



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

SUZANA FARIAS BRASIL NEPOMUCENO

**DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE
EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO BRASIL**

São Luís

2017

SUZANA FARIAS BRASIL NEPOMUCENO

**DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE
EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO BRASIL**

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.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Isaura Letícia 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

Farias Brasil Nepomuceno, Suzana.

Detecção e acompanhamento dos casos de hanseníase em um município hiperendêmico do Brasil / Suzana Farias Brasil Nepomuceno. - 2017.

62 p.

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

1. Avaliação em Saúde. 2. Continuidade da Assistência ao Paciente. 3. Diagnóstico Tardio. 4. Hanseníase. I. Tavares Palmeira Rolim, Isaura Letícia. II. Título.

Suzana Farias Brasil Nepomuceno

DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM UM
MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO BRASIL

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

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

Nota: _____

Banca Examinadora:

Presidente/Orientador: **Prof.^a Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim**
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Doralene Maria Cardoso de Aquino
Doutora em Patologia Humana
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Elisângela Milhomem dos Santos
Msc. em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado até a conclusão desta etapa da minha vida, a qual foi movida por turbulências e dificuldades, mas sem perder a tranquilidade nas horas mais decisivas.

Pela vida da minha mãe, Martha Suzana Farias Brasil, sem a qual eu não teria em quem me inspirar para sempre me reerguer, perseverar e acreditar na minha resignação em momentos complexos, e por ser uma pessoa abençoada e genuína; e à minha irmã mais velha, Maria Lilian Brasil Machado, que sempre acreditou em meu potencial e me estimulou a me aprimorar cada vez mais.

Pela vida do meu pai, João Alfredo Soares de Quadros Nepomuceno, este homem forte e movido pela fé em Deus, que superou as expectativas de todos e deu de presente à sua família e amigos o prazer de continuarmos tendo sua presença por longos anos que ainda estão por vir. Obrigada pela cura do meu pai, meu Deus.

Pela minha vida, que amo e tento prolongar o máximo possível, pedindo e entregando a Deus todos os dias para Seu uso sábio.

Aos meus colegas de curso pela caminhada até aqui, em especial às minhas amigas mais próximas Ortêncy Moraes Silva e Manuelle Alves Mendonça, que me aproximam mais ainda de Deus quando estou em sua presença, e a última por ainda ter-me sido companheira fiel em projetos e momentos especiais neste longo ano; e ao meu grupo de estágio que se apoiou em todos os momentos, sempre se ajudando nas decisões a serem tomadas e na rotina cansativa de fim de curso.

Ao Departamento e Coordenação de Enfermagem, os quais sempre foram solícitos em resolver situações problemáticas e em facilitar o caminho para chegar até a conclusão desta graduação.

Às Secretarias de Estado e Municipal da Saúde (SES e SEMUS) e às unidades de saúde que permitiram a realização da pesquisa em seu espaço de serviço.

Agradeço por último com muita alegria aos membros da minha banca, professoras Msc. Elisângela Milhomem dos Santos e Dr.^a Dorlene Maria Cardoso de Aquino, pelas quais tenho um enorme carinho proveniente da vida acadêmica e escolhi com muito prazer para avaliar esta pesquisa; às suplentes, professoras Msc. Waldeney Costa Araújo Wadie e Dr.^a Arlene de Jesus Mendes Caldas, que se colocaram à disposição para a apresentação deste trabalho; à minha orientadora maravilhosa, professora Dr.^a Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, a qual nos guiou, grupo de orientandas, neste projeto que trouxe muitos frutos para a nossa vida; e a minha co-orientadora, Enfermeira Msc. Yara Naiá Lopes de Andrade, titulação esta obtida após defesa da dissertação que deu origem a esta monografia, e que nos apoiou de forma mais do que significativa neste percurso.

“Não há fatos eternos, como não há verdades absolutas.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, sendo de grande importância devido sua magnitude e seu alto poder incapacitante. O estudo justifica-se pela hanseníase ainda ser um problema de saúde pública no Brasil, pois o país ainda não conseguiu eliminar ou reduzir significativamente o aparecimento dos casos novos da doença; e local segundo os dados epidemiológicos demonstraram que o Maranhão se encontra como estado hiperendêmico, assim como a cidade de São Luís. A pesquisa teve o objetivo de avaliar a detecção e o acompanhamento dos casos de hanseníase diagnosticados até a completude do tratamento no município de São Luís - MA. Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, realizado nas instituições de saúde que operacionam o Programa de Controle da Hanseníase, segundo os critérios de inclusão, no município de São Luís - MA. A população foi composta por todos os casos de hanseníase diagnosticados no ano de 2012. Os dados foram coletados por meio de instrumento baseado na ficha de notificação do SINAN, totalizando 1055 casos para o ano de 2012 em 44 unidades, e destes, 684 eram novos. Os dados foram processados pelo programa Epi-Info versão 7 e os resultados apresentados por tabelas de frequência absoluta e relativa. Dos 1055 casos, a maioria foi do sexo masculino (50,80%), com idade entre 21 e 40 anos (35,26%), pardos (50,42%), com ensino médio completo (20,94%), residentes na capital do estado (65,68%). A proporção de casos novos avaliados com grau de incapacidade física 2 no momento do diagnóstico dentre os casos avaliados no ano foi média (8,65%), e a proporção de casos curados com grau de incapacidade física 2 dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano foi alta (11,71%). Os objetivos propostos contemplaram a pesquisa e demonstraram que o diagnóstico ainda é realizado tardiamente na detecção dos casos novos; e não há aplicação suficiente do controle de sequelas durante o acompanhamento do usuário, o que sugere precariedade do serviço de saúde. Sugere-se uma melhoria nas ações de saúde a serem realizadas no campo do controle da endemia, já que o monitoramento epidemiológico depende da capacitação dos profissionais para concretização das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

Descritores/Palavras-chave: Hanseníase; Avaliação em Saúde; Diagnóstico Tardio; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease of chronic evolution, being of great importance due to its magnitude and its high incapacitating power. The study is justified because leprosy still is a public health problem in Brazil, as the country has not yet managed to eliminate or significantly reduce the appearance of new cases of the disease; and local epidemiological data demonstrated that Maranhão is a hyperendemic state, as well as the city of São Luís. The objective of the research was to evaluate the detection and follow - up of leprosy cases diagnosed until the completion of treatment in the city of São Luís - MA. This is a descriptive evaluative study carried out in health institutions that operate the Leprosy Control Program, according to the inclusion criteria, in the city of São Luís - MA. The population was composed of all cases of leprosy diagnosed in the year 2012. Data were collected through an instrument based on the SINAN notification sheet, totaling 1055 cases for 2012 in 44 health units, and of these, 684 were new. Data were processed by the Epi-Info version 7 program and the results presented by absolute and relative frequency tables. Of the 1055 cases, the majority were males (50,80%), aged between 21 and 40 years (35.26%), brown (50,42%), with a high school education (20,94%), residents on the capital of the state (65,68%). The proportion of new cases evaluated with a degree of physical disability 2 at the time of diagnosis among the cases evaluated in the year was average (8.65%), and the proportion of cases cured with degree of physical disability 2 among the cases evaluated at the time of discharge per cure in the year was high (11.71%). The proposed objectives contemplated the research and suggested that the diagnosis is still carried out late in the detection of new cases; and there is not enough application of the control of sequels during the monitoring of the user, which suggests the health service's precariousness. It is suggested an improvement in the health actions to be carried out in the field of endemic control, since the epidemiological monitoring depends on the qualification of the professionals to fulfill the guidelines proposed by the Ministry of Health.

Descriptors/Keywords: Leprosy; Health Evaluation; Delayed Diagnosis; Continuity of Patient Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP-HUUFMA – Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CS – Centro de Saúde

EF – Ensino Fundamental

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GIF – Grau de Incapacidade Física

HUUPD – Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCH – Programa de Controle da Hanseníase

PQT – Poliquimioterapia

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UM – Unidade Mista

UF – Unidade Federativa

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase notificados no ano de 2012, segundo a idade, sexo, raça/cor, escolaridade e residência. São Luís, Maranhão, 2016..... 39
- Tabela 2.** Casos de hanseníase notificados segundo o modo de entrada. São Luís, Maranhão, 2016..... 40
- Tabela 3.** Avaliação dos casos novos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico. São Luís, Maranhão, 2016..... 41
- Tabela 4.** Avaliação dos casos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física (GIF) no momento da alta por cura. São Luís, Maranhão, 2016..... 41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da sequência de distritos onde foi executada a coleta de dados. São Luís, Maranhão, 2016.....	35
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1	Aspectos históricos.....	18
3.2	Aspectos clínicos e epidemiológicos.....	21
3.3	O Programa de Controle da Hanseníase no Brasil.....	26
3.4	Atuação do enfermeiro no Programa de Controle da Hanseníase.....	30
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	Tipo de estudo.....	33
4.2	Caracterização da área de estudo.....	33
4.3	População e período.....	34
4.4	Crterios de inclusão e exclusão.....	34
4.5	Coleta de dados.....	35
4.6	Definições utilizadas no estudo.....	35
4.7	Análise de dados.....	36
4.8	Aspectos éticos.....	37
5	RESULTADOS.....	38
5.1	Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase.....	38
5.2	Avaliação dos Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto Problema de Saúde Pública (epidemiológicos) selecionados para a pesquisa.....	39
6	DISCUSSÃO.....	42
6.1	Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase.....	42
6.2	Avaliação dos Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto Problema de Saúde Pública (epidemiológicos) selecionados para a pesquisa.....	44
7	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE.....	55
	ANEXOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das mais antigas enfermidades que acomete o homem, de transmissão infectocontagiosa, evolução crônica, sendo de grande importância para a saúde pública devido sua magnitude e seu alto poder incapacitante. Seu agente etiológico, o *Mycobacterium leprae*, tem tropismo por células nervosas e da pele. (BRASIL, 2009a).

A manifestação da doença se dá principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos dos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, o que lhe garante grande potencial para incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades quanto mais tardio for o diagnóstico. Por isso ratifica-se que a hanseníase é uma doença curável, e quanto mais precocemente for diagnosticada e tratada, mais rapidamente se cura o paciente (BRASIL, 2002).

De acordo com o boletim epidemiológico da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 27 de agosto de 2010, 16 países no mundo notificaram mil ou mais casos em 2009. O continente asiático apresentou a maior taxa de detecção, 9,39 casos por 100.000 habitantes, seguido das Américas com 4,58 casos por 100.000 habitantes. Dentre estes, o país com maior número de casos notificados foi a Índia, com 133.717, seguida pelo Brasil, com 37.610 casos, onde o último representa 93% de todos os casos novos nas Américas (OMS, 2010).

