



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

**MANUELLE ALVES MENDONÇA**

**AVALIAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE  
HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL**

São Luís  
2017

**MANUELLE ALVES MENDONÇA**

**AVALIAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE  
HANSENÍASE EM CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Alves Mendonça, Manuelle.

AVALIAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE  
EM CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL / Manuelle Alves  
Mendonça. - 2017.

57 p.

Orientador(a): Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim.  
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Contatos intradomiciliares. 2. Hanseníase. 3.  
Vigilância de contatos. I. Tavares Palmeira Rolim, Isaura  
Leticia. II. Título.

**MANUELLE ALVES MENDONÇA**

**AVALIAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE EM  
CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL**

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

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim** (Orientadora)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dorlene Maria Cardoso de Aquino**  
Doutora em Patologia Humana  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Elisângela Milhomem do Santos**  
Mestre em Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Maranhão

Á Deus minha eterna fonte de vida.

Á minha família, por todo amor e incentivo.

Aos meus amigos, pelo companheirismo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que é a essência do meu ser, meu ajudador e minha fortaleza para superar todas as dificuldades ao longo desse caminho. Pelo seu amor incondicional e as suas misericórdias, sem as quais não chegaria até aqui e pela dádiva em permitir realizar esse sonho.

À minha querida mãe, Jacineiva do Rosário Pereira Alves, minha heroína e meu orgulho, por cada conselho e palavra de incentivo que me inspiraram a prosseguir.

À minha irmã, Thaiane Alves Mendonça, pelo exemplo de determinação e pela certeza de nunca estarei sozinha.

A minha família que é meu porto seguro, lugar de descanso, por todo apoio e amor dedicado a mim. E por sempre acreditar em mim, até quando eu mesma não acreditei.

A minha segunda família, minha congregação, Assembleia de Deus Nação Santa, por todas as orações e por me fazer acreditar que não existe impossível para Deus.

A Universidade Federal do Maranhão, ao Departamento de Enfermagem e demais departamentos, juntamente com o corpo docente, por toda dedicação, conhecimentos e ensinamentos compartilhados que serão eternizados. Ao Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil e demais campos de prática e estágio. A todos os profissionais e técnicos que contribuíram na minha vida acadêmica.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, pela orientação, apoio, paciência com as minhas falhas e conhecimentos compartilhados.

Aos meus colegas de curso que me acompanharam nessa trajetória, em especial a Ortêncyra Moraes Silva, por suas sábias palavras em todos os momentos e eterna amizade, a Suzana Farias Brasil Nepomuceno por todo o companheirismo durante esta pesquisa, a Mariana Morgana Sousa Silva por ser a melhor dupla dos estágios, a Thagore Gregory Silva Valentim e Nathalia Gonçalves Mesquita, por todas as risadas compartilhadas e momentos vividos.

Aos meus grandes amigos Luisa Elany Galvão de Souza, Rayana Sousa, Rafael Castro, Karyna Santos Campos, por toda a compreensão, estímulo e orações nas horas de desânimo.

À minha banca Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorlene Maria Cardoso de Aquino e Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Elisângela Milhomem do Santos por ter aceitado estar comigo nesta, pelas correções e sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse sonho se tornasse realidade.

"A maior doença hoje não é a lepra ou a tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado".

**Madre Teresa de Calcutá.**



## RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae* é um importante problema de saúde pública no Brasil. Os contatos intradomiciliares tem maior vulnerabilidade de desenvolver a doença por serem menor unidade espacial de área de risco para transmissão da doença. Realizou-se um estudo descritivo com o objetivo de avaliar a situação dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase notificados em 2012 no município de São Luis-MA, nas unidades de saúde que possuem o Programa de Controle da Hanseníase. Os dados foram coletados no período agosto de 2015 a fevereiro de 2016, a partir dos prontuários dos casos e da ficha de acompanhamento dos contatos utilizando um instrumento pré-estruturado para a coleta de dados, processados e analisados no Epi-Info versão 7.0. No presente estudo foram identificados 2766 contatos intradomiciliares, sendo a maior frequência do sexo feminino (51,87%), com idade entre 0 e 20 anos (40,29%). Ao se considerar o parentesco com o caso índice a maioria era consanguíneos de 1º grau (54,92%). Quanto aos aspectos clínicos dos casos índices, a maioria era da forma dimorfa (59,78%) e classificados operacionalmente como multibacilares (75,53%). Ao considerar o exame dermatoneurológico 1880 (67,96%) não realizaram o exame e na avaliação da cicatriz vacinal 74,92% não possuíam registro dessa informação. Entre os contatos examinados a maior frequência foi no distrito Bequimão (28,48%), sexo feminino (59,82%) e idade entre 0 a 20 anos (44,77%). O resultado do exame dermatoneurológico foi normal em 91,27% dos contatos. Entre os suspeitos 36,73% tiveram diagnóstico de hanseníase, 58,21% somente com a cicatriz da primeira dose da BCG e 59,98% foram encaminhados a vacinação. A prevalência da doença entre os contatos foi de 1,62%. Com relação a avaliação das ações da vigilância de contatos foi classificada com precária em todo município. Conclui-se que a maioria dos contatos registrados não foram examinados pelos PCH, evidenciando uma necessidade de fortificação das ações da vigilância de contatos no município.

Palavras-chave: Hanseníase; Contatos intradomiciliares; Vigilância de contatos.

## ABSTRACT

The leprosy is an infectious disease of slow evolution caused by *Mycobacterium leprae* which is an important public health problem in Brazil. The intra-residential contact have a higher vulnerability of development for having a smaller and risky area of transmission. A descriptive study was made aiming to evaluate the situation of this intra-residential contacts of the cases of leprosy in São Luís-MA, made in the health unities which has the Leprosy Control Program. The data was acquired in the period of August 2015 to February 2016 from the medical records and follow-up sheets using a based pre-structured instrument, processed and analyzed on Epi-info version 7.0. In the present study was identified 2776 intra-residential contacts, with the higher frequency of females (51,87%), aging from 0 to 20 years (40,29%). Considering kinship in the index case, the majority were 1<sup>o</sup> degree blood related (54,92%). The clinical form of index case was dimorphic (59,78%) and classified and classified as multibacillary (75,53%). When considering the dermatoneurological exam, 1880 (67,96%) did not take the exam and the evaluation of the vaccine scar showed that 74,92% did not owned the registry of this information. Between the examined contacts, the higher frequency was in the Bequimão district (28,48%), with the predominance of females (59,82%), aging from 0 to 20 years (44,77%). The dermatoneurological exam was considered normal in 91,27%. Between the suspects, 36,73%% were diagnosed with leprosy, 58,21% only with the scar of the first dose of BCG vaccine e 59,98% was forwarded to vaccination. Disease prevalence between contacts was 1,62%. The evaluation of the actions from the contact surveillance was classified precarious in the city. Concluding that the majority of the registered contacts were not examined by the Leprosy Control Program showing the need to strengthen the actions of contact surveillance in the city.

Key words: Leprosy; Intra-residential contacts; Contact surveillance

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Município de São Luís do Estado do Maranhão .....	25
<b>Figura 2</b> - Fluxograma da sequência de coleta de dados nos Distritos Sanitários .....	29
<b>Gráfico 1</b> - Taxa de prevalência da hanseníase entre os contatos intradomiciliares. São Luis-MA, 2016 .....	35

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Contatos intradomiciliares registrados no ano de 2012, segundo faixa etária, sexo, grau de parentesco, forma clínica do caso índice, classificação operacional, realização do exame dermatoneurológico e cicatriz vacinal de BCG. São Luís-MA, 2016 .....	32
<b>Tabela 2</b> - Contatos examinados no ano de 2012, por distrito sanitário, sexo, faixa etária, resultado do exame dermatoneurológico. São Luís-MA,2016 .....	33
<b>Tabela 3</b> - Contatos examinados no ano de 2012 por situação vacinal e encaminhamento para a vacinação BCD-ID. São Luís-MA, 2016 .....	34
<b>Tabela 4</b> - Indicador operacional: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticado no ano de 2012. São Luís, 2016 .....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS

BCG	-	Bacilo de Calmette-Guerim
BCG-ID	-	Bacilo de Calmette-Guerim – Intradérmica
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
D	-	Dimorfa
I	-	Indeterminada
MA	-	Maranhão
MB	-	Multibacilar
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PB	-	Paucibacilar
PCH	-	Programa de Controle da Hanseníase
PNEH	-	Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	-	Poliquimioterápico
SEMUS	-	Secretaria Municipal da Saúde
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVS	-	Secretaria de Vigilância em Saúde
SINAN	-	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	-	Termo de Consentimento de Utilização de Dados
T	-	Tuberculóide
V	-	Virchowiana

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos Epidemiológicos e Clínicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Política de Controle da Hanseníase e Controle de Contatos .....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Caracterização da área do estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo .....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Crterios de inclusão e não inclusão .....</b>	<b>26</b>
<b>4.5</b>	<b>Definições utilizadas no estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Instrumento para coleta de dados .....</b>	<b>28</b>
<b>4.7</b>	<b>Coleta de dados .....</b>	<b>28</b>
<b>4.8</b>	<b>Análise dos dados .....</b>	<b>29</b>
<b>4.9</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa que apresenta evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo com afinidade principalmente pelas células da pele e dos nervos periféricos, gerando manifestações clínicas dermatoneurológicas: lesões na pele e nos nervos periféricos; em sua grande maioria, nos olhos, mãos e pés. Estas podem evoluir para incapacidades físicas, sequelas e até deformidades capazes de acarretar problemas de cunho social e psicológico (SALES, 2011; WHO, 2014).

A hanseníase é um importante problema de saúde pública mundial, tendo alta prevalência em muitos países. O Brasil é um país com alto índice de casos da hanseníase, totalizando 31.064 casos novos no ano de 2014. Ele ocupa o segundo lugar em maior prevalência mundial da doença, atrás somente da Índia, e o primeiro lugar em números absolutos de casos na América Latina (MELÃO et al., 2011; WHO 2014).

