muitíssimo obrigada.

Aos amigos do Projeto de Pesquisa, Luciane Cardoso, Tayana Tenterrara e Kaio Belo, pela ajuda na construção deste trabalho, na procura por referências e por se disponibilizarem na coleta de dados. Sou muito grata a vocês.

À minha querida e ilustre orientadora, Prof^a Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino, pela paciência e pela contribuição na minha caminhada acadêmica, por me ajudar na elaboração e construção deste trabalho. Sou grata em tê-la como minha orientadora neste trabalho de conclusão. Obrigada.

Aos amigos da Enfermagem UFMA, meus queridos da Turma 98, Igor (*in memoriam*), Kaliny Mendes, Milene Mendes, Josafá Marins, Bruna Falcão, Fernanda França, Kesia Maia, Andrea Pereira, Wilka Castro, Pabline Verzaro, Lívia Aroucha, Anielle Oliveira, Carlos Eduardo Figuerêdo, Gisele Bausch, Dayara Cutrim, Adriele Lira e Sarah Leite, começamos essa caminha juntos, tivemos muitos tropeços, mas hoje estamos aqui.

À turma 101, por me deixar fazer parte da mesma, em especial ao meu grupo de estágio, Ana Rafaela Fonseca, Deane Rodrigues e Náylla Duailibe. Obrigada a todos por terem feito parte deste sonho de alguma maneira.

A todos os docentes da Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão que contribuíram ativamente em minha trajetória acadêmica. Obrigada aos meus queridos mestres.

A Universidade Federal do Maranhão quanto instituição pública por ser responsável por minha trajetória mesmo com todas as dificuldades. A FAPEMA por ter aprovado e financiado o projeto no qual esse trabalho está vinculado.

*“Tenham coragem.
Não tenham medo de sonhar coisas grandes!”
(Papa Francisco, 2013)*

RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa e transmissível que causa distúrbios neurológicos e incapacidades físicas. Ocorre através da infecção causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* cuja propagação acontece quando uma pessoa com a forma infectante (forma multibacilar) elimina o bacilo pelas vias respiratórias superiores. A doença acomete pessoas em qualquer idade e em ambos os sexos e, quando há casos em menores de quinze anos considera-se que a patologia se encontra em situação de endemidade. Em crianças, a porcentagem de casos multibacilares é correspondente à situação endêmica do país e reflete a demora no processo do diagnóstico. Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido no período de abril a dezembro de 2016 com o objetivo de descrever o perfil clínico e epidemiológico dos casos de hanseníase em menores de 15. Incluiu-se os casos de hanseníase diagnosticados e notificados no ano de 2015 em menores de 15 anos de idade no Município de São Luís – MA. Os dados foram coletados nos meses de junho a novembro de 2016. Utilizou-se como instrumento de coleta o banco de dados da pesquisa intitulada “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão” que serviu como base para este projeto. Foram analisadas as variáveis relativas à forma clínica, classificação operacional e variáveis sociodemográficas (sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade e número de contatos registrados), tipo de entrada, baciloscopia, grau de incapacidade e número de lesões no diagnóstico. Os dados coletados foram analisados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC - Atlanta) a partir de estatística descritiva, considerando-se as frequências absolutas e percentuais. No ano de 2015 foram notificados 103 casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de São Luís – MA. Os resultados permitiram constatar maior frequência no sexo feminino (55,34%), cor parda (73,79%), faixa etária de 10 - 14 anos de idade (66,99 %) e em escolaridade da 5ª - 8ª série incompleta (39,81%). 58,52% eram da forma Multibacilar, sendo 48,54% na forma Dimorfa. 57% dos casos não realizaram o exame de baciloscopia. 84,47% apresentaram grau de incapacidade zero e 49,51% apresentaram uma lesão no momento do diagnóstico. Conclui-se que houve uma melhoria na educação e assistência prestada nas unidades de saúde ao paciente com hanseníase. Entretanto, a presença marcante de formas multibacilares e pacientes com incapacidades físicas no momento do diagnóstico demonstram a

necessidade de aperfeiçoamento de medidas de controle da hanseníase em menores de 15 anos.

Palavras-chave: Hanseníase. Menores de 15 anos. Epidemiologia.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic granulomatous and transmissible disease that causes neurological disorders and physical disabilities. It occurs through the infection caused by the *Mycobacterium leprae* bacillus. The propagation occurs when a person with an infecting form (multibacillary form) eliminates the bacillus from the upper respiratory tract and contaminates a susceptible person. The disease reaches people at any age and in both sexes, and if there are cases in children under fifteen years considers the pathology is endemicity. In children, the percentage of multibacillary cases corresponds to the endemic situation of the country and a delay in the diagnosis process. This is a descriptive study developed between April and December 2016 with the objective of describing the clinical and epidemiological profile of leprosy cases in children under 15. It was included in the study children under 15 years old in the city of São Luiz -MA, diagnosed and notified with leprosy from January to December 2015. The research database entitled "Epidemiological, clinical and immunological aspects of leprosy in children under 15 years of age in the city of São Luiz-Maranhão" was used as a collection tool. The data were collected in June to November 2016. The variables related to clinical form, operational classification, sex, race/color, age group, educational level, number of registered contacts, type of entry, bacilloscopy, degree of disability and number of lesions were analyzed in this study. The collected data were analyzed in the EPI-INFO, version 7 (CDC - Atlanta) program using descriptive statistics, considering the absolute and percentage frequencies. In 2015, 103 cases of leprosy were reported in children under 15 years old in the city of study. The data collection establish higher frequencies in females (55.34%), "pardos" (brown-skinned color) (73.79%), age group from 10 to 14 years old (66.99%) and incomplete 5th to 8th grade (39.81%). 58.52% were multibacillary form, being 48.54% in Dimorfa form. 57% of cases did not took the bacilloscopy examination. 84.47% presented a degree of disability zero and 49.51% presented an injury at the time of diagnosis. It was concluded that there was an improvement in the education and care provided at the health units to the leprosy patient. However, the marked presence of multibacillary forms and patients with physical disabilities at the time of diagnosis demonstrate the need to improve control measures of leprosy in children under 15 years.

Keywords: Leprosy. Under 15 years. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Casos de hanseníase segundo modo de detecção de caso novo	31
GRÁFICO 2 – Casos de hanseníase segundo baciloscopia	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Casos de hanseníase em menores de 15 anos notificados em São Luis segundo características sócio-demográficas	28
TABELA 2 Percentual de casos segundo a classificação operacional e forma clínica	30
TABELA 3 – Casos de hanseníase segundo modo de entrada	30
TABELA 4 - Casos de hanseníase segundo grau de incapacidade e número de lesões no diagnóstico	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA.....	23
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Local de estudo	25
4.3 População de estudo	25
4.4 Coleta de dados	25
4.5 Análise de dados	26
4.6 Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é reconhecida desde as antigas civilizações por seus registros datados desde o ano de 500 a.C. na Índia. Historicamente, a doença atingiu seu pico de infecção na Idade Média e por volta do século XV este número começou a diminuir. Conhecida popularmente como lepra, a hanseníase é marcada por discriminação, sofrimento e isolamento social àqueles acometidos (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011; SILVEIRA et al, 2014).

É considerada uma doença crônico granulomatosa derivada da infecção causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* e, apresenta uma alta infectividade e uma baixa patogenicidade. Isto é, possui a capacidade de infectar grande número de indivíduos na comunidade, porém são poucos os que adoecem. Trata-se, portanto, de um parasita intracelular resistente e gram-positivo em forma de bastonete capaz de infectar nervos periféricos, especificamente as células de Schwann (BRASIL, 2010a; OLIVEIRA, 2008).

Além da sua caracterização como uma doença infecciosa e transmissível, causa ainda, desordens neurológicas e, conseqüentemente, incapacidades físicas que podem ocorrer em qualquer estágio da doença mesmo que o paciente já tenha sido dispensado do tratamento e considerado bacteriologicamente curado (SALES et al, 2013. tradução nossa).¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (O.M.S), o bacilo *M. leprae* multiplica-se lentamente e o seu período de incubação para aparecimento dos sintomas pode ser de cinco a vinte anos. Entretanto, é curável e o tratamento quando realizado no começo previne graves incapacidades (WHO, 2015).