Ao final de janeiro de 2015, foram disponibilizados novos dados pelo Ministério da Saúde que se demonstraram aparentemente positivos: foram comparadas as taxas de prevalência em um intervalo de 10 anos, onde inicialmente, em 2003, a taxa era de 4,52 por 10.000 habitantes, e ao final da avaliação havia reduzido em torno de 68% em 2013, ficando a 1,42 por 10.000 habitantes. Contudo, o ritmo da queda não acompanhou a necessidade de se cumprir um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), de se eliminar a hanseníase até o fim de 2015 (FIOCRUZ, 2015).

Segundo o Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), por meio de boletim epidemiológico divulgado em 31 de maio de 2015, o Brasil apresentou uma taxa de detecção de 14,07 casos novos a cada 100.000 habitantes,

totalizando 28.761 casos notificados nesse ano, o que representa uma queda de 23,53% deste dado em relação às informações divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 5 anos antes. (OMS, 2010)

As unidades federativas do Mato Grosso (MT), Tocantins (TO) e Maranhão (MA) são as três com maiores representatividade da doença, tendo respectivamente taxas de prevalência de 7,69, 5,54 e 5,22 a cada 10.000 habitantes. Segundo o Ministério da Saúde, tais dados estão ligados ao fato de que se tratam de territórios da Amazônia Legal, onde as populações tem mais dificuldades de acesso às unidades básicas de saúde e sofrem com a escassez de equipes multiprofissionais completas necessárias para o diagnóstico precoce e consequente controle da doença (FIOCRUZ, 2015). Os três estados são considerados hiperendêmicos segundo a taxa de detecção do ano de 2015, visto que ultrapassam a proporção de 40 casos novos a cada 100.000 habitantes, estando o Mato Grosso (MT) em primeiro lugar com o índice de 93, Tocantins (TO) em segundo com 58,08 e Maranhão (MA) em terceiro com 51,27 (BRASIL, 2016b).

Em 2016 foi elaborada a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que visa acelerar a ação rumo a um mundo sem a doença. A agenda de eliminação da hanseníase no âmbito subnacional ainda está inconclusa em muitos países e, portanto, continuará sendo aplicada nos próximos anos. Segundo este conjunto de metas, ainda há alguns desafios a serem superados, como: continuação do atraso na detecção de novos pacientes, a persistência da discriminação de pessoas afetadas pela hanseníase e o impacto limitado na transmissão da hanseníase (OMS, 2016).

Atualmente, a nova Portaria nº 149/GM/MS de 3 de fevereiro de 2016 define as ações de controle da hanseníase, as quais englobam o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH). Este visa orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos portadores desse agravo (BRASIL, 2016a).

As ações para redução da carga da hanseníase no Brasil compreendem a educação em saúde, investigação epidemiológica para diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e exame de contatos com devida aplicação de BCG. Tais atividades têm por objetivo promover a não progressão da magnitude e alcance da doença, a qual ainda é um problema de saúde pública, visto que apesar de possuir cura, ainda não possui proteção específica e, conseqüentemente, permanece com aparecimento contínuo de casos novos, mesmo que a cada ano de quantitativo reduzido (BRASIL, 2016a).

Para avaliação e monitoramento da evolução da doença em território nacional e eficácia dos programas de controle, são descritos indicadores os quais são subdivididos em operacionais, que avaliam diretamente a qualidade do serviço prestado; e epidemiológicos, que avaliam o progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública. Para o presente estudo, é interessante a avaliação de dois da lista de indicadores epidemiológicos propostos pela diretriz, a saber: “Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano” e “Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano”, os quais contemplam informações, segundo parâmetros, quanto à detecção do caso novo e transcendência do tratamento. Suas utilidades são, respectivamente, avaliar a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce dos casos; e avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta (BRASIL, 2016a).

Os fatores complicadores da progressão da doença como diagnóstico tardio, falta de informação sobre sinais e sintomas, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, atendimento por profissionais não suficientemente capacitados, podem ser reduzidos se as ações forem voltadas também para a prevenção, o que compreende o nível da Atenção Básica em Saúde, sendo o serviço oferecido não somente receptivo nas unidades de saúde, mas também de busca ativa nas comunidades, comunicativo e informativo, que visa uma eficaz investigação epidemiológica (BRASIL, 2008).

Para ser suficientemente efetivo na arte do cuidar, o profissional de enfermagem não se baseia apenas em aspectos técnico-científicos, mas também no suporte social ao cliente, o que envolve muitas esferas de atuação, já que se deve levar em conta todo o contexto vivenciado por ele. Dessa forma, a vigilância de sinais, sintomas, fatores agravantes, de contatos domiciliares, avaliação dermatoneurológica minuciosa, o ensino para o autocuidado, o apoio emocional; todas são atribuições necessárias para que seja feita a melhor abordagem do indivíduo acometido por hanseníase, visando ser realizada a melhor assistência e mais integrada possível (BRASIL, 2016a).

As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre hanseníase dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde, às pessoas afetadas pela doença e às de sua convivência. Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social. As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem estar baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde e compreendem, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao autoexame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento (BRASIL, 2016a).

O estudo justifica-se pelo fato da hanseníase ainda ser um problema de saúde pública em território nacional, visto que o Brasil ainda não conseguiu eliminar ou reduzir significativamente o aparecimento casos novos da doença; e local pois os dados epidemiológicos demonstraram que o Maranhão se encontra em um dos primeiros lugares no ranking de prevalência e detecção da doença. Foram selecionados os dados referentes aos casos de hanseníase notificados no ano de 2012 para avaliação global do tratamento ofertado, visto que este pode ser realizado em até 36 meses como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), e avaliar dados dos anos seguintes viria a tornar o estudo incompleto por poder haver casos sem desfecho.

A avaliação é necessária para identificação do que ainda pode ser melhorado, a partir de uma gestão baseada em fatos que possam designar de forma objetiva os pontos críticos a sofrerem intervenção (PISCO, 2006). Logo, a avaliação

dos indicadores epidemiológicos selecionados seria a melhor maneira para ser feita uma investigação da qualidade de detecção e desenvolvimento da doença no decorrer do tratamento, visto que descrevem a partir dos casos avaliados a magnitude do problema do diagnóstico tardio e a efetividade do tratamento no momento da cura.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a detecção e o acompanhamento dos casos de hanseníase diagnosticados até a completude do tratamento no município de São Luís – MA no ano de 2012.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos indivíduos notificados com hanseníase neste município no ano de 2012;
- Descrever a efetividade da detecção oportuna e/ou precoce de casos novos a partir do indicador epidemiológico “Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano”.
- Caracterizar a evolução/transcendência da doença durante a completude do tratamento a partir do indicador epidemiológico “Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano”.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos

A Hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas pela sociedade, e sua evolução histórica se faz importante para análise ao passo que evidencia as inúmeras maneiras como a doença foi abordada e os pontos que perduram até a atualidade. Há escritos e/ou evidências provenientes da Índia, China e Egito, datadas de períodos antes de Cristo. No entanto, a sugestão mais abordada pelos estudiosos da presença da Hanseníase na realidade humana encontra-se nos capítulos 13 e 14 do livro de Levítico da Bíblia Sagrada, passagens as quais fazem alusão ao valor estigmatizante pelo qual a doença se caracteriza até mesmo na atualidade (BÍBLIA SAGRADA, 2004; GALVAN, 2003; ROSA; FORMIGA e FREITAS, 1994).

“Todo homem atingido pela lepra terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta. Cobrirá a barba e clamará: Impuro! Impuro! Enquanto durar o seu mal, ele será impuro. É impuro; habitará só, e a sua habitação será fora do acampamento. (...) O sacerdote examinará a mancha e isolará durante sete dias o objeto atingido pelo mal.” (Bíblia Sagrada: Lev. 13:45-50, p. 156, 2004)

Percebe-se pela passagem bíblica como os reais problemas de saúde eram identificados e problematizados de maneira errônea em tempos retrógrados, e por se tratarem de situações de cunho religioso, são compreendidas ao pé da letra e ainda mantidas no pensamento social de muitos, dificultando a detecção da doença e a manutenção do tratamento em grande quantidade de casos (GALVAN, 2003; ROSA; FORMIGA e FREITAS, 1994).

Visando a não transmissão da doença, observa-se a utilização do método de isolamento efetuado pelos sacerdotes nos tempos de outrora, sucateando ainda mais o equilíbrio psíquico, emocional e social daqueles que se encontravam em tal situação de segregação. O estigma determina-se como uma diferença que provoca dificuldade de aceitação social, o que perante à situação do indivíduo hanseniano, tem-se conhecimento de que sua capacidade de viver plenamente se torna reduzida, devido à discriminação (EIDT, 2004; GALVAN, 2003; BITTENCOURT et al., 2010).

A disseminação da doença para o continente americano se deu com a colonização luso espanhola, tendo em vista que não há evidências da presença da doença na população nativa na época descrita, sendo o tráfico de escravos um dos maiores fatores da expansão posterior da hanseníase. No Brasil, os primeiros casos datam do século XVII na cidade do Rio de Janeiro, sendo ali criado o primeiro lazareto, local destinado de maneira informal ao abrigo dos indivíduos acometidos pelo mal de Lázaro (EIDT, 2004).

A migração dos habitantes, doentes ou não, para áreas prósperas para a agricultura, se fez outro principal fator para o crescimento da doença em outras regiões do país, sendo os estados com devida importância política os mais acometidos, como Pernambuco, Bahia, São Paulo e Pará. O último foi responsável provavelmente pela expansão da infecção para o Amazonas, devido às fortes relações de comércio que mantinham na época, e rapidamente tornando a doença uma endemia nesta região e proximidades como o Maranhão, devido às condições de vida e falta de recursos do governo responsável para o apropriado cuidado dos indivíduos afetados (EIDT, 2004; GALVAN, 2003).

Segundo Queiroz e Puntel (1997), a história propriamente dita da saúde pública no Brasil teve início no começo do século XX com as intervenções de saneamento nos grandes centros urbanos por Oswaldo Cruz e Emílio Ribas, no Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente, visando a erradicação de doenças endêmicas e infecciosas no Brasil. A atividade em questão se pautava na ideia de que a saúde e a doença eram um processo coletivo, que resultava da agressão exterior que o corpo biológico, antes harmônico em sua fisiologia, sofria do meio social/natural insalubre ao qual estaria inserido. Seu objetivo era a identificação dos acometidos e propagadores da doença, o cuidado para com o meio com a promoção de melhorias sanitárias, a eliminação de conhecidos e supostos vetores biológicos e a proteção daqueles que ainda se encontravam sadios.

