

**LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA DE FÁTIMA MARTINS DA SILVA  
JOSÉ RIBAMAR MORAES  
MARIA DO CARMO LIMA CHAVES  
MARY DE JESUS MACHADO PRAZERES**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA HANSENÍASE - VITÓRIA DO MEARIM/MA, 2005-2006**

**São Luís  
2007**

**ANA DE FÁTIMA MARTINS DA SILVA  
JOSÉ RIBAMAR MORAES  
MARIA DO CARMO LIMA CHAVES  
MARY DE JESUS MACHADO PRAZERES**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA HANSENÍASE - VITÓRIA DO MEARIM/MA, 2005-2006**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

**São Luís  
2007**

SILVA, Ana de Fátima Martins da. et al.

Perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase-Vitória do Mearim/MA, 2005-2006. Ana de Fátima Martins da Silva; José Ribamar Moraes; Maria do Carmo Lima Chaves; Mary de Jesus Machado Prazeres. - São Luís, 2007.

41 f.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Hanseníase. 2. Epidemiologia. I. Título.

CDU 616-002.73

**ANA DE FÁTIMA MARTINS DA SILVA  
JOSÉ RIBAMAR MORAES  
MARIA DO CARMO LIMA CHAVES  
MARY DE JESUS MACHADO PRAZERES**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA HANSENÍASE - VITÓRIA DO MEARIM/MA, 2005-2006**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em:     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo - USP

---

**Profa. Dorlene Maria Cardoso de Aquino (Examinadora)**

Doutora em Patologia Humana  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

*A Deus, o Alfa e o Ômega, o princípio e o fim, aquele que é, que era e que há de vir. O Todo-Poderoso.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus por nos ter permitido a realização deste trabalho.

A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama pela sua orientação e disponibilidade em nos ajudar.

Aos professores pelo interesse e dedicação em nos transmitir seus conhecimentos.

Aos nossos colegas de classe pela amizade, incentivo e companheirismo.

Ao pessoal da secretaria pela amizade, compreensão e disposição em servir.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, nos ajudaram na realização deste trabalho.

*[...] Não importa tanto o tema da tese quanto a experiência de trabalho que ela importa.*

*Umberto Eco*

## RESUMO

Estudo descritivo e retrospectivo efetuado a partir da coleta dos dados de todos os pacientes inscritos no Programa de Controle da Hanseníase, cadastrados no Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação-SINAN, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006, arquivados no Hospital Kalil Moisés da Silva, em Vitória do Mearim-MA. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários dos pacientes e catalogados em uma ficha protocolo onde estavam contempladas as principais variáveis clínicas e sócio-econômicas. Do total de 41 prontuários estudados observou-se o predomínio de pessoas do sexo masculino (68,3%), com idade entre 20 e 59 anos (73,1%), analfabetos (48,8%), solteiro (41,3%), lavradores (53,6%), residentes na zona rural (53,7%) e portadores da forma clínica dimorfa (58,5%). Todos os doentes receberam o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde (tratamento PQT), sendo que do total apenas 2 (4,9%) dos casos eram recidivas, 1 caso (2,8%) foi transferido para outro município. A maioria dos pacientes procurou as equipes de saúde espontaneamente (95,1%), sendo encontrados entre eles apenas 4,9% de incapacidades do tipo I. Deve-se ressaltar que muitos limites na avaliação dos dados deveram-se a supressão de informações relevantes nas fichas cadastrais – campos em que é obrigatório o preenchimento.

Palavras-Chave: Hanseníase. Epidemiologia.

## ABSTRACT

Descriptive and retrospective study effected from the collection of the data of all the enrolled patients in the Program of Control of the Hanseníase, registered in cadastre in the System of Notificação (SINAN) in the period of January of 2005 the December of 2006, filed in the Hospital Kalil Moisés Da Silva, Victory of Mearim-ME. The data had been collected directly of handbooks of the patients and catalogued in a fiche protocol where the main clinical and partner-economic 0 variable were contemplated. Of the total of 41 studied handbooks the predominance of people of the masculine sex was observed (68.3%), with age between 20 and 59 years (73.1%), illiterates (48.8%), bachelor (41.3%), farmers (53.6%), residents in the agricultural zone (53.7%) and carriers of the dimorfa clinical form (58.5%). All the sick people had received the treatment praised for the Health department (treatment PQT), being that of total only 2 (4.9%) of the cases they were returns, 1 caso (2.8%) were transferred to another city. The majority of the patients had looked the health teams espontaneamente (95.1%), being found between them only (4.9%) of incapacities of type I.

Key-Words: Hanseníase. Epidemiology.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos pacientes segundo a idade .....	20
Tabela 2 -	Distribuição dos doentes segundo o sexo .....	21
Tabela 3 -	Distribuição dos doentes segundo a escolaridade .....	22
Tabela 4 -	Distribuição dos doentes segundo a raça/cor .....	23
Tabela 5 -	Distribuição dos doentes de acordo com o local da moradia .....	23
Tabela 6 -	Distribuição dos doentes segundo a ocupação .....	24
Tabela 7-	Distribuição dos doentes segundo o estado civil .....	25
Tabela 8 -	Distribuição das formas clínicas da hanseníase .....	25
Tabela 9 -	Distribuição das incapacidades .....	26
Tabela 10 -	Distribuição dos doentes segundo o tratamento .....	27
Tabela 11 -	Distribuição dos doentes quanto à demanda .....	28

## SUMÁRIO

	p
LISTA DE TABELAS .....	8
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Considerações gerais.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Aspectos epidemiológicos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Aspectos clínicos.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Área de estudo.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 Banco de dados.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Variáveis.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Considerações éticas .....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	34
ANEXOS.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença milenar. As primeiras referências confirmadas sobre a doença, foram encontradas na China e Índia no século VI e no Egito no século IV a.C. Sabe-se que, na época em que Cristo viveu, conforme citação bíblica havia casos de hanseníase (PINTO; VIANA, 2004). No Antigo testamento, em Levítico, capítulo 13, encontra-se toda uma orientação sobre a doença, seus sinais para identificação e cuidados em relação aos doentes (BÍBLIA, 1996). No Novo Testamento, no capítulo 17, versículo 11, o apóstolo Lucas, relata a cura de dez leprosos, isto sem falar em Lázaro que era leproso e amigo de Jesus e que foi por ele curado (BÍBLIA, 1996).

A hanseníase tem esse nome em homenagem a Gehard Armauer Hansen (1841-1912), médico norueguês que em 1873 descobriu o bacilo causador da infecção, já a palavra lepra é de origem grega e significa escamoso e na antiguidade designava doenças que hoje conhecemos por psoríase, eczema e outras dermatoses (MORHAN, 2005).

