



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

NATHÁLIA GONÇALVES MESQUITA

**MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE
EXAMES COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

São Luís
2017

NATHÁLIA GONÇALVES MESQUITA

**MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE
EXAMES COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva.

São Luís
2017

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

Gonçalves Mesquita, Nathália.

Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico / Nathália Gonçalves Mesquita. - 2017.

58 p.

Orientador(a): Maria de Fátima Lires Paiva. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Contato. 2. Epidemiologia. 3. Hanseníase. I.
Lires Paiva, Maria de Fátima. II. Título.

NATHÁLIA GONÇALVES MESQUITA

**MONITORAMENTO DE CONTATOS DE HANSENÍASE A PARTIR DE EXAMES
COMPLEMENTARES EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

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

Aprovado em: 26/01/2017 Nota: 10 (Dez)

Banca Examinadora:

Profa. Maria de Fátima Lires Paiva (orientadora)

Doutora em Ciência-Fisiopatologia Clínica e Experimental

Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Universidade Federal do Maranhão

Profa. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Doutora em Biotecnologia

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Profa. Regina Maria Abreu Mota

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

À Deus e à minha mãe, por todo amor e amparo em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus pois sem ele não teria chegado até aqui, à São Miguel Arcanjo, Santo Expedito e Nossa Senhora que sempre estão guiando meus passos.

Agradeço à Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de fazer o curso de Enfermagem, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram um novo caminho em minha vida.

À minha orientadora professora Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, pela orientação, apoio, confiança e empenho dedicado à esse trabalho. Agradeço à todos os professores do Departamento de Enfermagem pois seus conhecimentos e suas posturas enquanto profissionais foram fundamentais para minha formação enquanto enfermeira e ser humano.

Agradeço aos meus pais por terem me concedido o dom da vida, em especial à minha mãe Tatiana de Sousa Gonçalves Mesquita que sempre esteve ao meu lado, me auxiliando a vencer cada fase da minha vida acadêmica, que mesmo nos momentos mais difíceis sempre está pensando e zelando por mim.

Gostaria de dedicar a minha formação à minha mãe e à minha avó por todo o suporte que me deram durante esses cinco anos. Não poderia esquecer da minha irmã Maria Clara Gonçalves Mesquita que sempre esteve ao meu lado nos bons e maus momentos e sempre estará.

Ao meu namorado Paulo Roberto Pereira Fonseca, pelo apoio e encorajamento em todos os momentos.

Aos meus amigos adquiridos durante a graduação, em especial Débora Sousa Ribeiro, Mariana Morgana Sousa e Silva, Manuelle Alves Mendonça, Thágore Gregory Silva Valentim, Ortêncyra Moraes Silva e Suzana Farias Brasil Nepomuceno, obrigada pela amizade e pela parceria. E a Lívia Salita Melo de Jesus Lages pela amizade e auxílios nessa reta final.

Aos companheiros da Liga Acadêmica da Amamentação e funcionários do Banco de Leite do Hospital Universitário Materno Infantil por terem oportunizado experiências enriquecedoras sobre o tema aleitamento materno.

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte de algum modo da minha formação, muito obrigada!

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

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Hanseníase é uma doença infecciosa crônica granulomatosa da pele e dos nervos periféricos, com período de incubação prolongado, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Em relação aos contatos, um aspecto decisivo é que a forma clínica do caso-índice tem importância no risco de adoecimento. Diante do exposto, objetivou-se realizar monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico e verificar se houve adoecimento desses contatos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de São Luís. A amostra do estudo foi de 40 contatos de portadores de hanseníase. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Dermatologia - ambulatório do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, no período de 1/12/2016 a 16/12/2016, por meio de um questionário e após realizada a entrevista, juntamente com a análise do prontuário foi realizado o exame dermatoneurológico visando detectar algum sinal de hanseníase. Os resultados foram: 57,5% eram do sexo feminino, 27,5% encontram-se entre a faixa etária de 12 a 17 anos e pode-se constatar que o parentesco mais comum (30%) foi o de pai/mãe. Verificou-se 62,5% eram intradomiciliares, 77,5% possui uma dose vacina BCG-ID e a maioria (90%) dos contatos não foram diagnosticados com hanseníase. Observou-se que 80% dos contatos são de casos índices multibacilares, com relação à forma clínica do caso índice houve uma semelhança entre casos dimorfo-dimorfo e os que não souberam informar, 22,5% respectivamente. Conclui-se que estudos realizados em contatos de doentes de hanseníase são de grande importância para a elucidação da cadeia de transmissão da hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Contatos. Epidemiologia.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic granulomatous infectious disease of the skin and peripheral nerves, with a prolonged incubation period, caused by *Mycobacterium leprae*. Regarding contacts, a decisive aspect is that the clinical form of the index case is important in the risk of becoming ill. In view of the above, it was aimed to monitor the contacts of leprosy patients in a hyperendemic municipality and to verify if these contacts were sick. This is an exploratory, descriptive, quantitative approach, carried out in the city of São Luís. The study sample comprised 40 contacts of leprosy patients. Data collection was performed at the Outpatient Dermatology Service of the University Hospital Unit Presidente Dutra of the Federal University of Maranhão, from 1/12/2016 to 12/16/2016, through a questionnaire and after the interview, together with the analysis of the medical record, the dermatoneurological examination was carried out in order to detect any signs of leprosy. The results were: 57.5% were female, 27.5% were between the ages of 12 and 17 years and it can be verified that the most common (30%) was the father / mother relationship. 62.5% were intradomiciliary, 77.5% had a BCG-ID vaccine dose and the majority (90%) of the contacts were not diagnosed with leprosy. It is observed that 80% of the contacts are of multibacillary index cases, with respect to the clinical form of the index case there was a similarity between cases dimorfo-dimorfo and those who did not know to inform, 22,5% respectively. It is concluded that studies carried out on contacts of leprosy patients are of great importance for the elucidation of leprosy transmission chain.

Keywords: Leprosy. Contacts. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1	Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo tipo de contato. São Luís, 2016.....	30
Gráfico 2	Contados de portadores de hanseníase, segundo a situação vacinal. São Luís, 2016.....	30
Gráfico 3	Frequência de casos de hanseníase entre os contatos examinados. São Luís, 2016.....	31
Gráfico 4	Contados de portadores de hanseníase, segundo classificação operacional do caso índice. São Luís, 2016.....	31
Gráfico 5	Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo forma clínica do caso índice. São Luís, 2016.....	32

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Contados de portadores de hanseníase, segundo sexo, idade e grau de parentesco com o caso índice. São Luís, 2016.....	29
----------	---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1. Geral	14
2.2. Específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Hanseníase	15
3.2 Breve histórico	15
3.3 Etiologia	18
3.4 Transmissão	20
3.5 Classificação operacional	20
3.6 Formas clínicas da doença	21
3.7 Diagnóstico	22
3.8 Tratamento	23
4. METODOLOGIA	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 População e amostra	26
4.3 Coleta de dados	27
4.4 Análise dos dados	27
4.5 Aspectos Éticos	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
APÊNDICE B – Termo de Assentimento	47
ANEXO A -Questionário	51
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	53

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, doença crônica estigmatizante com potencial de causar danos neurológicos, resulta da infecção pelo *Mycobacterium leprae*. Apesar das várias campanhas para eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter anunciado a eliminação da doença em vários países endêmicos em 2005, sua incidência, que é estimada pela detecção de casos novos, permanece alta no Brasil (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) em 2015, houve uma regressão de 68% nos últimos dez anos na taxa de prevalência da doença. Porém, o Brasil ainda é considerado um dos países que não conseguiram eliminar a hanseníase e o que concentra o maior número de casos a cada ano (RODRIGUEZ, 2015). Existe, portanto, a necessidade de intensificar a busca ativa de casos novos devido à alta endemicidade em algumas regiões.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2015 o estado do Maranhão ocupou o terceiro lugar na taxa de detecção geral dos casos de hanseníase em relação aos demais estados do país. O Maranhão apresentou 51,27 casos/100 mil habitantes diagnosticados no país no ano de 2015 (BRASIL, 2016).

A doença pode acometer pessoas em qualquer idade e de ambos os sexos. Considera-se que a patologia se encontra em situação de endemicidade quando há casos em menores de quinze anos (BRASIL, 2002). Segundo o SINAN, o Maranhão também ocupa o terceiro lugar em relação aos demais estados brasileiros no que se refere ao coeficiente de detecção dos casos de hanseníase em menores de 15 anos. A taxa de detecção é de 17,56 casos/100 mil habitantes, reforçando a situação de hiperendemicidade no estado (BRASIL, 2016).

A hanseníase é uma doença na qual a única fonte de infecção é o homem, a transmissão ocorre por meio das vias aéreas superiores das pessoas portadoras. Assim, os familiares (contatos intradomiciliares) são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos.

A OMS alerta para a implantação de soluções inovadoras, como monitoramento de contatos, encaminhamentos, gestão dos programas, eliminação

do estigma e da discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias, bem como, a reinserção social dos doentes em suas comunidades (OPAS, 2010).

O contato de um indivíduo com a patologia torna-o mais propenso a adquirir a doença, sendo que este indivíduo possui grande importância na cadeia epidemiológica, visto que as ações voltadas para o controle dos contatos têm sido pouco valorizadas no contexto familiar e social, já que os serviços de saúde possuem maior preocupação com o controle da doença e do indivíduo doente (SOUSA *et al.*, 2013).

Ressalta-se que os bacilos viáveis são eliminados pelas vias aéreas superiores ou por lesões na pele, principalmente por parte dos doentes multibacilares não tratados ou com bacilos resistentes às drogas. O contato prolongado de pacientes com indivíduos sadios, principalmente os familiares, torna-os um grupo com alto risco de desenvolvimento da doença uma vez que a exposição e o convívio constituem uma possível rota de infecção (PAIVA, 2013).