A base do modelo médico-sanitarista da época sugeria que o processo saúde-doença se designava como algo coletivo, definindo-se assim como problema de saúde pública e de interesse de todos, mas determinado de maneira individual/pessoal, segundo os costumes e hábitos que se permeavam na vida daqueles que se compreendiam como suscetíveis ou com a infecção instalada, visão

esta que nos leva a compreender como o meio insalubre atingia os indivíduos (QUEIROZ e PUNTEL, 1997).

“A Medicina e a Saúde Pública eram entendidas, neste esquema, como campos distintos, aquela para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e esta para prevenir doenças, prolongar e promover saúde através de higiene e educação sanitária.” [...] “O modelo tecno-assistencial desta proposta centrou-se na construção de serviços permanentes de saúde pública – os centros e os postos de saúde, de modo regionalizado, de caráter público e comandados por especialistas, os sanitaristas, em tempo integral. Estes serviços eram institucionalmente vinculados às coordenações técnicas mais centralizadas [...]” (QUEIROZ e PUNTEL, p. 27, 1997).

Por volta da década de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, os quais colocavam em ação a política isolacionista, definida pelo regulamento sanitário em atividade como medida compulsória para frear a disseminação da doença, porém pela dificuldade financeira dos órgãos responsáveis e ainda, pelas incertezas biomédicas para com o tratamento da época, esse sistema só entrou em vigor na década de 1930. É importante salientar que, mesmo com a existência do tratamento medicamentoso, o isolamento era a principal política adotada para a eliminação da doença, haja vista a atmosfera autoritária e ditatorial vivenciada no momento em questão, não levando em consideração as noções da medicina social da Europa (GALVAN, 2003).

O regime ditatorial foi caracterizado por uma grande centralização política, financeira e operacional do sistema de saúde, privilegiando o setor privado, devido à ascensão da corrente liberalista na época descrita, em detrimento do modelo previamente supracitado onde a saúde pública se deveria se fazer soberana, tanto no modelo médico-sanitarista, quanto no princípio de municipalização instituído na década de 60 pelo então ministro Wilson Fadul. Este último visava uma nova divisão de atribuições e responsabilidades entre os níveis político administrativos da federação, fortalecendo que os municípios eram o principal responsável a levar a saúde para sua população, e o Ministério da Saúde norteador das ações voltadas para este campo, mais precisamente, formulador e coordenador da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2016c; QUEIROZ e PUNTEL, 1997).

Do tocante ao estigma dentro do cenário da saúde pública, referenciado pela maioria dos estudos que abordam a temática da afecção, tem-se o fato de que o Brasil foi o primeiro país a alterar oficialmente a denominação do termo Lepra por Hanseníase, ação esta que possui o intuito de desmistificar e desprender a doença de conceitos retrógrados. Entretanto a medida não se fez muito eficaz em meio à situação que ainda perdura no *locus* brasileiro, o que sugere que o problema a ser enfrentado está em uma atmosfera muito mais ampla e complexa. Perante o exposto, o serviço público de saúde vem a ser encorajado a investir ainda mais em ações propriamente ditas de educação sanitária, prevenção e eliminação da doença, respeitando as barreiras ainda presentes na rotina do indivíduo acometido (ROSA, FORMIGA e FREITAS, 1994).

3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos

A doença também conhecida como lepra, morfeia, mal de Hansen, ou mal de Lázaro, é crônica, granulomatosa, contagiosa, proveniente da infecção pelo *Mycobacterium Leprae*. Possui alta infectividade ao passo que tem poder de infectar um grande contingente de indivíduos, porém tem baixa patogenicidade, pois pequena parcela dos infectados são acometidos de fato, vindo a adoecer. O agente etiológico é um bacilo, restritamente parasita intracelular, e é a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos. Tem preferência pelas células de Schwann, um tipo de célula da glia presente nos axônios e que produz a mielina, substância responsável pela propagação rápida do impulso nervoso (BRASIL, 2009a; GALVAN, 2003; TALHARI e NEVES, 1997).

A Hanseníase é transmitida por meio das vias aéreas superiores por indivíduos acometidos pela hanseníase multibacilar (muitos bacilos), classificação esta considerada grave pela dispersão de mais de 10 milhões de bacilos da mucosa nasal do paciente, sendo os paucibacilares (poucos bacilos) possuintes da infecção mais amena. A primeira classificação subdivide-se em dimorfa e virchowiana, a segunda em indeterminada e tuberculoide (BRASIL, 2009a).

A infecção pode ser definida ainda como uma doença neurológica, que apresenta os primeiros sinais na pele (GALVAN, 2003). Oliveira (1994) considera

outras definições de importância equivalente aos aspectos biológicos, as quais dizem respeito aos âmbitos de vivência do paciente, a saber:

“Psicossocial: doença que ainda marginaliza o paciente e sua família, mesmo na ausência de deformidades e mutilações, devido uma anticultura milenar.

Familiar: Doença que ainda acarreta rejeição do paciente pela própria família e da família pela sociedade.

Profissional: Doença que continua acarretando profundos transtornos socioeconômicos à família, devido às dificuldades de adaptação profissional dos doentes, gerando aposentados e desempregados.” (OLIVEIRA, p.40, 1994)

Seu período de incubação é um dos maiores desafios para o serviço de saúde, visto que pode variar normalmente de 2 a 7 anos, que é um período muito longo com repercussões muito diversas, podendo chegar a comprometer o organismo o mínimo, ou como acontece habitualmente, compromete tanto ao ponto de incapacitar fisicamente o indivíduo (BRASIL, 2009a).

O diagnóstico da Hanseníase se dá essencialmente clínica e epidemiologicamente, avaliando a história do paciente, sua condição de vida e seus comprometimentos físicos. Considera-se caso de hanseníase, o indivíduo que possuir um ou mais dos três sinais cardinais da doença, a saber: lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou tátil e/ou dolorosa; espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; presença do agente etiológico confirmada em baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016a).

Para fins de tratamento, as formas clínicas da hanseníase são agrupadas pela classificação operacional. Sua divisão segue o critério da quantidade de lesões cutâneas, onde o paciente paucibacilar pode ter até 5 lesões de pele e baciloscopia negativa, e o multibacilar, mais de 5 lesões e baciloscopia positiva. É importante a equipe de saúde realizar o diagnóstico diferencial de outros acometimentos dermatológicos que possam se assemelhar à Hanseníase, por meio da clínica (BRASIL, 2009a).

Pretendendo-se ter uma ideia correta de como irá se seguir o tratamento do paciente hanseniano, é de suma importância a avaliação da integridade da

função neural e com isso determinar o grau de incapacidade física no diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura. Para isso, o profissional de saúde deve estar apto para avaliar a sensibilidade dos olhos, mãos e pés em vários momentos, a saber: no início do tratamento; a cada três meses se não houver queixas; sempre que houver queixas do tipo dor em trajeto dos nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas (sensibilidade alterada); no controle periódico de doentes em estados reacionais; na alta do tratamento, ou no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016a).

O tratamento da Hanseníase é primordialmente em regime ambulatorial. Já no início do uso da poliquimioterapia (PQT) a doença para de ser transmitida devido à morte do bacilo pela medicação, e com o decorrer do tempo, de 6 a 36 meses, o paciente vem a ser curado se o esquema for realizado da maneira correta, como descrito a seguir: uma dose supervisionada mensal e doses diárias auto administradas até o término da cartela, devendo o paciente retornar ao serviço de saúde para reiniciar o ciclo. Os serviços de saúde devem garantir orientação e terapia contraceptiva para mulheres em tratamento para hanseníase e estados reacionais, devido a possível utilização de medicamentos com efeitos teratogênicos, como está previsto na Lei nº 10.651 de 16 de abril de 2003 (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2016a).

Os esquemas terapêuticos devem ser realizados segundo a classificação operacional do indivíduo acometido. O esquema para paucibacilares é composto por 6 cartelas com as fórmulas de rifampicina, com administração mensal supervisionada, e dapsona com auto administração diária em regime domiciliar; para multibacilares há adição da clofazimina no esquema, sendo esta realizada em dose supervisionada mensal e auto administrada diária (BRASIL, 2009a).

Dentro do contexto da Hanseníase, há além da doença propriamente dita os estados reacionais, os quais são alterações do sistema imunológico que clinicamente se apresentam como manifestações inflamatórias agudas ou subagudas, sendo mais comum a ocorrência em pacientes multibacilares, podendo acontecer antes, durante, ou depois do tratamento. O primeiro estado reacional denomina-se Reação Tipo I ou reação reversa, caracterizado pelo aparecimento de

novas lesões, edema de lesões antigas, infiltrações, alterações na coloração e espessamento de nervos periféricos, evento comumente conhecido como neurite. O segundo, Reação Tipo II ou Eritema Nodoso Hansênico, caracteriza-se por apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, mal-estar geral, com ou sem neurite (BRASIL, 2009a).

É importante que o diagnóstico da reação hansênica seja precoce para ser feita o quanto antes a intervenção medicamentosa, tendo em vista a prevenção de incapacidades que podem vir a ocorrer, devido o grande potencial para ocorrência de lesões de nervos periféricos. Deve ser feito o exame físico geral e dermatoneurológico do paciente para melhor definição da classificação operacional e do tipo de reação em questão. A poliquimioterapia (PQT) não é contraindicada na ocorrência de estados reacionais, sendo o seu uso adicionado da corticoterapia para a correção da resposta inflamatória (BRASIL, 2009a).

Reiterando o que já foi mencionado, a melhor forma para prevenir deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) futuras decorrentes da infecção pelo *Mycobacterium leprae* é o diagnóstico precoce e oportuno, em conjunto com o tratamento poliquimioterapêutico (PQT). As técnicas de autocuidado são simples e devem fazer parte da rotina das unidades de saúde que possuem o Programa de Controle Da Hanseníase (PCH), e consistem em orientações e ensinamentos que devem ser aplicados pelo cliente no decorrer do tratamento e após a alta (BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza um manual voltado para o usuário com linguagem clara e acessível, ensinando como cuidar da face, mãos e pés para prevenir o aparecimento de deficiências e incapacidades. Isto não diminui a obrigação do profissional responsável pela avaliação do paciente de lhe repassar todas as informações necessárias e cabíveis para cada situação particular (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016a).

Segundo os dados mais atuais disponibilizados pelo boletim epidemiológico de 31 de maio de 2016 do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), o número de casos novos detectados no Brasil foi de 28.761 em 2015, que comparado ao valor absoluto do ano 2000 de 43.196 teve uma queda

de 33,42% em seu contingente. A taxa de detecção por sua vez também teve importante queda passando de 25,44 por 100.000 habitantes em 2000 para 14,07 em 2015. No ano adscrito para o presente estudo (2012), observou-se uma quantidade absoluta de 33.303 casos novos e uma taxa de detecção de 17,17 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2016b).