Nas Américas não havia registro da hanseníase antes do descobrimento (PINTO; VIANA, 2004). A hanseníase deve ter chegado ao solo americano com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII. Atualmente, todos os países sul-americanos têm casos de hanseníase com exceção do Chile, o Brasil é o que apresenta prevalência mais alta, sendo o segundo país no mundo em número de casos (GHIDELLA, 2000).

A hanseníase, não era conhecida na Europa na época de Hipócrates (467 AC). Nos trabalhos do “PAI DA MEDICINA” não existe referências á doença. Admite-se que foram as tropas de Alexandre, o Grande, quando voltaram à Europa, trouxeram soldados contaminados com a doença nas campanhas na Índia (300 AC).

A hanseníase continuou sua disseminação pela Europa depois da queda do Império Romano e no início da Idade Média. Hoje, na Europa, ainda persistem focos de hanseníase em Portugal, Espanha, Rússia e Turquia (GHIDELLA, 2000).

No Brasil os primeiros registros de casos de hanseníase datam do século XVII, no Rio de Janeiro, tanto que em 1696, o governador Artur de Sá Menezes dava assistência aos míseros leprosos, já então em número considerável (GHIDELLA, 2000).

Acredita-se que foi trazida pelos colonizadores portugueses e escravos africanos. Desde então o crescimento acentuado da doença, principalmente em algumas regiões, conferem ao país a condição de hiperendêmico, traduzindo-se em grave problema de saúde pública (PINTO; VIANA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde através da Resolução XVI, aprovada na 44<sup>a</sup>. Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio de 1991 estabelecia meta para eliminação da hanseníase até o ano de 2000 (BRASIL, 2003). Nova resolução da OMS, em parceria com o Ministério da Saúde estabeleceu um novo compromisso de eliminar a doença até o ano de 2005. Sendo que recentemente este prazo foi prorrogado para 2010 quando a taxa de prevalência deverá ser reduzida para menos de um caso em cada 10.000 habitantes.

Segundo a OMS *apud* Brasil (2003) a doença é endêmica em mais de 80 países da Ásia, África e América Latina. Metade dos casos são notificados na Índia, seguida em número pelo Brasil que em 2004, registrou 79.908 doentes e apresentou uma taxa de prevalência de 4,6/10.000 habitantes. Segundo dados do Global Leprosy Elimination Programme World Health Organization Geneva October (2004), “a Índia nesse mesmo período registrou um número total de 265.781 casos, com uma prevalência de 2,4/10.000 habitantes, segundo essa mesma instituição”.

No Brasil em 1930 o Estado de São Paulo, adotou o modelo isolacionista (internação compulsória de todos os doentes) no tratamento da hanseníase, prática esta que foi abolida por força de Decreto Nº. 968 de 7 de maio de 1962 (MACHADO, 2004; CÉSAR, 2006). Porém, em 29 de março de 1995 o governo brasileiro através da Lei nº 9.010, veta o uso da palavra lepra e seus derivados, substituindo-a pelo nome de hanseníase (BRASIL, 2003).

No final da década de 40 surgem os primeiros medicamentos para combater o bacilo de Hansen, com a utilização da dapsona e seus derivados. Em 1982, a OMS recomendou um novo tratamento para a hanseníase, que passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº. 1073/GM de 26 de setembro de 2000, conhecido como Poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS) ou simplesmente tratamento PQT, constituída pela combinação de medicamentos (drogas bactericidas e bacteriostáticas) com administração associada, para prevenir a resistência medicamentosa e levar à cura dos doentes mais rapidamente (BRASIL, 2003).

No Maranhão, as primeiras referências sobre a doença datam de 1826 quando o Conselho Provincial informou ao Governo a existência de muitas pessoas atacadas pela lepra, a partir dessa data surgiram várias aldeias de leprosos em São Bento, Viana e Anajatuba.

O primeiro asilo em São Luís, foi fundado em 1833, dando origem ao segundo em 1869, atrás do Cemitério do Gavião extinto quando foi inaugurada a colônia do Bomfim (BRASIL, 1960). Segundo Magalhães *apud* Brasil (1950), essa doença era freqüente às margens dos rios Pindaré, Mearim e Itapecuru.

Atualmente no mundo, existem aproximadamente 500 mil pacientes com hanseníase e 20 milhões de ex-pacientes. Se forem incluídas, nesse cálculo, as suas famílias por causa do preconceito, têm-se mais de 100 milhões de vítimas (MACHADO, 2004).

Por ser a hanseníase uma doença com alto índice de prevalência no município de Vitória do Mearim-MA e pela não descentralização da oferta de serviço especificamente no que diz respeito ao Programa de Controle da Hanseníase, refletindo-se em atitudes de rejeição e discriminação do doente e sua exclusão da sociedade, optou-se por desenvolver esta pesquisa objetivando estudar o perfil dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase do referido município, a fim de propor medidas mais efetivas e atendimento adequado aos portadores dessa enfermidade.

### **1.1 Aspectos Epidemiológicos**

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos tais como: lesões de pele e de nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés.

Na pele as lesões se caracterizam pela diminuição ou ausência de sensibilidade: lesões dormentes. As mais comuns são:

- Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas – alteração na cor da pele, sem relevo.
- Pápulas – lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita, medindo até 1 cm.
- Infiltrações – alterações na espessura da pele, de forma difusa.
- Tubérculos – lesão sólida, elevada. (“caroços” externos)
- Nódulos – lesão sólida, mais palpável que visível. (“caroços” internos)

Essas lesões de pele ocorrem em qualquer região do corpo, mas, principalmente, na face nas orelhas, nas nádegas, nos braços, nas pernas e nas costas. Podem, também, acometer a mucosa nasal, causando obstrução nasal, e a cavidade oral.

Nos troncos nervosos periféricos, as lesões são causadas por processos inflamatórios (neurites), provocados tanto pela ação direta do bacilo nos nervos, como pela reação do organismo ao bacilo (estados reacionais ou reações), que se manifestam através de:

- dor e/ou espessamento dos nervos periféricos,
- diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas inervada por esses nervos principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés,
- diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por esses nervos, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.

As lesões neurais aparecem nas diversas formas da doença, sendo freqüentes nos estados reacionais.

A ação dos bacilos sobre os nervos periféricos podem causar incapacidades, como mãos e pé insensíveis, que possibilitam a ocorrência de queimaduras, ferimentos, úlceras, fissuras etc., predispondo a infecções que podem destruir a estrutura da pele, dos músculos, dos ossos e provocar deformidades tais como garras, pé e mão caídos, atrofia muscular, reabsorção óssea e articulações rígidas (BRASIL, 2003)

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasito intracelular obrigatório que se multiplica no interior dos macrófagos e tende a se localizar nos linfonodos regionais (AMATO NETO; BALDY, 1991). Tem afinidade por células cutâneas e dos nervos periféricos. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, variando de 11 a 16 dias.

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão da doença se verifica através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o exterior infectando outras pessoas. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente de hanseníase e a mais provável via de entrada do bacilo no organismo, são as vias aéreas superiores (o trato respiratório: mucosa nasal e orofaríngea).

Existe, também, a possibilidade de eliminação do bacilo através de lesões de pele, e da penetração desses bacilos através de soluções de continuidade da mesma se esta não estiver íntegra. O *mycobacterium leprae* pode manter-se viável durante até sete dias em secreções nasais ou cutâneas dissecadas (AMATO NETO; BALDY, 1991).

O bacilo *Mycobacterium leprae* viável tem a capacidade de infectar um grande número de pessoas. Felizmente, poucas pessoas adoecem, pois o organismo da maioria delas apresenta resistência ao bacilo, destruindo-o. Mesmo em populações que vivem em situações de grande prevalência da doença, apenas, aproximadamente 5 a 10% das pessoas adoecem.

O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo, podendo ocorrer após longo período de incubação que varia de dois a sete anos ou até dez de acordo com Amato Neto; Baldy (1991).

Os doentes que apresentam maior resistência ao bacilo são os casos paucibacilares (casos PB) que abrigam um número menor de bacilos no organismo, insuficientes para infectar outras pessoas.

Um menor número de doentes não apresenta resistência ao bacilo que se multiplica em seu organismo: são os casos multibacilares (casos MB) que albergam um grande número de bacilos e passam a eliminá-los para o meio exterior, podendo contaminar outras pessoas.

Quando o doente inicia o tratamento quimioterápico, deixa de transmitir a doença, pois as primeiras doses dos medicamentos tornam os bacilos inviáveis, isto é, incapazes de infectar outras pessoas (BRASIL, 2003). A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. Entretanto o acometimento de menores de 15 anos constitui indicador de alta endemicidade da doença.

Além das condições individuais, outros fatores influem no risco de adoecer como, aqueles relacionados aos níveis de endemia e às condições sócio-econômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e saúde e o alto índice de ocupação das moradias.

As informações sobre a hanseníase e suas atividades de controle permitem a construção tanto a nível federal como estadual, municipal e local, dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

Os indicadores epidemiológicos se referem ao comportamento epidemiológico da hanseníase, ou seja, à tendência e à grandeza desse problema de saúde pública. Indicam a situação epidemiológica da doença, observada num determinado período, numa determinada região ou no país inteiro. Ex: coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000 habitantes.

Os indicadores operacionais por sua vez, referem-se às atividades de controle da hanseníase, mostrando a quantidade e a qualidade dessas atividades. Ex: percentual de casos novos, diagnosticados no ano, que iniciaram o tratamento PQT (BRASIL, 2003).

## 1.2 Aspectos Clínicos

Para Brasil (2003), deve-se considerar um caso de hanseníase, a pessoa que apresenta uma ou mais das características enumeradas a seguir, com ou sem história epidemiológica e que requeira tratamento específico:

- ◆ lesões ou áreas de pele, com alterações de sensibilidade;
- ◆ acometimento neural com espessamento de nervo, acompanhado ou não de alteração de sensibilidade e/ou de força muscular;
- ◆ baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*.

O diagnóstico da hanseníase baseia-se nos sinais clínicos e nos sintomas característicos da doença: as lesões ou áreas da pele, com alteração de sensibilidade, e o comprometimento

ou lesões dos nervos periféricos. Considera também a baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*.

O exame clínico é o exame físico do paciente, quando se busca os sinais dermatológicos da doença. O exame baciloscópico, é o exame laboratorial que fornece informações sobre a presença do bacilo *Mycobacterium leprae* nas lesões suspeitas.

Os doentes de hanseníase são classificados, operacionalmente, para fins de tratamento poliquimioterápico (PQT), em paucibacilares (PB) ou multibacilares (MB). Esta classificação baseia-se no número de lesões apresentadas pelos doentes ou na baciloscopia, quando esta estiver disponível (BRASIL, 2003).

A classificação baseada no número de lesões, é especialmente recomendada para as unidades básicas de saúde. Casos paucibacilares: pacientes que apresentam até cinco lesões de pele. Casos multibacilares: pacientes que apresentam mais de cinco lesões de pele.

Outra classificação também importante é a que se baseia no resultado da baciloscopia. Casos paucibacilares: apresentam baciloscopia negativa e correspondem às formas clínicas indeterminada e tuberculóide. Casos multibacilares: apresentam baciloscopia positiva e correspondem às formas clínicas dimorfa e virchowiana. A forma virchowiana sempre apresenta baciloscopia positiva e a forma dimorfa pode apresentar baciloscopia positiva ou negativa.

As lesões de pele da hanseníase sempre apresentam alterações de sensibilidade, determinada pelo acometimento dos ramos sensitivos cutâneos. A sensibilidade nas lesões pode estar diminuída (hipoestesia), ausente (anestesia) ou aumentada (hiperestesia), esta modalidade pode vir acompanhada da sensação de formigamento que pode ser confundida com coceira. A alteração de sensibilidade é a principal característica que diferencia as lesões de pele da hanseníase, das lesões causadas por outras doenças dermatológicas.

De acordo com o VI Congresso Internacional de Leprologia realizado em Madri em 1993, os casos de hanseníase são reunidos em dois tipos “polares” - lepromatoso e tuberculóide e em dois grupos - indeterminado e dimorfo (bordelaine) (VERONESI et al., 1991).

A forma indeterminada caracteriza-se por manchas esbranquiçadas, únicas ou múltiplas de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade. Não há evidência de lesão nervosa, a baciloscopia é negativa e a classificação operacional para fins de tratamento é paucibacilar.

A forma tuberculóide caracteriza-se clinicamente, por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas. Apresenta queda dos pelos e alterações das sensibilidades térmica, tátil e dolorosa. As lesões de pele apresentam-se em número reduzidos, podendo também como na forma indeterminada

ocorrer cura espontânea. O comprometimento de troncos nervosos ocorre geralmente de forma assimétrica. A baciloscopia é negativa e a classificação operacional é paucibacilar.

A forma virchowiana caracteriza-se pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica.

Pode haver infiltração difusa da face e dos pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose). Esta forma constitui uma doença sistêmica com manifestações viscerais durante os estados reacionais, podendo comprometer os olhos e rins e os testículos. Apresenta alterações de sensibilidade e comprometimento de troncos nervosos. A baciloscopia é positiva e a classificação operacional para fins de tratamento é multibacilar.

A forma dimorfa oscila entre a tuberculoide e a virchowiana. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, sem ou com raros bacilos, ao mesmo tempo em que lesões infiltrativas mal delimitadas com muitos bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento troncular e os estados reacionais são frequentes. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa e a classificação é multibacilar (BRASIL, 2003).

O tratamento específico da hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela OMS, conhecida como poliquimioterapia-padrão OMS (PQT/OMS). A PQT destrói o bacilo, tornando-o inviável, isto é, incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Evita a evolução da doença, prevenindo incapacidades e deformidades físicas, levando o paciente à cura.

A PQT é constituída pela combinação de medicamentos, com administração associada: rifampicina, dapsona e clofazimina. A administração associada de medicamentos evita a resistência do bacilo, comum quando se utiliza apenas um medicamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Estudar o perfil clínico-epidemiológico e terapêutico dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase, no município de Vitória do Mearim – MA, em 2005 e 2006.

### **2.2 Específicos**

- ◆ Conhecer as características sócio-demográficas dos pacientes portadores de hanseníase;
- ◆ Caracterizar as formas clínicas da doença e o grau de incapacidades dos doentes;
- ◆ Identificar a situação dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase com relação ao tratamento.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Realizou-se estudo descritivo e retrospectivo a partir da coleta de dados de todos os pacientes cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

#### **3.2 Área de Estudo**

A área de estudo compreende o município de Vitória do Mearim, situado na margem esquerda do rio Mearim. Pertence à Microrregião da Baixada Maranhense, distante de São Luís a 175 km com uma altitude de 13m ao nível do mar. Localizado a 3° 27' 44' de latitude sul e 44° 52' 14'' de longitude, ocupando uma área territorial segundo (IBGE, 2002) de 726,425 km<sup>2</sup> e uma população de 34.019 habitantes em 1º. de julho de 2000. O clima é quente e úmido e a agricultura é de subsistência. O rio Mearim é o principal acidente geográfico do município (OLIVEIRA, 1997). Faz divisa com os municípios de Ararí, Conceição do Lago Açu, Igarapé do Meio, Satubinha, Cajari e Viana.

Em 2001, foi iniciado a implantação do Programa de Saúde da Família no município com três equipes nas áreas da Coque (2) e Sumaúma do Japão (1). A partir de 2005, ocorreu a implantação de mais 10 (dez) equipes, assim distribuídas: zona urbana com as equipes dos bairros: Alto São Francisco, Puraqueú, Nova Vitória, Poeirão/Itapuitapera; zona rural: Sumaúma do Japão (2), Coque (2), Assentamento da Coque, São Lourenço, Mato Grosso, Jaguari e Jacaraí.

A estrutura da Rede Básica de Saúde do município ficou assim constituída: Centros de Saúde de: Sumaúma do Japão, da Coque e Assentamento da Coque, Postos de Saúde de: Puraqueú, Mato Grosso, São Lourenço, Nova Vitória e Alto São Francisco.

Atualmente o Programa de Controle da Hanseníase encontra-se parcialmente centralizado no hospital Kalil Moisés da Silva. No entanto, após a implantação do Programa de Saúde da Família no município, já foram encontrados alguns registros de casos de hanseníase nos postos de saúde de Puraqueú, Coque e Sumaúma do Japão.

### 3.3 Banco de Dados

A partir de 1993 foi informatizado o sistema de registro de notificação de casos de hanseníase no Maranhão, permitindo a coleta de dados sobre esta doença no município. Assim, inicialmente, foram coletados das fichas do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação-SINAN, os dados de todos os casos de hanseníase notificados no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

### 3.4 Variáveis

Inicialmente, fez-se o levantamento no SINAN, da listagem dos pacientes em tratamento de hanseníase, com nome, endereço e número da ficha de notificação. A partir daí realizou-se a separação das fichas de notificação, assim como os prontuários para proceder a coleta de dados. Casos haja necessidade será realizada visita da equipe dos entrevistadores na residência dos pacientes para a aplicação de questionário que complementar as informações.

Com relação à idade dos pacientes será adotada a divisão utilizada pelo Ministério da Saúde, que classifica os pacientes em menores e maiores de 15 anos. Estes últimos são subdivididos da seguinte forma: de 15 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 e mais de 60 anos (MOTA, 2004).

Para a classificação das formas clínicas da doença será considerado o preconizado pela classificação de Madri (1993), adotada pelo Ministério da Saúde (Anexo A). Para as deformidades e o grau de incapacidade física dos doentes, usou-se a classificação adotada pelo Ministério da Saúde (Anexo B).

Quanto à escolaridade, a raça/cor e o local de residência utilizaram-se a classificação estabelecida na ficha individual de investigação do SINAN-Hanseníase que apresenta a seguinte divisão para a escolaridade: nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; maior ou igual a 12 anos e ignorado (Anexo B).

Foi confeccionada uma ficha protocolo onde estão contempladas todas as variáveis registradas nas fichas (Anexos A e B), exigidas pelo Ministério da Saúde, que será apresentada ao paciente por ocasião da entrevista individual, se necessário (Apêndice A).

Com relação à situação do caso foi considerada a classificação estabelecida para registro no SINAN como a seguir: no que diz respeito ao tratamento serão considerados pacientes em curso de tratamento aqueles que após o diagnóstico da doença, estão recebendo

o tratamento poliquimioterápico (tratamento PQT) e acompanhados, visando diagnosticar e tratar as possíveis intercorrências.

Pacientes transferidos para outro município foram considerados aqueles que após darem início ao tratamento são obrigados a se transferirem para outro município, onde deverão continuar com o esquema terapêutico.

È considerado um caso de recidiva, o paciente, que após ter recebido alta do tratamento PQT da hanseníase, desenvolve novos sinais e sintomas da doença, afastada a possibilidade de estados reacionais.

Quanto ao modo de entrada de novos casos, estes podem ser, por encaminhamento ou por demanda espontânea.

Encaminhamento – são considerados os casos encaminhados por outra unidade, instituições de saúde, consultório médico, agente de saúde, colaboradores voluntários, etc., para confirmação clínica do diagnóstico e/ou início do tratamento.

Demanda espontânea – considera-se o caso novo que se apresentou voluntariamente à unidade de saúde devido à sinais e/ou sintomas da hanseníase.

### **3.5 Considerações Éticas**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, respeitando todas as normas pré-estabelecidas. Será garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, através da não divulgação de seus dados pessoais, de acordo com que determina as normas técnicas que envolvem seres vivos.

O consentimento será obtido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual explicara os objetivos da pesquisa (Apêndice B).

## 4 RESULTADOS

Foram analisados 41 (quarenta e um) prontuários referentes aos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase nos anos de 2005 e 2006 arquivados no Hospital Kalil Moisés da Silva em Vitória do Mearim - MA.

Os resultados estão apresentados através de tabelas e gráficos segundo a idade, sexo, escolaridade, raça/cor, residência (endereço), profissão, estado civil, formas clínicas da hanseníase, incapacidades, demandas e tratamento da doença.

No que se refere a faixa etária dos pacientes com hanseníase a que apresentou maior número de casos foi de 20 (vinte) aos 39 (trinta e nove) anos com 17 (dezesete) casos, o equivalente a 41,4%, seguida de 40 (quarenta) a 59 (cinquenta e nove) anos com 13 (treze) casos ou 31,7%.

Observou-se que a maioria dos doentes (30 casos), encontra-se na faixa etária entre 20 (vinte) e 59 (cinquenta e nove) anos de idade (73,2%). Outro dado importante é a existência de casos em menores de 15 (quinze) anos, 3 (três) casos (7,3%), que constitui indicador de alta endêmicidade da doença, houve também 3 (três) casos (9,8%) acima de 60 (sessenta) anos, o que demonstra que a hanseníase encontra-se presente em todas as faixas etárias.

Para melhor entendimento as idades foram agrupadas em intervalos, conforme é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo a faixa etária. – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
0 a 14	03	7,3
15 a 19	04	9,8
20 a 39	17	41,4
40 a 59	13	31,7
60 a +	04	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Em se tratando do sexo, o masculino foi o predominante entre os doentes com 68,3%, o equivalente a 28 (vinte e oito) casos, enquanto que o feminino apresentou apenas 13 (treze) casos (31,7%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo o sexo – Vitória do Mearim – Ma. 2005-2006

<b>SEXO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Masculino	28	68,3
Feminino	13	31,7
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Quanto à escolaridade a maioria dos doentes era analfabetos com 20 (vinte) casos ou 48,8%, seguido por aqueles que estudaram de 8 (oito) a 11 (onze) anos (14,6%), de 4 (quatro) a 7(sete) anos (9,8%) e de 1 (um) a 3 (três) anos (12,2%). (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo a escolaridade Vitória do Mearim –Ma. 20052006

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Nenhuma	20	48,8
1 a 3 anos	05	12,2
4 a 7 anos	04	9,8
8 a 11 anos	06	14,6
12 ou +	00	0,0
Ignorados	06	14,6
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

No que se refere à raça/cor, na maioria dos prontuários este dado não foi informado, pois em 53,7% dos mesmos, não foi feita nenhuma referência à cor do paciente. Referiram-se

apenas a 8 (oito) doentes de cor branca, 6 (seis) negros e 5 (cinco) pardos, o que corresponde a 19,5%, 14,6% e 12,2%, respectivamente. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo a raça/cor – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>RAÇA/COR</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Branca	08	19,5
Negra	06	14,6
Parda	05	12,2
Ignorada	22	53,7
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Fazendo-se referência a residência, diz-se que foi praticamente igual à distribuição dos doentes quanto à moradia, onde 53,7% residiam na zona rural, enquanto 46,3% habitavam na zona urbana. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase de acordo com o local de moradia – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>LOCALIDADE</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Zona rural	22	53,7
Zona urbana	19	46,3
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Em se tratando das profissões/ocupações, mostra-se que foram agrupadas em quatro tipos diferentes: estudantes, domésticas, lavradores e outras. A profissão de lavrador foi a mais encontrada com um percentual de 53,6%, vindo em segundo lugar os estudantes com 22% e por último, a de doméstica com 2,4%, com apenas 1 (um) um caso. (Tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo a ocupação – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Estudante	09	22,0
Doméstica	01	2,4
Lavrador	22	53,6
Outros	09	22,0
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Referindo-se ao estado civil, a maioria dos doentes eram solteiros, perfazendo um total de 46,3% e casados com 41,5%, seguidos pelo grupo dos que não informaram o seu estado civil (12,2%). (Tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo o estado civil – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Solteiro	19	46,3
Casado	17	41,5
Outros	05	12,2
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Falando-se de formas clínicas de hanseníase, observou-se que a predominante foi a dimorfa com 58,6%, seguida da tuberculoide com 24,6%, a wirchowiana com 14,6% e a indeterminada com apenas 2,4%. (Tabela 8)

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase de acordo com as formas clínicas da doença –Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>FORMA CLÍNICA</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Indeterminada	01	2,4
Tuberculoide	10	24,4
Wirchowiana	06	14,7
Dimorfa	24	58,5
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao tipo de incapacidade apresentada pelo doente, a quase totalidade dos casos ou 92,7% não mencionou nenhum tipo. Somente 2 (dois) casos ou 4,9% foi avaliado como sendo do grau I e 1(um) caso ou 2,4% como ignorado. (Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase segundo o grau de incapacidade – Vitória do Mearim – Ma. 2005-2006

<b>INCAPACIDADES</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Grau I	02	4,9
Não avaliados	38	92,7
Ignorados	01	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Com referência ao tratamento, pode-se constatar que todos os pacientes cadastrados no Programa de Controle de Hanseníase, estão em regime de tratamento ambulatorial de acordo com a sua forma clínica, exceto 1 (um) paciente que foi transferido para outro município, 2 (dois) destes pacientes, são casos de recidivas. (Tabela 10)

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase de acordo com a forma de tratamento – Vitória do Mearim –Ma. 2005-2006

<b>TRATAMENTO</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Em tratamento	38	92,7
Alta por cura	00	0,0
Recidiva	02	4,9
Transferência	01	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Em se tratando da demanda, quase todos os doentes portadores de hanseníase (95,1%), procuraram o hospital Kalil Moises da Silva espontaneamente (demanda espontânea), somente 2 (dois) casos, ou seja 4,9%, foram encaminhados por equipes de saúde. (Tabela 11)

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos 41 pacientes portadores de hanseníase de acordo com a demanda – Vitória do Mearim Ma. 2005-2006

<b>DEMANDA</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Espontânea	39	95,1
Encaminhamentos	02	4,9
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

## 5 DISCUSSÃO

Com base nos resultados é possível traçar um paralelo entre os dados obtidos nesta pesquisa e os encontrados em outros trabalhos realizados em vários municípios do Maranhão, como os de Buriticupú, Bacabal, Miranda do Norte e Governador Newton Bello.

No que diz respeito á idade observou-se que a hanseníase esteve presente em todas as faixas etárias, encontrando-se 3 (três) casos em menores de 15 (quinze) anos e 4 (quatro) casos em maiores de 60 (sessenta) anos. Isto está de acordo com Brasil (2003) quando afirma que a doença pode atingir pessoas de todas as idades e que o acometimento de menores de quinze anos constitui indicador de alta endemicidade da doença. Porém, o maior percentual encontrado, situa-se na faixa entre 20 (vinte) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade – fase mais produtiva da vida das pessoas.

Estes números se aproximam dos encontrados por Aquino et al. (1998) em Buriticupú com 63,3% entre 14 e 44 anos, porém diferentes dos encontrados em Bacabal por Carvalho et al. (2006) com 25% dos pacientes com idade maior ou igual a 65 (sessenta e cinco) anos de idade e Fortes et al. (2004) que encontrou em Governador Newton Bello, um grande contingente de doentes com idade superior a 60 (sessenta) anos.

Durante a realização desta pesquisa detectou-se a presença de pacientes com hanseníase na faixa etária menor de 15 (quinze) anos, considerada hiperendêmica, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que classifica como:

Baixa, quando menor que 0,05 para cada 10.000 habitantes; média de 0,05 a 0,24 por 10.000 habitantes; alta de 0,25 a 0,49 por 10.000 habitantes; muito alta de 0,50 a 0,99 por 10.000 habitantes, e hiperendêmica a partir de 1 caso para cada 10.000 habitantes (MOTA *apud* BRASIL, 2000).

O gênero masculino foi o predominante entre os casos de hanseníase com 68,3%, o que foi também observado por Aquino et al. (1998) com 60,9% em Buriticupú e por Fortes et al. (2004) que encontrou em Governador Newton Bello, 17,48 dos casos. Segundo este último autor, o fator mais adequado para justificar o maior índice de hanseníase no sexo masculino, seria considerar que a população local de homens excede, em todos os anos, à de mulheres. Citam-se Lombardi; Suárez (1997) que dizem que o maior número de casos masculinos ocorre em função da maior movimentação e oportunidade de contato dos homens e a exame clínico menos cuidadoso em mulheres.

Estes números estão em desacordo ao que foi encontrado em Bacabal por Carvalho et al. (2006), em que o sexo feminino aparece em primeiro lugar com 56,3% dos casos, onde os autores relatam não ter encontrado outra referência nacional com predominância do sexo feminino, exceto a de Carramilo et al. (2005) no município de Miranda do Norte em 2003, que encontrou mais de 60,0% dos casos. Segundo Brasil (2003) a hanseníase pode acometer ambos os sexos.

A menor detecção da hanseníase entre as mulheres na maior parte do mundo segundo Carramilo et al. (2005) *apud* Figueiredo; Silva (2001) deve-se a uma característica biológica de respostas imunes mais fortes e eficazes ao bacilo de Hansen no sexo feminino.

Em relação à escolaridade, evidenciou-se que 48,8% dos envolvidos são analfabetos, número um pouco superior ao encontrado por Aquino et al. (1998) em Buriticupú, que foi de 39,6% e bastante elevado, se comparado ao que foi encontrado por Carvalho et al. (2006) em Bacabal que foi de 12,5%, mas, compatível com o elevado número de analfabetos encontrado no Estado do Maranhão.

No tocante a cor dos pacientes, em 22% dos prontuários não consta à descrição da cor, o que impossibilitou saber com exatidão a realidade desse indicador e interfere na análise do dado não sendo possível fazer inferências quanto as diferenças observadas em relação a literatura por exemplo com o estudo de Aquino et al. (1998) que encontrou 67,6% de pardos entre os seus examinados.

Quanto à moradia, observa-se distribuição homogênea semelhante ao encontrado por Fortes et al. (2004) em Governador Newton Bello, onde 47% residiam na zona rural e 53% na zona urbana, donde se conclui que a doença pode atingir qualquer pessoa independente da localização da sua moradia.

O tipo de atividade ocupacional mais observada foi a de lavrador com 53,6%. Aquino et al. (1998) em Buriticupú e Fortes et al. (2004) em Governador Newton Bello, também encontraram seus maiores percentuais entre os lavradores com 40,1% e 44,0% respectivamente.

No que diz respeito à situação conjugal, os solteiros foram os mais afetados com 46,3%, seguido dos casados com 41,5%. Estes dados divergem dos encontrados por Aquino et al. (1998) em Buriticupú e Carvalho et al. (2006) em Bacabal, que encontraram a maior frequência entre os casados em relação aos solteiros, sendo que o primeiro encontrou 45,9% e 32,9% e o segundo, 50,0% e 31,3%, respectivamente.

No tocante a forma clínica da doença, a mais encontrada foi a dimorfa com 58,5%, dos casos, o que está em concordância com os pesquisadores abaixo, que também encontraram

esta forma como a mais prevalente. De acordo com Aquino et al. (1998); Carramilo et al. (2005); Carvalho et al. (2007) foram encontrados em Buriticupú, Miranda do Norte e Bacabal, respectivamente, 28,0%, 41,0% e 56,2%.

A maioria dos pacientes não foram avaliados quanto a incapacidade, o que constitui outra falha encontrada no preenchimento da ficha de notificação. De todos os pacientes examinados apenas 2 (dois) foram avaliados e notificados como sendo do grau I. No estudo de Carvalho et al. (2007) não foi encontrado nenhum caso tipo I em Bacabal. Em contra partida, Aquino et al. (1998) encontrou em Buriticupu 67,6%, dos casos examinados.

Quanto ao tratamento, todos os pacientes foram submetidos ao tratamento padrão determinado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, de acordo com cada caso específico, ou seja, o tratamento PQT (poliquimioterapia).

Dois casos foram diagnosticados como de recidiva e um pediu transferência para outro município. De todos os pacientes em tratamento apenas 2 (dois) ou 4,9% foram encaminhados; os demais foram oriundos de demanda espontânea, o que se considera como mais uma falha do Programa de Controle da Hanseníase de Vitória do Mearim.

## **6 CONCLUSÃO**

Os dados coletados na ficha geral dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase em Vitória do Mearim, nos anos de 2005 e 2006, mostraram que a maioria dos doentes encontravam-se na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, eram do sexo masculino, solteiros e sem escolaridade mínima. Quanto à ocupação a grande maioria dos pacientes eram lavradores e residentes na zona rural. A forma clínica predominante da doença foi a dimorfa sendo relatada menos de 5% de incapacidades do tipo I. Todos os pacientes foram submetidos ao tratamento padrão determinado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, de acordo com cada caso específico sendo observado o registro de dois casos de recidiva.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a análise de todos esses dados pode-se inferir que o Programa de Controle da Hanseníase em Vitória do Mearim apresenta algumas falhas como as observadas no preenchimento da ficha de notificação dos pacientes, evidenciando que vários itens não foram investigados ou foram parcialmente, não permitindo que fosse feita uma avaliação adequada da realidade da hanseníase nesse município.

Outro fato que também chamou bastante atenção, foi a observação de que a quase totalidade dos casos de hanseníase catalogados nos arquivos do Hospital Kalil Moises da Silva, foram resultantes da demanda espontânea, enquanto apenas dois pacientes, foram fruto do encaminhamento, talvez de algum agente de saúde, quando deveria ser o contrário, isto é, todos deveriam ser objetos de encaminhamento das equipes de Saúde da Família.

Diante de tais fatos, acredita-se que Programa de Controle de Hanseníase não está sendo valorizado, como deveria ser, pois foram encontrados casos em menores de 15 (quinze) anos, o que constitui um indicador da alta endemicidade da doença.

## REFERÊNCIAS

- AMATO NETO, Vicente; BALDY, José Luís da Silveira. **Doenças transmissíveis**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.
- AQUINO, Dorlene Maria Cardoso de et al. **Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil**. 1998. 62 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente ) - Universidade Federal do Maranhão, 1998.
- BÍBLIA, Antigo Testamento. **Levítico** [cap. 13; v 2] São Paulo, 1996.
- \_\_\_\_\_, Novo Testamento. **Marcos** [cap. 17; v. 11] São Paulo, 1996.
- BRASIL. **Tratado de leprologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950. v. 1
- \_\_\_\_\_. **Manual de leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1960.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Normas técnicas para eliminação da Hanseníase no Brasil**. Brasília 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/hanseníase/legui.html>>. Acesso em: 27 fev. 2006.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia de dermatologia na área básica nº. 9**. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/hanseníase/public.htm>>. Acesso em 19 de março de 2006.
- CARRAMILO, Clérisson Medeiros et al. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Miranda do Norte**. 2005.. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.
- CARVALHO, Celene Santos de et al. **Perfil sócio-econômico e clínico dos pacientes portadores de hanseníase no município de Bacabal - Maranhão**. 2006. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, São Luís, 2006.
- CÉSAR, Elben M. Lenz. Acabamos com a lepra, mas não com a hanseníase. **Ultimato**, ano 39, n. 298, p. 46 - 51, jan./fev. 2006.
- FORTES, Gilson de Oliveira et al. **Hanseníase no município de Governador Newton Bello no período de 2000 a 2002**. 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.
- GHIDELLA, Cássio. **Histórico da Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.geocities.com/hanseníase/Historico/histórico.html>>. Acesso em: 27 fev. 2006.

GLOBAL LEPROSY ELIMINATION PROGRAMME WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Situação de países que não atingiram a eliminação da hanseníase, 2003-2004.** Geneva, 2004.

HANSENÍASE. Disponível em: <http://www.morhan.org.br>. Acesso em: 19 fev. 2006.

IBGE 2002. Disponível em: <http://www.ibge.org.br/>. Acesso em: 20 fev. 2006.

MACHADO, Kátia. Hanseníase: o Brasil corre contra o tempo para erradicar doença milenar. **RADIS comunicação em saúde.** n. 27, nov. 2004.

\_\_\_\_\_. Meta é erradicar a doença até 2005. Vai conseguir?. **Radis Comunicação em Saúde,** Rio de Janeiro-RJ, n. 27, p. 8-11, nov. 2004.

MORHAN. A **hanseníase.** Disponível em: <http://www.morhan.org.br/>. Acesso em: 19 mar. 2005.

MOTA, Nikolay Coelho. **Deteção da hanseníase nos municípios de São José de Ribamar, Raposa e Paço do Lumiar, entre 1993 e 1998.** 2004. 73 folhas. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

OLIVEIRA, Ilma das Graças Almeida de. **Memória de Vitória do Mearim:** formação administrativa, política, econômica e social. 1997. Monografia (Graduação em Licenciatura Plena em História) - Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, 1997.

VERONESE, Ricardo; FOCACCIA, Roberto; DIETZE, Reinaldo. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

PINTO, Ricardo Figueiredo; VIANA, Maria Olinda Nide da Silva. **Hanseníase:** resgatando a cidadania. PESQUISA EM PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Belém: Gráfica e Editora. v. 2 p. 283-299, 2004.

APÊNDICES

## APÊNDICE A - Questionário para coleta de dados

**FICHA PROTOCOLO****1. Idade**

- a. 00 a 14 anos
- b. 15 a 19 anos
- c. 20 a 39 anos
- d. 40 a 59 anos
- e. 60 ou mais anos

**2. Sexo**

- a. Masculino
- b. Feminino

**3. Escolaridade**

- a. Nenhuma
- b. 1 a 3 anos
- c. 4 a 7 anos
- d. 8 a 11 anos
- e. 12 ou mais anos
- f. Ignorado

**4. Raça/cor**

- a. Branca
- b. Preta
- c. Parda
- d. Indígena
- e. Ignorado

**5. Residência**

- a. Zona urbana
- b. Zona rural
- c. Ignorado

**6. Ocupação**

- a. Estudante
- b. Doméstica
- c. Lavrador
- d. outra

**7. Estado civil**

a. solteiro

b. casado

c. outros

**8 Forma clínica da doença**

a. Indeterminada

b. Tuberculoide

c. Virchowiana

d. Dimorma

**9 Incapacidades**

a. Grau 0

b. Grau I

c. Grau II

d. Grau III

**10 Tratamento (Registro ativo)**

a. Pacientes em curso de tratamento

b. Pacientes com recidiva

c. Pacientes transferidos para outro município

**11 Entrada de casos novos**

a. Demanda espontânea

b. Encaminhamentos.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama. e-mail: [mgama@elo.com.br](mailto:mgama@elo.com.br)

End: Rua das Acácias Qd-39 C-07 Renascença-I CEP: 65.075-010. Fone: 3235-1557

Pesquisadores: José Ribamar Moraes; Maria do Carmo Lima Chaves; Ana de Fátima Martins da Silva e Mary de Jesus Machado Prazeres.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel

End. do Comitê: Rua Barão de Itapary, 227 Centro. Fone: 3219-1233

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE. VITÓRIA DO MEARIM-MA, 2005-2006.**

Prezado (a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre as condições de saúde das pessoas que são atendidas pelo Programa de Controle da Hanseníase em Vitória do Mearim-MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr(a) que ajudarão a conhecer melhor a população atendida por esse Programa e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dessa comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação ou a participação do (menor sob sua responsabilidade) não implicará em custos. Caso o (a) sr(a) desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado ou (ao cuidado do menor) prestado nesse serviço. Eu \_\_\_\_\_, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa (ou autorizo a participação do menor \_\_\_\_\_) dando informações referentes às condições de moradia e de saúde. Fui esclarecido que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim (ou ao menor sob minha responsabilidade), que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado ou (ao cuidado do menor sob minha responsabilidade). Fica garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São Luís, 24 de julho de 2006.

---

Assinatura e carimbo do  
Pesquisador responsável

---

Assinatura do participante  
ou responsável

ANEXOS



## ANEXO A – Ficha de Notificação / Investigação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENÍASE	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação			
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código			
Dados do Caso	5 Agravado <b>HANSENÍASE</b>	Código (CID10) A309	6 Data do Diagnóstico		
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento			
	9 (ou) idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe			
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código	16 Número		
	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência		19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito		
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP		
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>				
26 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica					
Dados Clínicos	27 Nº de Lesões Cutâneas	28 Nº de Troncos Nervosos Acometidos	29 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não Classificado		
	30 Avaliação da incapacidade no Diagnóstico 1 - Grau Zero 2 - Grau I 3 - Grau II 4 - Grau III 5 - Não Avaliado 9 - Ignorado	31 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB 9 - Ignorado			
Atendimento	32 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do Mesmo Município 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado				
	33 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado				
Dados Lab.	34 Baciloscopia 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado				
Tratamento	35 Data do Início do Tratamento	36 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - PQT/MB/24 doses 4 - ROM 5 - Outros Esq. Alternativos 9 - Ignorado			
	37 Número de Contatos Registrados	38 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Observações:					
Investigador	39 Município/Unidade de Saúde			40 Código da Unid. de Saúde	
	41 Nome	42 Função	43 Assinatura		
	Hanseníase				

ANEXO B - Ficha de notificação de hanseníase e registro de incapacidade físicas do Estado do Maranhão - Secretaria de Estado da Saúde - Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE HANSENIASE

Município:	U.S.:		Código:	
Nome:	Sexo:		Nascimento / /	
UF natal	End:	Bairro:		
Município	Tempo de moradia: Mês		Ano:	
Mor. Anterior:	Nome da Mãe			
Evol. Doença (datas): P, sint. / / Diag. / / Inic. tratam. / /				Modo de detecção:
Exame dermatoneurológico: área				( ) Enc. Outros serviços
Placa	( ) Múltipla	( ) Única	( ) anestésica	( ) hipoestésica
Mancha	( ) Múltipla	( ) Única	( ) anestésica	( ) hipoestésica
Infiltração	( ) Difusa	( ) localizada		( ) Recidiva
Nódulo	( )	Reação (S/N)		( ) Transferência
Espessam. Nervo				( ) Ex. contato
	Auricular	Cubital	clátrico	tibial
Direito	( )	( )	( )	( )
Esquerdo	( )	( )	( )	( )
Exames laboratoriais				Forma clínica
	Milsuda	( ) Positivo	( ) negativo	( ) NR
Broncoscopia	( ) Positivo	( ) Negativo	( ) NR	( ) IB
Histopatologia	( ) I ( ) T	( ) D ( ) V	( ) inconclusiva	( ) NR
Tratamento anterior ( ) sim ( ) não				( ) I mit. + ( ) V
Esq. Terap.: PQT ( ) PB ( ) MB ONDS ( ) PB ( ) MB Outros				( ) Imit. - ( ) T
				( ) D ( ) N.C

REGISTRO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Grau	Sinais e sintomas	MÃO		Sinais e sintomas	PE		Sinais e sintomas	OLHO		Compromet. da laringe
		D	E		D	E		D	E	
0	Sem incap./Hanseníase			Sem incap./Hanseníase			Sem incap./Hanseníase			( ) Sim
I	Anestesia			Anestesia			Hipo ou Anestesia			( ) Não
II	Garra Movel / amiotrof			Úlceras Trófica			Logofalmia / ectropio			Desabamento do Nariz ( ) Sim ( ) Não
	Úlceras e lesões Traumáticas			Garra dos antelho			Triquiasa			
	Reabsorção discreta			Pé quente			Opacidade Corneana			( ) Sim ( ) Não
III	Mão caída			Contratura			Acuidade visual < 1			Paralisia Facial ( ) Sim ( ) Não
	Articulação anquilosada			Reabsorção intensa			ou não conta o. dedos a 6 cm			
Maior grau atribuído										
Avaliação neurológica		1- Sem incapacidade ( )			3- Grau II ( )		Não Avaliado ( 5- )			
		2- Grau I ( )			4- Grau III ( )					
Provável fonte de contágio -					Parentesco:					
N. de Contatos Registrados ( )					Data ___/___/___					
Contatos vacinados (BCG) 1. Dose ( )					2. Dose ( )					
Médico Responsável										

## ANEXO C - Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 372/06

Pesquisador (a) Responsável: **Mônica Elinor Alves Gama**

Equipe executora: **José Ribamar Moraes, Maria do Carmo Lima Chaves, Ana de Fátima Martins da Silva e Mary de Jesus Machado Prazeres**

Tipo de Pesquisa: **Especialização**

Registro do CEP: **346/06** Processo Nº. **33104-1248/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Secretaria de Saúde de Vitória do Mearim**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **15.12.2006** o processo Nº. **33104-1248/2006**, referente ao projeto de pesquisa: **"Perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase, Vitória do Mearim-MA, 2005-2006"**, tendo como pesquisadora responsável **Mônica Elinor Alves Gama**, cujo objetivo geral é **"Estudar o perfil clínico-epidemiológico e terapêutico dos pacientes cadastrados no Programa de Controle da Hanseníase, no município de Vitória-Mearim-Ma, em 2005 e 2006"**. Na metodologia: Trata-se de um estudo descritivo. Tendo apresentados pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve envia-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 15/12/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM..

São Luís, 15 de dezembro de 2006.  
*Wildoberto Batista Gungel*  
Coordenador do CEP  
*Ethica homini habitat est*

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223  
E-mail huufma@huufma.br