Diante da alta endemicidade da doença no mundo, desde 1991 a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trabalhando para obter seu controle. Estipulou como meta mundial a redução da prevalência da hanseníase para menos de um caso por 10.000 habitantes até o ano de 2000. Entretanto, essa meta não foi atingida em muitos países, entre eles o Brasil, sendo estendida para o ano de 2005, no qual a maioria dos países atingiu. Porém, o alcance da eliminação subnacional, em jurisdições com uma população considerável, continua a ser um marco importante, em consequência disso, essa meta foi prorrogada até o ano de 2020 (MIRANZI et al., 2010; OMS, 2016).

Apesar do compromisso firmado pelo Brasil a hanseníase ainda possui alta endemicidade em muitos estados. O estado do Maranhão está incluso nessa realidade, ainda apresentando uma significativa taxa de prevalência da doença de 3,76/10.000 habitantes e taxa de detecção de casos novos de 51,19/100.000 habitantes. O estado ocupa o terceiro lugar entre os estados com maior prevalência da doença no país, ficando atrás apenas dos estados do Mato Grosso e Tocantins. A capital do Maranhão, São Luís, possui uma taxa de prevalência de 5 casos a cada 10.000 habitantes, que é superior à da meta estabelecida, e uma taxa de incidência de hanseníase de 60,80%, classificando-se como município hiperendêmico. No ano

de 2015, dos 3.534 casos novos registrados no estado, 1.102 ocorreram no município de São Luís (BRASIL, 2012a, 2015; PACHECO et al., 2014).

Muitos fatores favorecem a endemidade, ou seja, influem no risco de adoecer, como: as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (MS), com intuito de minimizar o problema, desenvolveu o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), que propõe um conjunto de ações que visam orientar os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para corroborar as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase e realizar ações de promoção da saúde com base na educação em saúde. Tendo como um dos principais objetivos: atingir a meta mundial de controle da hanseníase (BRASIL, 2006).

A transmissão da hanseníase se dá por meio da entrada dos bacilos no organismo pelas vias aéreas superiores no trato respiratório das pessoas suscetíveis a doença, que em contato íntimo e prolongado, muito frequente no convívio domiciliar, pode propiciar um ciclo de disseminação (BRASIL, 2008a).

Os contatos intradomiciliares dos doentes são as menores áreas espaciais de fator de risco, eles possuem alta vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença, devido a exposição prolongada ao bacilo. Esse risco é cerca de cinco a dez vezes maior em famílias com um caso da doença e aumenta em até dez vezes em situação de mais de um caso no mesmo domicílio (BRASIL, 2008a; SANTOS et al, 2008).

O MS considera como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase independente do tempo de convívio (BRASIL, 2016).

Com isso o MS tem investido na investigação epidemiológica de contato, que tem por finalidade descobrir novos casos entre aqueles que coabitam ou coabitaram com o caso novo de hanseníase e suas possíveis fontes de infecção, pois os contatos intradomiciliares são importantes meios de manutenção da endemia, por serem mantenedores da cadeia de transmissão. A investigação epidemiológica proporciona um diagnóstico precoce possibilitando a adoção das medidas terapêuticas imediatas e adequadas a cada caso. São realizados exame



dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos índice, recomendando o uso da vacina BCG-ID, se o contato não apresentar sinais e sintomas da doença, sendo realizada de acordo com o histórico e presença de cicatriz vacinal. Além disso, é responsável pelo repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase (BRASIL, 2016).

A inexistência de investigação epidemiológica de contatos presume a perda de diagnóstico precoce e, conseqüentemente, sustenta a cadeia de transmissão do bacilo, com interferência crucial na incidência da hanseníase (OLIVEIRA et al., 2007).

O manejo da hanseníase deve ser feito na Atenção Básica, sendo uma atividade principalmente realizada pela Estratégia Saúde da Família – ESF, por meio de ações preventivas, promocionais e curativas de Vigilância em Saúde que devem ser programadas e executadas pela equipe (BRASIL, 2008a).

O interesse por esse estudo se deu pela da experiência vivenciada na disciplina Doenças Transmissíveis, em que tivemos a oportunidade de acompanhar pacientes portadores de hanseníase, avaliando-os desde o seu diagnóstico e ao decorrer do tratamento. Nesta, pode-se perceber que muitos dos contatos intradomiciliares não eram avaliados no Programa Controle da Hanseníase - PCH onde esses casos índices estavam sendo acompanhados. Surgindo assim a questão que norteia esse estudo: Qual o quadro situacional dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase no município de São Luís- MA?

Em virtude desse questionamento fomos motivados a desenvolver esse estudo com o intuito de avançar a produção científica nesse campo e, ainda, disponibilizar informações que podem servir de subsídio para o aprimoramento nos processos de planejamento, gestão e avaliação das ações do Programa de Controle a hanseníase em São Luís. Os dados do estudo podem ser úteis para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que visem auxiliar na redução de novos casos da doença, assim como da sua transmissão, garantindo o controle ao longo dos anos nessas regiões.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a situação dos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase no município de São Luis-MA;

### **2.2 Específicos**

Traçar o perfil clinico-epidemiológico dos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase;

Identificar a realização do exame dermatoneurológico segundo cada Distrito Sanitário;

Descrever a situação vacinal e encaminhamento para a vacinação BCG-ID dos contatos intradomiciliares examinados;

Estimar a taxa prevalência de hanseníase entre contatos intradomiciliares no ano de 2012;

Estabelecer a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano 2012;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma doença milenar, conhecida desde os tempos bíblicos e citada em diversos momentos na Bíblia. A doença foi originalmente conhecida como 'lepra'. Outras patologias cutâneas eram designadas como lepra na antiguidade, visto que os médicos não tinham conhecimentos específicos das doenças da pele. Por isso, foi designada como uma grande praga na idade medieval (CASTRO e WATANABE, 2009; EIDT, 2004).

Apesar do local em que surgiu a hanseníase ser desconhecido, alguns pesquisadores afirmam ter sido na Ásia, já outros na África. Há indícios de que a hanseníase foi propagada através das tropas romanas em seus combates, que a levaram para a Itália e assim difundiu-se por toda a Europa permanecendo endêmica por anos. Acredita-se que durante a colonização das Américas a hanseníase foi introduzida por meio dos europeus, especialmente pelos imigrantes portugueses e pelos africanos. Tornando a América Latina gradualmente uma área endêmica (EIDT, 2004; JUNQUEIRA e OLIVEIRA, 2002).

Segundo Silva Sobrinho (2010) no ano de 1600 foram diagnosticados na cidade do Rio de Janeiro os primeiros casos de hanseníase no Brasil, onde posteriormente foi criado o primeiro leprosário. Mais tarde, foram detectados outros focos em cidades do Pará e na Bahia. E com a acentuada migração para diversas regiões, no período do progresso da agricultura no país, outros focos da hanseníase surgiram.

A primeira medida do governo brasileiro para solucionar a disseminação da hanseníase foi a criação de asilos para o isolamento social dos doentes, supondo que os tirando das ruas estaria resguardando o resto da população sadia. Este afastamento social era ligado à prática caritativa, que utilizava como tratamento sangrias, banhos de rio e remédios à base de raízes, sem tratamento específico para a doença (MATTOS, 2013; OLIVEIRA, 2014).

No Maranhão a hanseníase seguiu-se ignorada pelas políticas públicas por longos anos, somente na década de 1930 iniciaram medidas "profiláticas" da doença, divulgando informações sobre a lepra e como evitar o contágio. O que fomentou nas autoridades políticas do estado o interesse de isolamento urgente dos enfermos em colônias distantes dos centros urbanos. Com isso foi criado 1932 a

Colônia do Bonfim, em um local chamado de Ponta do Bonfim que é afastado do centro urbano da capital São Luís (LEANDRO, 2009).

No Brasil nos dias atuais os pacientes de hanseníase recebem tratamento e são acompanhados de forma gratuita pela rede pública de saúde. Porém, a doença ainda é muito estigmatizante, sendo a aceitação ao tratamento, um entre os diversos motivos que dificultam o diagnóstico dos casos na população (CASTRO e WATANABE, 2009).

### 3.1 Aspectos Epidemiológicos e Clínicos

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de progressão lenta, com alto poder incapacitante, que atinge particularmente a faixa etária economicamente ativa. Por isso é de grande relevância para a saúde pública (BRASIL, 2008a).

A enfermidade é causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacilo de Hansen, um bacilo gram-positivo em forma de bastonete, álcool-ácido resistente, com tropismo pelas células cutâneas e pelas células dos nervos periféricos, especialmente as células de Schwann. Sendo um parasita obrigatório pode se multiplicar dentro das células da pessoa infectada. O *M. leprae* possui alta infecciosidade e baixa patogenicidade, por isso inúmeras pessoas são infectadas, mas poucas adoecem. Estima-se que apenas 10% dos expostos desenvolvem a doença. Além disso, o bacilo tem alto poder imunogênico, que é responsável pelo seu potencial incapacitante (BRASIL, 2008a; TALHARI e NEVES, 1997).

No ano de 1873 o bacilo foi descoberto e descrito pelo norueguês Gerhardt Henrik Armanuer Hansen. Com essa descoberta evidenciou-se a característica infectocontagiosa da doença, questionando-se assim as teorias de causas hereditárias, congênicas e alimentares da hanseníase (GALVAN, 2003).

O homem é o exclusivo reservatório conhecido como fonte de infecção da doença. Apesar de pesquisadores terem identificado alguns animais infectados (BRASIL, 2010a).

A transmissão é feita através do doente com as formas bacilíferas da hanseníase que se apresenta sem tratamento. O bacilo de Hansen é eliminado através das vias aéreas superiores, que também é a principal via de entrada no organismo das pessoas suscetíveis a doença que possuem o contato íntimo e

prolongado com o doente. O ambiente domiciliar é tido como o principal local de transmissão da doença (SILVA SOBRINHO, 2010).