A hanseníase é uma doença diretamente relacionada à pobreza. De acordo com O Programa Nacional de Vigilância de Saúde Pública do Brasil, estados com o Maranhão, Pará e Mato Grosso do Sul apresentam o maior número de pacientes com a doença (LINDOSO; LINDOSO, 2009. tradução nossa).² Na região Nordeste do Brasil, por exemplo, os municípios que apresentam maior desigualdade social são os que demonstram uma maior prevalência da hanseníase. Este fato

¹ In addition to its characterization as an infectious transmissible disease, it also causes neurological disorders and, consequently, physical disabilities, which can occur at any stage of the disease even after the patient has been released from chemotherapy treatment and is considered bacteriologically cured.

² Leprosy is another disease intrinsically related to poverty. According to the National Public Health Surveillance Program in Brazil, the states of Maranhão, Pará, and Mato Grosso present the highest number of patients with leprosy.

reforça a relação direta entre indicadores socioeconômicos e ambientais às incidências no número de casos da doença, certificada pelo adoecimento de crianças e aumento de casos de hanseníase mesmo em países que atingiram a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública (ALENCAR et al, 2008; PIRES et al, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) em 2015, divulgou dados anunciando uma regressão de 68% nos últimos 10 anos na taxa de prevalência da doença no país. Entretanto, o Brasil ainda é considerado um dos países que não conseguiram eliminar a hanseníase e o que concentra o maior número de casos a cada ano (RODRIGUEZ, 2015).

De acordo com o levantamento de dados realizado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2015, o estado do Maranhão ocupa o terceiro lugar na taxa de detecção geral dos casos de hanseníase em relação aos demais estados do país. O Maranhão apresentou 51,27 casos/100 mil habitantes diagnosticados no país no ano de 2015 (BRASIL, 2016b).

A doença é capaz de atingir pessoas em qualquer idade e em ambos os sexos. Quando há casos de hanseníase em menores de quinze anos considera-se que a patologia se encontra em situação de endemidade (BRASIL, 2002). De acordo com o SINAN, os dados levantados para o coeficiente de detecção dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no país demonstram que o Maranhão ocupa também o terceiro lugar em relação aos demais estados do Brasil. A taxa de detecção é de 17,56 casos/100 mil habitantes, reforçando a situação de hiperendemicidade no estado (BRASIL, 2016c).

As medidas do governo brasileiro para erradicar a hanseníase como problema de saúde pública incluem predominantemente ações no setor primário para promover a descentralização das atividades de controle da doença e, informações públicas sobre as características, sinais e sintomas da hanseníase (CURY, 2012. tradução nossa)³. A transmissão ativa da hanseníase continua ocorrendo em grande número apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outras instituições internacionais com o intuito de eliminar a doença como problema de saúde pública mundial (PIRES et al, 2012).

³ The Brazilian government's policies to eliminate leprosy predominantly include actions to be extended to the entire primary care sector, thus promoting the decentralization of disease control activities and public information about the characteristics, signs, and symptoms of the illness.

A infecção ao hospedeiro pode ser limitada por uma resposta efetiva na maioria dos indivíduos. Quando isto ocorre, a doença possui características subclínicas e há, portanto, cura espontânea sem a necessidade de tratamento. Em contrapartida, a manifestação passa a ser considerada clínica quando há o aparecimento de sinais e sintomas característicos à hanseníase, enquadrando-se em uma das formas da doença (ARAÚJO, 2003).

A propagação ocorre quando uma pessoa com a forma infectante, conhecida como forma multibacilar, elimina o bacilo pelas vias respiratórias superiores contaminando assim uma pessoa suscetível. Sendo então, o trato respiratório a via mais provável para a entrada do *M. leprae* no organismo. Além disso, lesões dérmicas e outras secreções podem ser relevantes no processo de infecção (LUSTOSA, 2011; BRASIL, 2010a).

De acordo com a portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010, a hanseníase é classificada operacionalmente para fins de tratamento poliquimioterápicos (PQT) de acordo com o número de lesões, levando-se em consideração a baciloscopia de pele. Subdivide-se em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB). Paucibacilares são os casos encontrados com pequeno número de lesões na pele, podendo chegar até cinco. Os casos Multibacilares, por outro lado, apresentam mais de cinco lesões na pele e precisam de um tratamento mais intensivo. No que se refere a forma clínica, a doença classifica-se em quatro tipos: Indeterminada (I), Tuberculoide (T) – Hanseníase Paucibacilar; Dimorfa (D) e Virchowiana (V) – Hanseníase Multibacilar (BRASIL, 2010b).

Quanto a classificação clínica, na forma Indeterminada há presença de infiltrados discretos de linfócitos e ao exame clínico observa-se manchas com alterações de sensibilidade superficial acompanhadas de alopecia e distúrbios da sudorese. Na forma Tuberculoide há presença de uma ou poucas manchas pálidas na pele, acompanhadas de anidrose ou hipodrose com alteração importante na sensibilidade (ARAÚJO, 2003; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A forma Virchowiana apresenta lesões na pele, mucosa, olhos e nervos periféricos acompanhadas de tubérculos e nódulos. O bacilo multiplica-se e dissemina-se pela ausência da resposta imunocelular do hospedeiro e, portanto, é considerada a manifestação mais grave e contagiosa da doença onde os inchaços são generalizados e há erupções cutâneas, dormência e fraqueza muscular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016). Em relação a forma

Dimorfa, a diferente resposta imunocelular do hospedeiro ao *M. leprae* leva tanto a manifestações cutâneas semelhantes às formas Virchowianas quanto lesões assemelhadas à forma tuberculoide (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Além das classificações operacional e clínica, deve-se levar em consideração o grau de incapacidade física e ocorrência de estados reacionais. A avaliação neurológica deverá ser realizada no momento do diagnóstico e caso não haja queixas, a cada três meses durante o tratamento. É indicada também sempre que houver dor em trajeto de nervos ou fraqueza muscular, na alta do tratamento e no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural. O Ministério da Saúde classifica a avaliação do Grau de Incapacidade Física em três níveis de acordo com suas características (BRASIL, 2016a):

- a) Grau zero (0): nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase;
- b) Grau 1: diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos e/ou diminuição da força muscular e/ou sensibilidade protetora nas mãos (palmar) e/ou nos pés (plantar);
- c) Grau 2: olhos – deficiência visível como: lagoftalmo e/ou entrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos – garras; reabsorção; mão caída. Pés – garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Em relação ao diagnóstico, o mesmo é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado a partir da história clínica e das condições sociodemográficas. Inclui-se o exame dermatoneurológico para a identificação de lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Quando disponível, faz-se o exame baciloscópico por meio do esfregaço intradérmico, o qual é utilizado como exame complementar para a classificação dos casos PB ou MB (BRASIL, 2010a).

Em menores de 15 anos, é imprescindível estar atento ao fato de que em crianças o exame realizado no diagnóstico deve ser criterioso devido à dificuldade existente na aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (BRASIL, 2010a). Deve-se estabelecer medidas de controle sistemáticas de detecção precoce para evitar que menores de 15 anos contraiam a hanseníase e conseqüentemente,

minimizar os efeitos do diagnóstico tardio e os estigmas sociais (FERREIRA; ALVAREZ, 2005).

Outras dermatoses podem se assemelhar a algumas formas e reações. Em virtude disso, faz-se necessário a realização de um diagnóstico diferencial. No Brasil, por exemplo, leva-se cerca de um ano e meio a dois anos para a realização do diagnóstico, tornando-o um processo tardio e de difícil controle (ARANTES et al, 2010). Devido a sua evolução crônica, se diagnosticada tardiamente, a doença pode gerar vários transtornos graves para os portadores e seus familiares, dentre os quais são citadas as incapacidades das mãos, pés e olhos decorrentes do marcante comprometimento dos nervos periféricos (LIMA et al, 2010).

Em alguns casos da doença há o aparecimento de reações hansênicas, que são manifestações inflamatórias agudas que se exteriorizam pela desregulação da resposta imune ao *M. Leprae* e podem ocorrer com maior frequência em casos Multibacilares. São a principal forma de complicação da doença, além da maior causa de incapacidades físicas e deficiência permanente, podendo aparecer antes, durante ou depois do tratamento PQT (BRASIL, 2010a; QUEIROZ et al, 2015).

