

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Liana Cristina Esmeraldo Alencar

Grau de Incapacidade em Pacientes com Hanseníase

Dissertação

Mestrado em Educação para a Saúde



Novembro de 2015

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Liana Cristina Esmeraldo Alencar

Grau de Incapacidades em Pacientes com Hanseníase

Dissertação

Mestrado em Educação para a Saúde

Orientação: Professora Doutora Maria Madalena Cunha



Fevereiro de 2016

Agradecimento

Agradeço primeiramente à DEUS pela possibilidade me dada em concluir este curso tão almejado.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta com a conclusão desta investigação, principalmente a minha família pela compreensão da ausência enquanto me dedicava a conclusão deste objetivo, quantas vezes tive que renegar atenção ao meu filho e ao meu esposo.

Agradeço ainda a minha orientadora que de forma atenciosa e competente analisou, corrigiu cada palavra, linha, frase e contribuiu para o sucesso deste trabalho, obrigada Professora Dra. Madelena Cunha.

Agradeço a minha mãe, Ana Esmeraldo, pela força e coragem, dedicação e contribuição para comigo.

Agradeço as minhas tias, Dalvinisa e Sânia, pela força que me deu desde a inscrição do curso até o término deste.

Agradeço ao Dr. Professor Amauri e a Verônica pela preocupação e incentivo dedicados a nós, pela amizade construída, pelo carinho enfim por tudo.

Agradeço ao sanitarista da Vigilância Epidemiológica do Cabo de Santo Agostinho, Ricardo Alexandre, pela paciência, contribuição na recolha dos dados e atenção dada a minha pessoa durante todo o processo de trabalho enquanto coordenadora das políticas de Hanseníase e Tuberculose do referido município.

Agradeço à Terapeuta Ocupacional Ana Quédma Bispo, pela dedicação aos pacientes de Hanseníase, o cuidado para com eles, a paciência de orientar cada indivíduo de forma personalizada, respeitando a equidade tanto almejada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, fonte de inspiração para o trabalho.

Enfim, agradeço aos amigos que, por muitas vezes, aceitaram o meu não de forma compreensiva, nas ausências aos eventos e etc.

Resumo

ENQUADRAMENTO: A Hanseníase é uma patologia infectocontagiosa, crônica e curável, causada pelo *Mycobacteria Leprae*, com predileção pelo sistema nervoso periférico.

OBJETIVOS Determinar as formas clínicas e a classificação operacional dos portadores de hanseníase; Identificar o grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados com Hanseníase;

MÉTODOS: Estudo transversal, com abordagem quantitativa de natureza descritiva, realizado com 104 pacientes diagnosticados com Hanseníase. Os dados foram retirados do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis – SINAN. A maioria era do sexo masculino 63 (60,6%) com uma média de idades de 37 anos, sendo o grupo etário mais representativo o dos 27 aos 37 anos. 49% se consideravam da cor parda e 34,6% detinham o ensino fundamental completo.

RESULTADOS: As formas clínicas e a classificação operacional dos portadores de hanseníase revelaram que 47,1% eram paucibacilares e 52,9% multibacilares e que 32% foram diagnosticados com a forma Dimorfa e 26% Tuberculóide. O grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico foi o seguinte: grau 0 - 73 (70,20%); grau I - 17 (16,35%) e 9 (8,65%) possuíam deformidades instalados de grau II.

CONCLUSÕES: A ocorrência de incapacidades originadas pela Hanseníase no Brasil é ainda um problema de saúde pública, pelo que a busca ativa de casos na comunidade, o exame dos contatos domiciliares, o acompanhamento dos pacientes pelas unidades de saúde, as campanhas educativas e investigações com alunos nas escolas são exemplos de políticas que devem ser implementadas para que se consiga reduzir a endemia e as suas sequelas.

PALAVRAS-CHAVE: Doença granulomatosa crônica, lepra, grau de Incapacidade.

Abstract

BACKGROUND: Leprosy is an infectious disease, chronic and curable, caused by *Mycobacteria leprae*, with predilection for the peripheral nervous system.

OBJECTIVES: To determine the clinical forms and the operational classification of leprosy patients; Identify the degree of disability of patients diagnosed with leprosy;

METHODS: Cross-sectional study with a quantitative approach of a descriptive nature, carried out with 104 patients diagnosed with leprosy. Data were taken from the System Notification of Notifiable Diseases Information - SINAN. Most were males 63 (60.6%) with a mean age of 37 years, being the most representative age group of the 27 to 37 years. 49% considered themselves the mulatto and 34.6% held full primary education.

RESULTS: Clinical forms and operational classification of leprosy patients revealed that 47.1% were paucibacillary and multibacillary 52.9% and 32% were diagnosed with Borderline form and 26% Tuberculoid. The degree of physical disability (GIF) the diagnosis was as follows: grade 0-73 (70.20%); Grade I - 17 (16.35%) and 9 (8.65%) had installed deformities grade II.

CONCLUSIONS: The occurrence of disabilities caused by the leprosy in Brazil is still a public health problem and is the active search for cases in the community, the examination of household contacts, monitoring of patients by health facilities, educational campaigns and investigations students in schools are examples of policies that should be implemented so that it can reduce the endemic disease and its sequelae.

KEYWORDS: chronic granulomatous disease, leprosy, degree of disability

**"A hanseníase não provoca apenas
lesões nos nervos e na pele.
Ela é incapacitante, também,
do ponto de vista
moral e psicológico".**

José Augusto Nery, 2015.