A sintomatologia e o desenvolvimento da hanseníase dependem da resposta imunocelular do infectado, que pode apresentar um período de incubação de 2 a 7 anos, em média. Alguns, entre os que ficam doentes, apresentam resistência ao *M. leprae* e acabam desenvolvendo a forma Paucibacilar (PB), na qual expressam baixa carga bacilar no organismo, que é insuficiente para infectar outras pessoas. Assim os paucibacilares não são tidos como importante fonte de transmissão (BRASIL, 2002, 2010a).

Um grupo menor de indivíduos não apresenta resistência ao bacilo, este se multiplica em seus organismos sendo eliminado para o meio externo e infectando outras pessoas. Estes indivíduos constituem os casos com a forma Multibacilar (MB), que possuem maior carga bacilar e são as fontes de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. (BRASIL, 2002; PONTES et al., 2008).

A hanseníase é uma doença que se apresenta por meio de sinais e sintomas dermato-neurológicos. As alterações neurológicas têm um grande potencial para gerar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades. São capazes de provocar diversos problemas como a ineficiência no trabalho, problemas psicológicos e sociais. Sendo principais causas do estigma e preconceito contra a doença (LYON e GROSSI, 2014).

A doença inicialmente se apresenta por meio de lesões dormentes na pele: manchas com alteração na cor, podendo ser esbranquiçadas ou avermelhadas, que aparecem em qualquer parte do corpo, surgindo na maioria das vezes, na face, orelhas, braços, pernas, costas e nádegas, há também a possibilidade de aparecerem na mucosa nasal. Surgem as lesões nervosas, especialmente nos nervos periféricos com a progressão da doença. Podem apresentar espessamento e dor nos nervos comprometidos, diminuição da sensibilidade das áreas inervadas por esses nervos, assim como diminuição ou perda da força muscular dos músculos inervados pelos nervos comprometidos (PONTES, et al., 2008).

Alguns outros sinais e sintomas podem ser observados, como febre, artralgia, mal estar geral, ressecamento dos olhos, entupimento, feridas e ressecamento do nariz (BRASIL, 2008a).

O MS utiliza a classificação clínica da doença referendado no Congresso de Leprologia em Madri no ano 1953, que classifica a hanseníase em quatro formas clínicas:

a) Indeterminada (I): é a forma primária da doença, a partir desta pode evoluir para outras formas. Apresenta-se com manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas, com distúrbio da sensibilidade e sem delimitação precisa. Em alguns casos a única sensibilidade alterada é a térmica, estando preservadas as sensibilidades tátil e dolorosa. Esta forma não apresenta alterações nos nervos.

b) Tuberculóide (T): é caracterizada por manchas hipocrômicas na pele com limites precisos ou por lesões em forma de placas hipocrômicas, eritematosas bem delimitadas, com distúrbio na sensibilidade tátil, térmica e dolorosa e queda de pelos nas áreas de lesão, pode haver também comprometimento dos nervos. É o resultado da forma primária em pessoas que apresentam resistência ao bacilo.

c) Virchowiana (V): caracteriza-se por lesões disseminadas na pele, eritematosas, múltiplas, simétricas, com infiltração difusa, não delimitadas. Nas áreas de infiltração podem surgir tubérculos, nódulos, pápulas e hansenomas. Com a evolução da doença pode apresentar infiltração na face e orelhas, formando a chamada fácies leonina, madarose e manifestações sistêmicas como: comprometimento das mucosas, olhos, ossos, testículos, vísceras e perfuração do septo nasal. Pode haver perda da sensibilidade nas lesões e alterações nos nervos, mas são poucos evidentes. O desenvolvimento dessa forma é resultado da falta de resistência ao bacilo nos indivíduos infectados.

d) Dimorfa (D): esta forma apresenta características que oscilam entre manifestações das formas tuberculóide e virchowiana. Podendo apresentar de lesões infiltrativas mal delimitadas, com inúmeros bacilos a lesões na pele bem delimitadas, com poucos ou nenhum bacilo. Apresenta distúrbio na sensibilidade e comprometimento dos nervos frequentes e precoces (BRASIL, 2010b).

O MS passou a adotar desde 2002, a recomendação feita pela OMS em 1994 para fins de tratamento poliquimioterápico (PQT). A classificação operacional proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada no número de lesões dermatológicas segue os seguintes critérios: os casos paucibacilares apresentam até 5 lesões na pele; os casos multibacilares apresentam mais de 5 lesões na pele (BRASIL, 2010a; LYON e GROSSI, 2014).

O diagnóstico da hanseníase é clínico e epidemiológico, feito por meio da avaliação da história e situação de vida do paciente e do exame dermatoneurológico, buscando sinais clínicos da doença (BRASIL, 2010c).

A baciloscopia do esfregaço intradérmico, diagnóstico laboratorial complementar, quando disponível, deve ser aplicado para a classificação dos casos em PB e MB. A positividade na baciloscopia classifica o caso em MB, independente do critério de número de lesões. E o resultado negativo do exame não exclui o diagnóstico de hanseníase (LYON e GROSSI, 2014).

O exame histopatológico também pode ser utilizado como exame complementar para elucidação diagnóstica, diferenciando a hanseníase histologicamente de outras patologias granulomatosas (BRITTON e LOCKWOOD, 2004).

O MS define um caso de hanseníase que necessita de tratamento quando um ou mais dos seguintes sinais são achados: lesão e/ou área da pele com alteração na sensibilidade, nervo periférico com espessamento e baciloscopia ou biopsia da pele com positividade para presença de bacilos (BRASIL, 2016).

Após ter sido diagnosticado a pessoa com hanseníase deve iniciar o tratamento com a PQT em regime ambulatorial, nos serviços de atenção primária, independente da forma clínica, devendo ser encaminhado para serviços especializados ou hospital somente se houver alguma intercorrência clínica ou cirúrgica. A PQT destrói o bacilo e previne sua evolução, evitando assim a incapacidade e deformidades causadas pela evolução da doença, levando a cura em curto intervalo de tempo. É composta por rifampicina, dapsona e clofazimina sendo administrada seguindo o esquema terapêutico padronizado, de acordo com a classificação operacional do paciente (BRASIL, 2010a; LYON e GROSSI, 2014).

O tratamento adequado do paciente é uma importante estratégia no controle da endemia, pois ele deixa de ser fonte de infecção assim que inicia o tratamento, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Além disso, o tratamento também evita e diminui as incapacidades ocasionadas pela enfermidade. Por isso, durante o tratamento nas unidades básicas, deve ser feito o acompanhamento da progressão do comprometimento neurológico, através da avaliação neurológica (BRASIL, 2002).

A hanseníase, dentre as doenças infectocontagiosas é a principal causa de incapacidade física permanente. Com isso, o meio de evitar as incapacidades é o

diagnóstico e tratamento precoce antes de ocorrer lesões de nervos (SILVA SOBRINHO et al., 2007).

O grau de incapacidades varia entre valores de 0 a II. O MS preconiza que deve ser avaliado e determinado o grau de incapacidades da pessoa com hanseníase em todos os serviços de saúde no momento do diagnóstico, durante o tratamento e na alta (ALVES, et al., 2010; BRASIL, 2002).

### **3.2 Política de controle da Hanseníase e Controle de contatos**

O Brasil juntamente com os demais países do mundo assumiu o compromisso estabelecido pela OMS, em 1991, de eliminar a hanseníase até o ano 2000, onde deveriam diminuir o coeficiente de prevalência para menos de um caso em cada 10 mil habitantes. Assim em 1992 cria o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), operacionalizado mediante a introdução de atividades de controle da hanseníase em todas as unidades básicas do SUS, para que o acesso a essas atividades seja para toda a população (BRASIL, 2002; PINTO NETO et al., 2013).

Essa meta não foi atingida em diversos países, por isso a OMS estabeleceu uma nova meta durante a Terceira Conferência Internacional para a Eliminação da Hanseníase feita na Costa do Marfim, em 1999. O compromisso já firmado foi prorrogado até o ano de 2005, no qual como o fortalecimento da PQT e detecção passiva dos casos muitos países conseguiram eliminar a doença. Porém, no âmbito subnacional de jurisdições com uma população considerável essa meta ainda não foi atingida, levando a OMS a estendê-la até o ano de 2020. Tendo como principal objetivo o controle da hanseníase em âmbito global e local, para alcançar no futuro um mundo sem hanseníase (PINTO NETO et al., 2013; SILVA et al., 2010; OMS, 2016).

Com intuito nacional de atingir a meta mundial de controle da hanseníase, o MS criou em 2002 o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase, que reúne os gestores do Sistema Único de Saúde, os profissionais da saúde e diversos segmentos sociais. Em seguida em 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), elabora um Plano Estratégico de Eliminação da doença a nível municipal de 2006-2010, como a proposta de atingir baixos níveis endêmicos através de ações para o controle da doença em diferentes



níveis de complexidade do sistema de saúde e principalmente as ações da vigilância epidemiológica da hanseníase (BRASIL, 2002, 2006).

Com base no PNEH criou-se o Programa de Controle da Hanseníase (PCH), que tem como objetivo: estabelecer ações articuladas e integradas, tendo em vista a horizontalização e descentralização da assistência as pessoas que adoecem. Ele se estabelece através de cinco componentes: Vigilância Epidemiológica; Gestão; Atenção Integral; Comunicação e Educação; Pesquisa (BRASIL, 2010a, 2016).

As principais ações do PCH de vigilância epidemiológica são: educação em saúde, diagnóstico precoce da doença, tratamento regular da PQT, orientação quanto a realização de autocuidado, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, apoio à manutenção da condição emocional e integração social e a vigilância e controle de contatos intradomiciliares; incluindo a aplicação de vacina BCG (bacilo de Calmette-Guerin) (BRASIL, 2009; VIEIRA et al, 2008).

Segundo o MS (BRASIL, 2010a), indivíduos que vivem com o doente de hanseníase no mesmo domicílio apresentam maior risco de infecção do que a população em geral. Por essa razão, a vigilância de contatos intradomiciliares é de grande importância.