O indicador epidemiológico de coeficiente de detecção geral por 100.000 habitantes é representado pela taxa de detecção/incidência de casos novos e tem parâmetros pré-definidos pelo Ministério da Saúde (MS) para avaliar o progresso da eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública no país e nas unidades federativas. Segundo estes parâmetros, o país ainda se encontra com um índice *alto*, tanto em 2012, quanto em 2015 (parâmetro: 10,00 a 19,99/100.000 habitantes), apesar da melhora em relação ao primeiro ano do boletim epidemiológico (2000), que era *muito alto* (parâmetro: 20,00 a 39,99/100.000 habitantes) (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

O coeficiente de prevalência para o Brasil no ano de 2000 consistiu em 4,71 casos/10.000 habitantes, 1,51 em 2012 e 1,01 em 2015. Esse indicador é prioritário para direcionar a meta para a eliminação da Hanseníase. Em 1986 foi apresentada a primeira proposta para a eliminação da Hanseníase durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), a qual deveria ser corroborada até o ano 2000, e definida a meta de prevalência de menos de 1 caso/10.000 habitantes na 49ª AMS, em consenso assumido pelos 122 países mais endêmicos. O pacto foi adiado para o ano de 2015, e permanece em execução a nível global, mesmo com os avanços observados, até a meta ser alcançada. Os dados apresentados nos permite entender que a doença persiste acima do parâmetro necessário para não considerá-la mais como problema de saúde pública, visto que ainda não passou a corresponder a menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016b).

O propósito da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 é a detecção precoce e o tratamento imediato para evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade. De acordo com esta estratégia, os indicadores estudados na presente pesquisa sugerem indiretamente os níveis de

conscientização sobre os sinais iniciais da doença, o acesso aos serviços de hanseníase e as habilidades da equipe de atenção à saúde no diagnóstico e tratamento (OMS, 2016).

As duas últimas estratégias consecutivas – “Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010” e “Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase 2011-2015” – mantiveram a ênfase na redução da carga da doença com destaque para a sustentabilidade pela integração. Elas vêm substituindo as metas de “eliminação” em termos de prevalência da doença por metas que enfatizam a diminuição do número de novos casos com grau de incapacidade física 2 (dois) para promover a detecção precoce e a redução da transmissão com a manutenção correta do tratamento. (OMS, 2016)

O Maranhão configura-se como hiperendêmico ao passo que seu coeficiente de detecção está acima de 40,00/100.000 habitantes, com um índice de 55,54 casos detectados/100.000 habitantes no ano de 2012 e 51,27 em 2015 segundo informa o atual boletim. Sua colocação em situação nacional é a terceira em detecção de casos novos/100.000/ano, já na região nordeste o estado lidera o ranking (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016b).

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o qual está em vigência, a população total estimada de São Luís para o período é de 1.014.837 habitantes, e o valor absoluto de casos novos de hanseníase detectados no ano de 2012 foi de 684. Tendo estes dados como referência, a taxa de detecção para este ano no município em estudo foi de 67,4/100.000 habitantes, corroborando sua classificação como município hiperendêmico no cenário nacional (BRASIL, 2016a; IBGE, 2010).

3.3 O Programa de Controle da Hanseníase no Brasil

Com o decorrer da história da saúde pública no Brasil, puderam ser observados vários avanços no tocante à descentralização das ações de Vigilância em Saúde, e para que os problemas que permanecem sejam sanados, cada vez mais o trabalho da atenção primária deverá ser qualificado a partir do princípio da integralidade, em suas várias dimensões, como:

“propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a essa rede.” (BRASIL, p. 10, 2008).

Para avaliação dos resultados da Vigilância em Saúde, a informação se faz essencial para a tomada de decisões. Com isso, foi desenvolvido um sistema específico para a este fim, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entrando em vigor na década de 90, que padroniza o processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo de obrigação das 3 esferas de governo a alimentação regular da base de dados, tendo o Ministério da Saúde como gestor nacional do sistema (BRASIL, 2008).

“A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. [...]

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelam o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente. [...]” (BRASIL, p.12, 2008).

Diante destes conceitos, faz-se valer a Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016, que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, que orienta profissionais e gestores dos serviços de saúde, e regulamente a atividade do Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

Em 2002, foi lançado pelo MS o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose no Brasil, que ratifica o compromisso do país em eliminar a doença. Em 2004, o Plano Nacional para Eliminação da Hanseníase redirecionou as ações propostas pela política de eliminação da endemia enquanto problema de saúde pública no Brasil. Tendo em vista o não alcance dos objetivos propostos, em 2006 foi elaborado um Plano Estratégico em nível municipal, objetivando o desenvolvimento de ações que minimizassem de fato os níveis epidemiológicos da doença com ações em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2002).

Com base neste plano, foi concebido o PCH, com recomendações para descentralização das ações, em virtude de não existir proteção específica para hanseníase, logo devendo ser desenvolvidas atividades para a redução da carga da doença, a saber: educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, exame de contatos, orientações e aplicação de BCG. Tais ações têm por fim a integralidade da assistência ao indivíduo acometido, seu eixo familiar e a comunidade como um todo (BRASIL, 2002; BRASIL, 2016a).

Morosini, Fonseca e Pereira (2009) nos faz lembrar que a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam. Na interface da educação em saúde, esta é dirigida a todos aqueles que forem sujeitos do processo saúde-doença em análise, desde as equipes de saúde, até o público em geral (indivíduo, família e comunidade).

A investigação epidemiológica tem como objetivo a captação oportuna de doentes para o diagnóstico precoce, e acontece de forma sincronizada pelos meios: atendimento da demanda espontânea (detecção passiva), busca ativa de casos novos e vigilância de contatos (detecção ativa). Esta última tem a finalidade de descobrir casos novos dentre aqueles que convivem ou conviveram por tempo prolongado com casos índices já diagnosticados, visando também descobrir a origem da infecção, seja no meio familiar, ou no social (BRASIL, 2016a).

O tratamento ambulatorial dos casos novos deve ser iniciado o quanto antes diante do diagnóstico oportuno, e sua manutenção até o término é imprescindível para o alcance da cura da enfermidade. Somado a isto há a prevenção e correção de incapacidades, sendo a primeira soberana à segunda, visto que se visa evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos (BRASIL, 2016a).

Brasil (2016a) define que a vigilância epidemiológica envolve a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A vigilância deve ser organizada em todos os níveis de

complexidade da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir informações sobre a distribuição, magnitude e a carga da doença. Com o devido processamento dos dados, é possível avaliar o progresso da endemia e a qualidade do serviço ofertado à população a partir de indicadores propostos pelo MS.

Os Indicadores Epidemiológicos ou de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto Problema de Saúde Pública, como o próprio nome indica, avaliam a evolução da doença no território adscrito a partir de taxas e proporções, a saber:

- Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10mil habitantes;
- Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100mil habitantes;
- Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100mil habitantes;
- Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100mil habitantes;
- Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano;
- Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano;
- Proporção de casos de hanseníase segundo o gênero entre o total de casos novos;
- Taxa de detecção de casos novos segundo raça/cor entre a população das respectivas raça/cor.

Os Indicadores Operacionais ou para Avaliar a Qualidade do Serviço de Hanseníase vêm por meio de parâmetros (Bom, Regular ou Precário) repassar a eficiência do Programa de Controle da Hanseníase, a saber:

- Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;

- Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;
- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;
- Proporção de recidiva entre os casos notificados no ano;
- Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
- Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes (BRASIL, 2016a).

Perante as informações da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação (CGHDE/DEVIT/SVS/MS), os estudos corroboram que é possível balancear os níveis da endemia no território nacional segundo a construção dos indicadores e sua avaliação em relação aos parâmetros pré-estabelecidos pelo MS. A identificação destes dados é essencial para a definição de como a hanseníase se comporta no cenário em estudo, e como os gestores, em conjunto com os profissionais de saúde, estabelecem as ações de assistência para com estes indivíduos acometidos.

3.4 Atuação do enfermeiro no PCH

A maneira como a equipe de saúde conduz as ações em prol da assistência qualificada e eliminação de enfermidades, é determinante para o sucesso da prevenção e controle da hanseníase. O enfermeiro é sujeito essencial no processo de detecção e acompanhamento destes pacientes, visto que está envolvido em inúmeras atividades de naturezas diversas na atenção primária (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b; NASCIMENTO et al, 2011).

De acordo com Almeida et al. (1989), a enfermagem não é apenas uma prática técnico-científica, mas sobretudo vai produzindo ao longo do tempo um conhecimento sobre o cuidar, ou seja, percebe como fazê-lo cada vez melhor, como organizá-lo e administrá-lo mais lógica e racionalmente, aliado a isto o entendimento da profissão como também uma prática social e articulada.

As atribuições do enfermeiro no PCH variam de atividades de planejamento/programação do cuidado, execução do cuidado, gerência/acompanhamento e avaliação do cuidado. Algumas das principais ações podem ser descritas a seguir:

- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever o tratamento, conforme normas e protocolos estabelecidos pelo gestor municipal, obedecendo o rigor legal da profissão;
- Realizar o levantamento epidemiológico e operacional da endemia;
- Acompanhar o tratamento com ênfase nas doses supervisionadas;
- Identificar e encaminhar os casos suspeitos de reações hansênicas;
- Avaliar o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e da alta por cura;
- Realizar o controle de doentes e contatos;
- Gerenciar a assistência da equipe de enfermagem ao paciente com hanseníase, família e comunidade;
- Previsão, provisão e gerenciamento de medicamentos, vacinas e material de consumo;
- Realizar o planejamento, coordenação e avaliação das atividades executadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS);
- Encaminhar as fichas de notificação e boletins epidemiológicos e de acompanhamento para o setor competente;
- Planejar intervenções juntamente com a equipe multidisciplinar;
- Realizar atividades educativas junto ao paciente, família e comunidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007).

Diante do exposto, tem-se o entendimento de que as atribuições do enfermeiro no PCH não diferem muito de seu trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), simbolizando o elo do programa específico para com a Atenção Primária em Saúde (APS), que corresponde à principal e preferencial porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual visa sempre a detecção oportuna de agravos e correção precoce de incapacidades. Nascimento et al. (2011) e Pedrazzani (1995) corroboram que a prática do enfermeiro pode ser

repensada e melhorada no tocante a educação permanente em saúde, para uma mais efetiva compreensão e planejamento de ações para a redução da endemia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, de abordagem quantitativa e temporalidade retrospectiva, realizado em todas as instituições de saúde que operacionam o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) no município de São Luís - MA. O presente estudo designa-se por ser parte de uma pesquisa maior, intitulada “Avaliação dos Programas de Controle da Hanseníase no município de São Luís – MA”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), previamente aprovada.