SUMÁRIO

	Pág
Lista de Tabelas	XV
Lista de Gráficos	XVII
Lista de Figuras	XIX
Lista de Quadros	XXI
Lista de Acrónimos e Siglas	XXIII
INTRODUÇÃO	25
1ª PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1. HANSENÍASE: CONCEPTUALIZAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA, TRATAMENTO, SURTOS REACIONAIS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, PROFILAXIA	31
1.1 CONCEITO	31
1.2 TRATAMENTO	36
1.3 SURTOS REACIONAIS	38
1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	39
1.5 PROFILAXIA	40
2. GRAU DE INCAPACIDADE E SUAS NUANCES	41
2.1 GRAU DE INCAPACIDADE	41
2.2 ÚLCERAS EM HANSENÍASE	44
2ª PARTE - CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	47
3. METODOLOGIA	49
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
3.3 VARIÁVEIS	50
3.4 JUSTIFICATIVAS	51
3.5 CAMPO DE ESTUDO	51
3.6 MÉTODOS	53
3.7 PARTICIPANTES	53

3.8 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	54
3.9 INSTRUMENTOS	57
3.10 PROCEDIMENTOS	58
3.11 ANÁLISE DOS DADOS	58
4. RESULTADOS	59
5. DISCUSSÃO	67
6. CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	85

ÍNDICES DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Distribuição das pessoas com hanseníase segundo a raça e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	55
Tabela 2	Distribuição das Pessoas com Hanseníase segundo a escolaridade e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	56
Tabela 3	Classificação operacional e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	59
Tabela 4	Distribuição das pessoas com hanseníase em função da forma clínica, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	60
Tabela 5	Grau de incapacidade física no diagnóstico das pessoas com hanseníase segundo o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	62
Tabela 6	Grau de incapacidade das pessoas com hanseníase no momento da cura, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	63
Tabela 7	Classificação operacional versus grau de incapacidade física das pessoas com hanseníase, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	64
Tabela 8	Forma clínica e grau de incapacidade das pessoas com hanseníase, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	65

ÍNDICES DE GRÁFICOS:

	Pág.
Gráfico 1 Distribuição das pessoas com hanseníase em função da forma clínica e do sexo. Cabo de Santo agostinho, Brasil.	61

ÍNDICES DE FIGURAS:

	Pág.
Figura 1 Hanseníase-mancha.	31
Figura 2 Hanseníase-lesões	35
Figura 3 Representação esquemática das variáveis	50
Figura 4 Mapa de Pernambuco-Brasil	51
Figura 5 Praia de Calheitas	52
Figura 6 Praia de Calheitas	52

ÍNDICES DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Diagnóstico Diferencial	39
Quadro 2 Distribuição dos casos de hanseníase no município do Cabo de Santo Agostinho por Regional.	52
Quadro 3 Estatísticas relativas à Idade das Pessoas com hanseníase em Cabo de Santo Agostinho, Brasil.	54

Acrônimos e Siglas

AIC - AKAIKE INFORMATION CRITERIA

AVDI - ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA

BCG - BACILLE CALMETTE GUERIN

CAR - CONDITIONAL AUTO REGRESSIVE

DD - FORMA CLÍNICA DIMORFO-DIMORFO

DIC - DEVIANCE INFORMATION CRITERION

DNA - ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO

DT - FORMA CLÍNICA DIMORFO-TUBERCULÓIDE

DV - FORMA CLÍNICA DIMORFO-VIRCHOVIANO

ENH - ERITEMA NODOSO HANSÊNICO

ENZYME- LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY ELISA

GWR - GEOGRAPHICALLY WEIGHTED REGRESSION

HIV / AIDS - SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

I - FORMA CLÍNICA INDETERMINADA

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IDH - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

IEC- INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

LEB - XII MÉTODO BAYESIANO EMPÍRICO LOCAL

MB - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL MULTIBACILAR

MHBB - FORMA BORDERLINE BORDERLINE DA HANSENÍASE

MHBT- FORMA BORDERLINE TUBERCULOIDE DA HANSENÍASE

MHBV- FORMA BORDERLINE VIRCHOWIANA DA HANSENÍASE

MHI - FORMA INDETERMINADA DA HANSENÍASE

MHT- FORMA TUBERCULÓIDE DA HANSENÍASE

MHV - FORMA VIRCHOWIANA DA HANSENÍASE

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONU - ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE

PB - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL PAUCIBACILAR

PGL1 - PHENOLIC GLYCOLIPID I

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO

PQT- POLIQUIMIOTERAPIA

RR - REAÇÃO REVERSA

SIG - SISTEMA DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

T - FORMA CLÍNICA TUBERCULÓIDE

V - FORMA CLÍNICA VIRCHOVIANO

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

Introdução

Hanseníase é uma patologia infectocontagiosa, crônica e que tem cura, possui evolução lenta, apresenta-se com comprometimento da pele e tem predileção pelo sistema nervoso periférico. Alguns estudos indicaram que a Hanseníase é transmitida de uma pessoa portadora do bacilo, que não está em tratamento, para outra pessoa pelo *Mycobacterium leprae*, este bacilo possui alta infectividade, baixa patogenicidade (Penna, 2009, p.44 apud Mesquita R, Melo LTM, Vasconcelos RS, Soares DM, Félix GAA, Férrer LPA et al, 2014, p. 248).