As ações da vigilância de contatos são realizadas na Atenção Básica, sendo as atividades mais desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e devendo ser programadas e contínuas, com a finalidade de descobrir casos novos de hanseníase através das pessoas que convivem ou conviveram de forma prolongada com caso índice e fontes de infecção no domicílio, independente da forma operacional do doente. O MS considera contato domiciliar de hanseníase toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido com o doente, tendo relações familiares ou não, em forma próxima e prolongada (BRASIL, 2016; GARCIA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2007).

A investigação epidemiológica de contatos consiste em submeter o contato ao exame dermatoneurológico e encaminhá-lo para vacinação BCG-ID caso não haja sinais e sintomas sugestivos da hanseníase, independente da forma operacional do caso índice. Deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir as recomendações: na ausência de cicatriz ou com apenas uma cicatriz vacinal deve-se prescrever uma dose, com a presença de duas cicatrizes não deve prescrever nenhuma dose. Em contatos de hanseníase com menos de um ano de idade com história vacinal, não precisam da aplicação de outra dose (BRASIL, 2010a, 2016).

Apesar do contato ter importância para a cadeia epidemiológica, a execução das atividades de controle de contatos em muitas unidades de saúde não vem sendo efetuada de maneira eficiente, elas apontam diversas dificuldades para a realização de uma vigilância de contatos efetiva. O que leva a perda de diagnóstico precoce, e conseqüentemente mantém a cadeia de transmissão do bacilo, como influência determinante na incidência da hanseníase (LOBATO, 2011).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo de caráter transversal, sendo parte integrante da pesquisa matricial intitulada “Avaliação dos programas de controle da hanseníase no município de São Luís – MA”. Realizado nas Unidades de Saúde que possuem o Programa de Controle da Hanseníase - PCH no município de São Luís-MA.

A pesquisa quantitativo-descritiva é aquela que tem por intento o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas ou isolamento de variáveis (LAKATOS e MARCONI, 2005).

### 4.2 Caracterização da área de estudo

O município de São Luís é capital do estado do Maranhão, fica localizado a norte do estado, onde se limita ao norte com o Oceano Atlântico, ao sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente, a leste com a Baía de São José e a oeste com a Baía de São Marcos (Figura 1). Possui uma área territorial de 834,785 Km<sup>2</sup>. Sua população é de 1.014.837 habitantes, destes 539.842 mulheres e 474.995 homens, onde 958.52 residem em área urbana e 56.315 na área rural. É o município mais populoso do estado e 4º da Região Nordeste (IBGE, 2010).

**Figura 1.** Município de São Luís do Estado do Maranhão.



**Fonte:** IBGE, 2010

São Luís possui um quantitativo de 92 unidades de saúde do SUS, compondo sua rede de serviços de saúde do município, das quais 57 possuem Programa de Controle da Hanseníase (PCH), em que são desenvolvidas campanhas educativas, exame dermatoneurológico, baciloscopia, investigação e vacinação de contatos com BCG-ID. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) estas unidades de saúde estão divididas em sete Distritos Sanitários:

- Distrito Centro
- Distrito Coroadinho
- Distrito Bequimão
- Distrito Cohab
- Distrito Itaqui Bacanga
- Distrito Esperança
- Distrito Tirirical

Sendo todas estas unidades integrantes deste estudo. (SÃO LUÍS, 2010; PEIXOTO et al. 2011).

#### **4.3 Participantes do estudo**

Contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase com diagnóstico e início do tratamento no ano de 2012 na cidade de São Luís- MA.

O número de casos novos notificados no ano de 2012 no município de São Luís foi de 684 e o número de contatos intradomiciliares destes casos foi de 2.766.

#### **4.4 Critérios de inclusão e não inclusão**

Foram incluídos os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase do ano de 2012 que tenham sido atendidos, acompanhados e avaliados nos programas de controle de hanseníase de São Luís e sejam residentes deste município.

Não foram incluídos os contatos intradomiciliares do caso índice em que os prontuários, livro de registro ou fichas de notificação do caso e de controle de

contatos estavam rasurados, ilegíveis ou não foram localizadas para a apuração dos dados, e as unidades que não possuíam registro de casos no ano de 2012.

#### 4.5 Definições utilizadas no estudo

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) foram adotadas as seguintes definições neste estudo:

- Caso Novo: indivíduo que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas e não tenha recebido tratamento específico para a doença:

- Lesão(ões) ou áreas cutâneas com alteração de sensibilidade;
- Comprometimento de nervos periféricos, com espessamento;
- Baciloscopia positiva ou biopsia da pele com presença de *M. Leprae*.

*Leprae*.

- Caso Índice: caso primário de hanseníase, já notificado ao SINAN.

- Contato: todo e qualquer indivíduo que resida ou tenha residido com o paciente portador de hanseníase.

- Grau de Parentesco: para o registro de grau de parentesco foi utilizado o mesmo critério adotado por Durães et al. (2005) que considera:

- Consanguíneo 1º Grau – pai, mãe, filhos e irmãos.
- Consanguíneo 2º Grau – os demais parentes consanguíneos – tios, primos de 1º Grau e sobrinhos.
- Cônjuge – relação matrimonial.
- Outros não consanguíneos – enteados, cunhados, esposa(o) do(a) tio(a), amigo(a), namorado(a) e etc.

- Exame Dermatoneurológico: segundo o MS (BRASIL, 2002):

- Normal: Quando não apresenta sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.
- Suspeito: Apresenta sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.
- Doente: Quando apresenta diagnóstico de hanseníase.

#### **4.6 Instrumento da coleta de dados**

Foi utilizado um instrumento pré-estruturado (APÊNDICE A) para a coleta de dados, elaborado a partir das informações do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) adaptado para o presente estudo, abrangendo informações sobre o contato intradomiciliar de hanseníase e do caso índice.

O formulário é composto por variáveis de identificação: idade, sexo; variáveis clínicas: resultado do exame dermatoneurológico, presença de cicatriz vacinal e encaminhamento para BCG. E dados do caso índice: forma clínica, classificação operacional e grau de parentesco.

#### **4.7 Coleta de dados**

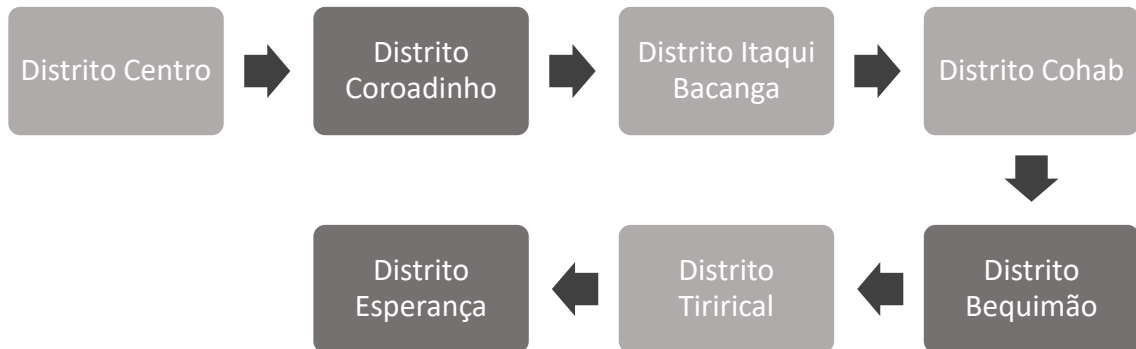
Primeiramente foi solicitado o consentimento da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), COMIC/HUUFMA, bem como o Termo de Consentimento e Utilização de Dados (TCUD) e a declaração de cumprimento das normas e resolução 466/2012, em seguida foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que aprovou a realização deste estudo. No contato realizado com a SES e SEMUS foi solicitado uma listagem das unidades de saúde com casos de hanseníase notificados em 2012, tendo como base os dados registrados no SINAN, no intuito de obter subsídios para direcionar a coleta de dados.

Em seguida foi realizado um contato prévio com os profissionais responsáveis pelo PCH em cada unidade de saúde, agendando dias e horários para a realização da coleta de dados com o acompanhamento dos mesmos. A coleta foi realizada nos turnos de trabalho destes profissionais, no período da manhã e/ou tarde.

A coleta de dados foi realizada de forma contínua e diária, nas unidades de cada Distrito Sanitário do município de acordo com o fluxo da Figura 2. Inicialmente era levantado todos casos registrados e notificados no ano de 2012 pelo Livro de Registro de Casos Novos de Hanseníase. Em seguida era localizado os prontuários dos casos índices, através do número de notificação, da ficha ou pelo nome do paciente. Através dos prontuários dos casos e da ficha de

acompanhamento dos contatos realizava-se o preenchimento do instrumento (ANEXO A) no período de agosto de 2015 à fevereiro de 2016.

**Figura 2.** Fluxograma da sequência de coleta de dados nos Distritos Sanitários.



#### 4.8 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados no programa Microsoft Excel 2007 e em seguida processados e analisados no programa Epi-Info versão 7.0. Os resultados foram analisados considerando-se a frequência absoluta e relativa.

A taxa de prevalência da doença entre os contatos foi calculada utilizando-se da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de contatos intradomiciliares com diagnóstico de hanseníase}}{\text{Número de contatos intradomiciliares total}} \times 100$$

Foi avaliado o seguinte indicador operacional (BRASIL, 2016):

Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de 2012. De acordo com o parâmetro do MS para avaliar a qualidade do serviço:

- Bom:  $\geq 90,0\%$
- Regular:  $\geq 75,0$  a  $89,9\%$
- Precário:  $< 75,0\%$

#### **4.9 Aspectos éticos**

Este estudo é parte integrante da pesquisa matricial intitulada “Avaliação dos programas de controle da hanseníase no município de São Luís – MA” que seguiu os princípios éticos da pesquisa estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/12. Foi solicitada autorização para a Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, sendo também encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e aprovado sob Parecer nº 1.152.824 (Anexo A). Em razão da coleta de dados ser realizada por meio das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase, pedimos dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.



## 5 RESULTADOS

Durante a realização deste estudo, foi identificado um total de 2766 contatos intradomiciliares de 684 casos novos de hanseníase no ano de 2012, registrados nos prontuários, fichas de notificação do SINAN, livro de registro e ficha de acompanhamento de contatos, nas 44 unidades de saúde que tiveram casos notificados no SINAN, no município de São Luís – MA. Estes dados divergem com os apresentados pelo SINAN, no qual foram registrados apenas 2176 contatos de 618 casos novos. Desta forma percebe-se uma subnotificação para o sistema de informação.

Ao analisar os resultados do perfil clínico-epidemiológico dos contatos, percebe-se maior frequência dos contatos intradomiciliares na faixa etária entre 0 a 20 anos (40,29%), com menor idade 6 meses e a maior 93 anos. A frequência em relação ao gênero, obteve-se um discreto predomínio dos contatos do sexo feminino (51,87%) em relação ao masculino (48,13%) (Tabela 1).

No que diz respeito ao grau de parentesco do contato com caso índice, observou-se que maioria era consanguíneos de 1º grau (54,92%), seguido de parentes não consanguíneos (21,04%). Quanto à forma clínica do caso índice, a Dimorfa (59,78%) obteve predomínio. E sendo a classificação operacional Multibacilar a mais frequente (75,53%) (Tabela 1).

Quanto a realização do exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares a maior frequência foi dos que não realizaram o exame, sendo 1880 (67,96%). Apenas 871 (31,48%) realizou o exame e 15 (0,56%) não possuíam registro na ficha de acompanhamento.

Quanto a avaliação da cicatriz vacinal de BCG, a maior frequência foi de contatos que não possuíam registro dessa informação (74,92%). Apenas 21,42% tinham ao menos uma cicatriz vacinal e 3,66% não apresentavam nenhuma cicatriz vacinal.

**Tabela 1.** Contatos intradomiciliares registrados no ano de 2012, segundo faixa etária, sexo, grau de parentesco, forma clínica do caso índice, classificação operacional, realização do exame dermatoneurológico e cicatriz vacinal de BCG. São Luís-MA, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
0 a 20	1114	40,29
21 a 40	871	31,49
41 a 60	389	14,07
61 a 80	154	5,56
> 80	17	0,61
Não registrada	221	7,98
<b>Sexo</b>		
Masculino	1332	48,13
Feminino	1434	51,87
<b>Grau de Parentesco do contato com o caso índice</b>		
Consanguíneo 1º Grau <sup>1</sup>	1519	54,92
Consanguíneo 2º Grau <sup>2</sup>	575	20,79
Parentes não consanguíneos <sup>3</sup>	582	21,04
Parentesco inexistente <sup>4</sup>	79	2,86
Não registrado	11	0,40
<b>Forma Clínica do caso índice</b>		
Indeterminada	165	5,96
Tuberculoide	494	17,86
Dimorfa	1650	59,78
Virchowiana	439	15,90
Não classificada	5	0,10
Não registrada	13	0,40
<b>Classificação Operacional</b>		
Paucibacilar	678	24,47
Multibacilar	2088	75,53
<b>Realização do exame Dermatoneurológico</b>		
Realizado	871	31,48
Não realizado	1880	67,96
Não registrado	15	0,56
<b>Cicatriz vacinal por BCG</b>		
Sim	593	21,42
Não	103	3,66
Não registrado	2070	74,92
<b>Total</b>	<b>2766</b>	<b>100,00</b>

\* 1 Pai, mãe, filhos, irmãos; 2 Demais parentes consanguíneos (tios, primos de 1º grau, sobrinhos);

<sup>3</sup> Cônjuge, sogro, nora, cunhada; <sup>4</sup> Não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso de hanseníase.

Entre os 871 contatos intradomiciliares examinados, 28,48% foram avaliados no distrito Bequimão, 21,24% no Itaquí Bacanga, 18,60% no Cohab,

No Centro o percentual foi de 7,23%, 6,09% no Esperança e o Coroadinho e o Tirirical apresentaram o mesmo percentual de 9,18%. As faixas etárias de maior predominância analisadas foram de 0 a 20 anos (44,77%) e 21 a 40 anos (32,03%) e a que obteve menor percentual foi a superior a 80 anos (0,70%); no que se refere ao sexo, o mais presente entre os contatos avaliados foi o feminino com (59,82%).

Quanto ao resultado do exame dermatoneurológico 91,27% dos contatos apresentavam-se normais, sem sinais e sintomas da hanseníase, 5,63% foram classificados como suspeito, contendo alguma indicação da doença e 3,10% estavam doentes.

Entre os 49 contatos com suspeita da doença que foram encaminhados para a avaliação médica, observou-se que 18 (36,73%) destes tiveram diagnóstico de hanseníase confirmado e 5 (10,21%) não estavam doentes. E a maior frequência, 26 (53,06%) contatos, não possuíam registro do resultado em suas fichas de acompanhamento.

**Tabela 2.** Contatos examinados no ano de 2012, por distrito sanitário, sexo, faixa etária, resultado do exame dermatoneurológico. São Luís-MA, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Distrito Sanitário</b>		
Bequimão	248	28,48
Centro	63	7,23
Cohab	162	18,60
Coroadinho	80	9,18
Itaquí Bacanga	185	21,24
Tirirical	80	9,18
Esperança	53	6,09
<b>Faixa etária</b>		
0 a 20	390	44,77
21 a 40	279	32,03
41 a 60	154	17,68
61 a 80	42	4,82
> 80	6	0,70
<b>Sexo</b>		
Masculino	350	40,18

**Tabela 2.** Contatos examinados no ano de 2012, por distrito sanitário, sexo, faixa etária, resultado do exame dermatoneurológico. São Luís-MA, 2016.

	Feminino	505	59,82
<b>Resultado do exame Dermatoneurológico</b>			
	Normal	795	91,27
	Suspeito	49	5,63
	Doente	27	3,10
	<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100,00</b>
<b>Resultado do exame dos suspeitos encaminhado para avaliação médica</b>			
	Normal	5	10,21
	Com diagnóstico de hanseníase	18	36,73
	Não registrado	26	53,06
	<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>

No que se refere à situação vacinal dos contatos examinados: 507 (58,21%) apresentaram apenas uma cicatriz da vacina BCG-ID, 84 (9,64%) possuíam duas cicatrizes, 101 (11,60%) não tinham nenhuma cicatriz e em 179 (20,55%) não havia registro do dado na ficha de acompanhamento dos contatos (Tabela 3).

Com relação aos resultados do encaminhamento para a vacina BCG-ID, a maioria dos contatos foi encaminhado (59,98%) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Contatos examinados no ano de 2012 por situação vacinal e encaminhamento para a vacinação BCD-ID. São Luís-MA, 2016.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cicatriz vacinal por BCG</b>		
	Nenhuma	101 11,60
	Uma	507 58,21
	Duas	84 9,64
	Não registrada	179 20,55
	<b>Total</b>	<b>871 100,00</b>
<b>Encaminhado para BCG</b>		
	Sim	415 59,98
	Não	180 26,01
	Não registrada	97 14,01
	<b>Total</b>	<b>692 100,00</b>

No gráfico 1, demonstra-se a taxa prevalência da hanseníase entre os contatos intradomiciliares, sendo 1,62% de contatos com diagnóstico da doença.

**Gráfico1.** Taxa de prevalência da hanseníase entre os contatos intradomiciliares. São Luis–MA, 2016.



Na tabela 4, analisa-se o indicador operacional “Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase no ano referente”, que avalia a qualidade do programa na vigilância dos contatos. Os resultados encontrados nos distritos sanitários foram: distrito Bequimão (18,90%), distrito Centro (27,00%), distrito Cohab (47,64%), distrito Coroadinho (54,05%), distrito Itaqui Bacanga (38,14%) distrito Tirirical (51,61%), distrito Esperança (53,75%). Os programas nestes distritos foram todos classificados como “precário”, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Verificou-se também que do total de contatos registrados somente 31,48% foram examinados, classificando o predito indicador como “Precário” no município de São Luís.

**Tabela 4.** Indicador operacional: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticado no ano de 2012. São Luís, 2016

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Contatos Registrados</b>	<b>Contatos examinados</b>	<b>Indicador%</b>
Bequimão	1307	248	<b>18,90*</b>
Centro	234	63	<b>27,00*</b>
Cohab	170	81	<b>47,64*</b>
Coroadinho	148	80	<b>54,05*</b>
Itaqui Bacanga	485	185	<b>38,14*</b>
Tirirical	248	128	<b>51,61*</b>
Esperança	160	86	<b>53,75*</b>
<b>São Luís</b>	<b>2766</b>	<b>871</b>	<b>31,48*</b>

\* Parâmetros:

Bom:  $\geq 90,0\%$ ;

Regular:  $\geq 75,0$  a  $89,9\%$ ;

Precário:  $< 75,0\%$

## 6 DISCUSSÃO

Este presente estudo foi composto pela análise de 2766 contatos intradomiciliares de 684 casos novos de hanseníase. Entre toda a população estudada a faixa etária de maior prevalência foi 0 a 20 anos (40,29 %), dados similares foram encontrados nos estudos de Dessunti et al. (2008), Vieira et al. (2008) e Leite et al. (2009). Essa informação deve-se ao fato de que mais de 1/3 (um terço) da população do município de São Luís se encontra nessa faixa etária (IBGE, 2010).

Os contatos intradomiciliares nessa faixa etária devem ter devida atenção e acompanhamento, visto que a exposição de crianças, adolescentes e jovens pode levar ao aparecimento de sinais da doença em idade produtiva, uma vez que o período de incubação é longo, em média de 2 a 5 anos (DESSUNTI et al., 2008).

Para Peixoto et al. (2011) a doença pode ocorrer em qualquer idade, desde a criança ao idoso, e a sua prevalência depende prioritariamente da exposição ao doente multibacilar não tratado. Porém os jovens adultos apresentam-se em maior parte dos casos. Mostrando que essa faixa etária apresenta um risco maior da doença.

No tocante ao gênero, este estudo ressalta o sexo feminino como predominante, corroborando com dados apresentados por Araújo (2011), onde o maior percentual era de mulheres (54,8%). Porém difere-se de Lobato (2011) que apresenta em sua pesquisa realizada no município de Igarapé-açu – Pará, um predomínio de contatos do sexo masculino. Esta predominância no estudo pode estar associada ao fato de que no município de São Luís a população é constituída em sua maioria de mulheres (IBGE, 2010).

Durante a avaliação da relação do grau de parentesco do contato com o caso índice, os achados desta pesquisa demonstram maior frequência dos consanguíneos de 1º grau, seguido dos parentes não consanguíneos, se equiparando aos resultados apontados no estudo de Dessunti et al. (2008) na cidade de Londrina – PR. Durães et al. (2010) em seu estudo evidenciou que os contatos intradomiciliares possuem duas vezes mais chance de adoecimento que os peridomiciliares e que os parentes consanguíneos de 1º grau possuem 2,05 vezes maior probabilidade de adoecer que os demais parentes consanguíneos e não consanguíneos. E Leite et al. (2009) demonstra que a distribuição familiar e o grau de

parentesco tem relação entre as formas da doença, evidenciando que quando pai e mãe apresentam a forma virchowiana da doença, os parentes consanguíneos tem mais risco de desenvolver a mesma forma polar da enfermidade, já os parentes não consanguíneos tinham maior risco de contrair outras formas.

Além disso, maioria dos contatos possuir parentesco consanguíneos de 1º grau pode ser um fator negativo, visto que este grupo é formado principalmente pelos filhos que normalmente estão entre a infância e adolescência, que ao adoecer podem se tornar incapazes precocemente, acarretando danos físicos, psicológicos e sociais. E para a sociedade, tendo que vista que farão parte da vindoura população economicamente ativa (LOBATO, 2011).

No que tange a forma clínica do caso índice, a maior parte era contatos de doentes que possuíam a forma Dimorfa (59,78%) e com classificação operacional multibacilar (75,53%). Quanto a forma clínica esta realidade assemelha-se a pesquisa de Leite et al. (2009) desenvolvida no município Buriticupu no mesmo estado deste estudo. Porém diverge do estudo de Dessunti et al. (2008) realizado no estado do Paraná. Os estudos assemelham-se em relação ao maior percentual de casos índices multibacilares. De acordo com Vieira et al. (2014) os contatos intradomiciliares de pacientes multibacilares possuem uma propensão até dez vezes maior do que a população geral para o desenvolvimento da doença.

Segundo Lima et al. (2008) os altos índices de multibacilares demonstram um diagnóstico tardio, pois deveriam ter sido detectados na forma não polar da doença, a forma indeterminada, na qual inicia-se a enfermidade, por isso os contatos de caso índice dessas formas deve ter atenção.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de uma detecção mais precocemente possível e de um tratamento apropriado, o que irá possibilitar menor exposição do contato intradomiciliar, principalmente nos casos das formas bacilíferas da doença.

Camello (2006) evidenciou em seu estudo que ao ser intensificado no Rio Grande do Sul a execução do exame de contatos domiciliares dos casos novos da doença alcançou-se o aumento da detecção de casos novos de hanseníase no local. Porém os resultados deste estudo diferem, pois apenas 31,48% dos contatos realizaram o exame dermatoneurológico e a maior frequência apresentada foi composta dos que não realizaram o exame (67,96%). Dados semelhantes são



apresentados por Lobato (2011) e Peixoto et al. (2011), onde o exame não foi realizado em mais da metade da população estudada por estes autores.

Este resultado reflete a ausência da procura dos contatos para o exame dermatoneurológico, que para Temoteo et al. (2013) os principais motivos são a incompatibilidade de horários devido ao trabalho, a falta de informação ou informação inadequada e a omissão e/ou falta de interesse.

Mediante o exposto é de suma importância reduzir as fragilidades na vigilância epidemiológica dos contatos para atingir o controle da doença no cenário de endemicidade que o município está introduzido. Para Peixoto et al. (2011) a melhoria no planejamento dos programas de controle da hanseníase, como horário de funcionamento das unidades flexíveis e outros tipos de estratégias de educação em saúde, contribuiria para aumentar essa procura dos contatos, com isso o aumento das taxas de detecção de novos casos da doença.

Quando foi analisado a avaliação da cicatriz vacinal de BCG-ID entre todos os contatos do estudo, observou-se que a maioria não possuía registro nas fichas de acompanhamento. Resultados semelhantes foi observado no estudo de Peixoto et al. (2011), porém com percentuais menores que os dispostos neste. Contudo este percentual justifica-se, posto que a maioria dos contatos não passou por exame dermatoneurológico. O que segundo Dessunti et al. (2008) são reflexos da ausência dos contatos ao serviço para a avaliação dermatoneurológica, assim como, para a avaliação de indicação da vacina BCG.

Em relação à quantidade de exames dermatoneurológico realizados por cada distrito sanitário, os resultados mostraram que o distrito Bequimão (28,48%) e o distrito Itaqui Bacanga (21,24%) obtiveram o maior número de contatos examinados. O que pode ser justificado por serem os distritos que mais tiveram contatos registrados. Além disso, esses dois distritos possuem duas das unidades de referência de diagnóstico e tratamento dos casos da doença no município.

Entre os contatos examinados, os resultados deste estudo mostram que a faixa etária de maior predominância foi de 0 a 20 anos. Dado positivo, visto que, nessa faixa etária encontram-se criança e adolescentes, em que a taxa de adoecimento é indicativo de alta endemicidade da doença e deficiência das ações de educação em saúde e a detecção precoce da doença nesta fase diminui a chance de incapacidades e estigma causado pela hanseníase; além do que, esta

faixa é o início da vida produtiva. Estes resultados e observações também são descritos na pesquisa de Araújo (2011).

Quanto ao gênero dos contatos examinados, apresentou-se um maior número do sexo feminino (59,82%), similar ao percentual encontrado por Peixoto et al. (2011), no qual refere que esta ocorrência primeiramente se justifica, pelo fato de que as mulheres têm uma maior preocupação com a estética corporal que os homens e também pela maior facilidade aos serviços de saúde, visto que já estão integradas em outros programas de saúde como a atenção a saúde materna, que propicia o contato com o atendimento de saúde e o vínculo com as unidades. Diferente dos homens que não possuem programas de prevenção e acompanhamento da saúde.

Silva et al. (2014) relata ainda em seu estudo que o homem possui o compromisso com o trabalho e o sustento da família o que o impossibilita muitas vezes de procurar os serviços de saúde. Desta maneira, chegando ao atendimento de saúde já na fase evoluída da doença e em muitas vezes com incapacidades físicas estabelecidas.

O presente estudo demonstrou que o resultado do exame dermatoneurológico em contatos submetidos a este em sua maioria foi normal, tendo frequência de 91,27%. Corroborando com o resultado presente na pesquisa de Peixoto (2011), porém com um percentual menor. Da população de examinados, 49 (5,63%) contatos foram avaliados como suspeitos, destes 18 (36,73%) obtiveram diagnóstico de hanseníase confirmado. Porém, a maioria dos contatos suspeitos que foram encaminhados para a avaliação médica, 26 (53,06%), não tinha registro do resultado.

Lana et al. (2003) pontua que a baixa frequência de diagnósticos através do exame de contatos e o não registro deste mostra que há uma necessidade de acentuação das ações de vigilância epidemiológica dos contatos, visto que esta propicia diagnóstico precoce de casos de hanseníase.

De acordo com Ministério da Saúde, todos os contatos de hanseníase devem ser avaliados quanto a situação vacinal durante o exame dermatoneurológico e encaminhados para a vacinação BCG-ID se não apresentarem qualquer sinal e sintoma da doença, independente da classificação operacional do caso índice (BRASIL,2016). Os resultados deste estudo quanto a avaliação da situação vacinal demonstram que mais da metade dos contatos tinham apenas uma cicatriz, um

pequeno percentual duas cicatrizes e nenhuma cicatriz. Estes achados assemelham-se com os do estudo de Lobato (2011) em que 67,67% dos contatos possuíam apenas uma cicatriz da vacina BCG-ID e com os de Leite et al. (2009) com percentuais similares. Porém diferem-se dos encontrados no estudo de Oliveira (2014) no município de Maracaçumé – Ma, que demonstra que 83,7% dos contatos tinham uma cicatriz vacinal e apenas 4,5% tinham nenhuma cicatriz.

Para Richardus et al. (2013) a vacinação dos contatos de hanseníase é de grande importância, pois apesar da vacina BCG-ID não ser específica para a doença, vários estudos demonstram sua ação imunoproliférica, onde o fator de proteção não está em bloquear a infecção, mas sim a progressão da doença.

Barreto et al. (2006) pontua que o comunicante intradomiciliar com cicatriz da vacina BCG tem mais chance de desenvolver a forma paucibacilar da doença, pois a vacina BCG-ID influencia na forma clínica da doença que o indivíduo vai desenvolver.

O MS preconiza ainda que os contatos do caso de hanseníase devem ser encaminhados para a imunoprolifaxia com BCG-ID, de acordo com a história vacinal ou a presença de cicatriz. Seguindo o esquema de prescrição de uma dose da vacina na ausência de cicatriz ou na presença de apenas uma cicatriz de BCG (BRASIL, 2016). Contudo, observa-se neste estudo, ao comparar a quantidade de contatos que apresentaram nenhuma ou apenas uma cicatriz da vacina BCG que tem indicativo para o encaminhamento a vacina de BCG e o quantitativo que foi encaminhado, percebe-se que muitos deles não foram encaminhados para imunoprolifaxia, não seguindo as recomendações do MS. Isto reflete a fragilidade da vigilância de contatos nos serviços de saúde, por realizarem de forma insatisfatória uma das medidas de controle da doença em relação aos contatos intradomiciliares.

Essa falha na avaliação da situação vacinal e encaminhamento para a BCG também foi observada no estudo de Temoteo et al. (2013), no qual contatos não examinados foram vacinados, evidenciando falhas em relação ao cumprimento das normas estabelecidas pelo MS.

Ao analisar a prevalência da hanseníase entre os contatos, observa-se a taxa de 1,62% de contatos com diagnóstico da doença, o que se assemelha com o estudo de Matos (2011) em que a taxa de prevalência da doença foi de 1,65% dos contatos e diverge com os resultados encontrados nos estudos de Araújo (2011) e Oliveira (2014) com taxa de 5,2% e 6,3% respectivamente. Taxas elevadas frente

esta pesquisa, estas se justificam pois os estudos realizados por essas autoras, se deu através da busca ativa dos contatos.

Para Peixoto et al. (2011) este resultado demonstra que existe a possibilidade de portadores assintomáticos e que a taxa de detecção da doença aumentaria se a procura dos contatos as unidades de saúde fossem intensificadas.

O MS utiliza os indicadores operacionais para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase, dentre estes encontra-se o Indicador 3: proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano. Este tem como objetivo medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos (BRASIL, 2016). Este estudo mostra que todos os distritos sanitários do município de São Luís obtiveram a avaliação das ações do controle de contatos nos programas de controle da hanseníase como “Precário” segundo os parâmetros pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde para o indicador operacional no ano de 2012. O mesmo resultado obteve-se ao avaliar todo o município. Os resultados do estudo de Peixoto et al. (2011) realizado na mesma cidade desta pesquisa foi em sua maioria similar a este, onde obtiveram a mesma classificação todos os distritos, exceto os distritos Itaqui Bacanga e Vila Esperança. Resultado semelhante foi relatado por Aquino et al. (2003) em sua pesquisa na qual avaliou o programa de hanseníase do município de Buriticupu- MA.

O MS descreveu que a vigilância dos contatos é um dos pilares da investigação epidemiológica para a detecção de casos novos de hanseníase, sendo realizada entre os que convivem ou conviveram com os casos (BRASIL, 2016)

Segundo Sales (2011), a vigilância dos contatos é uma importante estratégia aplicada pelos programas de manejo da hanseníase objetivando o controle e eliminação da doença. Tendo em vista que os contatos são importantes na cadeia epidemiológica da enfermidade. Smith e Aerts (2014) ainda acrescenta que é uma medida de baixo custo e praticável nos programas. Contudo, sua execução deve ser sistemática, proporcionando um acompanhamento adequado e uma avaliação eficaz.

## 7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a situação dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de São Luís, no Maranhão, concernente ao ano de 2012, apresentando dados que podem subsidiar o aprimoramento das ações dos profissionais de saúde aos contatos do paciente com hanseníase.

Os resultados clínicos-epidemiológico dos contatos demonstram que a maioria dos contatos intradomiciliares era do sexo feminino, de uma faixa etária jovem (0 a 20 anos), parentes consanguíneos de 1º grau do caso índice. Quanto à forma clínica do caso índice, a dimorfa e o tipo multibacilar tiveram maior predominância entre a população. E os distritos sanitários que tiveram mais contatos examinados foram o distrito do Bequimão e do Itaqui-Bacanga.

Quanto a avaliação da situação vacinal e encaminhamento para a vacina BCG-ID observou-se que a maioria dos contatos tinham apenas uma cicatriz vacinal e que nem todos os contatos que possuíam recomendação, como preconiza o MS, foram encaminhados, e que em muitos casos havia falta de registro dessas informações na ficha de acompanhamento do contato.

É de importância salientar que durante o estudo verificou-se uma grande deficiência no preenchimento dos registros dos contatos realizado pelos profissionais da saúde, que deveriam ser capacitados para desempenhar esta função conforme estabelecido pelo MS, haja vista esses dados servirem de subsídio para avaliação do sistema, para pesquisa e para o acompanhamento da população.

A taxa de prevalência da hanseníase entre os contatos no ano de 2012 foi de 1,62%, evidenciando que se a busca dos contatos intradomiciliares pelos serviços de saúde aumentasse, a detecção de casos novos da doença poderia ser maior.

A maioria dos contatos não foram examinados pelos PCH, evidenciando uma necessidade de reforçar as ações da vigilância de contatos nos programas de controle da hanseníase no município e contribuindo para uma melhor assistência aos doentes e para a mudança situacional do município, controlando a endemia da doença.

As ações da vigilância dos contatos nos Programas de Controle da Hanseníase no município foram avaliadas como precária pelo indicador operacional empregado neste estudo, ou seja, a qualidade das ações não está atingindo os

parâmetros mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde. O que pode ter contribuído para o adoecimento dessa população e também para a elevação das incapacidades e deformidades geradas pela doença.

Por fim, o estudo substancia que existe uma necessidade da fortificação de ações da vigilância de contatos que possibilite o diagnóstico precoce na população, bem como a intensificação da educação em saúde. Desta maneira, sugere-se ao Programa de Controle da Hanseníase no município: uma implementação das ações educativas, por meio de palestras, mutirões, mídias, divulgando informações sobre a doença, transmissibilidade, período de incubação especialmente entre os contatos; fortalecer as ações de busca ativa dos contatos, bem como o acompanhamento dos mesmos; melhorar o preenchimento dos dados registrados na ficha de acompanhamento dos contatos, visando melhor completude e fidedignidade das informações e intensificar a capacitação e educação continuada de todos os profissionais da saúde, com enfoque no exame dos contatos e registro dos dados.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. J. M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase no Serviço de dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 4, p.460-461, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>> Acesso em: 14 set., 2016.
- AQUINO, D. M. C. et al. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):119-125, jan-fev, 2003.
- ARAÚJO, G. R. Casos de hanseníase entre contatos de pacientes atendidos em um hospital de universitário em São Luís – MA. 2011, 47 p. (Monografia – Graduação em enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luis.
- BARRETO, M.L. *et al.*. **Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2006, vol.82, n.3, suppl., pp. s45-s54. ISSN 0021-7557.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle de hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília; 2006. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/7.pdf>> Acesso em: 10 jun., 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <[http://www.morhan.org.br/views/upload/guia\\_hanseníase\\_10\\_0039\\_m\\_final.pdf](http://www.morhan.org.br/views/upload/guia_hanseníase_10_0039_m_final.pdf)> Acesso em: 14 de set., 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: **Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil. Informe Epidemiológico**. 2008b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 8 nov., 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta Nº 125, de 26 de março de 2009**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html)> Acesso em: 10 jun., 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010c.**

Disponível em: <

[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf)> Acesso em: 06 jun., 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Coeficiente geral detecção de hanseníase por estado em 2012.** 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/09/Mapa---Coeficiente-de-detec---o-geral-de-hansen--ase-por-estado-2012.pdf>> Acesso em: 06 jun., 2015.

\_\_\_\_\_. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. DataSUS.

**Acompanhamento dos Dados de Hanseníase – Maranhão.** 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseníase/cnv/hansw>> Acesso em: 4 jan., 2016.

\_\_\_\_\_. 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]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:<[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/HANS16\\_Manual\\_Tecnico\\_Operacional.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/HANS16_Manual_Tecnico_Operacional.pdf)>. Acesso em: 02 de mai., 2016.

BRITTON, W.J; LOCKWOOD D.N.J. **Leprosy. The Lancet.** 2004. V. 363, p. 1209-1219.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, 31 (2): 15-9, 2006. Disponível em: <[http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10723](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10723)> Acesso em: 16 de ago., 2016.



CASTRO, S. M. S. de; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702009000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702009000200010&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 12 jan., 2016.

DESSUNTI E. M, et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev Bras Enferm**, 61(esp): p. 689-93, Brasília 2008.

DURÃES S. M. B., et al. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. **An Bras Dermatol**. 2005; 80:S 295-300

DURÃES S. M. B, et al. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. **An Bras Dermatol**.85(3):339-45. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a07v85n3.pdf>>. Acesso em: 14 set., 2016.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.3, p. 76-88, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008)> Acesso em 20 fev.,2016.

GALVAN, A.L. **Hanseníase (lepra): que representações ainda se mantêm?**. Canoas: Ed. ULBRA, 2003. p. 29-30.

GARCIA, D.R. et al. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, Jun 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan., 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISAS. **Estimativas da população residente em São Luís – Censo demográfico de 2010**. <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2111300>>. acesso em: 28 agosto, 2015.

JUNQUEIRA, T. B.; OLIVEIRA, H. P. Lepra/hanseníase-passado-presente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.2, p. 263-266, 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5585/3547>> Acesso em: 12 jan., 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LANA, F.C.F. et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, 28(2): 131-137, 2003

LEANDRO, J.A. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702009000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702009000200009&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 mai., 2016.

- LEITE K. K. C, et al. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro 17(1): p. 235 - 249, 2009.
- LIMA M. A. R, et al. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. **Com. Ciências Saúde**. 2008;19(2):163-170.
- LOBATO, D.C. **Avaliação das ações da vigilância de contatos de pacientes com hanseníase no município de Igarapé-Açu – Pará**. 2011.61p. (Dissertação – Mestrado em Saúde Pública). Belém, 2011.
- LYON, S, GROSSI, M. A. F. **HANSENÍASE- Avanços e Desafios**. 1ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- MATOS, B.M. **Avaliação Epidemiológica dos Contatos de Hansenianos Tratados na Unidade de Saúde de Maruípe entre 2005 e 2010**. Vitória. 2011.48p. (Monografia-Bacharel Fisioterapia). Faculdade Estácio de Sá – Vitória- ES. 2011.
- MATTOS, D .M. **Fora do Arraial: hanseníase e instituições asilares em Santa Catarina (1940- 1950)**. Itajaí: NEAB ; Casa Aberta Editora, 2013.
- MELÃO, S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no extremo sul de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 44(1), p. 79-84, jan-fev, 2011.
- MIRANZI, S.deS.C. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003786822010000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822010000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun., 2015.
- OLIVEIRA, B.F.A. et al. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, 8(2), p. 11-19, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: 12 jun., 2015.
- OLIVEIRA, L. A. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé-MA**. (Dissertação- Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014. 80p.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra**. 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf?ua=1>> Acesso em: 4 dez. 2016
- PACHECO, M. A. B. et al. Prevalência e controle de hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Med. Farm. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.9, n.30, p.23-30, jan-mar, 2014.
- PEIXOTO, B. K. S. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-Ma. **Hansenologia Internationalis**, 36(1), p. 23-30, 2011.
- PINTO NETO, J. M et al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. **Hansenologia Internationalis**, 25(2): 163-176. 2000.

Disponível em: < [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10586](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10586)> Acesso em 16 de ago., 2016.

PINTO NETO, J.M et al,. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansenologia Internationalis**, 38 (1-2): p. 68-78, 2013. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=789354&indexSearch=ID>> . Acesso em: 03 mar., 2016.

PONTES, A. R. B et al. Detecção do DNA de Mycobacterium leprae em secreção nasal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61 (esp.), p. 734-737, 2008.

RICHARDUS, R.A. et al. The combined effect of chemoprophylaxis with single dose rifampicin and immunoprophylaxis with BCG to prevent leprosy in contacts of newly diagnosed leprosy cases: a cluster randomized controlled trial (MALTALEP study). *BMC Infect Dis.* 2013 Oct 3;13:456. doi: 10.1186/1471-2334-13-456.

SALES, A.M. **Controle da Hanseníase: detecção precoce através do exame de contatos e avaliação de tratamento dos pacientes submetidos a 12 doses da poli-quimioterapia (PQT/OMS)**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2011. 163p. Disponível em: <[http://www.btdt.uerj.br/tde\\_arquivos/44/TDE-2012-08-01T151250Z-2420/Publico/Tese-Anna%20Maria%20Sales.pdf](http://www.btdt.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-08-01T151250Z-2420/Publico/Tese-Anna%20Maria%20Sales.pdf)>. Acesso em 06 jun., 2015.

SÃO LUIS. Prefeitura de São Luís. Secretaria Municipal da Saúde- SEMUS. São Luis, 2010. Disponível em: <[http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal\\_subpagina.asp?site=1266](http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1266)>. Acesso em: 04 de jan.,2016.

SANTOS, A.S. et al. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000700014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000700014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de jun., 2015.

SILVA, A. R. et al. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61(esp.), p. 738-743, 2010.

SILVA M. S. et al. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no estado do Acre: estudo retrospectivo. **Hansenologia Internationalis**, 39 (2): p. 19-26, 2014.

SILVA SOBRINHO, R.A. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 6, Dec. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600011&lng=en&nrm=iso)>.

\_\_\_\_\_. **Perfil epidemiológico da hanseníase no estado do Paraná em período de eliminação**. P.13 ,. Cascavel: Eudunioeste, 2010.

SMITH W. C, AERTS A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. **Lepr Rev.** 2014 Mar;85(1):2-17.

TEMOTEO R. C. A et al., Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares. **ABCS Health Sciences**. 2013; 38(3):133-141. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/18>> Acesso em: 3 nov. 2016.

TALHARI S, NEVES RG. **Hanseníase** – 3ª edição. Manaus: Funcomiz, 1997.

VAN BEERS, S.M. et al. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **Int J Other Mycobact Dis**, 1999;67(2):119-28. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472363>>. Acesso em 06 jun., 2015.

VIEIRA, C. S. C. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61(esp), p. 682-688, 2008

VIEIRA, G. D.; ARAGOSO, I.; BRANDÃO, R. M. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e característica dos casos notificados 2001 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 2014.

WHO. World Health Organization. **Guide to the elimination of leprosy as a public health problem**. Geneva, 2000.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global leprosy situation, 2014**. Weekly Epidemiological Record, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1639?lang=en> . Acesso em: 28 de agosto, 2015.

## APÊNDICES

## APÊNDICE

### FORMULÁRIO - CONTATOS DE CASOS DE HANSENÍASE

Data do preenchimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ficha nº \_\_\_\_\_ Notificação caso índice \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Distrito sanitário \_\_\_\_\_

#### 1. Ano de Notificação do caso índice

1. Ano ( )

2. Idade (anos): \_\_\_\_\_

2. Idade ( )

3. Sexo ( )

1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado

3. Sexo ( )

4. Grau de Parentesco do contato com o caso índice ( )

1. Consangüíneo 1º Grau - pai, mãe, filhos, irmãos.

2. Consangüíneo 2º Grau – os demais parentes consangüíneos (tios, primos de 1º Grau, sobrinhos).

3. Parentes não consangüíneos – cônjuge, sogro, nora, cunhada.

4. Parentesco inexistente: não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso de hanseníase.

5. Não registrado

4. Parentesco ( )

5. Forma Clínica do caso de índice ( )

1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchowiana 5. Não Classificado

6. Não registrado

5. F.C índice ( )

6. Classificação Operacional do caso índice ( )

1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB

6. C.O índice ( )

7. Resultado do exame dermatoneurológico:

1. Suspeito 2. Doente 3. Normal 4. Não realizado

7. Resul Exam ( )

8. Se suspeito e encaminhado para avaliação médica, o resultado foi:

1. Normal 2. Com diagnóstico de hanseníase

8. Aval Susp ( )

9. Cicatriz vacinal por BCG

1. Nenhuma 2. Uma 3. Duas 4. Não registrado

9. Cicatriz BCG ( )

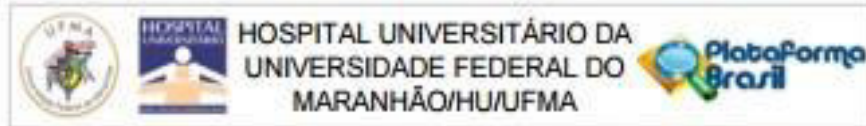
10. Encaminhamento para BCG:

1. Sim 2. Não 3. Não registrado

10. Enc. BCG ( )

**ANEXOS**

## ANEXO A- PARECER SUBSTÂNCIAL DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA.

**Pesquisador:** Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44720914.3.0000.5086

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

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

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.152.824

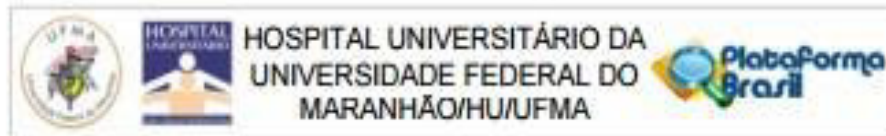
**Data da Relatoria:** 17/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução insidiosa, de grande potencial incapacitante e que se constitui num dos mais sérios problemas de saúde pública no País. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) estabelece uma política de eliminação e de atenção integral à hanseníase no Brasil. O seu monitoramento e avaliação são realizados a partir de Indicadores previamente estabelecidos e com base nos objetivos e parâmetros do Ministério da Saúde. A partir dos resultados obtidos pode-se classificar a situação do serviço de saúde avaliado. Trata-se de um estudo descritivo avaliativo, a ser realizado nos Programas de Controle da Hanseníase do Município de São Luís-MA e com o objetivo de avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA. Serão incluídos no estudo todos os casos de hanseníase notificados no ano de 2012, em São Luís-MA, pelas Unidades de Saúde com Programa de Controle da Hanseníase implantado e, seus respectivos contatos. A população será composta de 899 casos e aproximadamente 4900 contatos. O estudo será realizado de maio de 2015 a janeiro de 2016. Os dados serão coletados por meio de um formulário, no período de novembro de 2015 a abril de 2016 a partir das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase. Os dados serão processados e analisados no programa Epi-Info, versão 7, considerando-se os números absolutos e percentuais. Para a avaliação do programa serão

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: 1.152.804

utilizados os indicadores de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico e, os indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais) de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A pesquisa seguirá os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/12. Será solicitada autorização para a Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís e Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luís-MA. **Objetivo Secundário:** - Avaliar a efetividade das atividades da detecção precoce de casos. - Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. - Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. - Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intra domiciliares de casos novos de hanseníase.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Os riscos referem-se à quebra de confidencialidade e do anonimato, mas os pesquisadores se comprometem a minimizá-los fazendo a identificação dos participantes somente pelo número de notificação e mantendo os formulários de coleta de dados em local seguro. Somente a equipe de pesquisadores terão acesso aos mesmos. **Benefícios:** A pesquisa não trará benefício direto aos participantes, mas a avaliação dos programas poderá identificar fragilidades no serviço que uma vez corrigidos, podem melhorar o atendimento dos casos novos e seus contatos intra domiciliares, incluindo-se aqui, a avaliação quanto a presença de incapacidades físicas no início e final do tratamento, conclusão do tratamento em tempo correto e avaliação física dos contatos de casos novos.

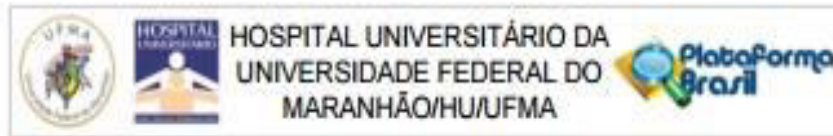
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante uma vez que a avaliação dos serviços de saúde torna-se importante, pois descreve a relação entre a necessidade de saúde da população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, produzindo assim dados confiáveis aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexo os resultados na Plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhadas, Termo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SÃO LUÍS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cnp@huufma.br	



Continuação do Parecer: 1.162.604

de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra. Atende, portanto às exigências da Norma Operacional nº 001/2013 (Item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**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.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP 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 no final da coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 17 de Julho de 2015

---

Assinado por:  
FABIO FRANÇA SILVA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-670  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.  
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

### PROJETO DE MONOGRAFIA

#### PARECER

1. **TÍTULO:** HANSENÍASE ENTRE CONTATOS INTRADOMICILIARES EM CAPITAL HIPERENDÊMICA NO BRASIL.
2. **ALUNO(A):** MANUELLE ALVES MENDONÇA
3. **ORIENTADOR(A):** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Isaura Leticia Tavares Rolim
4. **DADOS DA PESQUISA A QUAL O PROJETO ESTA VINCULADO:** "Avaliação dos programas de controle de hanseníase no município de São Luís –MA", que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer de número – 1.152.824 de 2015.

*Parecer favorável à realização.*

São Luís, 10 de julho de 2016.

*Leila M. Barros Fonseca*  
 Professor relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 11/07/2016.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em    /   /   .
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia    /   /   .

*Leila M. Barros Fonseca*  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila M. Barros Fonseca  
 Coordenadora do Curso de Enfermagem  
 UFMA