Existem classificados dois tipos de reações hansênicas, a reação Tipo 1 ou reação reversa (RR) e a reação tipo 2, sendo o Eritema Nodoso Hansênico (ENH) a manifestação mais frequente. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), “[...] na reação tipo 1 há o aparecimento de novas lesões dermatológicas, marcadas por manchas ou placas, infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite)”. Na reação tipo 2, por outro lado, pode ocorrer o aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos com presença ou não de episódios febris, dores articulares e mal-estar generalizado com ou sem espessamento, e dor de nervos periféricos (neurite).

Em relação ao tratamento de estados reacionais, o mesmo é realizado geralmente em nível ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por um médico e o acompanhamento do paciente diagnosticado com reação deve ser realizado em serviços de referência para a doença (BRASIL, 2016a). O reconhecimento de pacientes com episódios reacionais consiste em um desafio para a saúde pública. Entretanto, a busca ativa por estes pacientes auxilia na detecção precoce de casos e se mostra de extrema importância para a prevenção de sequelas e incapacidades que devem ser avaliadas no momento do diagnóstico, e

no mínimo uma vez ao ano, além da consulta de alta por cura (QUEIROZ et al, 2015)

No que se refere à terapêutica medicamentosa, as Diretrizes de Eliminação da Hanseníase (BRASIL, 2016a) regulamentam que o tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial, como um direito assegurado e obrigatório de gratuidade a todos os doentes com hanseníase. A administração de medicamentos associados enfraquece o bacilo e evita a evolução da doença. O seguimento previne o aparecimento de incapacidades e más-formações causadas pela doença, levando à cura. A medicação é realizada de acordo com a classificação do doente, sendo este um fator fundamental na seleção do esquema a ser praticado. No caso de crianças, a dose do medicamento é ajustada de acordo com o peso e a idade (BRASIL, 2010a).

A terapia pode ser realizada em dois esquemas. O primeiro, implica no uso de dois medicamentos, a dapsona e a rifampicina, indicado ao tratamento dos casos de hanseníase na forma paucibacilar por 6 meses. Em relação ao segundo esquema, as drogas de escolha são a dapsona, rifampicina e clofazimina que deverão ser administradas nos casos Multibacilares durante 12 meses. Em alguns casos, quando ocorre a permanência de lesões clínicas ativas ao final da poli quimioterapia (PQT) prolonga-se o tratamento para casos Paucibacilares por mais 6 meses, e 12 meses para os casos Multibacilares (ARAÚJO, 2003). Caso haja intolerância medicamentosa a um dos medicamentos do esquema padrão há a indicação de esquemas alternativos.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), a alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico dentro do prazo recomendado. Nas últimas décadas, houve um aumento substancial no que diz respeito à saúde a longo termo para os indivíduos diagnosticados com hanseníase devido ao avanço da poli quimioterapia (PQT) e o uso de anti-inflamatórios (WHITE; FRANCO, 2015. tradução nossa).⁴

A descoberta dos casos novos da doença deve ser realizada de maneira precoce por meio de detecção ativa e passiva para interromper a cadeia de transmissibilidade e prevenir as incapacidades físicas decorrentes do avanço da

⁴ In the last few decades, particularly with the advent of multidrug therapy (MDT) and the use of anti-inflammatory therapies, there have been substantial improvements in long-term health outcomes for individuals diagnosed with HD.

hanseníase. Sendo uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória, é necessário que todo caso diagnosticado seja notificado ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, através de uma ficha de notificação/investigação do SINAN. Em relação a vigilância aos menores de 15 anos, as unidades de saúde também devem preencher o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos” (BRASIL, 2010a).

No que concerne às crianças, a porcentagem de casos multibacilares é correspondente à situação endêmica do país e a demora no processo do diagnóstico. Nos países considerados endêmicos, por exemplo, o número de crianças multibacilares é superior quando comparado aos locais com uma menor endemicidade e diagnóstico realizado de maneira precoce. Dentre os transmissores às crianças pode-se considerar que os contatos intradomiciliares íntimos e vizinhos próximos podem ser um dos fatores de continuidade da cadeia de transmissão além do déficit na vigilância e controle da doença. Quanto menor a criança, maior o número de contatos familiares apresentando a doença (BARBIERI; MARQUES, 2009; FERREIRA; ALVAREZ, 2005).

A susceptibilidade dos menores de 15 anos à doença sugere que as crianças podem ser contatos de casos ainda não detectados pelo sistema de saúde. O alto potencial de incapacitação da doença pode interferir tanto na fase produtiva quanto na vida social dessas crianças, podendo ser determinante em situações de traumas psicológicos e perdas econômicas (MATOS et al, 2015; PEREIRA et al, 2011).

Devido as condições de alta transmissibilidade e exposição ao bacilo, a detecção de casos em menores de 15 anos deve ser vista como um indicador de maior gravidade da endemia (MATOS et al, 2015). O aparecimento de casos em menores de 15 anos solidifica a hiperendemicidade na comunidade, visto que estes tipos de casos são o reflexo de circuitos de transmissão ativa que demandam ainda de uma intensa ação voltada para a eliminação da doença (BRASIL, 2012). Visando isto, a redução de casos da doença em menores de 15 anos é prioridade para o Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

2 JUSTIFICATIVA

No ano de 2015, o Brasil possuía uma taxa de detecção dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de 4,46/100 mil habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde, essa taxa classifica o país em situação de alta endemicidade. (BRASIL, 2016d). Levando-se em consideração a real situação endêmica do estado do Maranhão no mesmo ano, observou-se que a taxa de detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos (17,56/100 mil habitantes;) é aproximadamente quatro vezes maior que a encontrada no país, colocando o estado em terceiro lugar no ranking nacional e reforçando assim a situação de hiperendemicidade na população (BRASIL, 2016c).

A hanseníase é considerada uma deficiência na vigilância epidemiológica e controle da doença quando diagnosticada em menores de 15 anos. A permanência a estes níveis elevados de endemicidade indica que crianças podem ser contatos ainda não detectados pelo sistema de saúde. E, a ocorrência de casos nessa faixa etária demonstra como a exposição e a transmissão da doença vem acontecendo de forma precoce, tornando-se assim um indicador de maior gravidade da endemia (IMBIRIBA et al, 2008).

Tendo em vista as informações apresentadas ao longo do estudo a respeito da incidência de casos de hanseníase em menores de 15 anos ser considerada uma deficiência no controle da doença e a classificação de hiperendemicidade que o estado do Maranhão se encontra, indaga-se qual a situação clínica e epidemiológica encontrada no ano de 2015 para os casos de hanseníase em menores de 15 anos notificados no município de São Luís – Maranhão.

O interesse pela problemática da hanseníase surgiu desde o contato com as aulas da disciplina Doenças Transmissíveis durante o período de graduação em enfermagem. Portanto, a escolha do tema deu-se devido à participação no projeto de pesquisa intitulado “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão”. Fazendo-se, então, despertar o interesse nos casos ocorridos no ano de 2015 em uma faixa etária onde as incapacidades podem gerar impactos negativos muito cedo e que irão perdurar por toda uma vida, caso não haja um tratamento eficaz.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos diagnosticados e notificados no ano de 2015 no município de São Luís – Maranhão.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar quanto à forma clínica, classificação operacional e variáveis sociodemográficas (sexo, raça/cor, faixa etária e escolaridade);
- b) Identificar o tipo de entrada, baciloscopia, grau de incapacidade e número de lesões no diagnóstico;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de abril a dezembro de 2016. É um subprojeto do projeto intitulado: “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão”.

4.2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado no município de São Luís, nas unidades de saúde municipais e estaduais que possuem o programa de controle da hanseníase implantado. (ANEXO A). A estrutura operacional de saúde é formada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) composta pelos diferentes pontos de atenção à saúde, incluindo as redes de Atenção Básica à Saúde, os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. O município possui mais de 70 Unidades de Saúde distribuídas em sete distritos sanitários (Distritos Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, Tirirical e Vila Esperança) (BRASIL, 2016d; SEMUS 2016).

O município de São Luís é a capital do estado do Maranhão, localizada na ilha de Upaon-Açu entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. Considerado o município mais populoso do estado com uma população estimada em 1.082.935 habitantes no ano de 2016. A área total do município é de 834.785 km² com um bioma predominantemente amazônico (IBGE, 2016).