O tropismo neural da doença representa grande potencial incapacitante que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés. Causando alterações psicológicas do portador da hanseníase pelo estigma carregado devido a doença (Silva, 2015 pp. 223-229 apud Rodrigues, Leandro, Antezana, Pinheiro, da Silva & Alves, 2015, p. 298). Contudo, as incapacidades físicas podem ser prevenidas e/ou reduzidas, caso as pessoas acometidas forem diagnosticadas e tratadas o mais breve (Silva, 2014, pp. 290-297 apud Rodrigues et al, 2015, p. 298).

As informações clínicas, epidemiológicas e terapêuticas da doença são registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) objetivando o controle sistemático do tratamento no intuito de caracterizar as manifestações da doença nas pessoas com Hanseníase, capaz de comprometer o diagnóstico, tratamento, recuperação e prevenção da doença (Rodrigues et al, 2015, p. 298).

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1991, foi estabelecido que fosse eliminada a Hanseníase até o ano 2000, porém, a meta não foi cumprida tendo sido prorrogada até 2005 (OMS, 2005 apud do Vale, 2015, p.144), também não foi atingida, então, a Organização Mundial de Saúde instituiu a Estratégia Global Aprimorada para a Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015, que enfoca a sustentabilidade do que já se conseguiu até o presente momento e a diminuição de forma mais efetiva da carga da doença em todas as áreas endêmicas (OMS, 2010 apud do Vale, 2015, p.144).

O Brasil, por mais forças aplicadas para a eliminação da hanseníase, apresenta aproximadamente 23,3% dos casos novos diagnosticados anualmente possuem grau de incapacidade I e II, trazendo consequências e limitações com o trabalho e vida social além de problemas psicológicos (Finez & Salotti, 2011 apud Pinheiro, Silva, Silva, Ataide, Lima, & Simpson, 2014, pp. 895-906). Para tanto, os profissionais de

saúde devem estar preparados para acompanhar e identificar qualquer alteração neurológica no intuito de evitar instalações de lesões irreversíveis. O profissional deve incentivar o autocuidado do paciente (Rodini, Gonçalves, Barros, Mazzer, Elui, Fonseca, 2010, pp. 157-166 apud Pinheiro, Silva, Silva, Ataíde, Lima, & Simpson, 2014, pp. 895-906).

A doença atinge as pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, sendo a incidência maior em indivíduos do sexo masculino. Em crianças a ocorrência é menos frequente, embora quando surgem casos na faixa etária menor de 15 anos demonstre que a área afetada é uma área endêmica para a hanseníase (Brasil, 2010, p.10).

As deficiências nutricionais, condições ambientais e de higiene e processos migratórios são satisfatórios a proliferação da doença, aliado a baixa escolaridade, renda familiar precária e a falta de situação básica de saúde de uma população da Silva Santos, Gonçalves, do Nascimento & da Cruz Neto, 2014, pp. 133-141).

Da mesma forma é relatado em outros estudos, onde o risco do *Mycobacteria leprae* infectar populações expostas ao bacilo está ligado a baixa escolaridade, condições precárias de habitação e condições sócio-econômicas (Pönnighaus J.M., Fine P.E., Sterne J.A., Bliss L., Wilson R.J., Malema S.S., et al. 1994, pp.10–23 e Sales A.M., Ponce de Leon A, Düppre N.C., Hacker M.A., Nery J.A.C., Sarno E.N., et al. 2011; 5(3) apud Carvalho, 2013, p.1). Além disso, os fatores genéticos também podem influenciar no processo de adoecimento e no curso clínico da hanseníase (Alter, 2008, p. 123 apud Carvalho, 2013, p.1).

A identificação de indivíduos com risco de desenvolver a hanseníase e seu diagnóstico precoce é crucial para o controle efetivo da doença. A consanguinidade e o contato com pacientes com Hanseníase e a carga bacilar deste paciente devido a exposição prolongada ao *Mycobacterium leprae* é o maior determinante para o adoecimento (Sales A.M., Ponce de Leon A, Düppre N.C., Hacker M.A., Nery J.A.C., Sarno E.N., et al. 2011, apud Carvalho, 2013, p.24). Os contatos de pacientes multibacilares constituem a população com maior risco de adoecer de 8 a 10 vezes enquanto para os contatos domiciliares de pacientes paucibacilares é de 2 a 4 vezes quando comparados a indivíduos sadios não expostos ao *Mycobacterium leprae* (Noordeen, 1994, pp.278–83 apud Carvalho, 2013, p.24).

Considerando a importância da avaliação do Grau de Incapacidades dos pacientes portadores de Hanseníase; considerando que a incapacidade causada traz transtornos tanto ao paciente quanto para a família; considerando a necessidade de enfrentar dificuldades tais como: diagnóstico tardio, falta de conhecimento tanto dos profissionais quanto dos doentes sobre a Hanseníase, déficit de acompanhamento, a falta de registro, falha no acompanhamento das pessoas que estão em contato domiciliar constante com os doentes de hanseníase, falta de medicação muitas vezes por deficiência do sistema como processos burocráticos, licitações públicas, logística entre outros, nos traz a preocupação e a necessidade de discutir a cerca desta temática.

Em uma reunião do Ministério da Saúde com a Organização Mundial da Saúde (OMS) para tratar da Política Nacional de Eliminação da Hanseníase, pretendia se extinguir a patologia como problema de saúde pública no país, possibilitando a ocorrência de apenas um caso a cada 10 mil habitantes. O país registrou uma queda de 15% no registro da doença em 2011 em relação a 2010 (Fiocruz, 2015).