4.2 Caracterização da área de estudo

O município de São Luís – MA ocupa uma área de 834,785 km², possui 1.014.837 habitantes, com 474.995 homens e 539.842 mulheres, sendo 958.052 residentes na área urbana e 56.315 na área rural (IBGE, 2010).

Nesta área existem 92 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das quais 57 possuem o Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

De acordo com Peixoto et al. (2011), o município de São Luís foi dividido em 7 distritos para uma melhor incorporação das ações e serviços de saúde destinados à população. As unidades pertencentes a presente pesquisa são:

- Distrito Bequimão, com 6 unidades: UM do Bequimão, CS Amar, CS Genésio Rêgo, CS Radional, USF São Francisco, CS Bezerra de Menezes;
- Distrito Centro, com 2 unidades: CS Liberdade, Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD);
- Distrito Cohab, com 6 unidades: CS Salomão Fiquene, CS Cohab Anil I, CS Djalma Marques, CS Turu, CS Vila Lobão, CS Genésio Ramos Filho;

- Distrito Coroadinho, com 4 unidades: CS de Fátima, CS João Paulo, CS Carlos Macieira, USF Antônio Guanaré;
- Distrito Itaqui Bacanga, com 9 unidades: UM Itaqui Bacanga, CS Clodomir Pinheiro Costa, USF Vila Embratel, CS Embrião, USF São Raimundo, CS Yves Pargas, USF Gapara, CS Vila Nova, Hospital Aquiles Lisboa;
- Distrito Tirirical, com 17 unidades: UM São Bernardo, CS Santa Barbara, CS São Cristovão, CS Vila Itamar, USF do Jardim São Cristovão, USF Santa Clara, USF Santa Efigênia, USF Antônio Carlos Sousa Reis - Cidade Olímpica I, USF Maria Ayrecila da Silva Novochadlo – Cidade Olímpica II, Unidade de Saúde da Família Jailson Alves Lima – Cidade Olímpica III, CS Fabriciana de Moraes, CS Janaína, CS Vila Lobão, USF Nazaré Neiva, CS Coquilho, USF São Bernardo, USF Pirapora;
- Distrito Esperança, com 13 unidades: CS Tibiri, CS Maracanã, CS Vila Sarney, CS Pedrinhas I, CS Pedrinhas II, Posto de Saúde Penitenciária de Pedrinhas, CS Thalles Ribeiro Gonçalves, CS Laura Vasconcelos, USF Nova República, USF Rio Grande, USF Coqueiro, CS Itapera, CS Quebra Pote.

4.3 População e período de estudo

Foram incluídos no estudo todas as unidades de saúde que operacionam o PCH, nas quais foram registrados e notificados casos de hanseníase no ano de 2012. Em 2012 foram notificados 618 casos novos de hanseníase, segundo o levantamento realizado pelo SINAN.

4.4 Critérios de não inclusão

Foram excluídos do estudo as unidades de saúde que não possuíam registro de casos notificados em 2012, bem como os casos em que os prontuários ou fichas de notificação estivessem rasurados e/ou ilegíveis para a apuração dos dados, prontuários não encontrados, ou casos relatados como erro de diagnóstico mesmo após notificação e início do tratamento.

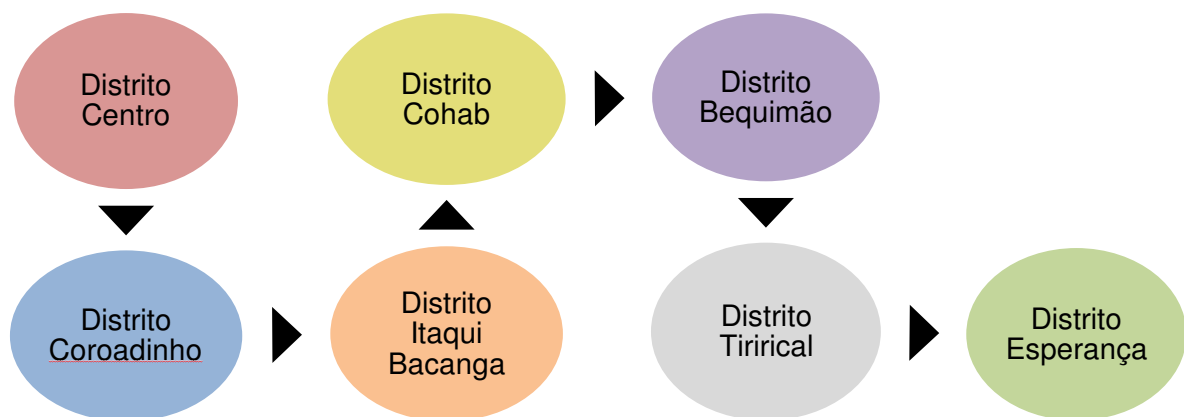
4.5 Instrumento e Coleta de dados

O instrumento utilizado para a pesquisa foi elaborado segundo a ficha de notificação do SINAN e adaptado para um formulário (Apêndice), composto pelas seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, procedência, residência unidade de saúde e distrito sanitário ao qual pertence;
- Variáveis clínicas: forma clínica, classificação operacional, grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, modo de entrada, modo de detecção de caso novo, ocorrência de reações durante o tratamento, tipo de reação, medicação de tratamento para a reação, grau de incapacidade física no final do tratamento, tipo de alta.

A coleta foi realizada no período de setembro de 2015 a março de 2016, a partir das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase, notificados no ano de 2012. Na Figura 1 está representado o fluxograma de execução desta etapa da pesquisa.

Figura 1. Fluxograma da sequência de distritos onde foi executada a coleta de dados. São Luís, Maranhão, 2016.



Fonte: A autora (2016).

4.6 Definições utilizadas no estudo

Para o estudo foram adotadas as seguintes definições, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a):

- Caso novo: aquele indivíduo que nunca recebeu tratamento específico para tal patologia e apresenta lesão (ões) cutânea (s) com diminuição da sensibilidade, espessamento de nervos periféricos com comprometimento sensitivo e/ou motor, com a presença do bacilo *M. Leprae* confirmada por exame diagnóstico.
- Grau de Incapacidade Física (GIF): nível de comprometimento físico segundo a agressão da infecção, classifica-se em:

Grau 0 (zero) = nenhum comprometimento visual. Força muscular das mãos e pés preservadas. Sensibilidade palmar e plantar mantidas.

Grau 1 (um) = diminuição ou perda de sensibilidade córnea; diminuição da força muscular das mãos e pés, porém sem deficiências visíveis. Sensibilidade palmar e plantar diminuídas.

Grau 2 (dois) = comprometimentos visíveis decorrentes da hanseníase, como: lagoftalmo, triquíase, entrópio, opacidade corneana central, acuidade visual diminuída ou incapaz de contar dedos a 6m de distância. Deficiências palmar e plantar visíveis, levando a incapacidades físicas, como: atrofia muscular, garras, mão caída, pé caído, feridas.

4.7 Análise de dados

Os dados foram armazenados em planilhas do Microsoft Excel; e processados e analisados pelo programa Epi-Info, versão 7, estando apresentados em forma de tabelas de frequência absoluta e relativa. Para a contemplação dos objetivos do trabalho foram utilizados dois dos Indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, ou epidemiológicos, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a):

Indicador 1: Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano. A construção consiste em uma proporção dos casos novos com GIF 2 no diagnóstico,

residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação (numerador) sobre os casos novos com GIF avaliado, residentes no mesmo local e período (denominador). Fator de multiplicação: 100.000. Sua utilidade está em avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos. Os parâmetros para avaliação deste indicador são: Alto $\geq 10\%$; Médio 5 a 9,9%; Baixo $< 5\%$.

Indicador 2: Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano. A construção consiste em uma proporção dos casos de hanseníase residentes e curados com GIF 2 no ano da avaliação (numerador) sobre o total de casos de hanseníase residentes e que foram encerrados por cura com grau de incapacidade física avaliados no ano da avaliação (denominador). Fator de multiplicação: 100.000. Sua utilidade está em avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta. Os parâmetros para avaliação deste indicador são: Alto $\geq 10\%$; Médio 5 a 9,9%; Baixo $< 5\%$. (BRASIL, 2016a)

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS/MS nº 466/12. Recebeu autorização da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (SES), Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS), Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), com parecer nº. 1.152.824 (Anexo A). Pelo fato da coleta de dados ser realizada por meio das fichas de notificação, livro de registro e prontuários de pacientes com diagnóstico de hanseníase (comunicação indireta), pediu-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pela dificuldade de contatar todos os participantes, que podem não residir no município de São Luís e/ou ter ocorrido mudança de endereço e de contato.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos pela pesquisadora a partir da metodologia descrita estão representados neste capítulo para avaliação e posterior discussão. Reiterando, a população apresentada foi composta por todos os casos de hanseníase em 2012 no município de São Luís, a saber 1055 (mil e cinquenta e cinco), para avaliação do perfil sociodemográfico dos portadores da doença.

Dentre estes, foram notificados como casos novos 618 (seiscentos e dezoito) pelo SINAN, e foi acrescido a este valor os casos coletados que não foram notificados pelo sistema, mas descritos nos livros de registro/prontuários/fichas de notificação presentes nas unidades de saúde, totalizando 684 (seiscentos e oitenta e quatro) casos novos de hanseníase para o ano em estudo.

Há em atividade 57 (cinquenta e sete) unidades de saúde que operacionam o PCH no município de São Luís – MA, segundo dados disponibilizados pela SES e SEMUS. O estudo foi realizado em 44 (quarenta e quatro) destas, sendo as outras 13 (treze) não incluídas por não possuírem casos novos notificados pelo SINAN, tampouco em livros de registro para o ano de interesse.

Primeiramente foi traçado o perfil sociodemográfico dos casos em estudo que iniciaram o tratamento até o dia 31 de dezembro de 2012, com o intuito de conhecer as características da população adscrita, e seguiu-se com a avaliação dos indicadores epidemiológicos propostos para alcançar os objetivos da presente pesquisa.

5.1 Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase

Foi constatado, segundo as características sociodemográficas da população avaliada, que a faixa etária de 21 a 40 anos foi mais frequente (35,26%), seguida de 27,96% dos que tinham entre 41 a 60 anos. De acordo com o gênero, verificou-se que a maioria era do sexo masculino (50,80%). Ao avaliar a raça/cor, os pardos se sobressaíram (50,42%), seguidos pelos brancos (12,60%) (Tabela 1).