4.3 População de estudo

Foram incluídos os casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade, diagnosticados e notificados com hanseníase no período de janeiro a dezembro de 2015 no Município de São Luís –MA.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados nos meses de junho a novembro de 2016 a partir do banco de dados da pesquisa intitulada “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão” que serviu como base para este projeto (ANEXO B). Para este estudo foram analisadas as seguintes variáveis: forma clínica, classificação operacional e variáveis sociodemográficas (sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade e número de contatos registrados), tipo de entrada, baciloscopia, grau de incapacidade e número de lesões no diagnóstico.

4.5 Análise de dados

Os dados coletados foram analisados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC - Atlanta) a partir de estatística descritiva, considerando-se as frequências absolutas e percentuais. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O projeto foi submetido e aprovado de acordo com os princípios éticos e legais do Colegiado do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. (ANEXO C). Em relação a aprovação do projeto a qual o subprojeto está vinculado, este foi submetido e aprovado de acordo com os princípios éticos da Resolução CNS/MS nº 466/12 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) por meio do parecer 1.227.248. (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2015 foram notificados 103 casos de hanseníase em menores de 15 anos no município de São Luís – MA. Constatou-se que as maiores frequências foram no sexo feminino (55,34%), pardos (73,79%), com variação de idade entre os 10 aos 14 anos (77,00%) e alunos da 5ª a 8ª série incompleta (39,81%) (TABELA 1).

Em um estudo realizado no município de Paracatu – MG por Ferreira e Alvarez (2005), foi encontrado um maior percentual de casos de hanseníase em crianças do sexo masculino. Imbiriba et al (2008), refere que quando relacionada às crianças a doença apresenta uma igual frequência e, portanto, não há diferenças significativas entre os sexos (Selvasekar; Geeth; Nisha; Manimozhi; Jesudasan; Rao apud Imbiriba et al, 2008, p. 1024). Entretanto, no presente estudo, observou-se um percentual maior no sexo feminino (55,34%) demonstrando uma diferença significativa quanto a variável “sexo”.

Em relação à faixa etária, a doença se concentrou nas crianças de 10 a 14 anos (77,00%), compatível a outros estudos já realizados a nível nacional (FERREIRA; ALVAREZ, 2005. OLIVEIRA, 2008). Luna et al (2013), por exemplo, justifica este achado devido ao longo tempo de incubação do bacilo. No que diz respeito a escolaridade, foi encontrada com maior frequência casos de hanseníase em crianças cursando da 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, variável que reflete diretamente à prevalência de casos na faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade.

Analisando-se a variável raça/cor, houve predominância da cor parda (73,79%), condizente com outros estudos já realizados (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; SARMENTO et al, 2015). Brito et al (2014) relata a predominância de casos de hanseníase na cor parda pode estar diretamente relacionada ao perfil populacional do local de estudo. Na região nordeste há um número maior de indivíduos da cor parda. Logo, os percentuais de pardos no Nordeste são mais acentuados do que em outras regiões do país.

Tabela 1 - Casos de hanseníase em menores de 15 anos notificados em São Luis segundo características sócio-demográficas

Características	Nº	%
Sexo		
Feminino	57	55,34%
Masculino	46	44,66%
Raça/Cor		
Branca	13	12,62%
Preta	13	12,62%
Amarela	1	0,97%
Parda	76	73,79%
Faixa Etária		
4 - 9	34	33,00%
10 - 14	89	67,00%
Escolaridade		
Não registrado	1	0,97%
1ª a 4ª série incompleta	28	27,18%
2ª a 4ª série completa	12	11,65%
5ª a 8ª série incompleta	41	39,81%
EFC*	6	5,83%
EMI**	5	4,85%
Ignorado	1	0,97%
Não se aplica	9	8,74%
Total	103	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa

*Ensino Fundamental Completo **Ensino médio incompleto

Ao analisar o percentual de casos novos segundo a forma clínica, observou-se uma maior frequência na forma Dimorfa (48,54%), seguido da forma Tuberculoide (29,13%), forma Indeterminada (13,59%) e forma Virchowiana (8,74%),

respectivamente. Em relação a classificação operacional encontrou-se uma maior prevalência de casos na forma Multibacilar (58,25%) (TABELA 2).

A forma indeterminada é vista como a forma inicial da doença, característica marcante em indivíduos com resposta imune não definida. Pode evoluir tanto para cura espontânea quanto para as demais formas conhecidas como polarizadas. O baixo percentual de casos na forma indeterminada demonstra um atraso no diagnóstico e falha na detecção de casos na forma inicial da doença. É nesta fase que deve ocorrer a descoberta da doença e o início do tratamento com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão. (LIMA et al, 2010; LUNA et al, 2013). No presente estudo observou-se a frequência de 13,59% na forma Indeterminada.

A forma Tuberculoide é marcante em pacientes que apresentam resistência natural ao bacilo e que são capazes de desenvolver imunidade celular mais intensa. No entanto, acabam desenvolvendo a doença devido a contatos sucessivos com alguém acometido pela forma infectante. A presença dessa forma clínica em uma determinada região indica uma tendência crescente da doença. Entretanto, essa frequência demonstra que o diagnóstico está sendo realizado antes do avanço para as formas mais graves e contagiosas da doença (BATISTA et al, 2011; ALENCAR et al, 2008). O presente estudo mostrou uma frequência de 29,13% dos casos na forma tuberculoide em menores de 15 anos, indicando a expansão da endemia e uma necessidade de busca e exames de contatos.

Para Brito et al (2016) a forma Virchowiana é o grupo com maior carga bacilar e que possui uma maior chance de desenvolver incapacidades físicas. Portanto, são esses pacientes que levam a disseminação do bacilo. Entretanto, o que mais impressiona no presente estudo é o elevado número de pacientes com a forma Dimorfa. Este achado indica que o diagnóstico está sendo realizado de maneira tardia e, o indicativo de formas multibacilares na população revela a alta prevalência como uma consequente falha em ações para eliminação da doença no município (LANA et al, 2000; FERREIRA et al, 2005).

Tabela 2: Percentual de casos segundo a classificação operacional e forma clínica

Característica	Nº	%
Paucibacilar	44	41,75%
Indeterminada	14	13,59%
Tuberculoide	30	29,13%
Multibacilar	59	58,25%
Dimorfa	50	48,54%
Virchowiana	9	8,74%
Total	103	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa

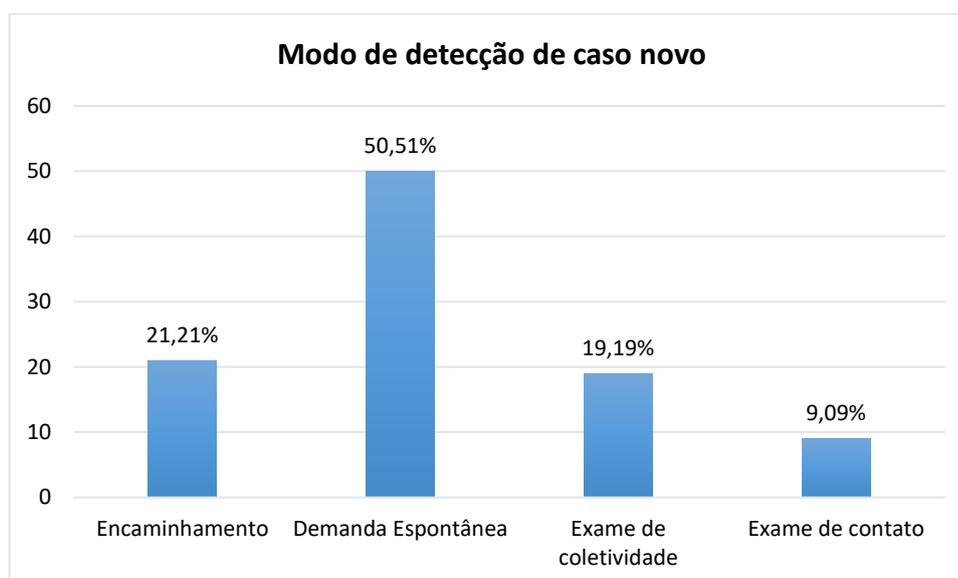
No que diz respeito ao modo de entrada, 96,12% encontrados foram de casos novos (TABELA 3); sendo estes, 50,51% por meio de demanda espontânea (GRÁFICO 1).