“O esforço de eliminar a hanseníase até 2015 tem levado o Ministério da Saúde a fortalecer as ações de combate à doença. Identificamos os municípios com maior número de casos e incluímos no Saúde na Escola a detecção precoce de hanseníase, não só para identificar os casos entre as crianças, mas para, ao informar os estudantes, mobilizar o conjunto das famílias”.

Alexandre Padilha (Ministro da saúde), 2015.

De acordo com o pacto da Organização Mundial de Saúde em prole da erradicação da Hanseníase, a investigação realizada é pertinente e atual emergindo como questão geral de investigação e objetivo geral, os seguintes:

- Qual o grau de incapacidade das pessoas diagnosticadas com Hanseníase?
- Identificar o grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados com Hanseníase;

Estruturalmente esta dissertação integra para além desta **Introdução** duas grandes partes, o enquadramento teórico e a contribuição empírica. A primeira parte é dividida em dois capítulos: o capítulo 1, intitulado de **Hanseníase: Conceptualização, classificação, epidemiologia, tratamento, surtos reacionais, diagnóstico diferencial e profilaxia**, descreve uma revisão da literatura a partir da temática hanseníase

onde se constrói o enquadramento teórico que dar suporte à investigação. O capítulo 2 aborda a temática **Grau de Incapacidade e suas nuances**.

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico. O capítulo 3 referente à **Metodologia** onde explica os procedimentos metodológicos utilizados na condução da investigação designadamente: tipo de estudo, questões de investigação e objetivos específicos, variáveis em estudo, tipo de amostra, instrumentos de colheita de dados, procedimentos formais, ético-legais e estatísticos.

Seguem-se o capítulo 4 que descreve os **Resultados**, com análise descritiva e inferencial, que agrupam as variáveis clínicas e se relacionam com as variáveis idade e sexo tais como: o grau de incapacidade, a forma clínica e a classificação operacional. Ao período compreendido no ano de 2012 e acompanhado nesta pesquisa até 2014, totalizando 104 casos notificados de hanseníase no ano de 2012.

O capítulo 5 dá corpo à **Discussão dos Resultados** onde se procede ao confronto dos resultados do estudo com os da literatura científica e por último o capítulo 6 onde se enunciam as principais **Conclusões** do estudo.

CAPÍTULO I - HANSENÍASE: CONCEPTUALIZAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA, TRATAMENTO, SURTOS REACIONAIS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, PROFILAXIA

1.1 CONCEITO

A Hanseníase é uma patologia infecciosa persistente que evolui de maneira lenta, ocasionada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, foi descoberta em 1873 por Amauer Hansen, tem como característica principal o acometimento da pele e nervos periféricos. O prejuízo neurológico pode ser determinado pela progressão da doença (Morhan, 2015). A multiplicação do bacilo é lenta, com duração média de 11 a 16 dias (Brasil 2002 apud Reis, 2015, p. 23). O *Mycobacterium leprae* possui alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é infecta muitas pessoas, todavia poucas têm a capacidade de adoecer (Brasil, 2014, p. 345).



Figura 1 – Hanseníase-mancha. **Fonte:** Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2015). Brasil. Acedido em <http://www.sbd.org.br/doencas/hanseníase> .

O principal meio de eliminação do bacilo, pelo sujeito doente de hanseníase, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores, o trato respiratório. Entretanto, para haver a contaminação, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada. O surgimento da enfermidade na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas, dependem de vários fatores, entre eles da afinidade parasita / hospedeiro e pode acontecer após grande período de incubação que varia de 2 a 7 anos (Brasil, 2014, p. 345).

A hanseníase pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária, sexos femininos ou masculinos, no entanto, dificilmente ocorre em crianças. As crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando o local de endemicidade da doença é maior. Há uma incidência da doença aumentada nos homens em relação às mulheres, em grande parte das regiões do mundo (Brasil, 2014, p. 345). As qualidades individuais e socioeconômicas como situação nutricional, higiene e, principalmente, as de moradia da população parecem ter influência a com a transmissão, o que dificulta o controle da endemia (Aquino et al, 2003 apud Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2015).

Em 2014 o Brasil apresentou um registro ativo de 15.738 casos de hanseníase, sendo a região Nordeste a de maior representatividade com 10.738 e a região Sul com a menor, 907 casos. A maioria dos casos foram multibacilares, com 20.474 pessoas no Brasil e no Nordeste 8.422, a população feminina teve 45,42% dos casos no Brasil (Brasil, 2015, p.12).

Algumas pessoas que se infectam com o bacilo da Hanseníase podem apresentar resistência caracterizando os casos paucibacilares (contém pequena quantidade de bacilos sendo insuficientes para transmitir a outra pessoa). Existem pessoas que se curam espontaneamente após infecção, outras pessoas não possuem resistência havendo multiplicação do bacilo no organismo, possibilitando a transmissão para as pessoas, classificada como multibacilar – MB. Assim que se inicia o tratamento com a poliquimioterapia - PQT a pessoa deixa de transmitir a doença, por matar os bacilos nas primeiras tomadas da medicação, ficando incapazes de infectar outros indivíduos (Batista, 2014, p. 31).

O homem é considerado como o único reservatório natural do bacilo, embora existam casos descritos em animais selvagens espontaneamente infectados (tatus e macacos mangabei e chimpanzé). Os doentes com muitos bacilos (multibacilares – MB) sem tratamento – hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa – são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal) (Brasil, 2014, p.345).