Quanto ao grau de escolaridade, tem-se o resultado de que 20,94% possuíam o ensino médio completo, seguidos de 11,18% que possuíam o ensino fundamental de 5ª a 8ª série incompleto, semelhante ao resultado de ensino fundamental de 1ª a 4ª série incompleto (10,80%). Segundo a zona de residência dos casos, a maioria morava em São Luís, representada por 65,68% do total, seguido de 9,09% que residiam em outros municípios do estado do Maranhão.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase notificados no ano de 2012, segundo a faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e residência. São Luís, Maranhão, 2016.

VARIÁVEL		N	%
Idade	01 a 20	194	18,38
	21 a 40	372	35,26
	41 a 60	295	27,96
	61 a 80	177	16,77
	> 80	15	1,42
	Não registrada	2	0,21
	TOTAL	1055	100,00
Sexo	Masculino	536	50,80
	Feminino	511	48,43
	Não registrado	8	0,77
	TOTAL	1055	100,00
Raça/cor	Branca	133	12,60
	Preta	110	10,42
	Amarela	19	1,80
	Parda	532	50,42
	Indígena	50	4,73
	Não registrada	207	19,66
	Ignorada	4	0,37
TOTAL	1055	100,00	
Escolaridade	Analfabeto	65	6,16
	1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF) (antigo primário ou 1º grau)	114	10,80
	4ª série completa do EF	51	4,83
	5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	118	11,18
	EF completo (antigo ginásio ou 1º grau)	100	9,47
	Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	81	7,67
	Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	221	20,94
	Educação superior incompleta	25	2,36
	Educação superior completa	37	3,50
	Ignorado	27	2,55
	Não se aplica	8	0,75
	Não registrada	208	19,79
TOTAL	1055	100,00	
Residência	Capital do Estado	693	65,68
	Outros municípios da Ilha de São Luís	63	5,97
	Outros municípios do Estado	96	9,09
	Outros Estados	3	0,28
	Não registrada	200	18,95
TOTAL	1055	100,00	

Fonte: SINAN/Livros de registro/Prontuários, 2016.

O total de casos não registrados descritos na Tabela 1 para cada variável tem valor expressivo segundo o total avaliado na pesquisa (1055), visto que alguns dos prontuários onde os dados foram coletados possuíam informações não registradas, ou o acesso foi realizado somente por meio do livro de registro, não estando presente a ficha de notificação do SINAN e de avaliação do paciente, o que justifica uma falta de informações parcial para estes dados sociodemográficos.

5.2 Avaliação dos Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto Problema de Saúde Pública (epidemiológicos) selecionados para a pesquisa

- Indicador 1: Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano

Segundo o modo de entrada dos pacientes no PCH no ano de 2012, a maioria era de casos novos (64,83%), contabilizando 684 (seiscentos e oitenta e quatro) casos desta natureza (Tabela 2). Este dado é importante para a construção do indicador avaliado, haja vista que o denominador desta proporção constitui-se apenas pelos casos novos detectados no ano adscrito.

O total de casos não registrados descritos na Tabela 2 (191) tem valor expressivo para o total avaliado na pesquisa (1055), sinalizando o mesmo problema encontrado para as variáveis sociodemográficas, o que justifica uma falta de informações parcial para este dado de modo de entrada.

Tabela 2. Casos de hanseníase notificados segundo o modo de entrada. São Luís, Maranhão, 2016.

VARIÁVEL		N	%
Modo de entrada	Caso Novo	684	64,83
	Transferência do mesmo município (outra unidade)	102	9,66
	Transferência de outro município (mesma UF)	5	0,47
	Transferência de outro estado	2	0,19
	Recidiva	18	1,70
	Outros reingressos	47	4,45
	Ignorado	6	0,56
	Não registrado	191	18,14
TOTAL		1055	100,00

Fonte: SINAN/Livro de registro/Prontuários, 2016.

A Tabela 3 demonstra a organização absoluta e relativa de como os casos novos foram avaliados no momento do diagnóstico da doença.

Tabela 3. Avaliação dos casos novos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico, São Luís, Maranhão, 2016.

VARIÁVEL		N	%
Grau de incapacidade no diagnóstico	<i>Grau 0 (zero)</i>	406	59,35
	<i>Grau 1 (um)</i>	185	27,04
	<i>Grau 2 (dois)</i>	56	8,18
	<i>Não avaliado</i>	15	2,19
	<i>Não registrado</i>	22	3,24
	TOTAL	684	100,00

Fonte: SINAN/Livros de registro/Prontuários, 2016.

A partir do que foi exposto na metodologia sobre a construção do indicador avaliado, obtém-se o cálculo: $[56 / (406+185+56)] * 100 = 8,65\%$.

Segundo os parâmetros do MS (BRASIL, 2016a) o indicador encontra-se na categoria *médio*.

- Indicador 2: Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano

A Tabela 4 demonstra a organização absoluta e relativa de como os casos foram avaliados no momento da alta por cura da doença.

Tabela 4. Avaliação dos casos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física (GIF) no momento da alta por cura.

VARIÁVEL		N	%
Grau de incapacidade na alta por cura	<i>Grau zero</i>	272	57,88
	<i>Grau 1</i>	135	28,73
	<i>Grau 2</i>	54	11,49
	<i>Ignorado</i>	9	1,90
	TOTAL	470	100,00

Fonte: SINAN/Livros de registro/Prontuários, 2016.

A partir do que foi exposto na metodologia sobre a construção do indicador avaliado, obtém-se o cálculo: $[54 / (54+135+272)] * 100 = 11,71\%$.

Segundo os parâmetros do MS (2016) (Alto $\geq 10\%$; Médio 5 a 9,9%; Baixo $< 5\%$), o indicador encontra-se na categoria *alto*.

6 DISCUSSÃO

Barbosa, Almeida e Santos (2014) definem a cidade de São Luís como município de maior notificação de casos novos de hanseníase no Maranhão. No intervalo de 2001 – 2012, a unidade federativa (UF) detectou 54.719 casos da enfermidade, sendo a capital responsável por 13,65% deste contingente estadual. Essa porcentagem se dá pelo município ser o maior conglomerado urbano do estado, e mesmo sendo a capital estadual, ainda não possui condições ideais para a eliminação desta doença, vide taxa de detecção de 67,4/100.000 habitantes para o ano em estudo.

6.1 Perfil sociodemográfico dos casos de hanseníase

Segundo o censo sociodemográfico do IBGE (2010), para o município de São Luís, a maior parte da população é constituída pela raça/cor parda (56,40%), o que corrobora a porcentagem da amostra da presente pesquisa, a qual expressa a maioria dos casos novos de hanseníase como pardos (50,42%). Essa informação deve-se à área de estudo pertencer à região da Amazônia Legal, a qual possui esta composição étnica característica (BARBOSA; ALMEIDA e SANTOS, 2014).

A faixa etária de 21 a 40 anos corresponde a 38,78% da população do município (IBGE, 2010), porcentagem esta representada pelos maiores traçados da pirâmide etária da cidade, o que confirma que a maioria da população de São Luís está em idade economicamente ativa, e corrobora a situação sociodemográfica supracitada para a doença em questão, a qual foi caracterizada em sua maior parte (35,26%) por este intervalo de idade dentre os casos avaliados.

Os estudos de Barbosa, Almeida e Santos (2014) e Pacheco, Aires e Seixas (2014) concordam que esta população determina-se por uma parcela economicamente ativa e mais suscetível a contrair enfermidades, por meio de exposição laboral além da domiciliar, ambas de contato frequente entre os indivíduos envolvidos. Esta informação confirma o resultado apresentado no presente estudo sobre a faixa etária mais afetada pela hanseníase, e automaticamente mais suscetível à doença por sua maior exposição em mais de um ambiente de convivência por tempo prolongado.

Gomes et al. (2005) pontua ainda que há risco de exclusão da cadeia produtiva de adultos, sejam estes jovens ou próximos da terceira idade, devido o potencial incapacitante da hanseníase. A parcela da população avaliada (8,65%) que já adentra no serviço de saúde com algum tipo de incapacidade se configura como um grande déficit para o desenvolvimento da economia.

A maioria dos residentes em São Luís é constituída por pessoas do sexo feminino (53,19%), e apesar desta informação, os casos novos de hanseníase para o ano de 2012 foram identificados em sua maioria pelo sexo masculino (50,80%). Barbosa, Almeida e Santos (2014) em estudo realizado no estado do Maranhão, confirmam esta mesma prevalência e ainda fazem o elo desta informação com dados nacionais e internacionais, sugerindo que a hanseníase é uma doença que acomete mais pessoas do sexo masculino de maneira geral.

Esta situação deve-se ao fato de o gênero assumir características como: maior interação em ambiente laboral; menor preocupação com aspectos relacionados à sua saúde e sinais que determinem algum tipo de enfermidade; e menor acesso aos serviços de saúde, o que diminui as chances de prevenir contrair a doença (BARBOSA; ALMEIDA e SANTOS, 2014).

A grande parcela da população de São Luís (94,4%) (IBGE, 2010) reside em área urbana, estando mais próxima dos serviços de saúde, fato o qual determina que a maioria dos residentes deste município possui melhor acesso. É encontrado resultado semelhante por Vásquez, Parente e Pedrosa (2008), onde apontam ainda que isto se designa por uma busca da população por melhores condições e oportunidades de vida.

Tal dado é confirmado pela grande parte dos usuários avaliados (65,68%) residirem na capital do estado do Maranhão, seguindo a lógica de que apesar do PCH das unidades de saúde receberem indivíduos de inúmeras localidades, a população referente ao próprio município ainda é soberana no atendimento para esta enfermidade.

Em estudo no estado do Maranhão, Barbosa, Almeida e Santos (2014) indicam que a hanseníase é uma enfermidade que acomete os indivíduos em sua maioria de baixa escolaridade. Isso se deve a aspectos sociais e econômicos

precários encontrados na maioria das localidades de alta prevalência da doença no país.

Todavia, para a população avaliada no estudo, obteve-se o resultado de que, a maioria dos indivíduos possuía ensino médio completo (20,94%). Ainda há indícios de que o município de São Luís possua alta representatividade de baixa escolaridade para esta endemia, visto que o dado referente ao ensino médio completo é seguido pelas porcentagens de 11,18% e 10,80% para ensino fundamental II e I incompleto, respectivamente, e diminuta expressividade para a população de alta escolaridade (3,50%).

6.2 Avaliação dos Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto Problema de Saúde Pública (epidemiológicos) selecionados para a pesquisa

Os indicadores epidemiológicos são responsáveis por mensurar a morbidade da hanseníase no cenário nacional e local. Esta medida tem como objetivo alcançar a eliminação da doença, e a partir de boletins epidemiológicos anuais é possível realizar a avaliação da situação de cada localidade segundo os indicadores de monitoramento desta progressão, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos. Casado a este conceito, têm-se os indicadores operacionais, que avaliam diretamente a partir destes dados se as ações para contemplar este objetivo estão sendo desenvolvidas, e como são classificadas (BRASIL, 2016a).