A mesma autora relata ainda que a hanseníase já foi considerada uma doença hereditária, mas hoje se sabe que é infecto-contagiosa e que a susceptibilidade individual é um dos principais fatores que determinam o adoecimento e, como este fator é determinado geneticamente, existe uma forte associação da incidência da hanseníase e susceptibilidade familiar, evidenciada pela distribuição familiar da doença. Os contatos domiciliares, em geral, são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos (PAIVA, 2013).

Ximenes Neto *et al.*, (2013) relatam que o diagnóstico rápido e efetivo, com o acompanhamento do tratamento, vigilância epidemiológica eficiente, sobretudo na busca ativa dos contatos, além das visitas aos lares das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atenção interdisciplinar, são medidas eficazes de controle da hanseníase.

O Ministério da Saúde preconiza a busca ativa de casos como uma das principais ações para o diagnóstico precoce da hanseníase, nesse sentido, é de suma importância à vigilância de contatos intradomiciliares do doente de hanseníase, contribuindo para controlar a expansão da endemia e também prevenir as deformidades (PEIXOTO *et al.*, 2011).

Cumpra lembrar que os contatos do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e encaminhados para o tratamento específico da hanseníase. Para os sadios, após avaliação da cicatriz vacinal as recomendações, em relação à BCG-ID, são: na ausência de cicatriz ou, se houver uma cicatriz, prescrever uma dose de BCG-ID; e na existência de duas cicatrizes não há necessidade de vacinação (PEIXOTO *et al.*, 2011).

Logo, o trabalho com contatos é de importante relevância para solucionar esse problema, pois mostram que a investigação dos comunicantes possibilita uma estimativa relativamente mais precisa da incidência, permitindo o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, delimitando com exatidão os casos novos (PAIVA, 2013).

Este estudo teve sua motivação ligada à experiência adquirida ao longo da graduação, principalmente durante as práticas das disciplinas de Doenças Transmissíveis e Atenção Básica em Saúde II. Percebi a necessidade de abordar o tema proposto, uma vez que, foi possível observar a alta desistência do tratamento da hanseníase bem como a precariedade no que se refere ao monitoramento dos contatos desses pacientes.

É importante ressaltar que o monitoramento seguido do diagnóstico precoce dos contatos de hanseníase é fundamental para o estabelecimento do tratamento imediato o que proporciona maior qualidade de vida e evita quadros mais agravados.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Realizar avaliação dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico e verificar se houve adoecimento desses contatos.

2.2. Específicos

- Resgatar os contatos para realização de exame clínico dermatoneurológico;
- Caracterizar os contatos quanto ao sexo, faixa etária e grau de parentesco do contato com o portador de hanseníase;
- Identificar a classificação operacional do caso índice (PB ou MB), tipo de contato (intradomiciliar, intra-íntimo, extradomiciliar, extradomiciliar-íntimo, ocupacional) e forma clínica;
- Verificar a situação vacinal (BCG);
- Identificar a frequência de casos hanseníase entre os contatos examinados.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hanseníase

A doença é considerada importante problema de saúde pública no Brasil, no qual seu controle é configurado como um grande desafio, pois o país têm aumentado os casos registrados, sendo superado apenas pela Índia. É uma doença crônica, curável e seu agente etiológico é capaz de infectar um elevado número de pessoas por sua alta infectividade (BRASIL, 2006).

No Maranhão, os casos de incidência da hanseníase são considerados elevados pelo Ministério da Saúde. O índice de detecção da hanseníase no Estado tem chegado a dez vezes mais do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Diante do exposto, este capítulo irá apresentar as características da patologia, como breve histórico, etiologia, transmissão, classificação operacional, formas clínicas da doença, diagnóstico e tratamento.

3.2 Breve histórico

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de lepra, parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem e acredita-se que seja originária da Ásia. Atualmente, discute-se se a hanseníase é de origem asiática ou africana (BRASIL, 2008).

Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existia no Egito quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II. Há evidências objetivas da doença em esqueletos descobertos no Egito, datando do segundo século antes de Cristo (BRASIL, 2006).

No livro “Nei Ching Wen”, cuja autoria é atribuída ao Imperador chinês Huang Tin, traduzido entre 2698-2598 a.C., aparece o termo li-feng para designar paralisia grave e descrever um estado patológico que provoca queda de sobrancelhas, nódulos, ulcerações, dormência, mudança de cor da pele e desabamento do nariz (OPROMOLLA, 1981 apud EDIT, 2004).

Outra possível referência, na literatura chinesa antiga, é encontrada no livro “Analects”, época da dinastia Chou, durou 1122 à 255 a.c. Neste escrito há referências que um dos discípulos de Confúcio sofria de uma doença parecida com

a hanseníase virchowiana, mas a descrição da mesma é imprecisa e restam dúvidas a respeito. Nesta época a doença era conhecida como laiping e TaFeng (OPROMOLLA, 1981 apud EDIT, 2004).

Na Índia, o “SushrutaSamhita”, datado de 600 a.C., descreve hiperestesia, anestesia, formigamento e deformidades sob os termos vat-ratka e vatsonita. Sob a designação de kushtha, cita três espécies de manifestações cutâneas principais: anestesia local, ulcerações e deformidades (queda dos dedos e desabamento do nariz). Nos “Vedas” (1400 a.C.) a hanseníase é mencionada como kushtha e “Leis de Manu” (1300-500 a.C.) há instruções sobre a profilaxia da hanseníase. (OPROMOLLA, 2000)

Opromolla, Dalben e Cardim (2006, p. 90) ressaltam ainda, “há referências de que a hanseníase existia em muitos outros lugares da Terra nesses tempos antigos, mas na verdade o que houve foram traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias”. Nos tempos Babilônicos, por exemplo, há referências sobre a hanseníase como a palavra lepra, mas seu significado era de uma doença escamosa. A palavra epqu, que foi traduzida como lepra no Dicionário Assírio, também significa escamoso.

Silveira (2006) afirma que por volta do ano 150 d.c a doença já era bem conhecida na Grécia, quando se encontram referências à mesma feitas por Aretaeus e Galeno. O primeiro autor, no seu trabalho intitulado “Terapêutica de Afecções Crônicas”, designa a hanseníase como elephas ou elefantíase. Nesta mesma obra ele fala da semelhança da pele doente à pele do elefante, que é espessada. Foi ele quem introduziu o termo facies leonina para designar o aspecto da face do paciente infiltrada pela moléstia. Estes autores já conheciam, bem no começo da nossa era, a hanseníase virchowiana, mas não fazem referências a distúrbios de sensibilidade.

Segundo Nogueira *et al.*, (2003) da Grécia a Doença de Hansen foi lentamente disseminando-se para a Europa, carregada por soldados infectados (cruzados), comerciantes e colonizadores, sendo mais prevalente entre os séculos X e XV. Acontece, porém, que a hanseníase era designada como lepra, como eram assim denominadas várias outras doenças de pele que se supunham ser idênticas ou ter alguma relação com ela. O termo lepra absorveu, então, outras designações da doença como elefantíase. A palavra lepra era usada para designar diferentes patologias cutâneas, uma vez que os médicos antigos não tinham uma ideia exata

das doenças dermatológicas. Alguns colocavam na mesma categoria o líquen, a psoríase, a escabiose, o impetigo e a hanseníase.

No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, onde, anos mais tarde, seria criado o primeiro lazareto, local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, lazarentos ou leprosos (VELLOSO; ANDRADE, 2003).

Os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase no território brasileiro datam dos primeiros anos do século XVII, tanto que em 1696 o governador Artur de Sá e Menezes procurava dar assistência, no Rio de Janeiro, aos doentes já então em número apreciável. Após os primeiros casos no Rio de Janeiro, outros focos da doença foram identificados, principalmente na Bahia e no Pará (VELLOSO; ANDRADE, 2003).

Diante do fato, as autoridades da época a solicitarem providências a Portugal, sem, entretanto, serem atendidas. Ainda segundo dados deste mesmo autor, as primeiras iniciativas do governo colonial só foram tomadas dois séculos depois do pedido das autoridades locais, com a regulamentação do combate à doença por ordem de D. João VI. Entretanto, as ações de controle se limitaram à construção de asilos e à assistência precária aos doentes (BRASIL, 2006).

São dois, os documentos mais antigos, referentes à hanseníase no Estado de São Paulo. Um é a carta enviada ao Conde de Oyeiras, em 1765, onde o governador se refere ao perigo que corria a capitania em decorrência da doença. O outro documento são coletâneas das atas da cidade de São Paulo (1768) sobre o despejo de uma cigana doente a mando da vereança da cidade. O primeiro censo em São Paulo sobre o número de casos de hanseníase foi em 1822, executado pelo Visconde de Oeynhausen, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo censo foi realizado em 1851. Outros censos foram realizados depois, notando-se sempre um aumento do número de pacientes, o que acompanhava a marcha do progresso do Estado (CARVALHO, 2004).

Em decorrência do desenvolvimento da agricultura, novas terras foram sendo colonizadas e surgiu a necessidade de mão-de-obra. Como consequência houve a migração de vários doentes às mais diferentes regiões do território brasileiro. Estes focos, muito distantes um dos outros, correspondiam às cidades mais importantes política ou economicamente. Pernambuco era o mais importante centro açucareiro do mundo, a Bahia, capital da Colônia e o Rio de Janeiro

progrediam tanto que se tornou a sede do Governo posteriormente. São Paulo iniciava o desenvolvimento de sua agricultura, abandonando o espírito aventureiro que provocara a conquista de Minas Gerais, Goiás e todo o Sul do País (BRASIL, 2006).

Após a introdução da moléstia por diversos pontos da costa brasileira, correspondentes aos principais centros da Colônia, a infecção teria acompanhado a marcha da colonização. De Pernambuco, um dos mais antigos centros da agricultura usineira, teria a moléstia se estendido à Paraíba e a Alagoas, devido ao desenvolvimento agrícola dessas regiões. E ao Ceará, Maranhão, Pará e Amazonas pela ocupação desses Estados (MARUANO, 2005).