O problema da hanseníase não se restringe somente ao amplo número de casos, devendo ser considerado também o seu **alto potencial incapacitante**, que pode influenciar no trabalho e na vida social do paciente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos. As incapacidades veem sendo culpadas pelo estigma e discriminação dos doentes (Budell, 2015, pp. 942-946).

Em 2011 o coeficiente geral de detecção de casos novos no Brasil foi de 17,65/100.000 habitantes. No mesmo ano foram diagnosticados 33.955 casos novos, sendo 2.420 (7,12%) em menores de 15 anos. Segundo o Ministério da Saúde, observou-se ainda que 2.165 pacientes apresentaram grau II de incapacidade (Luna, Moura & Vieira, 2013, p. 209).

A captação precoce de casos, o tratamento e cura, a prevenção, a reabilitação das incapacidades e a **vigilância dos contatos** representam uma importante ação para o controle da hanseníase, assim, existirá a eliminação de fontes de infecção e o tratamento das sequelas (Finez, 2011, pp.171-175).

Em 27 Agosto de 2010 o Boletim Epidemiológico da OMS constatou a ocorrência de mil ou mais casos em alguns países no mundo dos casos de Hanseníase em 2009. A maior taxa de detecção foi a Ásia com 9,39 casos por 100.000 habitantes de acordo com as regiões avaliadas pela OMS, em seguida nas Américas com 4,58 casos por 100.000 habitantes. A Índia obteve 133.717 dentre os maiores em quantidade de casos e o Brasil em segundo lugar com 37.610. Dos 40.474 casos novos nas Américas 93% são casos notificados no Brasil. (OMS, 2010, p. 16).

A taxa de prevalência dos estados apresenta-se em redução de 18% entre 2007 e 2011, passando de 1,98 por 10 mil habitantes em 2007 para 1,62 em 2011 em razão de 31.087 casos em tratamento. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam-se como as mais endêmicas, seguidas da Região Nordeste. As regiões Sudeste e Sul encontram-se em nível de eliminação, com menos de 1 caso por 10 mil habitantes, desde o início da série, assim como as regiões endêmicas apresentam redução da taxa de prevalência. A Região Norte mostrou redução mais expressiva da prevalência e, no último ano da série, a Região Centro-Oeste apresentou a taxa de prevalência mais elevada, com 4,28 casos por 10 mil habitantes. A Região Sul apresentou pequena flutuação desse coeficiente que se manteve abaixo de 1 caso por 10 mil habitantes (Brasil, 2015, p. 12).

A atenção integral para o paciente de hanseníase pode ser avaliada pelo indicador do **Grau de Incapacidade Física (GIF)**. Como meta de reduzir o coeficiente de casos novos da doença com Grau II tivemos para o Brasil em 2008 1,37 por 100 mil e para 1,19 em 2015 o coeficiente de casos novos da doença com grau II de GIF (Brasil, 2010, p. 57).

Um indicador de resultados atividades na captação de casos nas coortes e que também mede a efetividade dos serviços em garantir a adesão ao tratamento até a alta é o **percentual de cura**. Como resultado desse indicador em 2008 foi 81,3% para

o país sendo que o percentual aumentou em 2009 para 82,1% (85% para casos PB e 80% para os MB). O tratamento incorreto diminui a possibilidade do Brasil elevar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase. Para aumentar o percentual de cura será necessário melhorar a distribuição e efetiva aplicação dos medicamentos, bem como a atualização oportuna do Sistema de informação, no que se refere ao tipo e data da saída do paciente (OPS, 2015).

A transmissão da hanseníase dar-se pelo contato com pacientes transmissores do bacilo de Hansen, sendo necessário o convívio prolongado. Os bacilos são eliminados pelas secreções nasais e da orofaringe dos indivíduos multibacilares que penetram no organismo do indivíduo sadio pelas vias aéreas superiores (Brasil, 2015, pp. 208-218).

As formas paucibacilares têm imunidade celular conservada, baciloscopia negativa, teste de Mitsuda positivo, com menos de 5 lesões cutâneas e um tronco nervoso comprometido (incluídas as formas indeterminada e tuberculóide), já as formas multibacilares possuem imunidade específica ao bacilo reduzida ou ausente e baciloscopia positiva, com mais de 5 lesões cutâneas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido (formas virchowiana e dimorfa). A classificação acima utilizada pelo ministério da saúde brasileiro vem da “VI International Congress of Leprosy”, em Madrid, 1953, é amplamente utilizada no mundo (Madrid Congress, 1953). Nessa classificação consideram-se quatro formas clínicas: indeterminada (I), tuberculóide (T), dimorfa (D) e virchowiana (V) (Cunha, 2012, p. 10).

De acordo com o manual do MS (Brasil, 2002) a hanseníase pode revelar-se através de lesões de pele que se mostram com diminuição ou ausência de sensibilidade. As lesões mais comuns são:

- **Manchas pigmentares ou discrômicas:** deficiência, redução ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou conteúdos na pele;
- **Placa:** é um dano que se estende em superfície por vários centímetros. Podendo ser individual ou constituir aglomerado de placas;
- **Infiltração:** ampliação da espessura e consistência da pele, com menor relevo dos sulcos, limites confusos, acompanhando-se, às vezes, com discreto eritema. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite.

Apresenta na derme um infiltrado celular, em algumas ocasiões com edema e vasodilatação;

- **Tubérculo:** nomenclatura em desuso denotava pápula ou nódulo que evolui com cicatriz;
- **Nódulo:** alteração sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho. É um processo patológico localizado na epiderme, derme e/ou hipoderme. Pode ser lesão mais palpável que visível. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo, acometendo, também, mucosa nasal e a cavidade oral. Aparecendo em maior constância, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas.