Os resultados obtidos no presente estudo coincidem com outros estudos já realizados (SILVA et al, 2015; RIBEIRO et al 2013). A alta frequência relacionada tanto ao modo de entrada por casos novos quanto a detecção por demanda espontânea demonstram que a população está sendo informada sobre os sinais e sintomas da doença, indicando uma melhoria na qualidade do serviço de saúde. A baixa frequência relacionada ao exame de contato reflete uma carência na busca de contatos ativos e/ou a prevalência de casos infectantes (RIBEIRO et al, 2013). Em nosso estudo foi possível observar que somente 9,09% dos casos novos detectados foram por exame de contato.

Tabela 3 – Casos de hanseníase segundo modo de entrada

Variáveis	Nº	%
Modo de Entrada		
Caso novo	99	96,12%
Transferência mesmo município	1	0,97%
Outros reingressos	3	2,91%
Total	103	100,00%

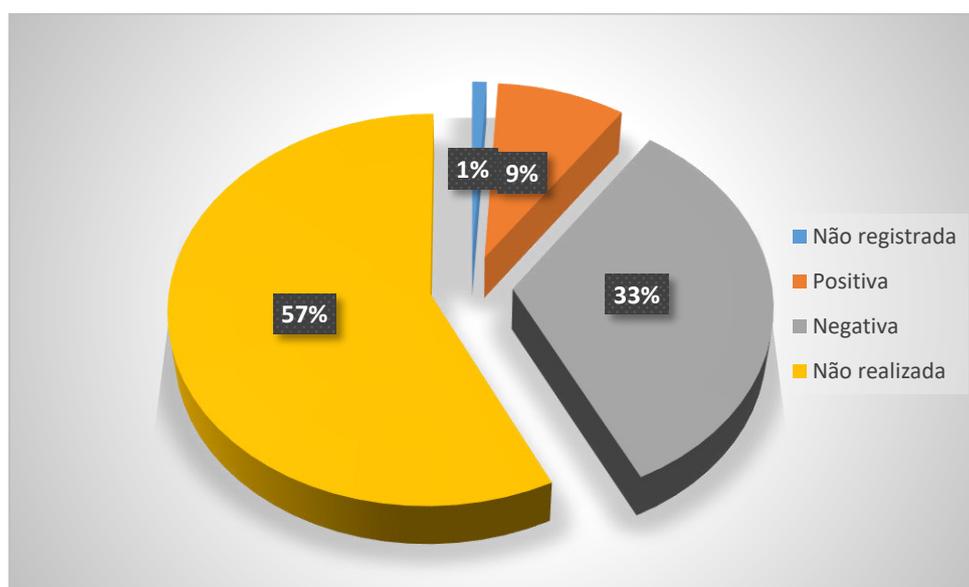
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 1 – Casos de hanseníase segundo modo de detecção de caso novo

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos casos de hanseníase segundo a realização do exame de baciloscopia, constatou-se que 57,00% dos casos não realizaram o exame. Em 33,00% dos casos o exame de baciloscopia foi negativo, enquanto em 9,00% foi encontrado resultado positivo (GRÁFICO 2).

A baciloscopia, é vista como um exame complementar que auxilia no diagnóstico da hanseníase. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase. Entretanto, somente os pacientes multibacilares apresentam baciloscopia positiva e são capazes de eliminar o bacilo. De acordo com as normas e procedimentos técnicos, as unidades de saúde deveriam realizar a baciloscopia de todos os pacientes considerados multibacilares (TEIXEIRA et al, 2010; CRESPO et al, 2014; LANA et al, 2000). Para Melão et al (2011), o exame da baciloscopia é um dos três critérios utilizados para o tratamento da hanseníase. Em nosso estudo, apenas 9,00% dos casos apresentaram baciloscopia positiva, levantando uma possível falha na escolha ou não do uso do exame complementar para o diagnóstico da doença.

Gráfico 2 – Casos de hanseníase segundo baciloscopia

Fonte: Dados da Pesquisa

No que concerne ao grau de incapacidade no diagnóstico, observou-se que 84,47% apresentaram grau de incapacidade zero no momento do diagnóstico. Entretanto, no que diz respeito ao número de lesões, foi possível observar casos em menores de 15 anos apresentando entre 1 a 40 lesões no momento do diagnóstico (TABELA 4).

A ausência de incapacidades físicas no momento do diagnóstico é entendida como uma melhoria na assistência de saúde. Em relação ao número de lesões, o aparecimento dessas é vista como um dos fatores determinantes à procura aos serviços de saúde (LIMA et al, 2010; PEREIRA et al, 2011; RIBEIRO JR et al, 2012). No presente estudo observou-se a prevalência de 84,47% dos casos diagnosticados com grau de incapacidade zero e os pacientes que apresentaram apenas uma lesão demonstraram uma frequência de 49,51%.

Tabela 4 – Casos de hanseníase segundo grau de incapacidade e número de lesões no diagnóstico

Características	Nº	%
Grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau Zero	87	84,47%
Grau I	10	9,71%
Grau II	4	3,88%
Não avaliado	2	1,94%
Número de lesões no diagnóstico		
1	51	49,51%
2 - 5	28	27,18%
6 - 10	20	19,42%
+ 10	4	3,89%
Total	103	100,00%

Fonte: Dados da Pesquisa

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos é reconhecida pelo Ministério da Saúde como um dos indicadores de hiperendemicidade na comunidade e sua detecção colabora para o entendimento da situação dos serviços de hanseníase desenvolvidos no local de estudo.

Os resultados deste estudo apontaram que no município de São Luís o diagnóstico da hanseníase ainda é realizado de forma tardia devido a detecção de formas multibacilares e a frequência encontrada em pacientes com a forma Dimorfa confirma esse atraso e eleva o grau de preocupação. Deve-se levar em consideração também que a presença de diagnósticos na forma Tuberculoide denota que essas crianças foram acometidas pela doença por meio de contatos sucessivos com alguém na forma infectante.

Conclui-se que houve uma melhoria quanto a educação e assistência prestada nas unidades de saúde ao paciente com hanseníase, confirmada pela frequência no modo de detecção de casos por demanda espontânea e prevalência de pacientes com grau de incapacidade zero no momento do diagnóstico.

Entretanto, a presença marcante de formas multibacilares e pacientes com incapacidades físicas no momento do diagnóstico demonstram a necessidade de aperfeiçoamento de medidas para a busca ativa de casos, especialmente em menores de 15 anos, acompanhamento e diagnósticos de contatos examinados, além da realização de exames laboratoriais complementares.

Espera-se, portanto, que esses resultados subsidiem as estratégias em ações de saúde voltadas ao controle da hanseníase no município de São Luís. Deve-se, portanto, pensar em novas ações que possam fortalecer a continuidade da educação em saúde relacionada às estratégias de controle da doença assim como o aprimoramento profissional afim de retirar o município da situação de endemicidade e, conseqüentemente, o estado do Maranhão.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, H. M. et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. Bras. Enferm.** Brasília 2008; 61(esp): 694-700.
Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700007 >. Acessado em 06 de out, 2016.
- ARANTES, C. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, 19(2):155-164, abr-jun 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf> >. Acessado em 11 de ago, 2016.
- ARAÚJO, J. M. S. **Reações hansênicas: perfil clínico e resposta imunológica a antígenos recombinantes de Mycobacterium leprae**. Aracaju, 2003. Disponível em: < <http://bdtd.ufs.br/handle/tede/846> >. Acessado em 17 de out, 2016.
- BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, 2011 mar-abr;9(2):101-6. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acessado em 29 de dez, 2016.
- BARBIERI, C.L. A, MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **PEDIATRIA (SÃO PAULO)** 2009;31(4):281-90.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/02_0312_M.pdf >. Acessado em 29 de out, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n.1**. Brasília - DF, 2008 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf>. Acessado em 17 de out, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso – 8ª ed.** rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 448 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Gabinete do Ministro, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acessado em 10 de nov, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **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, 2012. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acessado em 23 de ago, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília, 2016a. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/297694/>>. Acessado em 28 de nov, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase, estados, Brasil, 2015**. [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Taxa-de-detec----o-geral-de-casos-novos-de-hansen--ase--estados--Brasil--2015..pdf>>. Acessado em 29 de dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, estados, Brasil, 2015**. [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/Taxa-de-detec----o-de-casos-novos-de-hansen--ase-em-menores-de-15-anos--estados--Brasil--2015.pdf>>. Acessado em 29 de dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Elementos constitutivos da rede de Atenção à Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2016d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=elementos_ras>. Acessado em 29 de dez, 2016.