De São Paulo, a infecção teria acompanhado os bandeirantes para Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. E seria de São Paulo, também, o foco da hanseníase para os Estados do Sul. O Amazonas deve ter recebido a hanseníase do Pará, onde era grande a prevalência nos princípios do século XIX. As relações com Belém, Santarém e Manaus eram intensas nessa época por causa do desenvolvimento do comércio. Segundo o Ministério da Saúde os nordestinos que iam à Amazônia voltavam, frequentemente, leprosos (BRASIL, 2004).

A respeito do papel do escravo africano na difusão da doença no País, as opiniões dos autores divergem sobre o assunto, os escravos africanos não teriam introduzido a doença, mas contribuído para a sua disseminação. Na época Colonial, os critérios adotados para a entrada do escravo no País eram muito rígidos, pois nenhum proprietário arriscaria comprar um serviçal com lesões de pele que pusessem em risco sua família e seus outros escravos (EDIT, 2004)

3.3 Etiologia

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, caracterizada pela evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se principalmente, através de sinais e sintomas dermato neurológicos, apresentando-se endêmica no Brasil. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, também chamado, Bacilo de Hansen, se apresenta sob a forma de bastonete, sendo álcool-ácido-resistente (BAAR) e parasita intracelular obrigatório (BRASILEIRO FILHO, 2006).

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido-resistente e é um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos,

especificamente células de Schwann. Esse bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, *in vitro*. São observados em grandes quantidades nas células do sistema imune, predominantemente nos macrófagos e nas células de Schwann, no sistema nervoso periférico, formando aglomerados ou dispostos em paralelo. Sua reprodução ocorre pelo processo de divisão binária e é gram-positivo (GABINO *et al.*, 2006).

A forma do *M. leprae* é de um bastonete reto ou ligeiramente encurvado, de 1,5 a 8 um de comprimento por 0,2 a 0,5 um de largura; cora-se em vermelho pela fucsina e não se descora pela lavagem com álcool e acetona, portanto é um bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR). Nos esfregaços de pele e nos cortes histopatológicos os bacilos são vistos isolados, em agrupamentos variados ou em arranjos especiais denominados globias, peculiar do *M. leprae*, e resultam da sólida união de bacilos através de uma substância chamada gléia. (BRASILEIRO FILHO, 2006).

Esse bacilo de Hansen se reproduz muito lentamente. Seu tempo médio de multiplicação é de 12 a 14 dias, muito longo se comparado ao do bacilo da tuberculose, que é de 20 horas. Esta lentidão biológica do bacilo explica a cronicidade de sua evolução e longo período de incubação (MARTINS; CASTRO; MOREIRA, 2007).

Se o *M. leprae* acometesse somente a pele, a hanseníase não teria a importância que tem em saúde pública. Em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico (terminações nervosas livres e troncos nervosos) surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paresias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (BRASIL, 2010).

A gravidade do problema da hanseníase não é avaliada apenas pelo número de doentes existentes, ou pela sua contagiosidade, mas sobretudo pela sua incapacidade, ocasionando problemas psicossociais ao indivíduo. É uma doença crônica de caráter transmissível e insidioso e que tem cura, no qual acomete fundamentalmente a pele e os nervos periféricos, que pode repercutir em perda da sensibilidade protetora do epitélio, do tônus e da força muscular, muitas vezes irreversível, levando o indivíduo à incapacidade física. Além de atingir órgãos como os olhos, o nariz, as mãos e os pés pode existir a presença de bacilos em algumas

vísceras do paciente tais como fígado, laringe, rins e testículos (CORRÊA *et al.*, 2006).

3.4 Transmissão

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio dá-se através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada. E a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, o trato respiratório, no entanto, existe a necessidade de um contato direto com a pessoa doente não tratada (ALVES, 2008).

Os pacientes sem tratamento eliminam os bacilos através do aparelho respiratório superior, sejam pelas secreções nasais, gotículas de saliva que saem com a fala, tosse ou espirro. Este bacilo, que fica suspenso no ar por alguns segundos, pode contaminar uma pessoa próxima e desenvolver a doença. Ressalta-se também que os fatores socioeconômicos desfavoráveis tem influência no risco de adoecer (AQUINO *et al.*, 2003).

Muitas pessoas que entram em contato com estes bacilos não adquirem a doença. Somente 5% delas irão desenvolver a hanseníase com o passar do tempo. Fatores ligados à genética humana e ao sistema imunológico (defesa do organismo) irão determinar se um indivíduo irá ou não contrair a doença após o contato com o bacilo de hansen (CORRÊA *et al.*, 2006).

O período de incubação da hanseníase é bastante longo, variando de dois a sete anos. Este período é necessário para o desenvolvimento dos primeiros sinais e sintomas da doença após o contágio ou contaminação pelo bacilo (BRASIL, 2010).

3.5 Classificação operacional

No Brasil, as classificações que têm sido mais frequentemente utilizadas são a proposta no VI Congresso Internacional de Leprologia realizado em Madri em 1953, a que tem como critério básico o resultado do exame baciloscópico e a elaborada por meio de critérios clínicos e imunopatológicos por Ridley e Jopling, amplamente utilizada em pesquisas (SILVEIRA, 2006).

Entretanto, tendo em vista a dificuldade, em determinadas regiões, de se estabelecer uma avaliação de qualidade, a estratégia sugerida foi a simplificação do método de classificação dos pacientes com hanseníase. Dessa forma, em 1995, a OMS recomendou, para os países endêmicos e para as regiões sem acesso a exames laboratoriais, o diagnóstico consistindo em uma classificação simplificada, essencialmente clínica, que utiliza o número de lesões cutâneas e/ou de troncos nervosos acometidos para classificação e escolha de esquemas poliquimioterápicos (BRASIL, 2010).

Os doentes de hanseníase são classificados para tratamento poliquimioterápico em paucibacilares ou multibacilares essa classificação baseia-se no número de lesões apresentado pelo doente e na baciloscopia. O cliente paucibacilar apresenta até cinco lesões de pele, o multibacilar apresenta mais de cinco lesões (LANA *et al.*, 2008). Os casos Paucibacilares, portanto, não são considerados importantes fontes de transmissão da doença devido à sua baixa carga bacilar. Algumas pessoas podem até curar-se espontaneamente (SILVEIRA, 2006).

A minoria das pessoas não apresenta resistência ao bacilo, que se multiplica no seu organismo passando a ser eliminado para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Estas pessoas constituem os casos Multibacilares (MB), que são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação inativam os bacilos, tornando-os incapazes de infectar outras pessoas (LANA *et al.*, 2008).

3.6 Formas clínicas da doença

A hanseníase é uma doença capaz de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), embora poucos adoçam (baixa patogenicidade), sua evolução está diretamente relacionada com a resistência do hospedeiro (BRASIL, 2014).

Existem quatro formas clínicas da doença:

Hanseníase indeterminada é a forma inicial, evoluindo espontaneamente para a cura na maioria dos casos, ou evolui para as outras formas polarizadas em cerca de 25% dos casos, o que pode ocorrer no prazo de 3 a 5 anos (BOECHAT;

PINHEIRO, 2012). Geralmente, encontra-se apenas uma lesão de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade podendo ser acompanhada de alopecia e/ou anidrose (BRASIL, 2014).

A *Hanseníase tuberculóide* apresenta placas eritematosas, eritematosas hipocrômicas, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência), podendo ocorrer comprometimento dos nervos (OLIVEIRA; MACEDO, 2012).

A *Hanseníase dimorfa* é a forma intermediária, resultado de uma imunidade também intermediária. O número de lesões é maior que cinco, formando manchas que podem atingir grandes áreas da pele sadia. O acometimento dos nervos é mais extenso (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

Na *Hanseníase virchowiana* a imunidade é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos). Órgãos internos também são acometidos pela doença, sendo a forma mais grave da hanseníase (OLIVEIRA; MACEDO, 2012).

3.7 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. A baciloscopia é um exame complementar para a classificação dos casos em MB ou PB. Quando positiva, classifica o caso como MB, independente do número de lesões, porém, o resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença. A histopatologia é útil nos casos em que o resultado apresenta dúvida, porém, não deve ser considerada como padrão ouro (BATISTA et al., 2011).

O roteiro de diagnóstico clínico constitui-se das seguintes atividades: anamnese - obtenção da história clínica e epidemiológica; avaliação dermatológica - identificação de lesões de pele com alteração de sensibilidade; avaliação neurológica - identificação de neurites, incapacidades e deformidades; diagnóstico

dos estados reacionais; diagnóstico diferencial; classificação do grau de incapacidade física (SAVASSI, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde na anamnese deve-se colher os sinais e sintomas da doença e possíveis vínculos epidemiológicos, logo após registrar cuidadosamente no prontuário todas as informações obtidas, pois elas serão úteis para a conclusão do diagnóstico da doença, para o tratamento e para o acompanhamento do paciente. É importante que seja detalhada a ocupação da pessoa e suas atividades diárias. Não esquecendo de observar alguma alteração na sua pele como manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos, e há quanto tempo eles apareceram (BRASIL, 2008)

As áreas onde as lesões ocorrem com maior frequência são: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, mas elas podem ocorrer, também, na mucosa nasal. Devem ser realizadas as seguintes pesquisas de sensibilidade nas lesões de pele: térmica, dolorosa, e tátil, que se complementam (SOUZA *et al.*, 2013).

Cumprir lembrar, que a hanseníase é doença infecciosa, sistêmica, com repercussão importante nos nervos periféricos, logo, no estágio inicial da doença, não apresenta um dano neural demonstrável, contudo, sem tratamento adequado frequentemente, a neurite torna-se crônica e evolui, passando a evidenciar o comprometimento dos nervos periféricos: a perda da capacidade de suar (anidrose), a perda de pelos (alopecia), a perda das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil, e a paralisia muscular (SILVEIRA, 2006).

Já no diagnóstico laboratorial é realizada a baciloscopia. É um auxílio para o diagnóstico e também serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico e da cura. O tratamento é iniciado imediatamente após o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2008).