Figura 2 – Hanseníase-lesões. **Fonte:** Portal do povo. Brasil. (2015).
Acedido em http://www.portalopovo.com.br/noticia_detalhe.php?id=3799

A manifestação da doença se dá através de lesões na pele e lesões nos nervos periféricos. Essas são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) que pode ser proveniente da ação do bacilo nos nervos e/ou pela reação do organismo ao bacilo ou pelas duas situações.

Como os principais sintomas ocorrem: dor e espessamento dos nervos periféricos; perda ou diminuição da sensibilidade nas inervações dos nervos, especialmente nos olhos, mãos e pés; perda de força dos músculos com inervação dos nervos afetados, preferencialmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (Brasil, 2002 apud Lastórial, Milanez, de Abreu, 2012, p.176).

A neurite, frequentemente, acontece por um processo agudo, seguido de dor muito forte e edema. A princípio, não apresenta evidência de dano funcional do nervo, mas, corriqueiramente, torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da função de suor, ocorrendo ressecamento na pele. Há perda de sensibilidade, aparecendo dormência e perda da força muscular, provocando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos cujo ocasionou o dano. No acometimento do dano neural sem tratamento tem a possibilidade de apresentar **incapacidades** e **deformidades** (Brasil, 2002 apud Lastórial, Milanez, de Abreu, 2012, p. 176).

1.2 TRATAMENTO

Pelo protocolo do Ministério da Saúde a poliquimioterapia indicada para o tratamento de Hanseníase é composta por um conjunto de drogas padronizadas pela Organização Mundial de Saúde, cuja realização deverá ser feita na Unidade Básica mais próxima da residência do portador da doença. O tratamento é de suma importância para o controle e a quebra da cadeia de transmissão da doença, além da cura e reabilitação física e social do indivíduo acometido (Nunes, 2012, p.100).

A condução da hanseníase passou por uma infinidade de tipos de tratamento ao longo dos tempos, por rituais de sacrifícios, purificações que compreendiam desde a queima de objetos pessoais até o contato direto do doente com objeto puro, pássaro, água, madeira de cedro, incidindo por banhos de sangue de crianças, chás, óleos, rezas, até a quimioterapia, em 1940, quando foi introduzida a sulfona. A poliquimioterapia – PQT recomendada pela OMS é composta por Dapsona (DDS), Rifampicina (RMP) e Clofazimina (CFZ), com a finalidade de evitar o surgimento de resistência bacilar, porém o uso da droga pode trazer intolerâncias causando contraindicação das mesmas (Kubota, 2014, p. 9-11).

Durante o uso da Clofazimina (CFZ) é habitual que ocorra uma hiperpigmentação da pele cuja coloração aumenta com a exposição solar, podendo ocasionar a pele mais seca e sujeita ao surgimento de eczematizações. Quanto maior a dose administrada, entre 200 ou 300 mg/dia, mais frequentes são as reações ao medicamento, dentre elas as alterações digestivas são as mais frequentes. Geralmente acontece no tratamento de Eritema Nodoso Hansênico. A medicação pode depositar cristais na parede intestinal (Kubota, 2014, pp. 9-11).

Os problemas provocados pela Dapsona (4,4'- Diamino-Difenil-Sulfona) variam de digestivos, como gastrite a cefaléia, síndrome nefrótica e anemia hemolítica, cuja frequência, é na maioria das vezes grave, quando o indivíduo tem uma deficiência da Glicose-6-fosfato desidrogenase. A Dapsona pode ainda provocar metahemoglobine-mia, hepatites tóxicas, reações cutâneas por fotossensibilidade, psicoses, e a “Síndrome da Sulfona”, não comum, é caracterizada por febre, mal estar, mialgias linfoadenomegalia generalizada, hepatomegalia “rash” cutâneo, ou tipo máculo-papular ou eridérmicoexfoliativo leucocitose, alterações das funções hepáticas e elevação das bilirrubinas, que se manifestam logo após o início do tratamento com a sulfona, entre a 2ª e a 5ª semanas. A Rifampicina (RMP) produz sérios efeitos colaterais, podendo apresentar distúrbios digestivos, hepatite tóxica e trombocitopenia, síndrome pseudogripal, dispneia, anemia hemolítica, choque, e insuficiência renal por nefrite intersti-cial ou necrose tubular aguda (Kubota, 2014, p. 9-11).

Nos casos de intolerância ou contraindicação a um destes ou mais fármacos do esquema padrão PQT/OMS, o Ministério da Saúde oferece e recomenda o tratamento alternativo para realização nas unidades de referência municipais, regionais, estaduais ou nacionais. Nas intolerância à DDS, os indivíduos classificados como PB fazem uso de RMP de 600mg, CFZ 300mg doses mensais supervisionada e CFZ 50mg dose diária autoadministrada com 6 doses em até 9 meses. Os casos MB usam RMP 600mg, CFZ 300mg e Ofloxacino (OFX) 400mg dose mensal supervisionada com doses diá-rias autoadministradas de 400mg de OFX, CFZ 50mg ou Minociclina (MNC) 100mg dose mensal supervisionada e doses diárias autoadministradas também de 100mg, com tratamento de 12 doses e duração de até 18 meses. Para os de efeitos adversos à RMP os pacientes PB fazem uso de DDS 100mg com OFX 400mg dose supervisio-nada e dose diária autoadministrada de OFX 400mg e DDS 100mg, ou MNC de 100mg dose mensal supervisionada e diária de 100mg autoadministrada, somando 6 doses em até 9 meses de tratamento (Brasil, 2010, p.345).