BRITO, K.K.G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 8(8):2686-93, ago, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/AnaPaula/Downloads/6092-60466-1-PB.pdf>>. Acessado em 04 de set, 2016.

BRITO, A.L. et al. Tendência temporal da hanseníase em uma capital do Nordeste do Brasil: epidemiologia e análise por pontos de inflexão, 2001 a 2012. **Rev Bras Epidemiol Jan-Mar 2016; 19(1): 194-204**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00194.pdf>>. Acessado em 8 de set, 2016.

CRESPO, M. J. I; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? **Medicina (Ribeirão Preto)**, 47(1):43-50, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/AnaPaula/Downloads/80097-110680-1-SM.pdf>>. Acessado em 28 de dez, 2016.

CURY M.R.C.O et al. Spatial analysis of leprosy incidence and associated socioeconomic factors. **Rev Saúde Pública**; 46(1):110-8, 2012 Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/42982/wos2012-4549.pdf?sequence=1>>. Acessado em 12 de set, 2016.

FERREIRA, I.N. & ALVAREZ, R.R. A Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG. **Rev Bras Epidemiol**; 8(1): 41-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100006>. Acessado em 05 de nov, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades, São Luís**. IBGE, 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=||in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acessado em: 29 de dez, 2016.

IMBIRIBA, E.B, GUERRERO. J.C.H et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Rev Saúde Pública**; 42(6):1021-6, 2008. Disponível: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1924>>. Acessado em 30 de nov, 2016.

LANA, F.C.F. et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. **Hansen. Int.**, 25(2): 121-132, 2000. Disponível em: <<http://www.iisl.br/revista/imageBank/658-2312-1-PB.pdf>>. Acessado em 02 de dez, 2016.

LASTÓRIA, J. C; ABREU, M. A. M. A. **Hanseníase: diagnóstico e tratamento**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>>. Acessado em 20 de nov, 2016.

LIMA, H. M. N. L et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med**;8(4):323-7, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Guilherme_Coelho_Neto/publication/263845285_5_> Acessado em 28 de nov, 2016.

LINDOSO, J.A.L. & LINDOSO, A.A.B.P. Neglected tropical diseases in Brazil. **Rev. Inst. Med. trop.** S. Paulo, 51(5): 247-253, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652009000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acessado em 29 de set, 2016.

LUNA, I.C.F., MOURA, L.T.R., VIEIRA, M.C.A. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro- BA. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, 26(2): 208-215, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40828920008.pdf>>. Acessado em 04 de ago, 2016.

LUSTOSA, A. A et al. **O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada a saúde**. Teresina, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/12/Dissertacao.pdf?sequence=1>>. Acessado em 28 de nov, 2016.

MATOS E. V. M., FERREIRA, A. M.R., PALMEIRA, I. P. et al. Hanseníase em menores de quinze anos: revisão integrativa. **Rev. Pre. Infec e Saúde**; 1 (4): 63-72, 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4365/pdf>>. Acessado em 02 de dez, 2016.

MELÃO, S; BLANCO, L. F. O; MOUNZER, N; VERONEZI, C. C. D; SIMÕES, P. W. T. A. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Rev Soc Bras Med Trop** 44(1):79-84, jan-fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>>. Acessado em 28 de dez, 2016.

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.** 43(1):62-67, jan-fev, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1>>. Acessado em 29 de dez, 2016.

OLIVEIRA C.A.R. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Menores de 15 Anos no Município de Teresina.** Teresina, outubro de 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2361>>. Acessado em 04 de jul, 2016.

OPROMOLLA P.A; LAURENTI R. Controle da hanseníase no Sudeste do Brasil. **Rev Saude Publica**;45(1):195-203, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/df/rsp/v45n1/1764.pdf>>. Acessado em 04 de jul, 2016.

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 Bras Dermatol**;86(2):235-40, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200005>. Acessado em 02 de dez, 2016.

PIRES, C. A. A et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr**;30(2):292-5, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200022>. Acessado em 06 de out, 2016.

QUEIROZ T.A, CARVALHO F.P.B et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Rev Gaúcha Enferm**;36(esp):185-91, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0185.pdf>>. Acessado em 09 de set, 2016.

RIBEIRO JR. A.F; VIEIRA M.A; CALDEIRA A.P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, jul-ago;10(4):272-7, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acessado em 28 de nov, 2016.

RIBEIRO, V.S., AQUINO, D. M. C., CALDAS, A.J.M, ALENCAR, C.H.M. Características Clínicas e Epidemiológicas da hanseníase no estado do Maranhão, 2001 a 2009. **Rev Pesq Saúde**, 14(2): 81-86, maio-agost, 2013. Disponível em:

<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/2298/381>>. Acessado em 28 de jul, 2016.

RODRIGUEZ, B. **Hanseníase: Brasil é o único país que não conseguiu eliminar sua propagação**. 2015. Disponível em <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/hanseniase-reducaode-casos-nao-sera-suficiente-para-que-o-pais-elimine-doenca-ate-o-fim-de>>. Acessado em 20 de out, 2016.

SALES A.M et al. Progression of leprosy disability after discharge: is multidrug therapy enough? **Trop Med Int Health**. Sep; 18(9): 1145–115, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285222/>>. Acessado em: 28 de out, 2016.

SARMENTO, A. P. V. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Rev Soc Bras Clin Med**. jul-set;13(3):180-4, 2015. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n3/a5389.pdf>>. Acessado em 29 de dez, 2016.

SEMUS, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia de Distritos**. Prefeitura de São Luís, 2016. Disponível em: <http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265>. Acesso em: 29 de dez. 2016.

SILVA, M. N; TOLEDO, B. J; GELATTI, L. C. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu – GO. **Rev Eletr Cien Hum Saúde Tecn**. 2015. V. 7, n. 1, 2015. Disponível em: < <http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/75/116>>. Acessado em 29 de dez, 2016.

SILVEIRA M. G. B et al. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicologia & Sociedade**, 26(2), 517-52, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a27v26n2.pdf> >. Acessado em 05 de jul, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Hanseníase**. 2016. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/hanseniase/>>. Acessado em 14 de set, 2016.

TEIXEIRA, M. A. G; SILVEIRA, V. M; FRANÇA, E. R. 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** 43(3):287-292, mai-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/15.pdf>>. Acessado em 28 de dez, 2016.

WHITE, C; FRANCO, P.C. Leprosy in the 21st century. **Clin Microbiol Rev**. Jan;28(1):80-94. doi: 10.1128/CMR.00079-13, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4284303/>>. Acessado em 23 de set, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy - Fact sheet N°101**. Updated May 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>>. Acessado em 11 de ago, 2016.

ANEXOS

ANEXO A – PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

UNIDADE MISTA DO BEQUIMÃO
UNIDADE MISTA DO COROADINHO
UNIDADE MISTA DO ITAQUI-BACANGA
UNIDADE MISTA DO SÃO BERNARDO
CENTRO DE SAÚDE SALOMÃO FIQUENE (COHATRAC)
CENTRO DE SAÚDE PAULO RAMOS
CENTRO DE SAÚDE JOSÉ CARLOS MACIEIRA
CENTRO DE SAÚDE CLODOMIR PINHEIRO COSTA
CENTRO DE SAÚDE DA LIBERDADE
CENTRO DE SAÚDE RADIONAL
CENTRO DE SAÚDE VILA BACANGA (EMBRIÃO)
CENTRO DE SAÚDE DA VILA NOVA
CENTRO DE SAÚDE DE FÁTIMA
CENTRO DE SAÚDE VILA ESPERANÇA
CENTRO DE SAÚDE DJALMA MARQUES (TURU I)
CENTRO DE SAÚDE DO TURU II
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMAR
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BEZERRA DE MENEZES
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA LIBERDADE
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO PAULO
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA BÁRBARA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA SARNEY
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COHAB – ANIL I
CENTRO DE SAÚDE COHAB II
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JOÃO DE DEUS
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA YVES PARGA (VILA MARANHÃO)
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ITAPERÁ
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LAURA VASCONCELOS
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARACANÃ
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRINHAS I
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PEDRINHAS II
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUEBRA POTE

UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA THALLES RIBEIRO GONÇALVES

UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA TIBIRI

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA ITAMAR

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAZARÉ NEIVA

UNIDADE DE SAÚDE DA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO CRISTÓVÃO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Dr. ANTONIO CARLOS SOUSA REIS (CIDADE OLÍMPICA I)

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA AYRECILA DA SILVA NOVOCHADLO (CIDADE OLÍMPICA II)

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JAILSON ALVES LIMA (CIDADE OLIMPICA III)

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA CLARA

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PIRAPORA

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BERNARDO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM SÃO CRISTÓVÃO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA

UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO COQUEIRO

UNIDADE DA SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ DE RIBAMAR FRAZÃO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FABICIANA DE MORAES

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO FRANCISCO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA LOBÃO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA EMBRATEL

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTONIO GUANARÉ

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO RAIMUNDO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DE LOURDES RODRIGUES

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO GAPARA

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JANAINA

ANEXO B – FORMULÁRIO APLICADO PARA A COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão.