3.8 Tratamento

Com a introdução das sulfonas, na década de 1940, para o tratamento da hanseníase, o controle desta doença deixa de ser feito através do isolamento e da segregação do doente. Destacamos que desde a década de 1950 não existe mais a norma de isolar, compulsoriamente, o doente de hanseníase em hospitais-colônias

para seu tratamento e a terapêutica é realizada em nível ambulatorial, desde então (VELLOSO; ANDRADE, 2003).

A hanseníase tem tratamento e cura. Porém, se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode ficar como sequela permanente no momento da alta. Este dado reforça a importância do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento adequado para a prevenção das incapacidades físicas que a evolução da doença pode causar. (CORRÊA *et al*, 2006)

Para o tratamento existe a poliquimioterapia (PQT) e para sua escolha há uma classificação operacional do caso de hanseníase que se baseia no número de lesões cutâneas: PB casos com até cinco lesões de pele e MB com mais de cinco lesões. Existem dois esquemas de tratamento para hanseníase: um para a forma PB e outro para MB, ambos podem ser realizados em atendimento ambulatorial. (BRASIL, 2014).

A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. (SAVASSI, 2010)

A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. A informação sobre a classificação do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso (SAVASSI, 2010).

Os pacientes em tratamento da hanseníase devem ser agendados para retorno a cada 28 dias; caso os mesmos não compareçam para a tomada da dose supervisionada por mais de 30 dias, os profissionais de saúde devem promover visitas domiciliares com vistas a intervenção das possíveis causas de falta, orientá-los e, conseqüentemente evitar a situação de abandono (ALEXANDRE *et al.*, 2009).

Sabe-se que o abandono do tratamento implica em maior risco de transmissão dos casos detectados e não tratados adequadamente, assim, dá-se continuidade à cadeia de transmissão que havia sido interrompida com o início do

tratamento medicamentoso, aumentando o risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra as pessoas afetadas (SOUZA *et al.*, 2013).

Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema-padrão é ajustada, de acordo com a sua idade. Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema-padrão, são indicados esquemas alternativos. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico (BRASIL, 2008).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Referência – Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra em São Luís.

Com relação à pesquisa exploratória, esta tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2008).

Segundo Gil (2008, p. 20) a pesquisa descritiva visa “descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”. Em se tratando da análise quantitativa, Minayo (2008), afirma que esta investigação possibilita a percepção da realidade mais objetiva. Esta investigação admite a utilização de equações, medidas gráficas e estatísticas. O autor acrescenta também que a pesquisa quantitativa tem como característica o campo e prática e objetivo, trazendo à luz dados, indicadores e tendências que podem ser quantificadas.

A cidade possui 1.014.837 habitantes, sendo a 16ª cidade mais populosa do Brasil, ocupa uma área de 828,01 Km² e está localizado no Nordeste do Brasil. São Luís é a única cidade brasileira fundada pelos franceses, e é uma das três capitais brasileiras localizadas em ilhas.

4.2 População e amostra

A população alvo deste estudo foi de 300 contatos, selecionados a partir de um total de 599 contatos, avaliados durante a pesquisa e tese “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico” realizada pela Professora Doutora Maria de Fátima Lires Paiva, na cidade de São Luís- MA, entre outubro de 2009 a outubro de 2011, no Serviço de Dermatologia no ambulatório do Hospital Universitário Presidente Dutra da

Universidade Federal do Maranhão. Do total da amostra selecionada, compareceram para avaliação de controle 40 contatos de portadores de hanseníase.

O critério de seleção dessa amostra constitui-se de contatos que apresentaram alteração no resultado de algum dos exames realizados no período de 2009 a 2011 (teste intradérmico de Mitsuda, PCR de swab nasal, PCR de swab bucal, testes sorológicos Elisa anti-PGL1 e ML-Flow), principalmente resultados de Elisa maiores ou iguais a 0,6. Somente participaram da pesquisa contatos de portadores de hanseníase que tinham idade igual ou superior a doze anos. Quando do comparecimento à unidade de saúde, foi explicado o procedimento a ser realizado que foi o exame clínico dermatoneurológico. Em caso de suspeita de hanseníase, esse contato foi encaminhado à uma unidade de saúde próxima do seu domicílio para possível confirmação de diagnóstico.

4.3 Coleta dados

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Dermatologia - ambulatório do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, no período de 1/12/2016 a 16/12/2016. Procedemos com o convite por meio de correspondências via correios dos contatos selecionados, nos casos em que não foi possível a localização do cliente a comunicação e agendamento da avaliação deu-se por telefone.

Durante a entrevista, foi preenchido um questionário (ANEXO A) que conta com dados gerais do contato, informações do caso índice, acompanhamento e situação de comparecimento de contato. Após realizada a entrevista, juntamente com a análise do prontuário foi realizado o exame dermatoneurológico visando detectar algum sinal de hanseníase. Os contatos que apresentaram alterações foram encaminhados para os serviços ambulatoriais de tratamento de hanseníase mais próximos de seus domicílios.

4.4 Análise dos dados

Após coletados, os dados foram analisados, tabulados e apresentados na forma de gráficos e tabelas, sendo que os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel 2010 para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o software BioEstat 5.0 (2007).

4.5 Aspectos Éticos

Inicialmente o projeto foi encaminhado para Plataforma Brasil, em seguida sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU/UFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, segundo o número 1.843.966 (ANEXO B).

Respeitando-se os aspectos éticos, a pesquisadora se propôs a agir com discrição e sigilo sobre a instituição e seu atendimento, conforme a Resolução 466/2012, para preservação dos dados dos componentes da amostra, utilizou-seo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) para os menores de idade, até os 12 anos. Os participantes da pesquisa assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e do Termo de Assentimento.

5.RESULTADOS

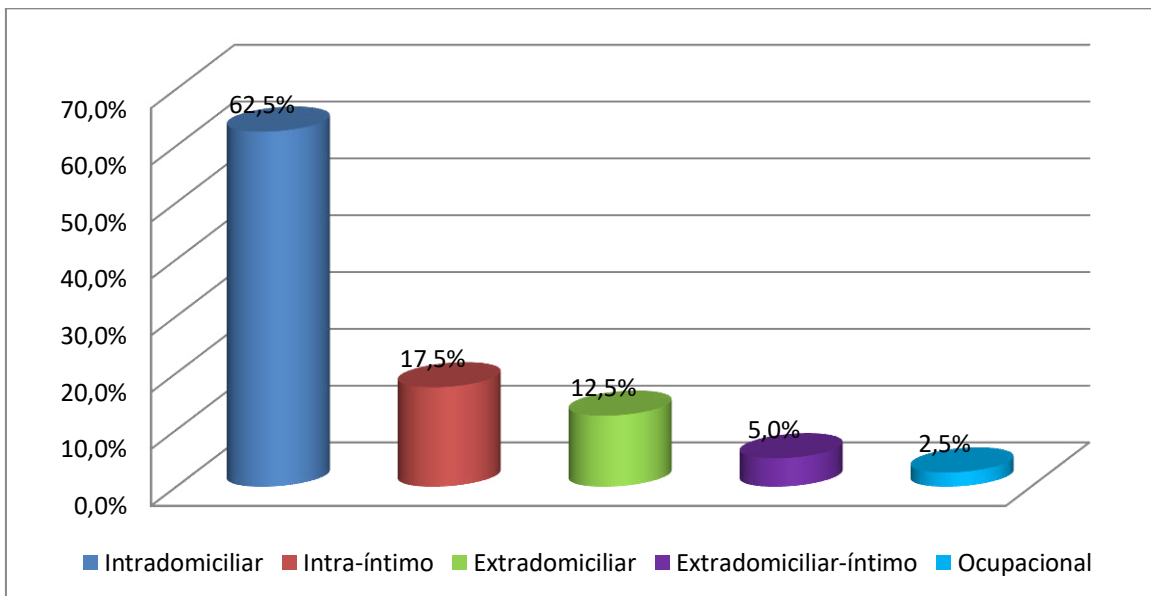
Com relação às características dos indivíduos pesquisados, verificou-se que 57,5% eram do sexo feminino, 27,5% encontram-se entre a faixa etária de 12 a 17 anos. A respeito do grau de parentesco dos contatos com o portador de hanseníase, de acordo com a Tabela 1, pode-se constatar que o parentesco mais comum (30%) foi o de pai/mãe.

Tabela 1 – Contatos de portadores de hanseníase, segundo sexo, idade e grau de parentesco com o caso índice. São Luís, 2016.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	17	42,5
Feminino	23	57,5
Faixa etária		
12 a 17 anos	11	27,5
18 a 20 anos	2	5,0
21 a 30 anos	4	10,0
31 a 40 anos	6	15,0
41 a 50 anos	3	7,5
51 a 60 anos	8	20,0
Mais de 60 anos	6	15,0
Grau de parentesco		
Cônjuge	7	17,5
Primo de segundo grau	3	7,5
Mãe/pai	12	30,0
Irmão/irmã	6	15,0
Filho/filha	6	15,0
Amigo/amiga	1	2,5
Vizinho	1	2,5
Avó	2	5,0
Sobrinho	1	2,5
Sogra	1	2,5
TOTAL	40	100