Os casos MB o tratamento é de DDS 100mg, CFZ 300mg mais OFX de 400mg dose mensal supervisionada com dose autoadministrada diária de DDS 100mg, CFZ 50mg, e OFX 400mg ou MNC 100mg dose mensal supervisionada e diária autoadmi-nistrada. A somatória de 12 doses em até 24 meses ou até 36 meses⁷. Na intolerân-cia à Rifampicina (RFM) e à Dapsona (DDS) os pacientes paucibacilares devem fazer uso da CFZ (300mg na dose mensal supervisionada e 50mg na diária), mais OFX de 400 mg na dose mensal e 400mg na diária, podendo também ser substituída pela Mi-nociclina (MNC) (100 mg na dose mensal e a mesma medida auto administrável diari-amente). A duração preconizada é de 6 doses. Nos pacientes multibacilares o trata-

mento também sobre mudanças sendo que nos seis primeiros meses o uso de CFZ (dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50mg), mais o OFX (dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400mg) e associada à MNC (dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100mg). Após os primeiros seis meses até os 18 meses subsequentes: pode-se retirar a MNC ou o OFX, permanecendo sempre duas drogas. A duração do tratamento neste caso é de 24 doses em até 36 meses (Brasil, 2010, p.345).

1.3 SURTOS REACIONAIS

As reações hansênicas podem ser tipos 1 e tipo 2) são alterações do sistema imunológico que se mostram como manifestações inflamatórias agudas e sub-agudas podendo acontecer com mais frequência nos casos MB. Por vezes acontece dos pacientes serem diagnosticados com Hanseníase devido a estas reações, podem ocorrer antes, no momento ou posterior ao tratamento com Poliquimioterapia (PQT). A Reação Tipo 1 ou a Reação Reversa (RR) diferem-se pelo surgimento de novas lesões por manchas ou placas, infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, sendo com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (Brasil, 2010, pp 73-75).

Na Reação Tipo 2, o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), ocorrência mais comum, aparecem nódulos subcutâneos dolorosos, podendo surgir ou não febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e neurite. Na dúvida de reação hansênica, deve-se ter o atenção a confirmação do diagnóstico de hanseníase com a classificação operacional; avaliar o tipo de reação hansênica; verificar a predisposição de infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros. Para ter a certeza do diagnóstico nos estados reacionais é realizado o exame físico geral e dermatoneurológico do (a) doente. Tais procedimentos são fundamentais para monitorar o comprometimento de nervos periféricos e para a avaliação do tratamento (Brasil, 2010, pp 73-75).

1.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quadro 1. Diagnóstico diferencial

Lesões Maculares	Nevos hipocrômicos e anêmicos, vitiligo, pitíriase versicolor, treponemoses, como sífilis e pinta, hipocromia residual pós-inflamatória, dermatite seborréica e a pitíriase alba.
Placas Infiltradas	Psoríase, dermatite seborréica, pitíriase rósea de Gibert, esclerodermia localizada, líquen plano, líquen mixedematoso, sarcoidose, lúpus eritematoso, tinea corporis, leishmaniose, cromomicose, esporotricose, tuberculose, paracoccidiodomicose e parapsoríase.
Lesões anulares	Tinea corporis, o granuloma anular, a necrobiose lipoídica, o eritema anular centrífugo e o eritema multiforme.
Lesões papulares a nodulares	Neurofibromatose de Von Recklinghausen, sarcoma de Kaposi, leishmaniose, sífilis, paracoccidiodomicose, lobomicose, xantomas, farmacodermias, e hematodermias.
Infiltração difusa disseminada	Leishmaniose difusa anérgica, linfoma cutâneo de células T (micose fungóide), síndrome de Sezary, leucoses com disseminação cutânea e mixedema generalizado, associado ao hipotireoidismo.
Neuropatias	<p>Charcot-MarieTooth, a doença de Déjérine-Sottas e a doença de Refsum, que podem ser consideradas no diagnóstico diferencial.</p> <p>As polineuropatias, com alterações sensitivas, motoras, ou ambas, também são incluídas nesta lista.</p> <p>Doenças com perda predominante da função motora incluem a difteria, o botulismo, a mononucleose infecciosa, a brucelose, a porfíria, intoxicação por ouro, além da doença de Déjérine-Sottas.</p> <p>A disfunção predominantemente sensorial pode ocorrer na leucemia, doença de Hodgkin e na isquemia neuropática.</p> <p>A perda mista, motora e sensorial, semelhante à da hanseníase, ocorre na intoxicação por arsênico, brômio, tálio ou mercúrio, por uso de drogas, como isoniazida e talidomida, e nas doenças como o diabetes mellitus, amiloidose, lúpus eritematoso sistêmico e esclerodermia</p>

Fonte: Souza, C.S. (1997). Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. Medicina, Ribeirão Preto, pp 325-334.

1.5 PROFILAXIA

De acordo com o Ministério da Saúde a prevenção ocorre com o diagnóstico precoce de casos, na realização da vacina BCG. O exame dermatoneurológico é de fundamental importância para todos os contatos do mesmo domicílio do caso diagnosticado. Sendo considerados todos os residentes do domicílio nos últimos cinco anos. Após o exame clínico o contato será encaminhado para a aplicação da BCG por via intradérmica. Os contatos com ausência de cicatriz vacinal receberão duas doses de BCG, com intervalo de seis meses entre elas (Lobato, 2011, p. 19).