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Data do preenchimento ____/____/____ Ficha nº _____ Notificação nº _____
 Unidade de Saúde: _____ Distrito sanitário _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança _____
 Nome do responsável _____
 Endereço completo _____
 Mês de tratamento _____ Doses supervisionadas tomadas _____

1. Ano de Notificação	1. Ano _____
2. Idade (anos): _____. Se menor de 1 ano, registrar meses	2. Idade _____
3. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo _____
4. Raça/Cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada 9. Ignorada	4. Raça/Cor _____
5. Escolaridade: (1) Analfabeto (2) 1 ^a a 4 ^a série incompleta do EF (antigo	5. Escol _____

<p>primário ou 1º grau)</p> <p>(3) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)</p> <p>(4) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)</p> <p>(5) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)</p> <p>(6) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)</p> <p>(7) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)</p> <p>(8) Educação superior incompleta</p> <p>(9) Ignorado</p> <p>(10) Educação superior completa</p> <p>(11) Não se aplica</p>	
<p>6. Residência:</p> <p>1. Capital do Estado</p> <p>2. Outros municípios da Ilha. Qual? _____</p> <p>3. Outros municípios do Estado Qual? _____</p> <p>4. Outros Estados 5. Não registrado 9. Ignorado</p>	<p>6. Resid _____</p>
<p>7. Se residente Município de São Luís, qual o Distrito Sanitário:</p> <p>1. Bequimão 2. Centro 3. Cohab 4. Coroadinho 5. Itaqui Bacanga .6. Tirirical 7. Esperança</p>	<p>7. Distrito _____</p>
<p>8. Renda da familiar (em SM): _____</p>	<p>8. Renda _____</p>

II. DADOS AMBIENTAIS

9. Tipo de residência: 1.Casa 2.Apartamento 3.Outro _____	9.Reside _____
10. Tipo de parede da residência: 1.Alvenaria 2. Palha 3. Taipa 4. Adobe 5. Outro _____	10. Parede _____
11. Tipo de Cobertura: 1.Telha 2.Palha 3.Laje 4.Outro _____	11. Cobert _____
12. Número de pessoas residentes na casa _____	12. Pessoas _____
13. Procedência da água usada para beber: 1.Redes pública 2.Poço 3.Rio, riacho 4. Outra _____	13. Procdágua _____
14. Tratamento da água para beber: 1. Filtrada 2. Clorada 3. Coadada 4. Fervura 5. Nenhum 6. Outro _____	14. Tratágua _____
15. Destino do lixo: 1.Coleta pública 2.À céu aberto 3.Queimado 4.Enterrado 5.Outro _____	15. Lixo _____
16. Destino dos dejetos: 1.Redes de esgoto 2.Fossa séptica 3.Fossa negra 4.Vala 5.Mato 6.Outro _____	16. Dejetos _____

III. DADOS FAMILIARES

17. Casos de hanseníase na família: 1.Sim 2.Não 3.Ignorado	17. Hansenfam _____
--	------------------------

<p>18. Caso a resposta 17 seja positiva, qual o grau de parentesco: 1.Irmão 2.Mãe 3.Pai 4.Tio 5.Avó 6.Avô 7. Primo 8. Outro _____</p>	<p>18. Parentans_____</p>
<p>19. Caso a resposta 17 seja positiva, quantos casos na família _____</p>	<p>19. Qthansfam_____</p>
<p>20. Caso a resposta 17 seja positiva, algum caso multibacilar? 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar</p>	<p>20. MBfam_____</p>

IV. DADOS CLÍNICOS DO CASO EM MENOR DE 15 ANOS

<p>21. Forma Clínica: 1.Indeterminada 2.Tuberculóide 3.Dimorfa 4.Virchowiana 5.Não Classificado 6. Não registrado</p>	<p>21. F.C _____</p>
<p>22. Classificação Operacional: 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB</p>	<p>22. C.O _____</p>
<p>23. Grau de incapacidade no diagnóstico: 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado</p>	<p>23. GI Início _____</p>
<p>24. Somatório OMP no diagnóstico _____</p>	<p>24.OMPDdiag _____</p>
<p>25. Modo de entrada: 1. Caso Novo 2. Transferência do mesmo município (outra unidade)</p>	<p>25. Entrada _____</p>

<p>3. Transferência de Outro Município (mesma UF)</p> <p>4. Transferência de Outro Estado</p> <p>5. Transferência de Outro País</p> <p>6. Recidiva</p> <p>7. Outros Reingressos</p> <p>9. Ignorado</p>	
<p>26. Modo de Detecção do Caso Novo ()</p> <p>1. Encaminhamento 2. Demanda Espontânea</p> <p>3. Exame de Coletividade 4. Exame de Contatos 5. Outros Modos 9. Ignorado</p>	26. Detecção _____
<p>27. Tempo de doença (em meses) _____</p>	27. Tpodoença _____
<p>28. Ocorrência de Reações durante o tratamento:</p> <p>1. Sim 2. Não</p>	28. Reações _____
<p>29. Se a resposta 28 for SIM, qual o tipo de Reação:</p> <p>1. Reação Tipo I 2. Reação Tipo II</p> <p>3. Neurite isolada 4. Não registrada</p>	29. Tipo reação _____
<p>30. Mês de tratamento em que ocorreu a 1ª reação _____</p>	30. Mês reação _____
<p>31. Medicação Tratamento para a reação:</p> <p>1. Prednisona 2. Talidomida</p> <p>3. Prednisona/Talidomida</p> <p>4. Outras _____ 5. Não registrado</p>	31. Med ttº _____
<p>32. Grau de incapacidade no final do tratamento:</p> <p>1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2</p> <p>4. Não avaliado 9. Não registrado</p>	32. GIfinal _____
<p>33. Somatório OMP no final do tratamento</p>	33. OMPfim _____

34. Alta 1.Cura 2.Abandono 3.Transferência 4.Óbito 5. Não registrado 9.Ignorado	34. Alta _____
35. Número de contatos registrados: _____	35. Contreg _____
36. Número de contatos examinados: _____	36. Contexm _____
37. Número de Contatos encaminhados para BCG: _____	37. ContBCG _____

V. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

38. Fez algum tratamento anterior para essa sintomatologia? 1.Sim 2.Não 3.Ignorado	38. Tratant _____
39. Caso a resposta 38 for SIM, qual o problema/doença havia sido identificado _____	39. Probant _____
40. Pesquisa de anticorpos anti-PGL pelo Orange LIFE 1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizado	41. Orangelife _____
42. Baciloscopia de raspado intradérmico 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada	42. Balilosc _____
43. Teste de Histamina 1. Normal 2. Alterado 3. Não realizado	43. Histamina _____
44. Fez hemograma 1. Sim 2. Não	44. Hemogra _____
Se fez o hemograma registrar:	
45. Hemácias _____	45. Hemam _____
46. Hemoglobina _____	46. Hemog _____
47. Hematócrito _____	47. Hemat _____
48. Volume globular médio (VGM) (VCM) _____	48. VGM _____
49. Neutrófilo _____	49. Neut _____
50. Segmentados e bastões _____	