- Indicador 1: Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano

Conforme Cunha et al. (2007) a incapacidade física no paciente hanseniano é o desfecho indesejado que denota uma detecção mais tardia da doença, e esta proporção por meio da avaliação do GIF é um importante indicador para análise desta endemia. Pacheco, Aires e Seixas (2014) ressaltam que as deformidades e incapacidades físicas são o principal problema da hanseníase, sendo o percentual de pacientes com incapacidades um indicador de impacto socio-sanitário importante.

A porcentagem do indicador para o município do estudo de Cunha et al. (2007) teve resultado acima do que preconiza o MS (BRASIL, 2016a), com parâmetro *alto* na maioria dos anos do período 1990 – 2003. Já em São Luís no ano de 2012 o resultado foi *médio*, estando ainda acima do esperado para que fossem obtidos resultados positivos, porém de maneira parcial. Quanto maior o valor encontrado (%) neste indicador avalia-se que a detecção de casos novos está fragilizada. Essa percepção é possível a partir dos parâmetros sugeridos pelo MS, que considera como desejável uma proporção abaixo de 5%.

A partir do ano de 1998 a proporção de indivíduos com GIF 2 no momento do diagnóstico dentre os casos novos avaliados passou de 13,80% para 6,10% em 2003, fato que se deveu às ações de descentralização dos serviços de saúde para o período, demonstrando uma detecção mais precoce dos casos. Em São Luís, foram avaliados 59,35% casos com grau 0 (zero) no momento do diagnóstico, sugerindo-se que para esta parcela predominante a infecção estava no início. Todavia ainda há uma quantidade significativa de casos que adentram o PCH com incapacidades físicas graves e evitáveis, já que o indicador ainda não se configura como baixo para o MS (CUNHA et al., 2007).

Estes dados comprovam que ainda não se estabeleceu nestes municípios atividades suficientes para o diagnóstico precoce e/ou oportuno da doença, o que reforça o caráter endêmico de ambas as áreas. O decaimento de valores com o passar do tempo sugere uma melhoria na aplicabilidade das ações para identificação destes indivíduos doentes, porém ainda insuficientes para fins de proporção com o todo.

Vásquez, Parente e Pedrosa (2008) avaliaram os indicadores epidemiológicos para o período de 1997 – 2006 no município de Coari, Amazonas. Para consonância com o presente estudo, foi avaliada a proporção de casos novos com grau II dentre os casos avaliados em cada ano da série, a qual foi caracterizada com variabilidade muito grande ao longo dos anos. A razão foi classificada no último ano avaliado para o município como *alta* (15,00%), estando bastante superior à encontrada no município de São Luís que foi *média* (8,65%) no ano de 2012.

Tal disparidade deve-se pela diferença da época de realização dos estudos em Coari e São Luís. Cunha et al. (2007) lista alguns fatores que podem interferir positivamente nesta evolução temporal, a saber: o declínio de prevalência induzido pela PQT, descentralização das ações para redução dos níveis endêmicos, integração do PCH à ESF, e realização de campanhas para busca ativa de casos, apesar de ainda não ter sido alcançado parâmetro satisfatório até o ano de 2012 em São Luís.

Cunha et al. (2007) pontua ainda que a proporção de casos diagnosticados com grau 2 (dois) dentre os casos avaliados no ano pode estimar uma prevalência oculta da doença, haja vista que são indivíduos previamente não apreciados por precariedade das ações dos serviços de saúde, o que interfere negativamente na apresentação dos valores epidemiológicos, indo de encontro com a realidade.

O crescimento, ou estagnação, ou ainda redução não satisfatória na detecção de casos com incapacidade física sugere diagnóstico tardio, que contribui para a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) e continuidade da cadeia de transmissão. Supõe-se então que o indicador de detecção oportuna e/ou precoce decai em decorrência das ações de controle efetivadas pelos órgãos governamentais em prol da eliminação da doença, porém de forma lenta e gradual. (BRITO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015)

- Indicador 2: Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano

É de suma importância a avaliação do desempenho deste indicador, pois entende-se a partir de seu valor a transcendência da doença no decorrer do tratamento, isto é, se como o indivíduo evolui segundo o seu comportamento diante do tratamento e se sua terapia medicamentosa estão de acordo com o esperado para a melhora e conseqüente cura ao final da parceria paciente-PCH. Isto vem a subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta (BRASIL, 2016a).

No estudo de Oliveira et al. (2015), os municípios do estado do Paraná avaliados apresentaram proporções *altas* de curados com incapacidades físicas dentre os casos avaliados na alta por cura, o que também ocorreu em São Luís no ano de 2012. Este resultado demonstra a importância da vigilância das incapacidades e sua identificação precoce em qualquer região do país, possibilitando o incentivo à prevenção por meio do autocuidado, durante o tratamento, ou no pós-alta. Compreende-se desta forma que o acompanhamento sistemático de pessoas diagnosticadas com hanseníase, apresentando ou não incapacidades físicas, possibilita uma melhor vigilância das complicações crônicas da doença.

Para o presente estudo, observou-se que dos 1055 casos em tratamento no ano de 2012, 470 corresponderam aos casos avaliados no momento da alta por cura. Porém, tendo-se em vista a avaliação global de casos na alta, há um indício de precariedade para um indicador operacional que avalia a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos de hanseníase. Os serviços de saúde deixaram a desejar em relação à qualidade das ações e serviços prestados, ao passo que apenas 41,30% (parâmetros: Bom \geq 90%; Regular \geq 75 a 89,9%; Precário $<$ 75%) dos pacientes foram avaliados ao final do tratamento, segundo dados que compõem um estudo maior que este e realizado na mesma localidade e período. (ANDRADE, 2016; BRASIL, 2016a)

Lana, Carvalho e Davi (2015) constataram que apenas 44,30% dos casos foram avaliados no momento da alta por cura, e destes, 5,30% (proporção *média*) tiveram aumento do GIF, o que entra em consonância com o estudo de Andrade (2016) sobre a avaliação precária neste momento do tratamento. A proporção dos que finalizaram a PQT com incapacidades é inferior à encontrada no município de São Luís que é *alta* (11,71%), porém também sugere que há um acompanhamento deficiente dos serviços de saúde com relação ao desenvolvimento de incapacidades físicas durante o tratamento.

Quanto maior a proporção neste caso, pior está sendo realizado o acompanhamento destes indivíduos, por adequação não-satisfatória dessa parcela de pacientes ao tratamento, e/ou não-comprometimento e adesão ao tratamento, e/ou precariedade na atenção prestada ao paciente com hanseníase.

7 CONCLUSÃO

Os casos de hanseníase notificados no ano de 2012 em São Luís foram caracterizados em sua maioria como: do sexo masculino (50,80%) pardos (50,42%); residente na cidade de São Luís (65,68%); com ensino médio completo cursado (20,94%); e com idade de 21 a 40 anos (35,26%), sendo esta faixa etária representada por uma parcela de pessoas em idade economicamente ativa.

Os indicadores propostos contemplaram os objetivos da pesquisa e puderam nos levar a uma reflexão sobre a situação da hanseníase. De acordo com o indicador de casos detectados com GIF 2 no diagnóstico (8,65%), sugere-se que o diagnóstico ainda seja realizado de maneira tardia, o que contribui para a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) e continuidade da cadeia de transmissão. A partir do momento em que um indivíduo já adentra o serviço de saúde com GIF 2, entende-se que sua localização e identificação como doente não foi suficiente, já que o nível de agressão da doença no organismo do indivíduo está avançado. Dessa forma, supõe-se que os indicadores de detecção oportuna possam cair em decorrência das ações de controle efetivadas pelos órgãos governamentais em prol da eliminação da doença, porém de forma lenta e gradual.

Em relação ao indicador de casos avaliados com GIF 2 na alta por cura (11,71%), um número alto de indivíduos chega ao final do tratamento com incapacidade física instalada. Diante disso, sugere-se que a aplicação do controle de sequelas seja insuficiente (orientações quanto ao autocuidado; avaliação criteriosa no seguimento do tratamento; correção de agravos já instalados) durante o acompanhamento do usuário, e atrelado a este fato, há sugestão de precariedade ainda permanente no serviço de saúde.

Observou-se que apesar dos direcionamentos e orientações do MS, o PCH ainda possui limitações no município, haja vista que mesmo com avanços em níveis epidemiológicos, o problema de redução satisfatória da enfermidade ainda permanece na realidade de muitos; principalmente em São Luís que é classificado como município hiperendêmico para o ano do estudo e até a atualidade.

Não pode ser desprezada quantidade de dados não registrados existente em algumas variáveis, dentre o total de casos que deveria ter sido avaliado para a

pesquisa e o total de fato avaliado. Isso se deve a uma incoerência entre a quantidade de casos notificados, registrados no livro do PCH, e que possuíam ficha de notificação, segregando algumas informações e sujeitando a pesquisa a lidar com a falta de alguns dados.

É relevante ressaltar ainda os problemas encontrados pela pesquisa na coleta de dados, como subnotificação dos casos, registro precário e dificuldade para encontrar prontuários, o que são apontados como alguns dos entraves ainda presentes no processo da eliminação da hanseníase, ou ao menos a redução significativa em áreas endêmicas.

Dessa forma, sugere-se uma melhoria nas ações de saúde a serem realizadas no campo do controle da endemia, já que o monitoramento epidemiológico depende de profissionais capacitados para concretização das diretrizes propostas pelo MS, visto que os indicadores de morbidade apresentados foram sugestivos para uma precária mobilização dos serviços de saúde para com o indivíduo acometido pela hanseníase. As incapacidades físicas limitam a vida social, laboral e psicológica do usuário, tendo como resultado um agravamento do estigma já presente na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.F.P.M.; MORAIS, H.M.M.; XIMENES, R. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. **Rev. saúde públ.** São Paulo. 23:107-116. 1989.
- ALMEIDA, M.C.P.; et al. **A situação da enfermagem nos anos 80: desafios da enfermagem para os anos 90.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 02 a 07.09.1989. Florianópolis, 1989. Anais. Florianópolis: ABEN, 1989.
- ANDRADE, Y.N. L. **Indicadores de qualidade das ações e serviços de saúde do Programa de Controle da Hanseníase em capital hiperendêmica do Brasil.** São Luís, UFMA, 2016.
- BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SANTOS, A. G. **Características epidemiológicas e especiais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001 – 2012.** Medicina (Ribeirão Preto) 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/> Acesso: 28/11/16.
- BIBLIA SAGRADA. Livro de Levítico, cap. 13, vers. 45-50. Ed. AVE-MARIA. São Paulo, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase.** Caderno de Atenção Básica, nº 10. Brasília (DF), 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** Caderno de Atenção Básica nº 21. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2. ed. Brasília (DF), 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. 816 p. Brasília (DF), 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. 1ed. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Do sanitário à municipalização**. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>> Acesso: 02/12/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Vol. 44. Nº11. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional**. 58 p. Brasília (DF), 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico vol. 44. Nº 11. **“Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação.”** Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 149/GM/MS de 3 de fevereiro de 2016: Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde**. Nº24, Diário Oficial da União, 04/02/2016, seção 1, p. 45. Brasília (DF), 2016c.