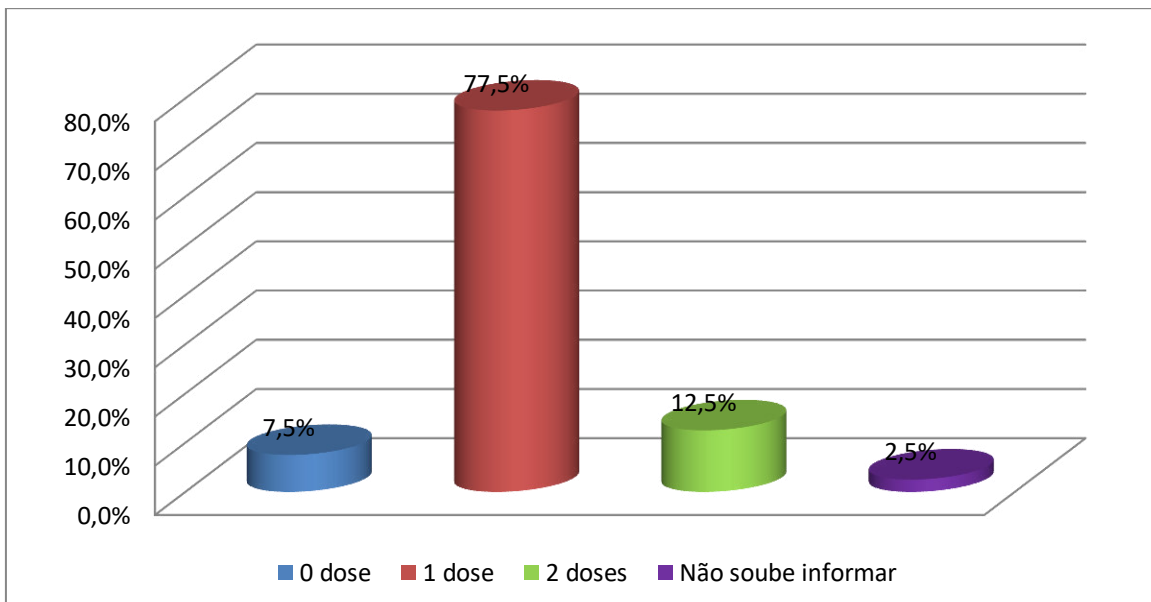
No gráfico 1, com relação ao tipo de contato, verificou-se 62,5% eram intradomiciliares, seguido 17,5% intra-íntimo e 12,5% extradomiciliar.

Gráfico 1 - Distribuição dos contatos de portadores de hanseníase, segundo tipo de contato. São Luís, 2016.



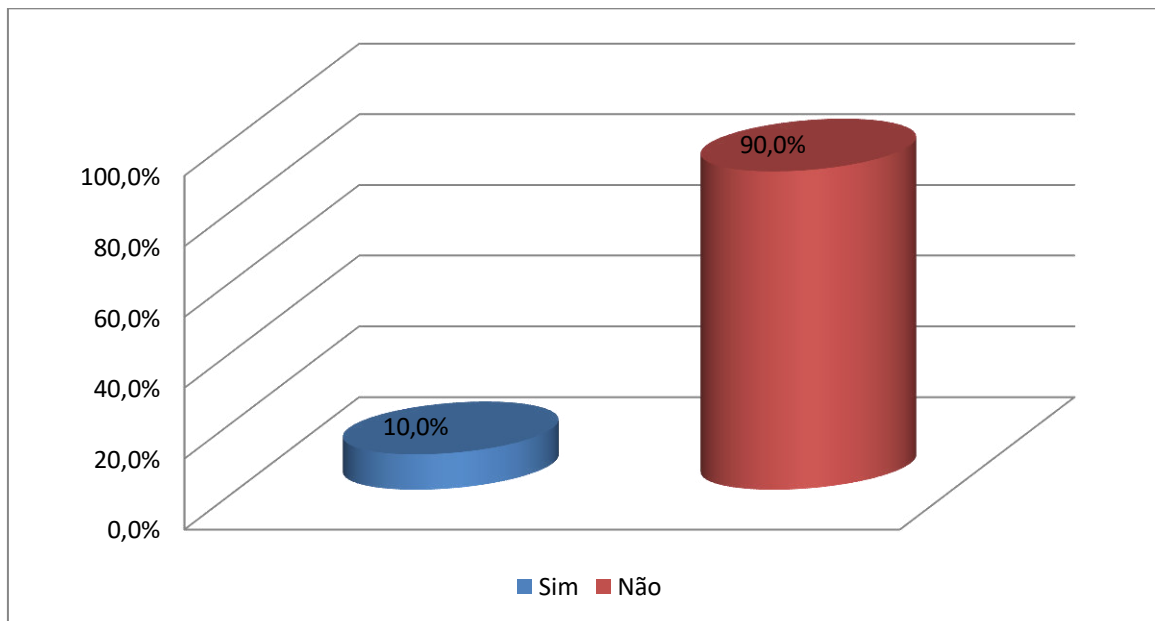
Dos 40 contatos pesquisados, 77,5% possui uma dose vacina BCG-ID (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Contatos de portadores de hanseníase, segundo a situação vacinal. São Luís, 2016.



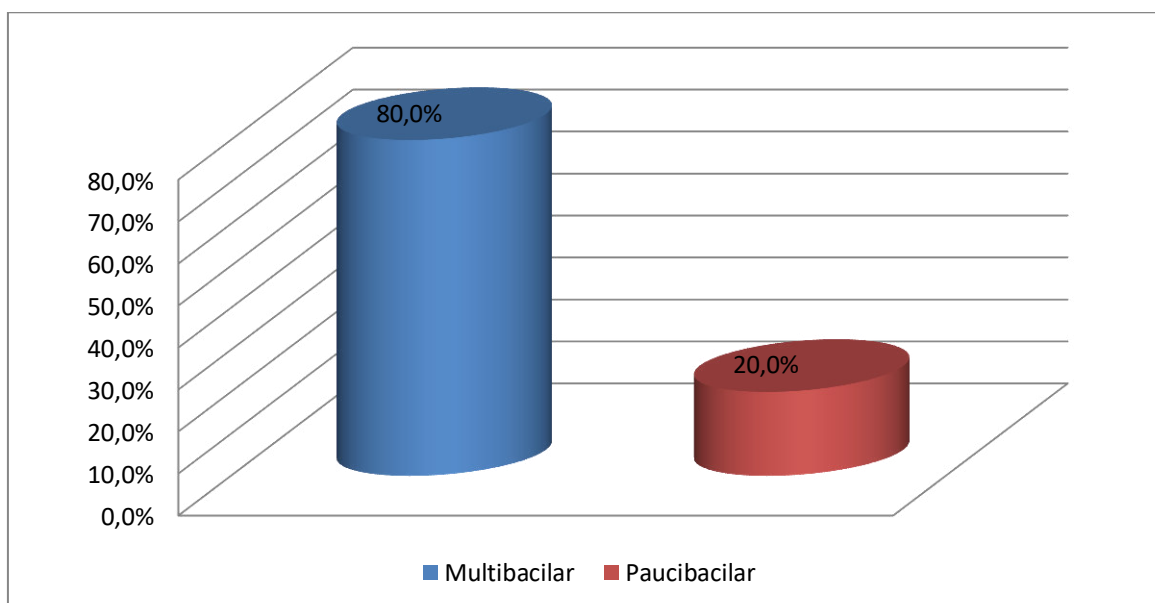
No gráfico 3, verificou-se que a maioria (90%) dos contatos não foram diagnosticado com hanseníase.

Gráfico 3 – Frequência de casos de hanseníase entre os contatos examinados. São Luís, 2016.



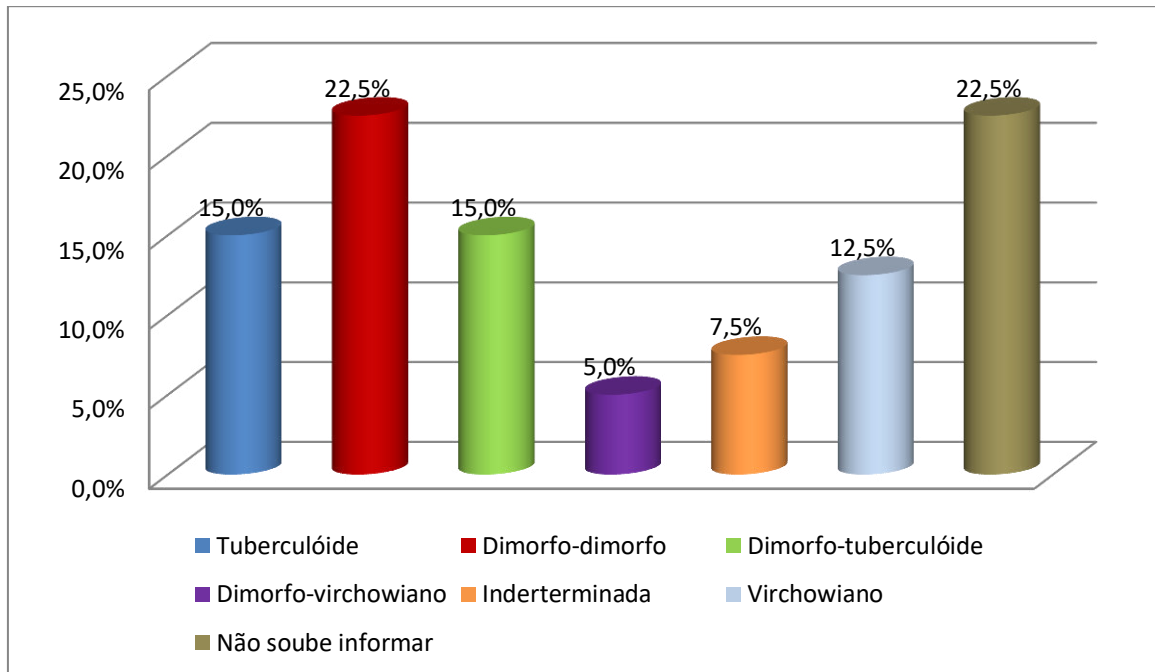
No gráfico 4, observa-se que 80% dos contatos são de casos índices multibacilares e 20% de casos paucibacilares.

Gráfico 4 - Contatos de portadores de hanseníase, segundo classificação operacional do caso índice. São Luís, 2016.



Com relação à forma clínica do caso índice, verificou-se no gráfico 5, que houve uma semelhança entre casos dimorfo-dimorfo e os que não souberam informar, 22,5% respectivamente.

Gráfico 5 - Distribuição dos contados de portadores de hanseníase, segundo forma clínica do caso índice. São Luís, 2016.