<p>51. Linfócitos _____</p> <p>52. Monócitos _____</p> <p>53. Eosinófilos _____</p> <p>54. Basófilos _____</p> <p>55. Plaquetas _____</p>	<p>_____</p> <p>50. Segbast _____</p> <p>51. Linf _____</p> <p>52. Monóc _____</p> <p>53. Eosinóf _____</p> <p>54. Basóf _____</p> <p>55. Plaqt _____</p>
<p>56. Fez parasitológico de fezes 1. Sim 2. Não</p>	<p>56. Fezes _____</p>
<p>57. Se fez parasitológico de fezes, qual o resultado 1. Positivo 2. Negativo</p>	<p>57. Resulfezes _____</p>
<p>58. Se o parasitológico de fezes for positivo, registrar os achados _____</p>	<p>58. Achafezes _____</p>
<p>59. Algum outro problema de saúde quando do diagnóstico da hanseníase 1. Sim 2. Não 3. Ignorado</p>	<p>59. Probsaú de _____</p>
<p>60. Se a resposta à questão 59 for SIM, registrar qual o problema de saúde. _____</p>	<p>60. Qualprob _____</p>

ANEXO C - PARACER DO COLEGIADO DE CURSO – PROJETO DE TCC



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:**HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NOTIFICADOS NO ANO DE 2015 NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
2. **ALUNO(A):**ANA PAULA MENDES BARROS FONSECA
3. **ORIENTADOR(A):**PROFA. DRA. DORLENE MARIA CARDOSO DE AQUINO
4. **INTRODUÇÃO:**Apresenta-se clara, fundamentada e pertinente com a temática.
5. **JUSTIFICATIVA:**Explicita-se de forma clara a justificativa para a realização do estudo no que concerne a importância de uma proposta em analisar os aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase em menores de 15 anos, proporcionando a identificação de fatores e impactos gerados nessa população quando não submetida ao tratamento.
6. **OBJETIVOS:**Apresentam-se apropriados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:**Apresenta descrição clara do tipo de estudo e metodologia da proposta.
8. **CRONOGRAMA:** Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Adequado.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Pertinente e atualizada.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** O projeto apresenta viabilidade, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 23de junho de 2016.

Leisa e Diana Cavallio Silva
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 27 / 06 / 2016.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / / .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Lena Maria Barros Fonseca
Prof^aDr^a Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão.

Pesquisador: Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20915413.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
FUND DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLOGICO DO MARANHÃO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.227.248

Apresentação do Projeto:

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* e que se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos. No Maranhão, o coeficiente de detecção de 18,78 por 100.00 habitantes em menores de 15 anos, confere ao Estado a primeira posição na Região Nordeste e a terceira do Brasil. São Luís é o Município que tem registrado maior número de casos em menores de 15 anos no Estado. Estudo analítico, com o objetivo de analisar aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão. Como estratégias para identificação de casos, serão realizadas campanhas de divulgação da doença nas escolas e comunidade e, visita domiciliar em áreas cobertas pela Estratégia da Saúde da Família. Durante as campanhas a população receberá um panfleto com informações sobre a doença, local e dias de atendimento para aqueles com sinais e sintomas sugestivos da doença. O atendimento será nas unidades de saúde com o Programa de Controle da Hanseníase implantado. As variáveis relativas às características clínicas da doença, modo de entrada, de detecção do caso novo, forma clínica e grau de incapacidade no início serão definidos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Como reações hansênicas serão consideradas o Tipo 1 ou Reação Reversa (RR) e Tipo 2 ou Eritema Nodoso

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.227.248

Hansênico. Para a análise dos fatores associados, consideraremos apenas o primeiro episódio reacional. Os dados clínicos da doença e informações sobre o modo de entrada, de detecção do caso novo e número de contatos registrados serão coletados da ficha de notificação individual de hanseníase, do prontuário do paciente e da ficha de avaliação neurológica. As características sociodemográficas informadas pelos pais e/ou responsáveis pelo menor de 15 anos e os demais dados serão registrados em um formulário. Para a avaliação da qualidade de vida será utilizado o instrumento desenvolvido e validado por Lewis – Jones et al. (LEWIS-JONES; FINLAY, 2004) e validado para uso no Brasil por Prati (PRATI, 2007), é confiável e específico para dermatoses e pode ser aplicado na faixa etária de 0 a 16 anos com os responsáveis da criança. Serão realizados exames de sangue (Hemograma completo e sorologia - ELISA anti-PGL1), parasitológico de fezes e baciloscopia de esfregaço dérmico. Os participantes do estudo serão acompanhados mensalmente até o momento da alta, a fim de que seja observada a ocorrência ou não de reação. Os dados serão analisados no programa EPI-INFO, versão 7 e no STATA statistic software version 8.0. Para as variáveis clínicas, demográficas e socioeconômicas utilizaremos a frequência absoluta e percentual. A análise dos fatores associados à reação hansênica será realizada no programa Stata 8.0, se utilizando a regressão de univariável e multivariável sendo considerada variável resposta, a ocorrência de reação hansênica. O estudo obedecerá aos princípios éticos da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo garantido o anonimato dos pacientes e início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade federal do Maranhão. Financiamento: FUND DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLOGICO DO MARANHÃO – FAPEMA

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os menores de 15 anos em relação às condições de moradia, composição familiar, renda, idade, raça/cor, escolaridade e procedência;
- Descrever as características clínicas da doença relativas à: número de lesões cutâneas, forma clínica, classificação operacional, número de nervos afetados, grau de incapacidade física no início e final de tratamento e baciloscopia;
- Identificar o modo de entrada, de detecção do caso novo e número de contatos registrados.
- Verificar a ocorrência de reações hansênicas;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.227.248

- Identificar fatores associados às reações hansênicas;
- Identificar a prevalência de positividade para anticorpos específicos contra o M. leprae;
- Avaliar a qualidade de vida das crianças hanseníase;
- Correlacionar a qualidade de vida às variáveis clínicas abordadas (gênero, classificação operacional e grau de incapacidade).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, este estudo pode apresentar como risco a sensação de vergonha devido à exposição do corpo para realização da avaliação e sentir choque e/ou dor, quando formos examinar os nervos dos braços e pernas; sensação de corpo estranho nos olhos e, dor durante a coleta de sangue, podendo o local ficar arroxeadado e às vezes um pouco inchado. Será garantido todo cuidado para minimizar/evitar os riscos. O exame do corpo será realizado em uma sala fechada. A coleta de sangue e do material para baciloscopia serão realizados por profissionais que possuem bastante experiência. Relatam, em relação aos benefícios, que haverá início imediato do tratamento evitando assim, complicações relacionadas à doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois irá analisar aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão, proporcionando a identificação de fatores associados à ocorrência de reações hansênicas. A divulgação dos resultados permitirá maior embasamento para os profissionais da área, melhorando a assistência dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da Norma Operacional CNS/MS nº 001/2013 em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Declaração de compromisso do pesquisador responsável, cronograma e orçamento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.227.248

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/08/2013 21:10:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_209154.pdf	13/08/2013 21:16:24		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto atual.pdf	03/08/2015 18:30:54		Aceito
Brochura Pesquisa	Hanseniose em menores de 15 anos no Município de São Luís - MA. Brochura para o CEP..docx	03/08/2015 18:45:01		Aceito
Outros	Autorização SEMUS.pdf	03/08/2015 18:45:41		Aceito
Outros	Declaração uso e destinação do material e ou dados coletados.pdf	03/08/2015 19:57:34		Aceito
Outros	Termo de compromisso de divulgação e publicação dos resultados.pdf	03/08/2015 19:58:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Hanseniose em menores de 15 anos no Município de São Luís - MA. Brochura para o CEP..docx	03/08/2015 19:59:20		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo-005978-2013.pdf	03/08/2015 20:01:06		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo-008252-2014 Aditivo.pdf	03/08/2015 20:02:35		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_209154.pdf	03/08/2015 20:03:30		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 20:03:30	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	21/08/2015	Dorlene Maria	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.227.248

Outros	Carta_resposta.docx	17:54:02	Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Estado.docx	21/08/2015 17:56:59	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_209154.pdf	21/08/2015 18:01:14		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 14 de Setembro de 2015

Assinado por:
DYEGO JOSÉ DE ARAÚJO BRITO
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br