BITTENCOURT, L.P.; et al. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro. 18(2):185-90. Abr-jun. 2010.

BRITO, K.K.G.; et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2015;36(esp):24-30. 2015.

CUNHA, M.D.; et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5):1187-1197, mai, 2007.

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**. vol.13. n.2. p.76-88. Mai-ago. 2004.

FREITAS, C. A. S. L.; et al. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da estratégia da saúde da família: percepções do enfermeiro e pacientes. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2008. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Comunicação e Informação > Notícias > **Hanseníase: Brasil é o único país que não conseguiu eliminar sua propagação. 2015.** <Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/hanseniaze-reducao-de-casos-nao-sera-suficiente-para-que-o-pais-elimine-doenca-ate-o-fim-de>>

GALVAN, A.L. **Hanseníase (Lepra): que representações ainda se mantêm?** Canoas. Ed. Ulbra. 152p. 2003.

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. **An bras Dermatol.** 80(Supl 3):283-8. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Maranhão > Cidades > São Luís. Informações completas. **Censo demográfico de 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis>> Acesso: 10/12/16.

LANA, F.C.F.; CARVALHO, A.P.M. DAVI, R.F.L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Néry.** 15(1):62-67. Rio de Janeiro. Jan-mar. 2011.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. **Educação em Saúde.**

Dicionário da Educação Profissional em Saúde. FIOCRUZ. 2009. Disponível em:

< <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> > Acesso:

01/12/16.

NASCIMENTO, G. R. C.; et al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 13(4):743-50. Out./dez, 2011.

OLIVEIRA, L.R. Hanseníase: aspectos médico-psicossocial e cultural. Âmbito hospitalar. **Rev. Científica para Profissionais da Saúde.** P.39-55. N69. Dez. 1994.

OLIVEIRA, K.S.; et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários para o estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília.24(3):507-516. Jul-set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **OMS divulga situação mundial da hanseníase.** 2010. <Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-hanseniase&Itemid=777 > Acesso: 01/11/16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **Estratégia Mundial de Eliminação da Lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra.** 2016.

PACHECO, M.A.B.; AIRES, M.L.L.; SEIXAS, E.S. Prevalência e controle da hanseníase: pesquisa em uma ocupação urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** Rio de Janeiro. 9(30):23-30. Jan-mar. 2014.

PEDRAZZANI, E.S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Revista Latino-Am. Enfermagem.** Vol. 3. N.1. Ribeirão Preto. Jan. 1995.

PEIXOTO, B.K.S.; FIGUEIREDO, I.A.; CALDAS, A.J.M.; et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís – MA. **Hansenol. Int.** São Luís, MA. Vol.36. nº1. p. 23-30. Jun 2011.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./sep. 2006.

QUEIROZ, M.S.; PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro – FIOCRUZ. 120 p. 1997.

RIBEIRO JÚNIOR, A.F.; VIEIRA, M.A.; CALDEIRA, A.P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo.10(4):272-7. Jul-ago. 2012.

ROSA, A.T.; FORMIGA, L.C.D.; FREITAS, R.F. **A hanseníase, a lepra e a comunicação dirigida**. UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Néry. 1994.

TALHARI, S.; NEVES, R.G. **Hanseníase**. 3 ed. Gráfica Tropical. Manaus, 1997.

UCHÔA, R.E.M.N. **Análise das incapacidades físicas por hanseníase no período de 2001 a 2011 no estado da Paraíba**. UFPB, 2014.

VÁSQUEZ, F.G.; PARENTE, R.C.P.; PEDROSA, V.L. Hanseníase em Coari: aspectos epidemiológicos da doença na região do médio Solimões no estado do Amazonas. **Cad. Saúde. Colet.** Rio de Janeiro. 16(2):193-204, 2008.

APÊNDICE

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

Aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais da hanseníase no município de São
Luís - MA.

Pesquisador responsável: Prof.^a Dr.^a Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

FORMULÁRIO - CASOS DE HANSENÍASE

Data do preenchimento ___/___/___ Ficha nº _____ Notificação nº _____

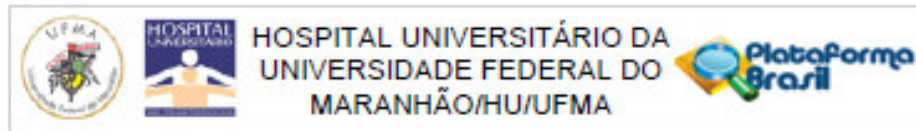
Unidade de Saúde: _____

1. Ano de Notificação	1. Ano ()
2. Idade (anos): _____	2. Idade ()
3. Sexo () 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo ()
4. Raça/Cor: () 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada 9. Ignorada	4. Raça/Cor ()
5. Escolaridade () (1) Analfabeto (2) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) (3) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) (4) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) (5) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) (6) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) (7) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (8) Educação superior incompleta (9) Ignorado (10) Educação superior completa (11) Não se aplica	5. Escol ()
6. Residência () 1. Capital do Estado. 2. Outros municípios da Ilha de São Luís 3. Outros municípios do Estado 4. Outros Estados 5. Não registrado 9. Ignorado	6. Resid ()

7. Se residente Município de São Luís, Distrito Sanitário () 1. Bequimão 2. Centro 3. Cohab 4. Coroadinho 5. Itaqui Bacanga 6. Tirirical 7. Esperança	7. Distrito ()
8. Forma Clínica () 1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchowiana 5. Não Classificado 6. Não registrado	8. F.C ()
9. Classificação Operacional () 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB	9. C.O ()
10. Grau de incapacidade no diagnóstico () 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado	10. GI Início ()
11. Modo de entrada () 1. Caso Novo 2. Transferência do mesmo município(outra unidade) 3. Transferência de Outro Município(mesma UF) 4. Transferência de Outro Estado 5. Transferência de Outro País 6. Recidiva 7. Outros Reingressos 9. Ignorado	11. Entrada ()
12. Modo de Detecção do Caso Novo () 1. Encaminhamento 2. Demanda Espontânea 3. Exame de Coletividade 4. Exame de Contatos 5. Outros Modos 9. Ignorado	12. Detecção ()
13. Ocorrência de Reações durante o tratamento () 1. Sim 2. Não	14. Reações ()
14. Tipo de Reação () 1. Reação Tipo I 2. Reação Tipo II 3. Neurite isolada 4. Não registrado	15. Tipo reação()
15. Mês de tratamento em que ocorreu a 1ª reação _____	16. Mês reação ()
16. Medicação Tratamento para a reação () 1. Prednisona 2. Talidomida 3. Prednisona/Talidomida 4. Outras 5. Não registrado	17. Med ttº ()
17. Grau de incapacidade no final do tratamento () 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado	18. Grau final ()
19. Alta () 1. Cura 2. Abandono 3. Transferência 4. Óbito 5. Não registrado 9. Ignorado	19. Alta ()
20. Número de contatos registrados: _____	20. Cont. reg. ()
21. Número de contatos examinados: _____	21. Cont. exm. ()
22. Número de Contatos encaminhados para BCG: _____	22. Cont BCG ()

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos programas de controle da hanseníase no Município de São Luis-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: FUNDO DE AMPARO A PESQUISA AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO DO MARANHÃO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

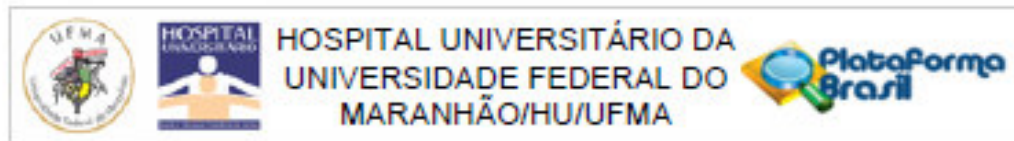
Número do Parecer: 1.152.824

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) estabeleceu 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 Luis-MA e com o objetivo de avaliar os programas de controle da hanseníase no Município de São Luis-MA. Serão incluídos no estudo todos os casos de hanseníase notificados no ano de 2012, em São Luis-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 2017. 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: 1.152.024

utilizados os indicadores de força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico e, os indicadores de 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 de 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 terá 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.

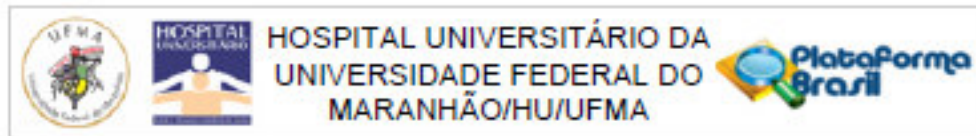
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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 anexar os resultados na Plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhadas, Termo

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



Continuação do Parecer: 1.152.024

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 Inteira. 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 Itapery 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

ANEXO B – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão



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

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: *Deteção e acompanhamento dos casos novos de transtorno segundo o grau de incapacidade física em um centro de referência no município de São Luís, MA*
2. ALUNO(A): *Suzana Farias Brand Neponuceno*
3. ORIENTADOR(A): *Isaura Tostica Catarus Palmeira Rolim*
4. INTRODUÇÃO: *Desenvolvida com caracterização do problema de pesquisa atualizada quanto a epidemiologia, clínica*
5. JUSTIFICATIVA: *Epidemiológica e clínica.*
6. OBJETIVOS: *Adequados a proposta do estudo*
7. PROCESSO METODOLÓGICO: *pertinente aos objetivos do projeto de pesquisa.*
8. CRONOGRAMA: *atende as atividades do trabalho de pesquisa*
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: *Dispensável*
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: *projeto apresenta algumas inadequações com as normas do curso*
11. CONCLUSÃO DO PARECER: *pela aprovação do projeto embora com as inadequações de normatização*

São Luís, 10 de agosto de 2016

Rosilda Silva Dias

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 13/09/2016
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____

Lena Maria Barros Fonseca

Prof.ª Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem