



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

INGRID LOYANE BEZERRA BALATA

**INCAPACIDADE FÍSICA EM MENORES DE 15 ANOS COM
DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE**

São Luís
2018

INGRID LOYANE BEZERRA BALATA

**INCAPACIDADE FÍSICA EM MENORES DE 15 ANOS COM
DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva

São Luís
2018

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

Balata, Ingrid Loyane Bezerra.

Incapacidade física em menores de 15 anos com diagnóstico de hanseníase / Ingrid Loyane Bezerra Balata.
- 2018.
62 f.

Orientador(a): Maria de Fátima Lires Paiva.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Adolescentes. 2. Crianças. 3. Hanseníase. 4. Incapacidades. I. Paiva, Maria de Fátima Lires. II. Título.

Ingrid Loyane Bezerra Balata

**INCAPACIDADE FÍSICA EM MENORES DE 15 ANOS COM DIAGNÓSTICO DE
HANSENÍASE**

Trabalho de Conclusão do 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:

Profa. Maria de Fátima Lires Paiva (Orientadora)
Doutora em Ciência-Fisiopatologia Clínica e Experimental

Profa. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Doutora em Patologia Humana

Profa. Jeanine Porto Brondani
Mestre em Enfermagem

Prof. Rafael de Abreu Lima
Mestre em Saúde Coletiva

Profa. Regina Maria Abreu Mota
Mestre em Ciências da Saúde

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos concedidas até aqui e Nossa Senhora em Sua interseção.

À minha MÃE Karla Cristina Bezerra Balata pelo amor, incentivo e apoio em toda a minha existência, sobretudo nas minhas escolhas.

Ao meu PAI José de Ribamar Marinho Balata e meu irmão Italo Arthur Bezerra Balata por todo o zelo e proteção em toda a vida.

Aos meus avós Maria Ribamar Bezerra e Hortêncio Catanhede pela presença e apoio em todas as dificuldades.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva pela atenção e aprendizado nessa jornada.

À Instituição Universidade Federal do Maranhão (UFMA) pelo ensino, pesquisa e extensão durante graduação, além de possibilitar o meu ingresso e formação na mesma.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA pelo apoio financeiro ao projeto.

À Professora Doutora Dorlene Aquino por proporcionar experiências enriquecedoras nos projetos de pesquisa e auxílio para obtenção dos resultados desse trabalho.

A todos os professores dos Departamentos que compõem o Curso de Enfermagem pelos ensinamentos repassados, sobretudo à Coordenadora do Curso de Enfermagem Maria Lena Barros Fonseca e Chefe do Departamento de Enfermagem Rafael de Abreu Silva, que prestaram fundamental apoio à turma 103 na realização do tempo certo de formação.

A Rafael Sousa Silva pelo apoio e fundamental acompanhamento durante a graduação.

Aos meus colegas e amigos de academia (Dayanne Guterres, Denisy Ferreira, João Paulo Almeida, Jackson Diego, Samira Rodrigues, Layse Jansen e Walana Amancio) pelo companheirismo durante toda a caminhada.

À Yasmim Gonçalves pelo ombro amigo e fundamental companheirismo desde a escolha da Enfermagem como graduação.

À Andressa Sousa pelo incentivo repassado, cada palavra de apoio considerada e sorrisos de descontração diante as dificuldades da graduação.

À Maria Luiza Girão Ferreira pelos sábios ensinamentos e apoio quando mais foi preciso.

À Camilla Maria Balata Franco por cada conselho e incentivo diante os obstáculos.

À Larisse Riedel pela fidelidade, honestidade e amor que nos une pelo laço da amizade.

Aos demais que contribuíram de forma direta e/ou indireta para a realização desse trabalho.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa, que pode ocasionar incapacidades quando não diagnosticada precocemente. Incapacidade é alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta uma atividade e/ou convivência, conforme características sociodemográficas. A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) e de acordo com dados do Sistema de Informação e Agravos (SINAN), o Maranhão ocupa o terceiro lugar na taxa de incidência dos casos de hanseníase em menores de 15 anos em 2016 em relação aos demais estados, com 15,1 casos/100 mil habitantes. Nesse contexto, foram formuladas as seguintes questões norteadoras: Qual o percentual de portadores de incapacidades físicas apresentado por pessoas menores de 15 anos afetados pela hanseníase? Quais são as suas características sociodemográficas e clínicas? Trata-se de um estudo analítico retrospectivo, realizado de dezembro de 2016 a novembro de 2017, que utilizou o banco de dados de um projeto maior denominado “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão”. O estudo é um subprojeto resultado de um projeto maior, que foi realizado nas Unidades Municipais de Saúde. Os dados foram organizados no programa EPI-INFO – 7. Foi utilizada a estatística analítica e para verificar o nível de significância entre as associações, efetuou-se dicotomização das variáveis incapacidade física e características sociodemográficas. Foram 133 crianças e adolescentes, com maior percentual da faixa etária 11 a 14 anos (52,6%), cor parda (71,4%) e ensino fundamental incompleto (39,1%), classificação multibacilar (58,6%), forma dimorfa (49,6%) e crianças sem incapacidades (89,0%). 12 crianças (8,7%) obtiveram algum grau de incapacidade física. As características que apresentaram significância para incapacidades foram: raça/cor ($p=0,0001$), forma clínica ($p=0,0001$), modo de entrada ($p=0,037$) e lesões cutâneas ($p=0,0098$). O grau zero de incapacidades físicas foi o maior quantitativo da pesquisa, entretanto os mesmos devem ser alertados para a possibilidade de ocorrência de futuros sintomas. Conclui-se que as crianças ainda estão sendo incapacitadas na classificação transmissível da hanseníase, visto que a precocidade do adoecimento pode ser potencialmente incapacitante e desenvolver deformidades, de modo a interferir nas atividades desses menores.

Palavras-chave: Hanseníase. Incapacidades. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease, which can cause disability when not diagnosed early. Inability is an anatomical or physiological alteration in an individual, which prevents or hinders an activity and / or coexistence, according to sociodemographic characteristics. The reduction of cases in children under 15 years old is a priority of the National Program for Leprosy Control (PNCH) and according to data from the Information System and Diseases (SINAN), Maranhão ranks third in the incidence rate of leprosy cases in children under 15 years of age in 2016 in relation to the other states, with 15.1 cases / 100 thousand inhabitants. In this context, the following guiding questions were formulated: What is the percentage of people with physical disabilities presented by people under 15 years of age affected by leprosy? What are their sociodemographic and clinical characteristics? This is a retrospective analytical study, carried out from December 2016 to November 2017, using the database of a larger project entitled "Epidemiological, clinical and immunological aspects of leprosy in children under 15 years of age in the municipality of São Luís- Maranhão "picture. The study is a subproject resulting from a larger project, which was carried out at the Municipal Health Units. The data were organized in the EPI-INFO - 7 program. Analytical statistics were used and to verify the level of significance between the associations, dichotomization of the variables physical disability and sociodemographic characteristics. There were 133 children and adolescents, with the highest percentage of children aged 11 to 14 (52.6%), brown (71.4%) and incomplete elementary school (39.1%), multibacillary classification (58.6%), , dimorphous form (49.6%) and children without disabilities (89.0%). 12 children (8.7%) had some degree of physical disability. The characteristics that showed significance for disability were: race / color ($p = 0.0001$), clinical form ($p = 0.0001$), entry mode ($p = 0.037$) and cutaneous lesions ($p = 0.0098$). The zero degree of physical disabilities was the largest quantitative of the research, however they should be alerted to the possibility of future symptoms occurring. It is concluded that children are still being incapacitated in the transmissible classification of leprosy, since the precocity of the disease can be potentially incapacitating and develop deformities, in order to interfere in the activities of these children.

Keywords: Leprosy. Disabilities. Children. Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Classificação dos graus de incapacidade.....	22
TABELA 1 – Características sociodemográficas dos menores de 15 anos com diagnóstico de hanseníase, 2014-2015. São Luís – MA, 2017.....	33
TABELA 2 – Características clínico-epidemiológicas dos menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, 2014-2015. São Luís – MA, 2017.....	34
GRÁFICO 1 – Casos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física nos anos de 2014 a 2015 no município de São Luís. São Luís – MA, 2017.....	35
TABELA 3 – Incapacidade física de acordo com as características sociodemográficas, 2014-2015. São Luís – MA, 2017.....	36
TABELA 4 - Incapacidade física de acordo com as características clínicas, 2014-2015. São Luís – MA, 2017.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Geral	14
3.2 Específicos	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 História e políticas de controle da hanseníase	15
4.2 Epidemiologia	16
4.3 Características Clínicas da hanseníase	18
4.4 Classificação dos graus de incapacidade física	21
5 METODOLOGIA	26
5.1 Logística do estudo maior	26
5.2 Logística do subprojeto	26
5.2.1 Local de pesquisa	27
5.2.2 Participantes do estudo	27
5.2.3 Variáveis utilizadas no estudo	28
5.2.4 Coleta de dados e instrumentos	30
5.2.5 Análise dos dados	30
5.2.6 Aspectos éticos	31
6 RESULTADOS	32
6.1 Características sócio-demográficas	32
6.2 Características clínicas	33
6.3 Incapacidade Física e características sócio-demográficas e clínicas	35
7 DISCUSSÃO	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A - FORMULÁRIO APLICADO À COLETA DE DADOS.....	49
ANEXO B - UNIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE.....	53
ANEXO C - PARACER DO COLEGIADO DE CURSO – PROJETO TCC.....	55
ANEXO D - PARECER COSUBSTANCIADO CEP.....	56

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*), que possui um tropismo pela pele e nervos periféricos, caracterizando-se pela elevada infectividade e baixa patogenicidade, sendo uma enfermidade dermatoneurológica, crônica, granulomatosa de evolução lenta que pode ocasionar deformidades e incapacidades quando não diagnosticada precocemente (FRANCO et al., 2014).

A cada ano existem mais de 200.000 novos casos diagnosticados, de modo que a hanseníase ainda é uma doença muito presente no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é responsável por 93% de todas as notificações da hanseníase no continente americano, sendo a segunda área mais endêmica do planeta (37.610 casos), perdendo apenas para a Índia (com mais de 127.000 casos em 2013). Segundo dados preliminares divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil, indicam que a taxa de detecção geral da doença foi de 12,14 por 100 mil habitantes em 2014, correspondendo a 24.612 casos novos. Na população com menos de 15 anos, houve registro de 1.793 novos casos (OMS, 2010a; IBGE, 2010).

Os novos casos de hanseníase detectados nas Américas diminuíram 35,8% em uma década — de 52.662 em 2004 para 33.789 em 2014, de acordo com dados mais recentes da OPAS/OMS. No entanto, nos últimos cinco anos, foram detectados novos casos da doença em 24 países nas Américas, de modo que todos, com exceção do Brasil, eliminaram a doença como problema de saúde pública (menos de um caso por cada 10.000 habitantes) em nível nacional (OMS, 2017).

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste, em especial o meio-Norte, destaca-se como região endêmica em número de casos. O Maranhão é o primeiro estado do Nordeste com a maior prevalência da hanseníase, e o terceiro do Brasil em números absolutos de novos casos diagnosticados por ano. Em 2016, foram notificados 25.218 casos no país, desses, 3.247 no estado do Maranhão, sendo considerado o estado que mais notificou casos de hanseníase no mesmo ano (BRASIL, 2012; MARANHÃO, 2017).

De acordo com dados levantados pelo Sistema de Informação e Agravos (SINAN), o Maranhão ocupa o terceiro lugar na taxa de incidência dos casos de hanseníase em menores de 15 anos em 2016 em relação aos demais estados, com 15,1 casos/100 mil habitantes, o que corresponde até 5 vezes mais que a incidência no país (MARANHÃO, 2017).

A doença manifesta-se por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, tendo como resultante a predileção do *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*) por células cutâneas e nervosas periféricas (terminações nervosas livres e troncos nervosos). Em decorrência disso, surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paresias e paralisias musculares (FRANCO et al., 2014).

A hanseníase quando não tratada ou diagnosticada precocemente pode evoluir para diferentes tipos de grau de incapacidade física, o que as tornam capazes de interferir na vida social e econômica dos pacientes, resultando no estigma e discriminação dos mesmos (BRITO et al., 2014).

Incapacidade física é definida como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social, conforme a idade, cultura, renda econômica ou escolaridade (ALVES et al., 2007).

A hanseníase pode acometer todas as faixas etárias, contudo a redução de casos em menores de 15 anos é prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, porque a presença da doença em crianças e adolescentes é um importante indicador epidemiológico, refletindo na expansão da endemia, carência de informações sobre a doença nessa faixa etária e falta de ações efetivas de educação em saúde (PIRES et al., 2011; MARINHO et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sus (PNAISC), contempla que crianças e adolescentes são aqueles de idade até 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

Crianças e adolescentes acometidos por incapacidades físicas da hanseníase poderão sofrer impactos de ordem física, emocional e social, de modo que a experiência vivenciada da doença nessa faixa etária poderá ser marcada por mudanças nas atividades de vida diária, prática e lazer, devido às manifestações clínicas, efeitos farmacológicos adversos e preconceito sofrido. Contudo, é de suma importância que seja feito um diagnóstico precoce da mesma, evitando que esta cadeia de transmissão se perpetue (MARINHO et al., 2015).

No cenário complexo da doença hansênica, é necessário conhecer e propor alternativas de assistência à demanda de casos que vem surgindo de forma cada vez mais precoce e que são desconhecidos pelo sistema de saúde e em suas políticas, uma vez que menores doentes podem se tornar adultos-jovens incapacitados frente às atividades sociais e econômicas do meio onde vivem, aumentando os custos previdenciários e de saúde (FRANCO et al., 2014).

Nesse contexto, foram formuladas as seguintes questões norteadoras: Qual o percentual de portadores de incapacidades físicas apresentado por pessoas menores de 15 anos afetados pela hanseníase? Quais são as suas características sociodemográficas e clínicas?

2 JUSTIFICATIVA

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde preconiza que o modelo de atenção à doença (baseado na prevenção e tratamento de incapacidades físicas) seja executado em toda a rede de atenção primária à saúde, com suporte da atenção secundária e terciária para reduzir os níveis endêmicos da doença. Senso assim, a hanseníase permanece como objeto de atuação da saúde pública, em razão da sua elevada magnitude, seu potencial de causar incapacidades físicas e por acometer a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2010, 2015).

Quando ocorre em menores de 15 anos, demonstra a capacidade da persistência da transmissão, bem como o quanto é precoce a exposição ao bacilo, o que faz com que este evento seja considerado pelo Ministério da Saúde do Brasil como um importante indicador para avaliação da magnitude da doença. Considera-se baixa a letalidade da hanseníase, entretanto a presença de crianças e adolescentes contaminados pode determinar, como consequência, o aparecimento de jovens e adultos com diversas sequelas físicas, emocionais e sociais (RIBEIRO, 2012).

Reforçando a hiperendemicidade no Maranhão, 9,6% dos casos novos do estado eram em menores de 15 anos, correspondendo ao total de 316 casos em 2016. O Município de São Luís detém o maior número de casos de hanseníase em menores de 15 anos no Estado com o total de 120 casos nos anos de 2014 e 2015 (MARANHÃO, 2017; SÃO LUÍS, 2017a).

A enfermagem possui papel essencial na assistência à pessoa afetada pela hanseníase, de forma a administrar os cuidados e monitorar a evolução dos sintomas. A orientação e autocuidado prestado auxiliam na promoção em saúde e prevenção de incapacidades físicas, proporcionando melhor prognóstico para a doença (MOREIRA et al., 2014).

Visto as consequências negativas que podem ser causadas pelas incapacidades físicas em menores de 15 anos afetados pela hanseníase e a hiperendemicidade que o estado do Maranhão se encontra, despertou-se o meu interesse em conhecer os casos de incapacidade física na faixa etária estudada.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a incapacidade física em menores de 15 anos, afetados pela hanseníase, no município de São Luís do Maranhão.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas;
- Descrever a incapacidade física no início do tratamento;
- Verificar em quais características sociodemográficas e clínicas a incapacidade física está associada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 História e políticas de controle da hanseníase

A hanseníase é uma doença conhecida mundialmente há mais de três mil anos. No livro do Antigo Testamento, em Levítico, existe toda uma orientação sobre a hanseníase, no entanto, tudo que se tinha eram ideias fantasiosas e preconceitos que envolviam a patologia, pois era considerada como um “mal do espírito e as pessoas acometidas eram banidas do convívio social, a fim de se controlar a endemia (RIBEIRO, 2012).

Em 1823, o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, identificou o bacilo causador da hanseníase, o *Mycobacterium leprae*, bactéria intracelular obrigatória com predileção pelas células cutâneas e nervosas periféricas, observado em lesões dos pacientes acometidos (RIBEIRO, 2012; PAIVA, 2013).

Acredita-se que a mesma tenha surgido no sudeste do continente asiático (região da atual Índia) e tenha se espalhado pela Europa com o retorno das tropas de Alexandre o Grande após a conquista da Pérsia. Na Europa, a hanseníase tornou-se um grave problema de saúde pública durante toda a Idade Média, pois apresentava-se na forma mutiladora, os pacientes acometidos apresentavam muitas deformidades, sustentando a hipótese que a forma mais grave da doença era predominante (PAIVA, 2013).

No Brasil, os primeiros casos da doença foram notificados no Rio de Janeiro, no ano de 1600, de modo que os doentes eram discriminados, perseguidos e isolados da sociedade. Entretanto, hospitais-colônia, dispensários e asilos, começaram a ser construídos no país, por meio de terras e materiais doados por religiosos e pessoas da sociedade civil nos séculos XVIII e XIX, de modo que a construção das Santas Casas de Misericórdia também foi importante para cuidar dos pobres e doentes (PAIVA, 2013; RIBEIRO, 2012).

Durante muito tempo acreditou-se que o isolamento social do portador da hanseníase fosse o bastante para garantir a quebra do ciclo de transmissão, pois se partia do pressuposto de que a internação compulsória livraria a sociedade sadia de contrair a doença, em que os locais de reclusão eram denominados leprosários (RIBEIRO, 2012).

Em consonância com as diretrizes internacionais, o isolamento social foi extinto no Brasil em 1962, apesar das dificuldades e resistências sustentadas pelos próprios profissionais de saúde. Contudo, a doença representa, ainda hoje, um grave problema de saúde pública, devido possuir ainda complicações como sequelas físicas e psicológicas, que contribuem para a redução da autoestima, auto segregação e o preconceito sofrido pela pessoa acometida (RIBEIRO, 2012).

Em decorrência do acometimento da pele e do sistema nervoso periférico, surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paresias e paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes (BRASIL, 2011; RIBEIRO, 2012).

Em 1991, a OMS lançou, durante a Assembleia Mundial de Saúde, o “Plano de Eliminação da Hanseníase enquanto problema de Saúde Pública”, visando a redução de sua prevalência para menos de um caso para cada 10.000 habitantes, até o ano 2000. Houve uma redução global de aproximadamente 85% da prevalência da doença; porém a meta inicial não foi cumprida por alguns países, inclusive o Brasil. Dessa forma, houve a elaboração da “Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010”, objetivando tratar os desafios ainda presentes e diminuir a carga sanitária da doença, adotando-se também como análoga linha de ação a criação do “Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal (2006-2010)”, seguindo os preceitos da OMS e reforçando a detecção de casos novos, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, da rede de referência e contra referência e a capacitação dos profissionais envolvidos. Atualmente existe o “Plano Integrado de Ações Estratégicas (2011 – 2015)” que inclui a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a partir do desafio de promover o desenvolvimento de ações que favoreçam o diagnóstico precoce na faixa etária de menores de 15 anos (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2012).

Atualmente, os países do “Novo Mundo” são os mais afetados pela patologia. Mesmo com todos os esforços concedidos pela OMS, a hanseníase ainda está longe de ser erradicada em muitos países, incluindo o Brasil que ocupa hoje mundialmente o segundo lugar em número de casos de hanseníase, perdendo apenas para a Índia (PAIVA, 2013; RIBEIRO, 2012).

4.2 Epidemiologia

Nos países endêmicos, a hanseníase está atrelada aos espaços urbanos, considerados bolsões de pobreza e a sua distribuição difere-se de acordo com os estados, regiões e microrregiões. Dessa forma, pode-se inferir que as condições socioeconômicas, demográficas e culturais exercem uma grande influência na propagação da endemia hanseníase, ressaltando-se a importância do investimento em estudos que façam análises espaciais e geográficas capazes de evidenciar as regiões endêmicas para hanseníase e de fortalecer as políticas públicas de saúde locais (FLACH et al., 2011; RIBEIRO, 2012).

Alguns fatores podem ser citados como contribuintes para esse processo, como: baixa escolaridade, condições precárias de moradia e de saneamento básico, desemprego, analfabetismo, falta de higiene, alimentação inadequada, movimentos migratórios desordenados e elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente (RIBEIRO, 2012, p.33).

No Brasil os números permanecem altos, com taxa de detecção geral da doença de 12,14 por 100 mil habitantes em 2014 e na população com menos de 15 anos, registro de 1.793 novos casos. O Nordeste destaca-se em número de casos apresentando coeficientes de detecção com valores médios de 30/100.000 habitantes (IBGE, 2014; PASSOS et.al., 2016).

Estudo realizado por Gordon et al (2017), demonstrou o elevado coeficiente de detecção no número de pacientes menores de 15 anos com diagnóstico de hanseníase no município de Imperatriz, estado do Maranhão, assim como o percentual de pacientes com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico sendo de 6,12% e 7,69% em 2006 e 2007, e acima de 10% nos demais anos, valor considerado alto pelos parâmetros utilizados pelo autor. Logo, o percentual de casos com incapacidade física permite avaliar tanto o componente operacional quanto o epidemiológico, visto que o diagnóstico tardio favorece a manutenção de fontes de infecção.

A capital São Luís apresentou nos anos de 2014 e 2015 os coeficientes de detecção 48 casos/10 mil habitantes e 74 casos/10 mil habitantes respectivamente na população menores de 15 anos (SÃO LUÍS, 2017b).

Em 2014, as taxas de prevalência e incidência da hanseníase em menores de 15 anos na capital foram, respectivamente, 46,5 casos/100 mil habitantes e 44,6 casos/100 mil habitantes. Já em 2015, os números sobem, demonstrando 52,6 casos/100 mil habitantes como prevalência e 49,3 casos/100 mil habitantes de incidência (SÃO LUÍS, 2017b).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase sugere um número excessivo de casos de hanseníase notificados em crianças devido ao diagnóstico incorreto, por erros na abordagem diferencial com outras doenças dermatológicas ou neurológicas, ressaltando que o correto diagnóstico é de fundamental importância sob todos os aspectos relacionados à epidemiologia (FLACH et al, 2011, p. 27).

Desde 2007, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) considera a detecção de casos novos em menores de 15 anos como principal indicador de monitoramento da endemia. Tal fato, em crianças e adolescentes, é preocupante porque seu aumento é considerado um indicador de maior gravidade da endemia hanseníase, pois esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Portanto o acompanhamento epidemiológico dos casos nesta faixa etária é relevante para o controle da mesma (FLACH et al., 2011).

4.3 Características clínicas da hanseníase

A hanseníase e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do indivíduo, frente ao bacilo, podendo ocorrer após um longo período de incubação, em média de dois a sete anos, de modo que indivíduos que apresentam melhor resposta imunológica abrigam um pequeno número de bacilos em seu organismo, insuficiente para infectar outras pessoas. Estes indivíduos são os casos paucibacilares, não sendo considerados importantes fontes de transmissão da doença, devido à sua baixa carga bacilar. Entretanto, existe um quantitativo menor de indivíduos que apresentam uma resposta imunológica pouco eficaz, permitindo que os bacilos se multipliquem em grande quantidade em seu organismo. Estes indivíduos são os casos multibacilares, considerados como fonte importante de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença (BRASIL, 2008).

Quando a pessoa afetada por hanseníase inicia o tratamento, ela deixa de ser transmissora, pois os bacilos são mortos nas primeiras doses da medicação (BRASIL, 2008).

Manifesta-se por meio de lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade ou lesões dormentes, em decorrência do acometimento dos ramos periféricos cutâneos. Sendo que as lesões mais comuns são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos. Existem outros sintomas como: edema de mãos e pés, febre e artralgia, feridas e

ressecamento do nariz, nódulos eritematosos dolorosos, mal-estar geral e ressecamento dos olhos (BRASIL, 2008).

A classificação operacional é definida pelo número de lesões na pele que, em geral, estão relacionadas à quantidade de bacilos. A forma paucibacilar (PB), quando há até cinco lesões na pele e a carga de bacilos é baixa, não sendo transmissível; e multibacilar (MB), quando há mais de cinco lesões e alta carga bacilar sendo, portanto, considerada transmissível (BRASIL, 2008).

As formas de manifestação clínica da hanseníase são quatro: indeterminada, tuberculoide, virchowiana e dimorfa. A partir da forma indeterminada, a hanseníase pode evoluir para as demais formas clínicas (ORSINI et al., 2008).

A hanseníase indeterminada (HI) aparece após um período de tempo, que varia de poucos meses até anos e pode evoluir espontaneamente para a cura na maioria dos casos, ou para as outras formas da doença. Tal forma é caracterizada por manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas, anestesia térmica, com preservação dolorosa e tátil, sem lesão cutânea, alterações superficiais da sensibilidade (hipoestesia, hiperestesia), sendo essa mais comum em crianças (BRASIL, 2016).

A hanseníase tuberculoide é a forma mais benigna e localizada, que ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo, sendo que as lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados, com ausência de sensibilidade (dormência). Em menores de 15 anos, pode ocorrer a forma nodular infantil, que acomete crianças em 1 a 4 anos, podendo ocorrer comprometimento simétrico de troncos nervosos, que causa dor, fraqueza e atrofia muscular. Nas lesões e/ou trajetos de nervos pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia. Portanto, sua clínica é caracterizada por lesões papulosas ou nodulares, únicas ou em pequeno número, principalmente na face (BRASIL, 2016).

Na hanseníase virchowiana (ou lepromatosa), as reações neurais são mais precoces e agressivas, a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos), de maneira que as lesões cutâneas são caracterizadas por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritematoacastanhada ou ferruginosa podendo também se instalar na mucosa oral. Além disso, pode ocorrer infiltração facial com madarose superciliar e ciliar, hansenomas nos pavilhões auriculares, espessamento e acentuação dos sulcos

cutâneos, como também ocorrer acometimento da laringe, com quadro de rouquidão e de órgãos internos (fígado, baço, suprarrenais e testículos). Nessa forma ocorre comprometimento de maior número de troncos nervosos de forma simétrica (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2016).

A forma dimorfa ou borderline oscila entre as manifestações da forma tuberculoíde e virchowiana. O doente pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, sem ou com raros bacilos ou lesões infiltrativas mal delimitadas, com número elevado de bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa, sendo que o comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, o que propicia incapacidades e deformidades físicas (BRASIL, 2016).

O diagnóstico nas unidades básicas de saúde é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico), além da baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico. Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame ainda mais criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade (BRASIL, 2016).

Como parte do monitoramento da função neural, encontra-se a prevenção das reações hansênicas ou estados reacionais, que são complicações da hanseníase. A reação tipo 1 ou reversa se caracteriza pelo aparecimento de novas lesões de pele, placas infiltradas, espessamento e dor de nervos periféricos. A reação tipo 2 se manifesta mais frequentemente através do eritema nodoso, com presença de febre, mal-estar geral, dores articulares e sintomas sistêmicos (RIBEIRO, 2012).

Outro tipo de manifestação são as neurites silenciosas, em que o paciente não apresenta dor ou hipersensibilidade à palpação nervosa, porém existe a perda de função sensitiva ou motora (LEITE; LIMA; GONÇALVES, 2011).

A presença de estados reacionais, além de favorecer a ocorrência das incapacidades físicas, também é responsável por retratar a hanseníase por suspeita de recidiva e abandono do tratamento merecendo, assim, uma atenção especial dos profissionais de saúde, para detecção precoce e tratamento correto (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010; RIBEIRO, 2012).

4.4 Classificação dos graus de incapacidade física

A hanseníase quando não diagnosticada ou tratada precocemente poderá evoluir para incapacidades físicas, que pode se tornar a principal causa do estigma que a doença acarreta (MONTEIRO et al., 2014; BRASIL, 2016).

A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas, pois os bacilos de Hansen têm um tropismo especial pelas fibras nervosas, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. A sensibilidade cutânea é alterada em suas modalidades térmica e tátil, como sensibilidade profunda, na modalidade dolorosa, de modo que sua distribuição anatômica se classifica como mononeurite múltipla, isto é, instala-se em um ou vários nervos (BRASIL, 2008).

As manifestações clínicas podem ser acompanhadas por dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. No entanto, os fenômenos da neurite podem se desenvolver sem dor: são as chamadas neurites silenciosas (BRASIL, 2008).

A incapacidade física é definida como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social normal, conforme a idade, padrão cultural, renda econômica e grau de instrução (MONTEIRO et al., 2014).

O acometimento nervoso ocorre em todas as formas da hanseníase e, para a resolução ou redução deste problema, são essenciais o diagnóstico precoce, o início imediato do tratamento e a prevenção de incapacidades (RIBEIRO, 2012).

Dentre os fatores de risco que contribuem para o surgimento das incapacidades físicas estão: o diagnóstico tardio, o acesso e cobertura dos serviços, as características inerentes à população e às formas clínicas da hanseníase. Por essa razão, o Ministério da Saúde recomenda a avaliação do paciente quanto ao seu grau de incapacidade no início do tratamento e na alta, bem como a avaliação dos nervos a cada três meses ou na ocorrência de neurites (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2008).

Os casos multibacilares possuem maiores chances de apresentar incapacidades físicas em relação aos casos paucibacilares, devido a sua alta carga bacilar. O dano neural ocasionado pela doença pode afetar a vida das pessoas acometidas pela hanseníase, bem como a vida de seus familiares ou de pessoas que o cercam (MONTEIRO et al., 2014; BRASIL, 2016).

Para identificar as incapacidades físicas e o comprometimento neural precocemente, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que o atendimento deve ser de forma sistemática e regular na avaliação neurológica simplificada. O exame inclui: anamnese, queixas, inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos nervos periféricos, teste de sensibilidade das mãos, olhos e pés e teste da força muscular (BRASIL, 2008).

As pessoas afetadas pela hanseníase precisam de acompanhamento do grau de incapacidade, sendo constante o processo de avaliação. É realizado no momento do diagnóstico, durante o tratamento, na alta e pós alta, com o objetivo de monitorar a evolução do grau de incapacidade e consequentemente a evolução da doença. O quadro 1 detalha a graduação da escala de classificação de incapacidades que consta de 3 (três) pontos (0,1 e 2). No quadro 1 abaixo é apresentada a classificação dos graus de incapacidade física (BRASIL, 2016).

Quadro 1 - Classificação do Grau de Incapacidade

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	<p>Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60.</p> <p>Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
1	<p>Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</p> <p>Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
2	<p>Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central; iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas.</p> <p>Mãos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.</p> <p>Pés: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.</p>

Fonte: BRASIL, 2016.

A hanseníase tem cura e o seu tratamento é realizado por meio da poliquimioterapia (PQT), uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, na apresentação de blíster, atendendo a classificação operacional, seis a nove meses para os paucibacilares e doze a dezoito meses para os multibacilares. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença, de modo que a informação sobre a classificação operacional do doente é fundamental

para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso. As doses do medicamento são autoadministradas diariamente e, a cada 28 dias, o indivíduo se encontra com a equipe de saúde para receber a dose supervisionada e para avaliação do tratamento. Neste momento, também são verificados a evolução de suas lesões, o aparecimento de comprometimento neural e dos estados reacionais, além do fornecimento de orientações para o autocuidado. Essas ações são necessárias para a prevenção das incapacidades e deformidades físicas (RIBEIRO, 2012; BRASIL, 2016).

Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema padrão é ajustada de acordo com idade e peso. Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema padrão, são indicados esquemas substitutivos (BRASIL, 2016).

Após a administração do número de doses preconizado pelo esquema terapêutico dentro do prazo recomendado, a alta por cura é dada. O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando os esquemas terapêuticos padronizados. Recidivas são raras, ocorrendo após cinco anos. Nas reações, mantém-se a poliquimioterapia (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A assistência dos serviços de saúde está direcionada aos indivíduos em tratamento poliquimioterápico e sua resposta aos comprometimentos. Uma abordagem integrada é necessária, incluindo cuidados físicos, psicológicos e participação em grupos de autocuidado. Estes são espaços onde as atividades de educação em saúde surgem como sustentáculo para todas as medidas de controle e minimização dos danos da hanseníase. Por meio da educação, é possível a orientação ao portador do agravo a reconhecer e prevenir alterações na face, mãos e pés, bem como a tratar lesões de pele. Desse modo, o paciente torna-se corresponsável pelo seu tratamento, inicia e executa atividades de autocuidado deliberadamente para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, ou seja, promove sua própria saúde (DUARTE et al., 2014).

As regiões do corpo para o autocuidado serão a face, as mãos e os pés. Na face, é necessária a atenção aos olhos e nariz, que são as principais áreas que podem sofrer com a hanseníase. No nariz os principais cuidados consistem em: observar se há secreção, ferida, sangramentos no nariz ou se o mesmo está ressecado. Sendo necessário lavar o nariz diariamente e evitar assuar com muita força e colocar o dedo no nariz pois pode provocar feridas (BRASIL, 2008; DUARTE et al., 2014).

Os principais cuidados de enfermagem nos olhos consistem em: observar as pálpebras, verificar se tem cílios invertidos, se tem corpo estranho que possa machucar os olhos. Se os olhos estão ressecados, ou tem perda da sensibilidade pela doença, além da importância do uso de colírios, fazer o exercício de piscar (BRASIL,2008; MONTEIRO et al., 2014).

Nas mãos e nos pés o autocuidado consiste em: hidratar e lubrificar as mãos e os pés, proceder adequadamente com calosidades, fissuras, rachaduras e ferimentos e realizar exercícios de alongamento e fortalecimento para as mãos e os pés (DUARTE et al., 2014).

A enfermagem pode atuar na educação em saúde, que auxilia na promoção não só do autocuidado, conseqüentemente também na prevenção de incapacidades, proporcionando um melhor prognóstico para a doença. Para tanto exige-se um trabalho sistematizado para com a orientação da população, pois o importante não é a quantidade de informações que irá se passar a pessoa afetada pela hanseníase e sim a qualidade, ou seja, de acordo com a realidade de cada pessoa, englobando não só as características da doença, mas a realidade na qual a pessoa afetada pela hanseníase está inserida e como a doença afeta a sua vida (MOREIRA et al.,2014).

A família é parte inerente a este processo, sendo de fundamental importância e a comunidade por sua vez, precisa estar preparada para receber esse indivíduo buscando eliminar e ou minimizar barreiras culturais, arquitetônicas e mesmo legais que se erguem, impedindo a perfeita integração das pessoas com deficiência (MONTEIRO et. al., 2014; MOREIRA et al., 2014).

Outra maneira que auxilia o combate a hanseníase além do diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de incapacidades, é a busca ativa de contatos, pois constitui uma das principais medidas para se alcançar o diagnóstico precoce da hanseníase, correspondendo a vigilância de contatos intradomiciliares do doente de hanseníase, contribuindo para o combate e controle desta moléstia e também como uma das formas de prevenir incapacidades físicas (PEIXOTO et al.,2011).

Torna-se evidente a necessidade de investimento em ações de Prevenção das Incapacidades (PI) físicas em hanseníase. As equipes de saúde devem receber capacitações direcionadas à avaliação do grau de incapacidade dos doentes, especialmente aqueles da Atenção Básica de Saúde, uma vez que a proposta do Ministério da Saúde é a descentralização das ações voltadas para a hanseníase. Entretanto, para se obter sucesso nessas ações, as práticas educativas necessitam

atingir o paciente, a sua família e a comunidade ao seu redor, com o escopo de promover a saúde e, conseqüentemente, romper com a cadeia de eventos que levam ao diagnóstico tardio e às deformidades físicas. A enfermagem, neste contexto, assume grande evidência, vez que tem como foco de atuação a dedicação integral à saúde (RIBEIRO, 2012).

A preocupação quanto a prática dessa prevenção ganha maior destaque mundial, pois a OMS, através da “Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (Período do Plano: 2011-2015)”, propõe que este componha a lista de indicadores essenciais para medir a qualidade da assistência prestada e monitorar o progresso dos programas de eliminação da hanseníase. A meta proposta é a redução da taxa de detecção de casos novos com grau 2 de incapacidade por 100.000 habitantes em 35%, até o ano de 2015, quando comparado com os valores encontrados ao final de 2010 (OMS, 2010b).

Nos últimos cinco anos houve apenas um pequeno declínio da detecção de novos casos no mundo, enquanto a taxa de incapacidade física grau 2 entre novos casos se manteve quase inalterada, correspondendo a 6,6% do número total de pacientes recém-diagnosticados e a uma taxa de 2,0 casos por milhão. Além disso, 18.869 novos pacientes detectados e notificados em 2014 eram crianças, o que corresponde a 8,8% do número total de pacientes notificados (OMS, 2016).

A detecção dos pacientes pediátricos indica a continuação da presença de pacientes na forma ativa da infecção não detectados e da transmissão na comunidade, de maneira que a detecção atual de pacientes que já apresentam incapacidade e a alta proporção de casos multibacilares (MB) indicam atraso na detecção na comunidade. Sendo assim, atualmente a OMS estabeleceu a “Estratégia global para a hanseníase – 2016-2020”, tendo como principais metas a eliminação do grau 2 de incapacidade física entre os pacientes pediátricos com hanseníase e redução de novos casos de hanseníase com grau 2 a menos de um caso por milhão de habitantes (OMS, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 Logística do estudo maior

O projeto guarda-chuva intitulado “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão” foi estudo analítico realizado de janeiro de 2014 a março de 2017 onde foram incluídos menores de 15 anos, residentes no Município de São Luís - MA, diagnosticados como hanseníase no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015 e que estejam em registro ativo (em tratamento).

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015 a março de 2017. Como estratégias para identificação de casos, foram realizadas campanhas de divulgação da doença nas escolas e comunidade e, visita domiciliar em áreas cobertas pela Estratégia da Saúde da Família.

O atendimento foi nas unidades de saúde com o Programa de Controle da Hanseníase implantado, sendo incluídos também os casos identificados a partir da Campanha de Hanseníase, Verminose e Tracoma que foi realizada em agosto de 2015.

Os dados clínicos da doença foram coletados da ficha de notificação individual de hanseníase, do prontuário do paciente e da ficha de avaliação neurológica. As características sociodemográficas informadas pelos pais e/ou responsáveis pelo menor de 15 anos e os demais dados foram registrados em um formulário (ANEXO A).

Os dados foram analisados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC-Atlanta-EUA), e no STATA statistic software version 8.0 (Stata corporatin, 2003). Para as variáveis clínicas, demográficas e socioeconômicas foi utilizada a frequência absoluta e percentual.

O estudo obedeceu aos princípios éticos da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, com início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade federal do Maranhão.

5.2 Logística do subprojeto

Trata-se de um estudo epidemiológico analítico, quantitativo e retrospectivo, realizado de dezembro de 2016 a novembro de 2017, que utilizou o banco de dados de um projeto maior denominado “Aspectos epidemiológicos, clínicos

e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís- Maranhão” da Universidade Federal do Maranhão e financiado pela FAPEMA, que incluiu menores de 15 anos residentes e diagnosticados no município.

O papel do método estatístico é, essencialmente, possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado, de modo a se fundamentar na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação. Além disso, fornecem considerável reforço às conclusões obtidas, sobretudo, mediante a experimentação e a observação. Nas pesquisas quantitativas, as categorias são frequentemente estabelecidas a priori, o que simplifica sobremaneira o trabalho analítico (PRODANOV; FREITAS, 2013).

5.2.1 Local da pesquisa

O estudo é um subprojeto resultado de um projeto maior, que foi realizado nas Unidades Municipais de Saúde que têm o Programa de Controle da Hanseníase implantado no município de São Luís, localizado no estado do Maranhão (ANEXO B). O município possui mais de 70 Unidades de Saúde em sete distritos sanitários (Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, Vila Esperança e Vila Esperança), de modo que as Redes de Atenção em Saúde (RAS) são a estrutura em saúde composta por diferentes níveis de atenção, tais como a Atenção básica em Saúde, a atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, governança e logísticos (SÃO LUÍS, 2017a; BRASIL, 2016).

O município de São Luís é a capital do estado do Maranhão, sendo o mais populoso, com população estimada em 1.091.868 habitantes em 2017, com área total de 834,785 km² (IBGE, 2017)

O Programa de Controle de Hanseníase está implantado em 57 Unidades de Saúde (US) de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), sendo desenvolvidas atividades voltadas para o exame dermatoneurológico, baciloscopia, investigação, vacinação de contatos com BCG e campanhas educativas (PEIXOTO et al., 2011).

5.2.2 Participantes do estudo

A população do estudo foi constituída por todos os casos de menores de 15 anos diagnosticadas e notificadas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

Os critérios de inclusão foram: ser paciente dos PCH de referência municipal e estadual, ser residente do município de São Luís, ter idade igual ou menor que 15 anos independente do sexo, cor, forma clínica, classificação operacional ou grau de incapacidade.

Para o estudo, as variáveis relativas às características clínicas da doença, modo de entrada, de detecção do caso novo, forma clínica e grau de incapacidade no início do tratamento foram definidos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Para o critério de exclusão do estudo foram aqueles que não moravam no município.

5.2.3 Variáveis utilizadas no estudo

Idade: idade referida em anos.

Sexo: Masculino, feminino, ou não registrado.

Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino primário (completo ou incompleto): 1ª a 4ª série;
- Ensino fundamental (Completo ou incompleto): 5ª a 8ª série;
- Ensino médio (completo ou incompleto): 1º ao 3º ano.

Os dados clínicos seguintes delimitados na pesquisa foram definidos de acordo com o pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Forma clínica:

- Indeterminada: manifestação inicial da doença;
- Tuberculóide: alterações na sensibilidade, apresentando placas bem delimitadas;
- Virchowiana: lesões vermelho-vinhasas ou acastanhadas, sem limites precisos associadas à sintomas mais graves;
- Dimorfa: apresenta características da forma tuberculóide e virchowiana, com comprometimento neurológico e elevado potencial incapacitante.

Classificação Operacional:

- Paucibacilar: abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas;
- Multibacilar: são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

Grau de Incapacidade Física: de acordo com o definido estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

- Zero: Corresponde à ausência de comprometimento nos olhos, mãos e nos pés devido à hanseníase.
- Um: Diminuição ou perda: da sensibilidade nos olhos; da sensibilidade protetora nas mãos e/ou nos pés (não sente 2g ou toque da caneta) e diminuição de força muscular nos olhos e/ou mãos e/ou pés.
- Dois: Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1; reabsorção óssea e/ou garras nas mãos e/ou nos pés; mãos e/ou pés caídos.
- Não avaliado: quando o paciente não é avaliado.
- Não registrado: quando não é registrado no prontuário.

Modo de entrada: entrada do caso suspeito de hanseníase na unidade de saúde e (BRASIL, 2013).

- Transferência: outra unidade de saúde, município, estado e/ou país;
- Recidiva: todos os casos de hanseníase, tratados regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que receberam alta por cura e voltam a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa.
- Outros reingressos: paciente com tipo de saída por cura e abandono e retorna requerendo tratamento específico para hanseníase, exceto por recidiva.

Modo de detecção do caso novo: forma de detecção do caso novo avaliado.

- Encaminhamento;
- Demanda espontânea;
- Exame de coletividade;
- Exame de contatos;
- Outros modos.

Tempo da doença:

- Tempo transcorrido (em meses) do referido diagnóstico da doença.

Reação hansênica:

- Tipo I: novas lesões de pele e placas infiltradas;
- Tipo II: eritema nodoso com sintomas sistêmicos;
- Neurite isolada: perda de função sensitiva ou motora.

5.2.4 Coleta de dados e Instrumentos

A seleção das variáveis foi realizada a partir do banco de dados de um projeto maior: “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão” no período de julho a outubro de 2017, com preenchimento de formulário que serviu como base para este projeto (ANEXO A), contendo as seguintes variáveis: sócio demográficas (sexo, escolaridade, procedência, idade e cor) e clínicas (forma clínica, classificação operacional, modo de entrada e detecção, grau de incapacidade durante tratamento e reações hansênicas).

Anteriormente à seleção das variáveis do projeto base, algumas variáveis sociais e ambientais estavam inclusas como: renda familiar, tipo de residência, tipos de parede e cobertura, número de pessoas residentes no domicílio, procedência e tratamento de água para beber e destino do lixo, contudo tais informações não foram respondidas e/ou coletadas na pesquisa, causando sua frequência mínima para o estudo. Diante disso, tais delimitações não foram denominadas para este estudo e não serão analisadas, destacando-se somente as variáveis sócio demográficas e clínicas.

5.2.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC-Atlanta-EUA), de modo que para as variáveis clínicas e sócio demográficas foi utilizada a frequência absoluta e percentual e em seguida os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Para verificar em que característica demográfica e clínica o grau de incapacidade física é mais frequente, utilizou-se a estatística analítica, que para verificar o nível de significância entre as associações, efetuou-se dicotomização das variáveis incapacidade física (presença ou ausência), além de características sociodemográficas e clínicas calculando-se a razão do Qui-quadrado.

Esse teste é utilizado para comparar valores de média agrupados em categorias descritivas, com o objetivo de assinalar a probabilidade de dados estarem associados dentro de um grau de confiança de 95%. Os dados foram dispostos em uma tabela que distribui os objetos de estudo de acordo com sua categoria e, a partir desta apresentação, a ferramenta do Qui-quadrado foi aplicada, obtendo-se como

referência estatística o valor de p menor ou igual a 0,05 (PRODANOV; FREITAS, 2013).

5.2.6 Aspectos Éticos da pesquisa

O presente estudo é um subprojeto que foi protocolado e aprovado na secretaria do Colegiado da Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (ANEXO C). A pesquisa maior intitulada “Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) por meio do parecer 1.227.248 (ANEXO D).

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas

Foram 133 crianças e adolescentes diagnosticadas nos períodos de 2014 e 2015 no município de São Luís – MA, com distribuição segundo a Tabela 1.

TABELA 1 - Características sociodemográficas dos menores de 15 anos com diagnóstico de hanseníase, 2014-2015. São Luís – MA, 2017

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	66	49,6
Masculino	67	50,4
Faixa etária		
4 a 7 anos	23	17,2
8 a 10 anos	40	30,0
11 a 14 anos	70	52,6
Raça/Cor		
Branca	13	9,8
Preta	25	18,8
Parda	95	71,4
Escolaridade		
1ª a 4ª série incompleta	33	24,8
4ª série completa	18	13,5
5ª a 8ª série incompleta	52	39,1
Ensino fund. Completo	7	5,3
Ensino médio incompleto	5	3,8
Não se aplica	18	13,5
Total	133	100,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora para fins deste estudo.

Apesar de ter maior percentual no sexo masculino (50,4%), a diferença foi pequena em relação às meninas (49,6%).

A faixa etária mais frequente foi de 11 a 14 anos (52,6%), seguida daquelas (es) que estão na segunda infância (30,0%). Não houve casos em menores de 4 anos.

Os participantes pertencem à raça/cor parda em 71,4% dos casos, seguidos por negros (18,8%) e brancos (9,8%).

O ensino fundamental incompleto foi o mais frequente (39,1%), seguido da 1ª a 4ª série incompleta (24,8%). Àquelas que não possuem idade para frequentar a escola, ou não se pode aplicar a escolaridade como questionamento foi de 13,5%. Não houve casos de crianças analfabetas, isto é, que não possuem a habilidade de ler e/ou escrever a partir dos 8 anos de idade.

6.2 Características clínicas

A Tabela 2 informa as principais características dos 133 menores de 15 anos, evidenciando-se uma porcentagem elevada de pacientes já diagnosticados sob a classificação multibacilar da hanseníase, 58,6% (n=78). Conseqüentemente a forma clínica dimorfa foi a mais frequente em 49,6% dos casos. Além disso, 55 indivíduos apresentaram-se na classificação paucibacilar da doença, de modo que a maior parte destes apresentou a forma clínica tuberculóide, sendo 41 casos em números absolutos e 30,9% dos casos.

TABELA 2 - Características clínicas dos menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, 2014-2015. São Luís – MA, 2017

Variáveis	N	%
Class. Operacional		
Paucibacilar	55	41,4
Multibacilar	78	58,6
Forma clínica		
Indeterminada	14	10,5
Tuberculóide	41	30,9
Dimorfa	66	49,6
Virchowiana	12	9,1
Modo de entrada		
Caso Novo	127	95,5
Transferência do mesmo município (outra unidade)	2	1,5
Outros reingressos	4	3,0
Lesões cutâneas		
1 a 5 lesões	103	77,4
6 a 10 lesões	19	14,2
10 ou mais	11	8,2
Reações hansênicas		
Sim	19	14,2
Não	67	50,3
Não registrada	47	35,3
Total	133	100,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora para fins deste estudo.

Mais de 90,0% dos pacientes foram classificados como casos novos, destes 47,3% (n=63) foram detectados através de demanda espontânea, 27,8% através de encaminhamento de outros profissionais, 13,5% por meio do exame de

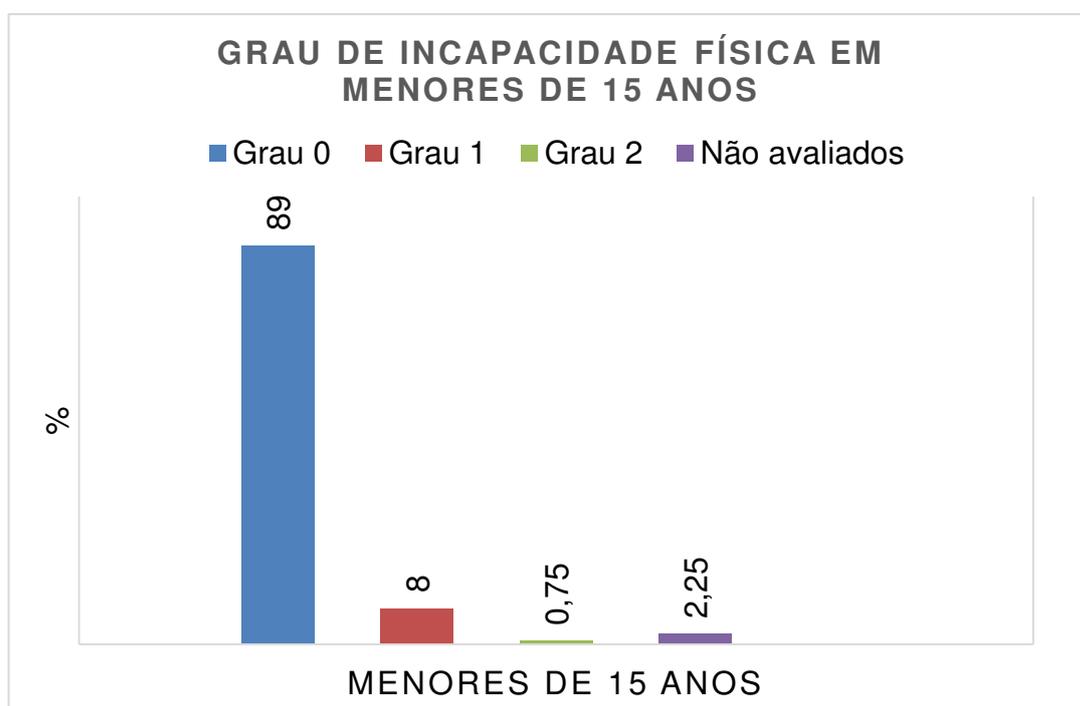
coletividade e apenas 6% foram identificados a partir do exame de contatos (Tabela 2).

Os menores de 15 anos apresentaram número de 1 a 5 de lesões como mais frequente (77,4%) com o quantitativo de 103 crianças. Seguidas daquelas que apresentaram de 6 a 10 lesões cutâneas (14,2%). Apenas 8,2% (n=11) apresentaram 11 ou mais lesões cutâneas pelo corpo acarretadas pela doença (Tabela 2).

A ocorrência de episódios reacionais obteve um grande número da falta de registros, de modo que em 47 fichas (35,3%) o campo se encontrava em branco. Em 50,3% (n=67) dos casos não houveram registros de episódios reacionais e 14,2% das crianças apresentaram algum tipo de reação, sendo ela em sua totalidade a reação tipo 1 (Tabela 2).

Quanto à avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico, 89,0% dos menores de 15 anos não apresentavam nenhum tipo de comprometimento, como no gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 – Casos de hanseníase segundo o grau de incapacidade física nos anos de 2014 a 2015 no município de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora para fins deste estudo.

Apenas 12 crianças (8,7%) obtiveram algum grau de incapacidade física, de modo que 11 dessas (8,0%) apresentaram o grau 1 de incapacidade física. O grau 2 de acometimento físico, considerado incapacitante, contribuiu com apenas 0,075% dos casos, com o número absoluto de 1 criança. Observou-se que apenas 3 crianças

(2,25%) não foram avaliadas quanto ao seu grau de incapacidade física no momento do diagnóstico.

6.3 Incapacidade física e características sociodemográficas e clínicas

Para a análise bivariada foi eleita como variável dependente a presença ou ausência de incapacidade no diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos. Esta variável foi correlacionada com os fatores sociodemográficos e clínicos, ou seja, aquelas que poderiam possivelmente explicar a ocorrência de crianças incapacitadas no município.

A Tabela 3 mostra que apenas uma característica sociodemográfica obteve uma influência estatística significativa ($p < 0,05$) em relação à ocorrência de incapacidades físicas nos menores de 15 anos. A raça/cor da população estudada mostrou essa significância com $p = 0,0001$, pois 9,5% ($n = 9$) dos que declararam a raça/cor parda desenvolveram alguma incapacidade física no diagnóstico.

TABELA 3 - Incapacidade física de acordo com as características sócio-demográficas em menores de 15 anos nos anos 2014 e 2015. São Luís - MA, 2017.

Características sociodemográficas	Incapacidade física								p
	Sem		Com		Não avaliado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	58	86,6	7	10,4	2	3,0	67	100,0	0,072
Feminino	60	90,9	5	7,6	1	1,5	66	100,0	
Cor									
Branca	11	84,6	1	7,7	1	7,7	13	100,0	0,0001
Preta	23	92,0	2	8,0	-	-	25	100,0	
Parda	84	88,4	9	9,5	2	2,1	95	100,0	
Escolaridade									
1ª a 4ª série incompleta	30	90,9	3	9,1	-	-	33	100,0	0,059
4ª série completa	17	94,4	1	5,6	-	-	18	100,0	
5ª a 8ª série incompleta	47	90,3	4	7,7	1	2,0	52	100,0	
Ensino fund. completo	5	71,4	2	28,5	-	-	7	100,0	
Ensino médio incompleto	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5	100,0	
Não se aplica	16	88,8	1	5,5	1	5,5	18	100,0	
Total	118	-	12	-	3	-	133	-	-

Fonte: Elaborada pela pesquisadora para fins deste estudo.

As outras variáveis não tiveram uma relação estatística significativa com a variável dependente. Porém, a escolaridade ($p = 0,059$) chama atenção pela tendência

a apresentar uma correlação positiva, indicando a escolaridade ensino fundamental completo nos menores que apresentaram incapacidades.

A tabela 4 apresenta que a forma clínica da população estudada mostra uma relação estatística significativa ($p < 0,05$), pois 13,6% das crianças que apresentaram a forma Dimorfa, desenvolveram alguma incapacidade física.

Tabela 4 - Incapacidade física de acordo com as características clínicas em menores de 15 anos nos anos 2014 e 2015. São Luís - MA, 2017.

Características clínicas	Incapacidade física								p
	Sem		Com		Não avaliado		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Classificação Operacional									
Multibacilar	66	84,6	10	12,8	2	2,6	78	100,0	0,61
Paucibacilar	52	94,5	2	3,6	1	1,9	55	100,0	
Forma Clínica									
Indeterminada	14	100,0	-	-	-	-	14	100,0	0,0001
Tuberculoide	38	92,7	2	4,9	1	2,4	41	100,0	
Dimorfa	56	84,9	9	13,6	1	1,5	66	100,0	
Virchowiana	10	83,4	1	8,3	1	8,3	12	100,0	
Modo entrada									
Caso novo	113	88,9	11	8,7	3	2,4	127	100,0	0,037
Transf. do mesmo município	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0	
Outros reingressos	3	75,0	1	25,0	-	-	4	100,0	
Lesões cutâneas									
1 a 5	93	90,4	8	7,7	2	1,9	103	100,0	0,0098
6 a 10	14	73,7	4	21,0	1	5,3	19	100,0	
11 ou mais	11	100,0	-	-	-	-	11	100,0	
Total	118	-	12	-	3	-	133	-	-

Fonte: Elaborada pela pesquisadora para fins deste estudo.

A análise também revela que 25,0% dos menores que se apresentaram como outros reingressos e 21,0% que tinham 6 a 10 lesões cutâneas desenvolveram incapacidades físicas, sendo observada relação estatística significativa, com $p = 0,037$ e $p = 0,0098$ respectivamente.

A maioria dos indivíduos, em média 89,0% ($n = 118$), apresentaram grau zero de incapacidade física durante o diagnóstico em cada característica sociodemográfica e clínica correspondente, o que diminui o quantitativo de características e sintomas incapacitantes nos menores de 15 anos.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu conhecer os dados da hanseníase em menores de 15 anos no município de São Luís, que é uma região hiperendêmica do país.

Nas regiões endêmicas para hanseníase, a sua distribuição difere-se de forma atrelada aos espaços urbanos, considerados mais pobres. Dessa forma, pode-se inferir que as condições socioeconômicas, demográficas e culturais exercem uma grande influência na propagação da endemia hanseníase. As características clínicas também são fatores importantes, de modo a inferir o desenvolvimento de incapacidades físicas (RIBEIRO, 2012).

Durante o período, os sexos masculino e feminino obtiveram diferença numérica pequena, fato que vai ao encontro de estudos realizados anteriormente por Sarmiento et al. (2015) na cidade de Monte Carlos (MG) e Franco et al. (2014) no município de Igarapé Açu (PA), locais também considerados endêmicos. Segundo Sarmiento et al. (2015) o maior contato social, exposição a ambientes de risco e menor preocupação com a estética corporal podem ser contribuintes culturais importantes na saúde dos meninos, absorvidos desde o início da vida.

Em relação à raça/cor, houve predomínio da parda, o que pode ser explicado pelo processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial, já apontados em outro estudo (SARMENTO et al., 2015). Segundo Brito et al. (2014), a raça/cor está relacionada com o perfil populacional, de maneira que na região Nordeste esse predomínio vem da cor parda, devido aos seus percentuais populacionais mais acentuados, que em outras regiões do país.

Os dados apresentaram variável significativa para incapacidades em raça/cor, o que também foi estudado por Costa et al. (2017), evidenciando em sua pesquisa um elevado número de pessoas afetadas pela hanseníase de raça/cor parda na Microrregião de Tucuruí na Amazônia brasileira.

A informação sobre a faixa etária evidenciou a maior prevalência naquelas que possuem de 11 a 14 anos, fato também estudado por Franco et al. (2014) que além disso, expõe que tal informação confirma um longo período de incubação da doença no grupo estudado. A respeito da escolaridade, a maior frequência de casos fora em crianças com o ensino fundamental incompleto, o que já foi constatado em estudo como o de Queiroz et al (2015). A mesma está relacionada com a maior prevalência de casos na faixa etária citada. Contudo sugere-se a importância de que

os profissionais de saúde atentem para o grau de escolaridade da população do território de abrangência da unidade de saúde ao planejarem as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, com o objetivo de garantir o entendimento da mensagem transmitida (SARMENTO et al., 2015).

Com relação à classificação operacional, a maior parte dos pacientes apresentaram a forma Multibacilar (MB) da doença, seguida da forma Paucibacilar (PB), fato também evidenciado em estudos como o de Gordon et al. (2017) na cidade de Imperatriz, estado do Maranhão. A classificação multibacilar também foi estabelecida em outros estudos, tais como por Peixoto et al. (2011) na cidade de São Luís (MA), no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, por Mendes et al. (2014) na macrorregião de Barbacena (MG) e Basso e Silva (2017) na cidade de Santarém (PA). O predomínio da classificação operacional multibacilar é indicativo de diagnóstico tardio e o portador está associado a uma chance nove vezes maior em desenvolver algum grau de incapacidade física. Uma vez que as classificações multibacilares são a principal fonte de infecção da hanseníase e as mais suscetíveis ao adoecimento, pode ser um fator preocupante para a obtenção de incapacidades físicas, já que isso ocorre pelo seu período de evolução longo, com possibilidade de dano neural mais intenso e grave (BASSO; SILVA, 2017; XAVIER et al., 2014).

Xavier et al. (2014) defende que a incidência da hanseníase em menores de 15 anos indica a precocidade da exposição ao agente etiológico, reflexo do maior nível de endemidade. Da mesma forma, a presença de incapacidades físicas nessa faixa etária é indicativa de diagnóstico tardio. Desse modo, os pacientes que desenvolvem a classificação operacional multibacilar possuem uma chance de aproximadamente 4 vezes maior de evoluir com algum grau de incapacidade em relação a quem desenvolve a forma paucibacilar. Além disso, o estudo constatou que paciente que adoece depois dos 15 anos de idade possui aproximadamente 4 vezes mais chance de evoluir com incapacidades em relação ao que adoece antes dos 15 anos de idade.

Ao analisar as formas clínicas, foi mais prevalente a forma Dimorfa, fato também encontrado em estudos como o de Xavier et al. (2014) e Basso e Silva (2017). O elevado percentual de casos com diagnóstico da doença na forma Dimorfa reforça o indicativo de que há diagnóstico tardio e que a cadeia de transmissão do *M. Leprae* continua a ocorrer, servindo de alerta por serem consideradas potencialmente incapacitantes (SARMENTO et al., 2015).

A forma Tuberculoide mostrou-se como a segunda de maior percentual, inferindo-se a expansão da endemia, frente ao fato que a presença dessa forma clínica em uma determinada região indica uma tendência crescente da doença, pois a mesma é marcante em pacientes que apresentam resistência natural ao bacilo, com imunidade celular mais intensa, acabando por desenvolverem a doença por contatos sucessivos com alguém acometido pela forma infectante (BATISTA et al., 2011).

As formas clínicas Indeterminada e Virchowiana foram a minoria em nosso estudo. Divergente a isso, foi demonstrado no estudo de Aquino, Santos e Costa (2003) em um município endêmico, onde a maior abrangência foi da forma Indeterminada e Virchowiana com 32,5% dos casos, de modo que a Tuberculóide apresentou 18,7% e a Dimorfa 15,9% dos casos.

A forma clínica obteve relação estatística significativa para a ocorrência de incapacidades físicas, fato também encontrado no estudo de Ribeiro (2012), na microrregião de Diamantina, estado Minas Gerais.

Em relação ao modo de entrada, os casos novos foram os mais prevalentes de modo que destes, a maioria foi por demanda espontânea. Outros estudos como o de Silva et al. (2015) e Ribeiro et al. (2012) obtiveram o mesmo resultado. Isso demonstra que a população está sendo informada sobre os sinais e sintomas da doença, o que indica uma melhoria na qualidade da informação em saúde (RIBEIRO et al., 2012).

Os dados do presente estudo comprovaram que a maioria dos pacientes apresentou, em relação ao número de lesões, de um a cinco como o mais prevalente, fato também encontrado por Mendes et al. (2014) e Ribeiro (2012). Esse número de lesões de pele, no momento do diagnóstico, reforça os resultados encontrados por Ribeiro (2012), em que a maior parte possuía as formas multibacilares da doença e algum grau de comprometimento neural.

No que se diz respeito à reação hansênica, identificou-se a sua ausência em um pouco mais que a metade dos menores de 15 anos, de modo que os que apresentaram, desenvolveram a reação tipo 1. Diferente a isso, foi encontrado no estudo de Queiroz et al. (2015) no município de Mossoró (RN), em que 65,57% dos pacientes estudados manifestaram episódios reacionais durante o tratamento, seguidos pelos que apresentaram antes do tratamento (26,23%) e após o tratamento (8,20%). Houve predominância nas reações em pacientes classificados como

multibacilares (91,80% dos participantes) e também naqueles que já apresentavam algum grau de incapacidade física instalada no diagnóstico (52,45%).

Por ocasião do diagnóstico, os pacientes obtiveram grau zero de incapacidade física, fato que entra em consonância com Ferreira, Ignotti e Gamba (2012) em um total de 41,5% dos casos de incapacidade física zero no estado do Mato Grosso. Pesquisa realizada em Monte Carlos (MG) encontrou dados semelhantes ao presente estudo no período de 2009 a 2013, com a maioria dos pacientes sem apresentar incapacidades (SARMENTO et al., 2015).

Entretanto, foram encontrados estudos que evidenciaram relatos divergentes em outros municípios do estado dessa pesquisa, como o estudo de Gordon et al. (2017) realizado no município de Imperatriz (MA) e Aquino et al. (2003) no município de Buriticupu (MA). Segundo Gordon et al. (2017) obteve-se um elevado índice de detecção no número de pacientes menores de 15 anos com hanseníase, com predominância de 21,1% de crianças com grau 2 de incapacidade física.

A maioria dos menores de 15 anos do estudo não apresentou nenhum tipo de incapacidade física. Queiroz et al. (2015) destaca que os pacientes que não apresentam comprometimento neural ou incapacidades devem ser alertados para a possibilidade de ocorrência desses sintomas, sendo orientados a fazer a auto-observação diária e a procurar o serviço de saúde ao perceber qualquer alteração neurológica. Nesse sentido, as orientações quanto ao autocuidado servem como instrumento que possibilita a prevenção de incapacidades físicas.

Apesar do maior quantitativo dos menores não apresentarem incapacidades, houve uma quantidade de 12 que se desenvolveram, isto é, as crianças ainda estão sendo incapacitadas, de modo que o controle ineficaz da hanseníase quando presentes nos menores de quinze anos pode ser potencialmente incapacitante pela precocidade do adoecimento e possibilidade de deformidade, de modo a restringir atividades daqueles que serão economicamente e socialmente ativos futuramente (GORDON et al., 2017).

De acordo com Neder et al. (2015), houve escores diminuídos significativos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) auto avaliados em pacientes pediátricos afetados pela hanseníase com manifestações musculoesqueléticas em comparação com os pacientes sem essas manifestações nos domínios de capacidade física e atividades escolares. Esses achados podem estar relacionados com

neuropatia e/ou dor crônica articular que leva a dificuldades para escrever, o que induz problemas crônicos de saúde e baixo rendimento escolar.

Segundo Marinho et al. (2015), adolescentes com diagnósticos de hanseníase apresentam efeitos colaterais das medicações com interferência significativa no seu cotidiano, destacando ainda que a existência do preconceito em relação à doença contribuiu para as mudanças no convívio social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foi analisado sobre a incapacidade física no momento do diagnóstico de hanseníase em menores de quinze anos no município de São Luís - MA, faixa etária considerada prioritária pelo Ministério da Saúde do Brasil para a intensificação das ações de controle da hanseníase.

Os resultados apontaram que o diagnóstico ainda é realizado tardiamente, devido à detecção das classificações multibacilares e forma clínica Dimorfa marcantes, além da presença de crianças incapacitadas no momento do diagnóstico. Leva-se em consideração também que a presença da forma Tuberculoide no diagnóstico infere que esses menores foram acometidos por contatos sucessivos com algum portador na forma infectante. Dessa forma, denota-se a necessidade de intensificar e/ou implementar ações de prevenção e controle da hanseníase específicas para essa faixa etária, além de atualização para as equipes de saúde e divulgação dos sinais e sintomas da doença para a população.

Segundo as principais características sociodemográficas e clínicas das crianças que apresentaram incapacidades físicas, o estudo apresentou que a maior significância estatística foi para raça/cor, forma clínica, modo de entrada e número de lesões cutâneas, fato que pode contribuir para futuros estudos no âmbito do ensino, pesquisa e para a enfermagem, com ênfase no cuidado às crianças e adolescentes acometidos pela hanseníase.

O estudo obteve como limitação a escassez de referencial teórico a respeito das consequências ocasionadas pela incapacidade física em crianças e adolescentes, fato que pode despertar o interesse em futuras pesquisas nesse âmbito da hanseníase, além de aperfeiçoar o ensino em saúde e conhecimento científico de profissionais e acadêmicos de enfermagem.

Conclui-se que as crianças ainda estão sendo incapacitadas na classificação transmissível da hanseníase, visto que a precocidade do adoecimento pode ser potencialmente incapacitante e desenvolver deformidades, de modo a interferir nas atividades desses menores. Portanto, aqueles que não apresentaram incapacidades no estudo devem ser bem instruídos e acompanhados para que sintomas e comprometimentos não venham a acontecer.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 23, p. 1924-1930, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000800019>. Acesso em: 10 jun. 2016;

AQUINO, Doralene Maria Cardoso de; SANTOS, João Souza and COSTA, Jackson Maurício Lopes. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Caderno de Saúde Pública**, v.1, n.19, pp.119-125, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100013>>. Acesso em 20 abr. 2017;

AQUINO, Doralene Maria Cardoso et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.1, n.36, pp.57-64, 2003. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000100009>>. Acesso em 03 de nov. 2017;

BASSO, Maria Eduarda de Oliveira; SILVA, Rodrigo Luis Ferreira da. Perfil clínico epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Santarém, v. 1, n. 15, p.27-32, 2017. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833138/27-32.pdf>>. Acesso em 03 de nov. 2017;

BATISTA, Elisa Siqueira et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p.101-106, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2017;

BRASIL. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Prevenção de Incapacidades, Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase**. 3^o edição, revista e ampliada – Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf>. Acesso em 10 jun., 2017;

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. **Situação epidemiológica**

hanseníase Brasil Brasília, 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2020_2015.pdf>. Acesso em 10 jun. 2017;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acessado em 22 dez. de 2017;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em 23 dez 2017;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação geral de hanseníase e doenças em eliminação. **Guia prático para operacionalização da Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em 20 nov. 2016;

BRITO, Karen Kristina Gonçalves et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado do Nordeste Brasileiro. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-93, ago, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9972/10308>>. Acesso em 20 abr. 2016;

COSTA, Leandro Araújo et al. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. **Rev Pan-Amazônica de Saúde.** Ananindeua , v. 8, n. 3, p. 9-17, set. 2017 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 dez. 2017.

DUARTE, Lucélia Maria Carla Paulo Silva et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8 n.8, p. 2816-2822, Ago, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/vanessa/Downloads/6135-60552-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vanessa/Downloads/6135-60552-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em 23 dez. 2017;

FERREIRA, Silvana; IGNOTTI, Eliane; GAMBÁ, Monica. Característica clínico-laboratoriais no retratamento por recidiva em hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Cuiaba, v. 3, n. 15, p.573-581, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rbepid/2012.v15n3/573-581/>>. Acesso em 03 de nov. 2017;

FLACH, Diana Mary de Araujo Melo et al. Análise do protocolo complementar de investigação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários do estado do rio de janeiro em 2009 e 2010. **Hansenologia Internationalis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 36, p.25-36, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/v36n2a04.pdf>. Acesso em 10 out. 2017;

FRANCO, Mariane Cordeiro Alves et al. Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, p.29-40, out. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf>. Acessado em 03 de nov, 2017;

GORDON, Ariadne Siqueira et al. Incidência de hanseníase em menores de 15 anos acompanhados no município de Imperatriz, Maranhão, entre 2004 e 2010. **Arquivos das Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 1, n. 21, p, 19-24, jan./abr. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/6072-19001-2-PB.pdf>. Acesso em 10 out. 2017;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População e Demografia**: População residente, por cor ou raça. Região Nordeste: IBGE. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 23 mai 2016;

_____. IBGE. **População e demografia**: população residente por cor ou raça. Região Nordeste, 2014. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 28 nov. 2017;

_____. IBGE. **Cidades, São Luís**. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>>. Acesso em 03 de nov, 2017.

LASTÓRIA J. C., ABREU M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. Dermatologia. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. v. 4, n. 17, p. 173 – 17, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2017;

LEITE, Vyna Maria Cruz; LIMA, José Wellington Oliveira; GONÇALVES, Heitor Sá. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 659-665, abr. 2011. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400005>>. Acesso em 03 nov. 2017;

MARINHO, Fabiana Drumond et al. Hanseníase em menores de 15 anos: uma revisão bibliográfica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 3, n. 2, p.95-105, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Documents/UFMA P.7/TCC/MENORES HANSENIASE 2015.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2017;

MENDES, Andrezza de Oliveira et al. Carater clínico epidemiológico e grau de incapacidade física nos portadores de hanseníase no município de Barbacena - MG

e macrorregião no período de 2001 a 2010. **Revista Médica de Minas Gerais**, Barbacena, v. 4, n. 24, p.486-494, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/hp/Downloads/v24n4a08%20(1).pdf>. Acesso em 03 nov. 2017;

MONTEIRO, Lorena Dias et al. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 17, p. 91-104, jan-mar 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9410>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MOREIRA, Ana Jotta et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 101, p.234-246, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140021>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2017;

NEDER, Luciana et al. Qualidade de vida relacionada à saúde avaliada pelo Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida 4.0 em pacientes pediátricos com hanseníase e manifestações musculoesqueléticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 5, n. 5, p.414-419, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n5/0482-5004-rbr-55-05-0414.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2017;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS Divulga situação mundial da hanseníase**. 2010a. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-da-hansenia&Itemid=463>. Acesso em: 3 nov. 17;

_____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase (Período do plano: 2011-2015)**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2010b. 44 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hansenias.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017;

_____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase - 2016-2020**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2016. 22 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/14/9789290225096_en.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017;

_____. **OMS: detecção precoce da hanseníase é essencial para evitar deficiências em crianças**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-deteccao-precoce-hansenia-e-essencial-evitar-deficiencias-criancas/>>. Acesso em: 22 dez. 17;

ORSINI, Marco et al. Estudos clínicos, imunopatológicos e eletrofisiológicos dos nervos periféricos na hanseníase. **Revista Neurociências**, Niterói, v. 16, n. 3, p. 220-230, 2008. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2003/Pages%20fron%20RN%2016%2003-11.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016;

PAIVA, Maria de Fatima Lires. **Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico**. 2013. 96 f. Tese (Doutorado Ciência-Fisiopatologia Clínica e Experimental) – Fisiopatologia clínica e experimental, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PASSOS, Carlos Eduardo de Castro et al. Hanseníase no estado do maranhão: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Maranhão, p.88-100, jun. 2016. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cach:RfbT6ikLd5gj:www.seer.ufu.br/index.php/igeia/article/download/30888/18662/+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 10 jun. 2016;

PEIXOTO, Bianka Kelen de Sousa et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no município de São Luís-MA. **Hansenologia internationalis**, São Luís, MA, v.1, n.36, p. 23-30, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11559>. Acesso em: 20 abr. 2016.

PIRES, Carla Andrea et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Revista Paulista Pediátrica**, Belém, p.292-295, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2017;

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS Ermani Cesar. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2017;

QUEIROZ, Tatiane et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Mossoró, v. esp, n. 36, p.185-191, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57405>>. Acesso em 5 out. 2017;

RIBEIRO, Gabriela de Cassia. **Fatores relacionados a prevalência de incapacidades físicas em hanseníase na microrregião de diamantina, minas gerais**. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8TXNKU/gabriela_de_c_ssia_ribeiro.pdf?sequence=1>. Acesso em 03 nov. 2017;

SARMENTO, Ana Paula Avelino e et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de montes claros (MG). **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Montes Claros, v. 3, n. 13, p.180-184, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n3/a5389.pdf>>. Acesso em 5 out. 2017;

MARANHÃO. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenação da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. **Situação da hanseníase no Maranhão**. São Luís, 2017;

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Controle da Hanseníase**. São Luís, 2017a. Disponível em: <www.saoluis.ma.gov.br>. Acesso em 28 nov. 2017;

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Taxa de detecção, prevalência e incidência nos menores de 15 anos no município de São Luís**. São Luís: Secretaria Municipal, 2017b;

SILVA, Márcia Nunes da et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO. **Revista Eletrônica de Ciências Humanas, Saúde e Tecnologia**, Uruaçu, v. 7, n. 1, p.18-28, 2015. Disponível em: <<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/75>>. Acesso em: 28 nov. 2017;

TEIXEIRA, Márcia Almeida Galvão; SILVEIRA, Vera Magalhães da; FRANÇA, Emmanuel Rodrigues de. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 3, n. 43, p. 287-292, maio/jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000300015>>. Acesso em 5 out. 2017;

XAVIER, Maria Brasil et al. Correlação entre as formas clínicas da hanseníase e o grau de incapacidade neurológica. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 2, n. 28, p.15-21, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4253.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2017.

ANEXO A – FORMULÁRIO APLICADO À COLETA DE DADOS

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

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

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

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

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

Unidade de Saúde: _____ Distrito sanitário _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança _____

Nome do responsável _____

Endereço completo _____

Mês de tratamento _____ Doses supervisionadas tomadas _____

1. Ano de Notificação	1. Ano _____
2. Idade (anos): _____ Se menor de 1 ano, registrar meses _____	2. Idade _____
3. Sexo () 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo _____
4. Raça/Cor: () 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada 9. Ignorada	4. Raça/Cor _____
5. Escolaridade () (1) Analfabeto (2) 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. Outro municípios da Ilha. Qual? _____ 3. Outro municípios do Estado Qual? _____ 4. Outros Estados 5. Não registrado 9. Ignorado	6. Resid _____
7. Se residente Município de São Luís, qual o Distrito Sanitário () 1. Bequimão 2. Centro 3. Cohab 4. Coroadinho 5. Itaqui Bacanga 6. Tirirical 7. Esperança	7. Distrito _____
8. Renda da familiar (em SM): _____	8. Renda _____

II. DADOS AMBIENTAIS

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

III. DADOS FAMILIARES

17. Casos de hanseníase na família () 1.Sim 2.Não 3.Ignorado	17. Hansenfam _____
18. Caso a resposta 17 seja positiva, qual o grau de parentesco () 1.Irmão 2.Mãe 3.Pai 4.Tio 5.Avó 6.Avô 7. Primo 8. Outro	18. Parentans _____
19. Caso a resposta 17 seja positiva, quantos casos na família	19. Qthansfam _____
20. Caso a resposta 17 seja positiva, algum caso multibacilar? () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar	20. MBfam _____

IV. DADOS CLÍNICOS DO CASO EM MENOR DE 15 ANOS

21. Forma Clínica () 1.Indeterminada 2.Tuberculóide 3.Dimorfa 4.Virchowiana 5.Não Classificado 6. Não registrado	21. F.C _____
22. Classificação Operacional () 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB	22. C.O _____
23. Grau de incapacidade no diagnóstico () 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado	23. GI Início _____
24. Somatório OMP no diagnóstico	24.OMPDdiag _____
25. 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	25. Entrada _____

26. Modo de Detecção do Caso Novo () 1.Encaminhamento 2.Demanda Espontânea 3.Exame de Coletividade 4.Exame de Contatos 5.Outros Modos 9.Ignorado	26. Detecção _____
27. Tempo de doença (em meses) _____	27. Tpdoença _____
28. Ocorrência de Reações durante o tratamento () 1. Sim 2. Não	28. Reações _____
29. Se a resposta 28 for SIM, qual o tipo de Reação () 1. Reação Tipo I 2. Reação Tipo II 3. Neurite isolada 4. Não registrada	29. Tipo reação _____
30. Mês de tratamento em que ocorreu a 1ª reação _____	30. Mês reação _____
31. Medicação Tratamento para a reação () 1. Prednisona 2. Talidomida 3. Prednisona/Talidomida 4. Outras _____ 5. Não registrado	31. Med ttº _____
32. Grau de incapacidade no final do tratamento () 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 9. Não registrado	32. GIfinal _____
33. Somatório OMP no final do tratamento _____	33. OMPfim _____
34. Alta () 1.Cura 2.Abandono 3.Transferência 4.Óbito 5. Não registrado 9.Ignorado	34. Alta _____
35. Número de contatos registrados: _____	35. Contreg _____
36. Número de contatos examinados: _____	36. Contexm _____
37. Número de Contatos encaminhados para BCG: _____	37. ContBCG _____

Número de lesões: _____

V. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

38. Fez algum tratamento anterior para essa sintomatologia? 1.Sim 2.Não 3.Ignorado	38. Tratant _____
39. Caso a resposta 38 for SIM, qual o problema/doença havia sido identificado	39. Probant _____
40. Pesquisa de anticorpos anti-PGL pelo Orange LIFE 1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizado	41. Orangelife _____
42. Baciloscopia de raspado intradérmico () 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada	42. Balilosc _____
43. Teste de Histamina () 1. Normal 2. Alterado 3. Não realizado	43. Histamina _____
44. Fez hemograma () 1. Sim 2. Não	44. Hemogra _____
Se fez o hemograma registrar: 45. Hemácias _____ 46. Hemoglobina _____ 47. Hematócrito _____ 48. Volume globular médio (VGM) (VCM) _____ 49. Neutrófilo _____ 50. Segmentados e bastões _____ 51. Linfócitos _____ 52. Monócitos _____ 53. Eosinófilos _____	45. Hemam _____ 46. Hemog _____ 47. Hemat _____ 48. VGM _____ 49. Neut _____ 50. Segbast _____ 51. Linf _____ 52. Monóc _____ 53. Eosinóf _____

54. Basófilos _____	54. Basóf _____
55. Plaquetas _____	55. Plaqt _____
56. Fez parasitológico de fezes () 1. Sim 2. Não	56. Fezes _____
57. Se fez parasitológico de fezes, qual o resultado () 1. Positivo 2. Negativo	57. Resultfezes _____
58. Se o parasitológico de fezes for positivo, registrar os achados. _____ _____	58. Achafezes _____ _____
59. Algum outro problema de saúde quando do diagnóstico da hanseníase () 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	59. Probsaúde _____
60. Se a resposta à questão 59 for SIM, registrar qual o problema de saúde. _____ _____	60. Qualprob _____ _____

**ANEXO B – UNIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE**

2308444 CENTRO DE SAUDE AMAR
2309998 CENTRO DE SAUDE BEZERRA DE MENESES
2464624 CENTRO DE SAUDE CLODOMIR PINHEIRO COSTA
2309289 CENTRO DE SAUDE COHABANIL
2697963 CENTRO DE SAUDE DA LIBERDADE
2310023 CENTRO DE SAUDE DE FATIMA SAE
2697971 CENTRO DE SAUDE DJALMA MARQUES
2455838 CENTRO DE SAUDE DO JOAO PAULO
2458780 CENTRO DE SAUDE DO TIBIRI
2310058 CENTRO DE SAUDE DO TURU
2698005 CENTRO DE SAUDE DR JOSE RIBAMAR FRAZAO CORREA
3173828 CENTRO DE SAUDE FABRICIANA MORAES
2458373 CENTRO DE SAUDE GENESIO RAMOS FILHO
2309475 CENTRO DE SAUDE GENESIO REGO
6120520 CENTRO DE SAUDE JANAINA
2458721 CENTRO DE SAUDE MARACANA
3576566 CENTRO DE SAUDE MARIA DE LOURDES RODRIGUES
2530562 CENTRO DE SAUDE NAZARE NEIVA
2456834 CENTRO DE SAUDE QUEBRA POTE
2309300 CENTRO DE SAUDE SALOMAO FIQUENE
2702878 CENTRO DE SAUDE SANTA BARBARA
2310007 CENTRO DE SAUDE SAO CRISTOVAO
3173852 CENTRO DE SAUDE SAO FRANCISCO
2308479 CENTRO DE SAUDE THALLES RIBEIRO GONCALVES
3376265 CENTRO DE SAUDE VILA EMBRATEL
2458179 CENTRO DE SAUDE VILA ITAMAR
2456818 CENTRO DE SAUDE YVES PARGA
2697661 HOSPITAL AQUILES LISBOA
3344614 HOSPITAL DR ADELSON DE SOUSA LOPES HOSP VILA LUIZAO

2726653 HOSPITAL UNIVERSITARIO HUUFMA
0000279 POSTO DE SAUDE C PENITENCIARIA DE PEDRINHAS
2645890 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO JARDIM SAO CRISTOVAO
2645874 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO SAO BERNARDO
2645793 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA OLIMPICA I ANTONIO CARLOS REIS
2645785 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA OLIMPICA II
2645750 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA OLIMPICA III JAILSON ALVES VIANA
2645815 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PIRAPORA
2645777 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SANTA CLARA
2645807 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SANTA EFIGENIA
2645769 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA VILA SARNEY
2456907 UNIDADE MISTA DE SAO BERNARDO
2464276 UNIDADE MISTA DO BEQUIMAO
2455773 UNIDADE MISTA DO COROADINHO
2456915 UNIDADE MISTA ITAQUI BACANGA

ANEXO C – PARACER DO COLEGIADO DE CURSO – PROJETO TCC



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

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

- 1- TÍTULO: Incapacidade física em menores de 15 com diagnóstico de hanseníase
- 2- DISCENTE: Ingrid Sojane Bizarra Balata
- 3- ORIENTADOR: Maria de Fátima Leites
- 4- INTRODUÇÃO: apresenta o tema do estudo no contexto demográfico e epidemiológico
- 5- JUSTIFICATIVA: acadêmica com foco no diagnóstico das limitações por incapacidade funcional de pessoas menores de 15 anos
- 6- OBJETIVOS: bem delimitados
- 7- PROCESSO METODOLÓGICO: desenho do estudo atende aos objetivos.
- 8- CRONOGRAMA: adequado para realização do estudo
- 9- TERMO DE CONSENTIMENTO: projeto oriundo de um projeto matricial aprovado como emenda pelo CEP. HU.
- 10- NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: atende as recomendações.
- 11- CONCLUSÃO DO PARECER: Favorável a realização da pesquisa.

São Luís (MA), 05 de julho de 20 17.

Rosilda Silva Dias

Professor(a) Relator(a)

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 05 / 07 / 2017.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em / / .
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Luziane Barros Faria
Prof.^a Lena Barros Faria
Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO D – PARECER COSUBSTANCIADO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em menores de 15 anos no Município de São Luís-Maranhão. **Pesquisador:** Doralene Maria Cardoso de Aquino **Área Temática:**

Versão: 4

CAAE: 20915413.2.0000.5086

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

FUND DE AMPARO A PESQUISA AO DESEN CIENTIFICO E TECNOLOGICO
DO MARANHÃO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.885.728

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

-Caracterizar os menores de 15 anos em relação às condições de moradia, composição familiar, renda, idade, raça/cor, escolaridade e procedência;

-Descrever as características clínicas da doença relativas à: número de lesões cutâneas, forma clínica, classificação operacional, número de nervos afetados, grau de incapacidade física no início e final de tratamento e baciloscopia;

-Identificar o modo de entrada, de detecção do caso novo e número de contatos registrados; -Verificar a ocorrência de reações hansênicas;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que, se possível, os resultados do estudo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

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:

A EMENDA ao protocolo de pesquisa nº 1.226.826 atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerada APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_827801_E1.pdf	19/12/2016 20:25:10		Aceito
Outros	termo_013719_2016NOVO.pdf	19/12/2016 20:22:45	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	SolicitacaoEmenda_JustificativaCEP.pdf	19/12/2016 20:20:37	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_CEP_Emenda.pdf	19/12/2016 20:13:24	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Estado.docx	21/08/2015 17:56:59	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	21/08/2015 17:54:02	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	03/08/2015 20:03:30	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo-008252-2014 Aditivo.pdf	03/08/2015 20:02:35		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo-005978-2013.pdf	03/08/2015 20:01:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Hanseniose em menores de 15 anos no Município de São Luís - MA.	03/08/2015 19:59:20		Aceito

Página 04 de

Investigador	Brochura para o CEP..docx	03/08/2015 19:59:20		Aceito
--------------	---------------------------	------------------------	--	--------

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

Outros	Termo de compromisso de divulgação e publicação dos resultados.pdf	03/08/2015 19:58:50		Aceito
Outros	Declaração uso e destinação do material e ou dados coletados.pdf	03/08/2015 19:57:34		Aceito
Outros	Autorização SEMUS.pdf	03/08/2015 18:45:41		Aceito
Brochura Pesquisa	Hanseniose em menores de 15 anos no Município de São Luís - MA. Brochura para o CEP..docx	03/08/2015 18:45:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto atual.pdf	03/08/2015 18:30:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/08/2013 21:10:59		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 05 de Janeiro de 2017

Assinado por:
FABIO FRANÇA SILVA
(Coordenador)

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