6. DISCUSSÃO

O predomínio do gênero feminino verificado neste estudo (57,5%) foi semelhante aos resultados encontrados na pesquisa de Peixoto *et al.*, (2011) realizada em São Luís – MA, onde verificou-se maior frequência de contatos era do sexo feminino (50,3%). Segundo o estudo de Lobo *et al.*, (2011), houve uma superioridade quantitativa do sexo feminino com 51% na averiguação de casos novos diagnosticados com hanseníase por exame de contato, assim, em seu estudo as mulheres enquanto comunicantes intradomiciliares se mostraram mais propensas a adquirir a doença. No entanto, o estudo realizado por Lobato, Neves e Xavier (2016) no município de Igarapé-Açu – PA diverge do presente estudo, pois teve como resultado de que entre os contatos, a maioria era do sexo masculino (52,63%).

Com relação à idade, observou-se maior frequência na população de faixa etária menores de 18 anos. Os achados relativos à faixa etária estão também semelhantes a estudos previamente realizados no estado do Maranhão que revelaram prevalência da doença em idades mais precoces, abaixo de 18 anos (AQUINO *et al.*, 2003; FIGUEIREDO; SILVA, 2003; FERREIRA; ALVAREZ, 2005; PEIXOTO *et al.*, 2011), demonstrando que o contato com o doente na forma bacilífera vem ocorrendo em idade mais jovem, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos comunicantes dos pacientes já inscritos.

A população infantil tem mais facilidade de ter contato com doentes bacilíferos e raramente são observados casos em menores de dois anos, principalmente da forma Virchowiana. Os sinais clínicos da hanseníase muitas vezes não são fáceis de serem diagnosticados nesta população, sendo a idade um fator limitador e, em algumas regiões endêmicas, é alto o número de crianças com deformidades provocadas pela hanseníase (PIRES *et al.*, 2012; LUNA *et al.*, 2014).

Com relação ao parentesco, os dados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados no estudo de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012), realizado em Paracatu (MG), de 2004 a 2006, que identificou os contatos intradomiciliares dos menores de quinze anos diagnosticados e tratados de hanseníase no município, onde foi verificado que o parentesco mais comum entre eles foi o de pai, correspondente a 33%. O estudo de Durães *et al.*, (2010) contou com uma população de 107 focos familiares com a presença de caso diagnosticado

de hanseníase, no município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Verificou-se que, comparando apenas o parentesco de primeiro grau (pai, mãe, filho, irmão) com os outros tipos de relação de parentesco (outros consaguíneos, cônjuges e demais não consanguíneos), a associação com a doença foi estatisticamente mais significativa, sendo de 71,2%. Pires *et al.*, (2012) relatou o caso de uma criança de 18 meses que apresentou a doença, pois a mãe e o pai apresentavam, respectivamente, hanseníase dimorfa e virchowiana, com lesões instaladas há mais de um ano sem diagnóstico. Nesse contexto, a literatura ressalta que a hanseníase é considerada uma doença de longo período de incubação, no entanto, parentes próximos do doente também são suscetíveis. Portanto, em áreas endêmicas e quando ocorrem casos na família o risco de parentes de primeiro grau adoecerem aumenta.

No presente estudo houve predomínio significativo de contato intradomiciliar (62,5%). A literatura afirma a importância das ações voltadas para este tipo de contato de hanseníase, visto que constituem-se em grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos, pois, pode-se ressaltar que todo portador de hanseníase foi primeiramente um comunicante (OLIVEIRA *et al.*, 2007; ANDRADE *et al.*, 2008; PEIXOTO *et al.*, 2011; PIRES *et al.*, 2012; XIMENES NETO *et al.*, 2013; TRINDADE, 2015).

Com relação à situação vacinal, no presente estudo foi verificado que a maioria dos contatos pesquisados possui uma dose de BCG (77,5%). No estudo de Trindade (2015) que avaliou a ocorrência de casos de hanseníase entre os contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados com hanseníase em 2012, em João Pessoa/PB, com uma população de 190 contatos, observou que desses, oitenta e oito (46,3%) referiram ter tomado a BCG nos últimos 5 anos. No exame físico, a maioria (86,8%) apresentava alguma cicatriz vacinal, sendo que 139 (73,2%) apresentavam apenas uma. Na pesquisa de Dessunti *et al.*, (2008), ao analisarem variáveis relacionadas aos contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase, atendidos no município de Londrina-PR, num período de dez anos, verificaram que 46,9% não foram avaliados em relação ao estado vacinal, somente 22,3% apresentaram indicação de uma dose.

O Ministério da Saúde, que recomendava duas doses com intervalo de seis meses, passa a adotar nova conduta, não indicando o aprazamento do contato para a segunda dose. Assim, em contato considerado indene (não-doente), deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir a seguinte orientação: uma dose, na

ausência ou na presença de uma cicatriz; não vacinar no caso de apresentar duas cicatrizes (BRASIL, 2008).

No presente estudo, constatou-se que 10% dos contatos da população estudada foram afetados pela doença, corroborando, com outras pesquisas, como a de Lobo *et al.*, (2011), ocorrida no período entre 2006 e 2010, que investigou a prevalência de pacientes diagnosticados com hanseníase por exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ, onde constatou-se prevalência de 16% de pacientes detectados do total de 564 casos notificados.

Contudo, o resultado do estudo em questão acerca dos acometidos pela doença (10%) foi superior ao encontrado por Dessunti *et al.*, (2008) e Peixoto *et al.*, (2011), que relataram, respectivamente, 0,9% e 6,5% dos contatos de sua população de estudo acometidos pela doença. A literatura afirma que com relação ao contato, ainda não existem avanços na terapêutica para este público, ou seja, os modelos de atenção à saúde contemplam ações de controle dos contatos, mas, na prática, estas parecem não estar integradas às demais ações das unidades básicas de saúde.

Outro achado que reforça a hipótese de diagnóstico tardio foi a alta prevalência da classificação operacional multibacilar, nos casos índices. Pacientes multibacilares são considerados a principal fonte de infecção e são, também, os seus contatos os mais susceptíveis ao adoecimento (FERREIRA *et al.*, 2007). Dessa forma, o estudo demonstra que os casos com maior potencial de transmissibilidade estão sendo detectados pela Unidade Básica de Saúde, mas também mostra que o diagnóstico desses pacientes está sendo feito tardiamente.

Em concordância com os resultados desse estudo, outros inquéritos epidemiológicos realizados em outros estados como no município de Vale do Jequitinhonha – MG (LANA *et al.*, 2008) e município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro (DURÃES *et al.*, 2010), que verificaram, respectivamente, 93,2% e 69,2% eram multibacilares.

No presente estudo, a análise das formas clínicas revelou predomínio significativo da forma dimorfa e um baixo percentual de forma indeterminada. Resultados semelhantes foram descritos por Gomes *et al.*, (2005) no qual os pacientes apresentavam, de acordo com a classificação de Madri, 54,6% a forma clínica dimorfa e apenas 5,8% a forma indeterminada. Esse fato pode indicar que há

um atraso no diagnóstico e permite inferir que a rede básica não vem detectando satisfatoriamente os casos nas formas iniciais da doença.

O baixo percentual da forma indeterminada da hanseníase de 7,5% pode ser explicado pelo alto índice das formas graves, podendo ser esclarecido, de acordo com Pereira *et al.*, (2008), pois a forma indeterminada evolui para as formas mais graves, pelo atraso no diagnóstico, falta de informação da sociedade e pela resistência do paciente em aceitar ser portador da hanseníase, impedindo o diagnóstico precoce permitindo a evolução para formas graves.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos 40 contatos, atendidos no município de São Luís - MA, mostra que a maioria é composta por uma população jovem, do sexo feminino e com pai/mãe como grau de parentesco. Com relação a situação vacinal, a maioria dos contatos tomou somente uma dose da vacina BCG. Com a análise das informações, verificou-se um predomínio da classificação operacional multibacilar e um percentual elevado de casos com forma clínica dimorfa, indicando diagnóstico tardio da doença o que justifica o baixo percentual da forma indeterminada ao diagnóstico.

Por fim, os resultados dessa pesquisa estão de acordo com estudos que consideram que os contatos intradomiciliares de paciente com hanseníase, possuem maior exposição a cargas bacilares, colocando-os em risco de adquirir a doença.

Nesse contexto, estudos realizados em populações distintas, especialmente os de contatos, são de grande importância para a redução da cadeia de transmissão da hanseníase e constituem ferramentas para manejo de estratégias de controle desse agravo, permitindo ao profissional de saúde desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase na população exposta.

Portanto, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o assunto no município, tendo o propósito de conhecer melhor a distribuição da doença, pois acredita-se que estes estudos devem possibilitar a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo controle, além disso, deve-se investir em ações educativas de amplo conhecimento popular e na capacitação bem como educação continuada dos profissionais atuantes nessa área.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, D. M. et al. Profile of leprosy patients in a hyperendemic area of Amazonian Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina tropical**. v. 36, n.1, p.57-64, 2003
- ALEXANDRE, Adriana Regina Silveira et al. Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Revista do Hospital Universitário /UFMA**, São Luís, v. 10, n. 1, jan./abr. 2009.
- ALVES, L.J. PSF e Hanseníase: Limitações na erradicação da doença. **Hansen International**,v. 2, n. 33, p. 53-129, 2008. Suplemento 1.
- ANDRADE, A.R.C. et al. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. **RevSocBrasMedTrop**, Uberaba, 41(Suplemento II):56-59, 2008.
- BATISTA, E.S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira Clinica Medica**, São Paulo, v. 2, n. 9, p. 101-106, mar./ abr. 2011.
- BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e a sua quimioterapia. **Revista Virtual de Química**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 247-256, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. **Situação Epidemiológica da Hanseníase**. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/hanseniase_2011_final.pdf> Acesso em: 10 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária e Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Caderno de Atenção Básica, nº 10. Brasília-DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool pcatool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 195 p.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oimisterio/principal/secretarias/svs/hanseniasse>> Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMELLO, R. S. Detecção de casos novos de hanseníase através do exame de contatos no Estado do Rio Grande do Sul. **Hansen International**. v. 2, n.31, p. 15-9, 2006.

CARVALHO, Geraldo B. **Reis, papas e leprosos**. Belo Horizonte: Pelicano, 2004. 292 p.

CORRÊA, C. M. J et al. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansen International**, v. 2, n.31, p. 21-8, 2006.

DESSUNTI, Elma Matias et al . Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. spe, p. 689-693, Nov. 2008.

DURAES, Sandra Maria Barbosa et al . Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 85, n. 3, p. 339-345, June 2010 .

EIDT, Letícia Maria. 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. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 2, Aug. 2004 .

FERREIRA, I.L.C.S.N.; FERREIRA, I.N.; MORRAYE, M.A. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansen Int**. 2012; v.37 , n.1, p: 35-44, 2012.

FERREIRA, Isaias Nery; EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu - Minas Gerais, realizada por meio da busca ativa (2004 a 2006). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 555-567, Dec. 2007 .

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.8, n.1, p.41-9, 2005.

FIGUEIREDO, I. A.; SILVA, A. Ada. Increase in leprosy detection rates in São Luís, Maranhão, Brazil, from 1993 to 1998: is the endemic expanding? **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n. 2, p.439-45, 2003.

GABINO, J. A. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento da Neuropatia. **Projetos Diretrizes**. Brasília, DF: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de

Medicina, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, C.C.D. et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, p. 283-288, 2005, suplemento, 3.

LANA, F. C. F., AMARAL, E. P., LANZA, F. M., NEVES, A., DE SALDANHA, S. L. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 16(6), 993-997, 2008.

LOBATO, Diana da Costa; NEVES, Dilma Costa de Oliveira; XAVIER, Marília Brasil. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **RevPan-AmazSaude**, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 45-53, mar. 2016 .

LOBO, Janaína Rangel, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **RevSocBrasClin Med.**, 9.4: 283-7, 2011.

LUNA, Igara Cavalcanti Feitosa; DE MOURA, Luiza Taciana Rodrigues; VIEIRA, Michelle Christini Araújo. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2014, 26.2: 208-215.

MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**. São Paulo: [s.n.], 2005.

MARTINS, A. C. C; CASTRO, J. C; MOREIRA, J. S. Estudo retrospectivo de 10 anos em endoscopia das cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 71, n. 5, p. 609-616, out, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **RevSocBrasMedTrop**, n.43, v.1, p: 62-7, 2010.

NOGUEIRA, W. et al. Perspectivas da eliminação da Hanseníase. **HansenologiaInternacionalis**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2003, p. 19-28.

OLIVEIRA, F. F. L; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro - oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol**, v. 1, n. 7, p. 45-51, 2012.

OLIVEIRA, B.F.A.O. 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. **Rev Espaço para a Saúde**, Londrina/PR, v.8, n.2, p.11-19, jun.2007.

OPROMOLLA, D. A; DALBEN, I; CARDIM, M. Análise geoestatística de casos de hanseníase. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 90-8, 2006

PAIVA, Maria de Fátima Lires. **Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental. Doutorado Interinstitucional UERJ/UFMA (DINTER). Rio de Janeiro, 2013.

PEIXOTO, Bianca Kelen de Sousa et al . Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís-Ma. **Hansenol. int. (Online)**, Bauru, v. 36, n. 1, 2011 .

PEREIRA, Adriana Jimenez et al . Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 61, nov. 2008. Edição especial.

PIRES, C.A.A; MARQUES, C; ABREU JUNIOR, J.M.C.; ALBUQUERQUE, T.G.; CÔRREA, I.R.S.C; DAXBACHER, E.L.R. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.2, p: 292-5, 2012.

PINTO, P.G.H.R. O estigma do pecado: a lepra durante a Idade Média. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, 2004.

RIBEIRO JÚNIOR, Atvaldo Fernandes; VIEIRA, Maria Aparecida; CALDEIRA, Antônio Prates. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **RevBrasClinMed**, v.10, n.4: 272-7, 2012.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**.2010. 196f.Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2010.

SILVEIRA, I.R. As Representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. **Saúde Coletiva**,v. 3. n.12, p. 112-7, 2006.

SOUSA, L. M.;MARANHÃO, L. C.; PIRES, C. A. A.; DE MORAES RODRIGUES, D. Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.26, 20-23, 2013.

SOUZA, A.J. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA.**SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, jan./jun. 2013.

TRINDADE, Luciana. **Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João**

Pessoa/PB. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; LIBERATO, Benedita Tatiane Gomes; MARTINS, Francisco Rodrigues; MARTINS, Adriano Ferreira ; CARVALHO FILHO, Jurandi Pontes; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Epidemiologia da hanseníase no município de Cariré - Ceará, 2001 A 2010. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.3, p.829-42, 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE AUTORIZAÇÃO
PARA PAIS/RESPONSÁVEIS NÃO PARTICIPANTES**

Título da pesquisa: Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico.

Pesquisadora: Nathália Gonçalves Mesquita

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria de Fátima Lires Paiva

O objetivo desta pesquisa é determinar o que leva algumas pessoas a desenvolverem a doença hanseníase (MH). Estamos convidando o menor sob sua responsabilidade e a sua família para participarem deste estudo, porque vocês residem em uma região onde a hanseníase é comum. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde realizar-se-á exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

PROCEDIMENTOS

Abaixo estão descritos os procedimentos a serem seguidos para aqueles que concordarem em autorizar a participação do estudo:

1. Responder um questionário referente às condições de sua moradia e de sua saúde;
2. Realização de exame clínico dermatoneurológico;
3. Será feito análise de cicatriz vacinal pelo BCG e encaminhamento para vacinação, caso seja necessário.

RISCOS

Os riscos apresentados durante a realização deste estudo são mínimos e relativos, tais como:

- Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante e/ou responsável, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa.
- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.
- Risco de constrangimento relacionado à realização do exame. Este será minimizado com informação detalhada do exame, o qual será realizado individualmente, apenas por profissional em sala fechada.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

“A participação do menor sob sua responsabilidade poderá proporcionar como benefício a ele a possibilidade do diagnóstico da hanseníase ainda em fase inicial, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo as reações hansênicas e os danos neurais graves que podem levar a incapacidades, gerando estigma social. Além disso, o estudo trará maior conhecimento da doença em questão.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A participação do menor sob sua responsabilidade neste estudo será de um ano, a contar do primeiro dia dessa avaliação. Diante de qualquer sinal e/ou sintoma de hanseníase procure o serviço de saúde, onde será feito exames que comprovem o desenvolvimento da doença. Se o diagnóstico for positivo, o menor sob sua

responsabilidade será encaminhado à um serviço de referência para tratamento e acompanhamento.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

O registro da participação do menor sob sua responsabilidade neste estudo será confidencial. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo, em sala trancada, e somente os profissionais trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Cada indivíduo receberá um número a ser utilizado para sua identificação. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do sujeito não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumarizada e o indivíduo não será identificado.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A participação do menor sob sua responsabilidade é voluntária. Não há penalidade caso ele decida não participar do estudo. Ele também não será penalizado se decidir desistir de participar, em qualquer época. O tratamento para hanseníase não será diferente caso o menor sob sua responsabilidade adoeça ou decida participar ou não desta pesquisa.

Outrossim, informamos que os participantes e acompanhantes desta pesquisa receberão ressarcimento por eventuais despesas que ocorrerem decorrentes da pesquisa, ficando comprometido o pesquisador responsável, citado acima, por esta reparação. Caso apresente algum dano, diretos/índiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação, terá direito a assistência integral gratuita, pelo tempo que for necessário.

ESCLARECIMENTOS

É necessário que você e o pesquisador responsável pela pesquisa assinem e rubriquem todas as páginas deste termo ao seu término que consta de duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

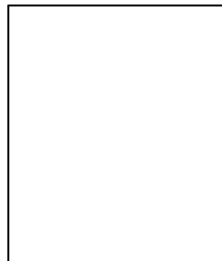
Você pode fazer perguntas a respeito desse estudo, sempre que você achar necessário. Se você quiser mais esclarecimentos a respeito, ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA,

pelo telefone (3272-9670) ou Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, situado à Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65020-070, ou pelo telefone (98) 2109-1250.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de que o menor sob minha responsabilidade participe, se assim o desejar. Declaro que concordo que o menor sob minha responsabilidade participe desse estudo. Recebi uma via deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura do pesquisador responsável



Impressão digital para aqueles
que não sabem escrever

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo tenha entendido os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esse projeto.

São Luís – MA, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Termo de Assentimento

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

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da pesquisa: Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico.

Pesquisadora: Nathália Gonçalves Mesquita Orientadora: Prof.^a. Doutora. Maria de Fátima Lires Paiva

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber se você ou alguém da sua família desenvolveram a hanseníase, pois vocês residem em uma região onde a hanseníase é comum. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde será realizado exames para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir nodesenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

PROCEDIMENTOS

Abaixo estão descritos os procedimentos a serem seguidos se você concordar em participar da pesquisa:

1. Responder um questionário referente às condições de sua moradia e de sua saúde;
2. Realização de exame clínico dermatoneurológico;

3. Será feita análise de cicatriz vacinal pelo BCG e encaminhamento para vacinação, caso seja necessário.

RISCOS

Os riscos apresentados durante a realização deste estudo são pequenos, tais como:

- Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa.
- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.
- Risco de constrangimento relacionado à realização do exame. Este será minimizado com informação detalhada do exame, o qual será realizado individualmente, apenas por profissional.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Sua participação neste trabalho lhe proporcionará como benefício a possibilidade de descobrir se está com Hanseníase ainda no início, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo que você piore. Além disso, o estudo trará maior conhecimento sobre a doença.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo será de um ano a contar do primeiro dia dessa avaliação. Diante de qualquer sinal e/ou sintoma de hanseníase seus pais

serão orientados a levar você ao serviço de saúde, onde será feito exames que comprovem o desenvolvimento da doença. Se você estiver doente, você será encaminhado à um lugar especializado e cuidarão de você.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças ou adolescentes que participaram da pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação é **voluntária. Não há penalidade para caso decida não participar deste estudo.** Também não será penalizado se decidir desistir de participar, em qualquer época. O tratamento para hanseníase não será diferente caso você adoença ou decida participar ou não desta pesquisa.

Caso seus pais tenham algum prejuízo nessa pesquisa, eles receberão nossa ajuda. Caso apresente algum dano ou problema por ter participado, você terá direito a total auxílio sem que seus pais paguem nada, pelo tempo que você precisar.

ESCLARECIMENTOS

É necessário que você e o pesquisador responsável pela pesquisa assinem e rubriquem todas as páginas deste termo ao seu término que conste de duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Você pode fazer perguntas a respeito desse estudo, sempre que você quiser. Se você quiser mais esclarecimentos a respeito, ou se surgir alguma dúvida, entre em contato coma a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, no Depo. de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pelo telefone (3272-9670) ou Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, situado à Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP-65020-070, ou pelo telefone (98) 2109-1250.

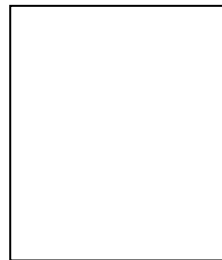
Eu _____ aceito participar da pesquisa “Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico”. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem

acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

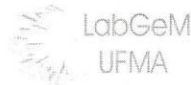
Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Impressão digital para aqueles
que não sabem escrever



ANEXO A - Questionário

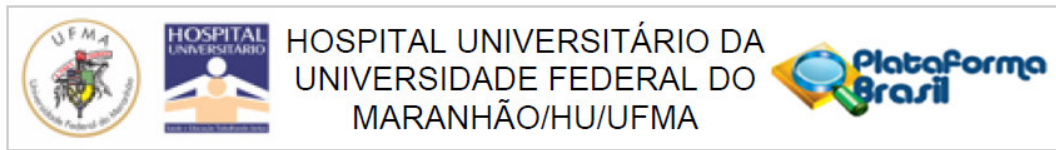

PROTOCOLO DE ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE CONTATO EM HANSENÍASE – CÓD _____

DADOS GERAIS DO CONTATO	
Nome:	
Mãe:	
Data nascimento ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Data da abordagem ____ / ____ / ____
Endereço:	
CEP	
Ponto de referência:	
Município:	Fones:

INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE		
Caso índice:		CÓD:
Grau de Parentesco:	Tempo de exposição (meses):	Idade na abordagem:
Caso índice já foi tratado anteriormente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ , local		
Classificação Operacional	Tipo de contato	Forma clínica
<input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> Intradomiciliar <input type="checkbox"/> Intradomiciliar-intimo <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Extradomiciliar <input type="checkbox"/> Extradomiciliar-intimo <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ts <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> Vsp <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> DTR <input type="checkbox"/> DDR <input type="checkbox"/> DVR <input type="checkbox"/> HNPT <input type="checkbox"/> HNPDT <input type="checkbox"/> HNPDD

PROCEDIMENTOS NA ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO	
Profilaxia BCG: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Administração BCG: 1ª dose ____ / ____ / ____ 2ª dose ____ / ____ / ____
1º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ____ / ____ / ____	
Observações:	
2º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ____ / ____ / ____	
Observações:	
3º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ____ / ____ / ____	
Observações:	
4º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ____ / ____ / ____	
Observações:	
5º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ____ / ____ / ____	
Observações:	
Mitsuda	
Abordagem <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Término <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Administração ____ / ____ / ____ Leitura ____ / ____ / ____	Administração ____ / ____ / ____ Leitura ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Negativo ____ mm	<input type="checkbox"/> Negativo ____ mm
<input type="checkbox"/> Positivo ____ mm	<input type="checkbox"/> Positivo ____ mm
<input type="checkbox"/> Flutuante	<input type="checkbox"/> Flutuante
<input type="checkbox"/> Ulcerado	<input type="checkbox"/> Ulcerado
<input type="checkbox"/> Perdeu Leitura	<input type="checkbox"/> Perdeu Leitura
<input type="checkbox"/> Uso de corticóide	<input type="checkbox"/> Uso de corticóide

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Monitoramento de contatos de hanseníase a partir de exames complementares em município hiperendêmico.

Pesquisador: Maria de Fátima Lires Paiva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60449816.2.0000.5086

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.843.966

Apresentação do Projeto:

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. A susceptibilidade individual é um dos principais fatores que determinam o adoecimento e, como este fator é determinado geneticamente, existe uma forte associação da incidência da hanseníase e susceptibilidade familiar, evidenciada pela distribuição familiar da doença. Os contatos domiciliares, em geral, são geneticamente semelhantes ao caso índice e provavelmente mais susceptíveis que os não contatos. O objetivo deste estudo é realizar o monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico. Para tal, será realizado estudo descritivo considerando os pacientes com hanseníase selecionados para a pesquisa intitulada Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico, que correspondeu a 100% dos pacientes atendidos, no período de outubro de 2009 a outubro de 2011, no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, totalizando 599 pacientes. Estes, caso concordem, serão submetidos ao exame clínico dermatoneurológico, e outros procedimentos como: testes sorológicos e imunológicos para detecção precoce da hanseníase e outros procedimentos como: testes sorológicos e imunológicos para detecção precoce da hanseníase objetivando identificar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

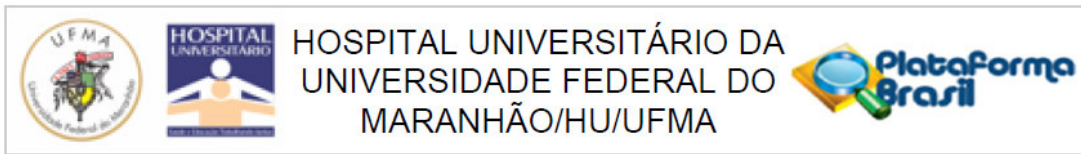
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.966

quantos desenvolveram hanseníase. Os dados coletados serão codificados e armazenados em banco de dados usando o Programa Excel versão 12.0 - Office 2010. A análise estatística consistirá da distribuição de frequências para variáveis pelo Programa Epi Info 3.2.2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico.

Objetivo Secundário:

Resgatar os contatos para realização de exame clínico dermatoneurológico;

Caracterizar os contatos quanto ao sexo, faixa etária e grau de parentesco do contato com o portador;

Identificar a taxa de incidência e prevalência de hanseníase entre contatos domiciliares examinados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

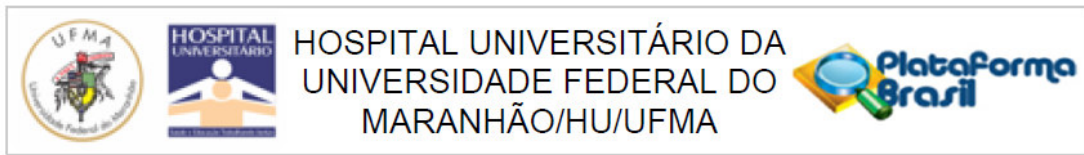
O pesquisador refere que "os riscos apresentados durante a realização deste estudo são relativos, tais como:"

- Desconforto durante a conversa por telefone com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. Em caso de apresentar algum desconforto, o contato será encaminhado à uma equipe multiprofissional (composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social).

- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. Este risco é minimizado, uma vez que, no transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.

- Risco de constrangimento relacionado à realização do exame. Este será minimizado com informação detalhada do exame ao usuário, o qual será realizado individualmente, apenas por

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.966

profissional e em sala fechada.

Benefícios:

O pesquisador cita como benefícios da pesquisa: "Descoberta de possíveis casos de hanseníase por contatos de portadores. Possibilita avaliar a importância de avaliação dermatoneurológica periódica. Oferece dados para estudo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante que tem como objetivo realizar monitoramento dos contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico. O estudo poderá contribuir para descoberta de possíveis casos de hanseníase por contatos de portadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que 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.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

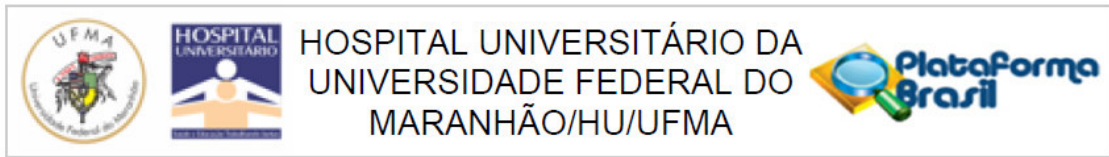
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.966

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

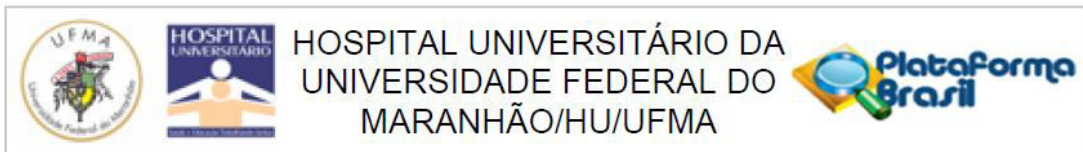
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795449.pdf	23/11/2016 20:32:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomonografiafinal_corrigido.docx	23/11/2016 20:27:14	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	cartarespostafinal_nathalia.docx	23/11/2016 20:26:08	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimentofinalnathalia.pdf	22/11/2016 19:26:09	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	tcleparapaisnathaliafinal.pdf	22/11/2016 19:24:48	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefinalnathalia.pdf	22/11/2016 19:21:33	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Cronograma	cronogramafinalnathalia.pdf	22/11/2016 19:20:26	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	19/09/2016 10:34:49	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Orçamento	orcamento.PDF	17/09/2016 14:13:35	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	parecer_comic.pdf	17/09/2016 12:15:09	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_dados.jpg	17/09/2016 12:14:12	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_huufma.jpg	17/09/2016 12:12:54	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	declaracao_de_responsabilidade_financiera.jpg	17/09/2016 12:09:32	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.jpg	17/09/2016 12:08:10	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.966

Não

SAO LUIS, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br