CAPÍTULO 2: GRAU DE INCAPACIDADE E SUAS NUANCES

1.1 GRAU DE INCAPACIDADE

Falar de incapacidades é trazer duas interpretações ao estudo através de dois modelos: o biomédico e o social, o primeiro defende o impedimento que o corpo tem com a possibilidade de intervenção pela medicina e suas deficiências categorizadas de acordo com a lesão, a doença observada como desvantagens naturais e indesejadas. Do outro modo temos o modelo social que vai desde a busca pela igualdade em todos os sentidos, racial, geracional, ofertas de bens e serviços biomédicos etc. (Pereira, 2014, pp.22 - 25).

No Brasil, em 7 de maio de 1962, instituiu-se um movimento para a prevenção de deformidades e incapacidades físicas direcionadas a Hanseníase, o decreto de nº 968, com referência a orientação na observação do tratamento com o cuidado na prevenção de incapacidades voltadas a métodos não cirúrgicos e correção de deformidades (Brasil, 1962 apud Ribeiro, 2012, p. 25). Na década de 70, um médico chamado José de Jesus Arvelo, venezuelano e especialista no assunto, formou vários profissionais de saúde na época, que se tornaram multiplicadores dos cuidados voltados a pacientes com Hanseníase, com um total de 92 médicos, 27 enfermeiros e 99 profissionais de nível técnico treinados até 1977 (Brasil, 1976; Virmond, 2008 apud Ribeiro, 2012, p. 25).

A partir de 1976, a OMS publica a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (CIDID) descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; a incapacidade é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; e desvantagem refere-se à adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. O ser normal não pode ser entendido como uma expectativa biomédica de padrão funcional ou moralmente aquele que produz, o envelhecimento não traz apenas doenças e incapacidades, porém sabemos que contribui para tal, desta forma a realidade deve ser aceita e entendida como um enfrentamento de dificuldades que podem ser superadas e a sociedade, direta ou indiretamente tem a sua contribuição com esse processo, desde o Estado na formulação e aplicação de políticas públicas passando pela a sociedade enquanto organização social, preservando crenças e valores (Pereira, 2014, p.12).

Em uma investigação com 11 municípios do Paraná, observou-se uma parcela da população em idade produtiva sendo 79,8% destas apresentavam algum grau de incapacidade. Com sequelas mais frequentes em membros inferiores, dentre elas: garras, ressecamentos, fissuras, feridas plantares etc. (Sobrinho, Mathias, Gomes & Lincoln, 2007, p. 1125-1130).

Estudos revelam que a hanseníase traz preservando consigo um grande estigma social onde os acometidos por esta doença, desde relatos remotos, eram retirados de suas famílias e levados para hospitais/colônias, sendo excluídos da vida social. Com o controle da doença, partir do século XX, a endemia passa a ser tratada através do isolamento compulsório dos doentes em asilos/colônias, pois, o governo considerava a única forma para reduzir o número de casos e proteger a população sadia. Essa medida levou a problemas não somente físicos e sociais como também de origem psicológicas, falta de apoio familiar, preconceito, falta de conhecimento científico sobre a doença nessa época. Em 1962, inicia-se o fim do isolamento compulsório, porém essa política de exclusão continuou por vários tempos. Na década de 70 apesar de abolido o isolamento compulsório manteve-se o preconceito e estigma na memória social. (Carvalho, 2013, pp. 47-55).

Devido a sua escolha pelas fibras nervosa, O bacilo de Hansen, afetando desde as terminações da derme até os troncos nervosos, com isso a sua característica é ser uma neuropatia mista, porque acomete as fibras nervosas: sensitivas, motoras e autonômicas, podendo instalar-se em um a vários nervos, recebendo a classificação de mononeurite múltipla (Brasil, 2008, p.140).

Segundo De Las Aguas (2001, pp.248-56) citado por Vilani-Moreno, Guimarães, Bassoli, Oda, Mozer, Delanina, Trindade, Lastória, Cleto (2012, p.1) referem que em torno de 1,8 milhões de pacientes com hanseníase tem incapacidades físicas e grande parte deles são portadores de úlceras recorrentes em membros inferiores. A forma virchoviana apresenta úlceras cujo aspecto é característico pois a pele das pernas destes pacientes apresenta-se infiltrada de maneira mais ou menos intensa e pode haver a pápulas, nódulos e ou hansenomas. Tanto as infiltrações difusas, como os hansenomas, podem provocar ulcerações pelo bloqueio dos vasos sanguíneos e pelo infiltrado inflamatório repleto de macrófagos com bacilos no seu interior. Ainda nessa forma da hanseníase, nos casos mais graves, as veias superficiais podem estar totalmente obliteradas pelo infiltrado virchoviano, provocando panflebite específica.

Além disso, há constantemente modificações neurológicas nos membros inferiores, levando ao comprometimento da sudorese da região e certo grau de alteração da circulação nos pequenos vasos dérmicos, o que contribui para o aparecimento de úlceras (Opromolla, 2003, pp 271-278 apud Vilani-Moreno e col, 2012, p.1).

Com isso a qualidade de vida dos portadores da doença é abalada uma vez que pode comprometer o sistema imunológico, a nocicepção, a visão e o tato, tornando-os mais susceptíveis a vários riscos como: acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros. O risco propíncuo a lesões na pele e amputações justifica-se pelo acometimento dos nervos: facial (VII par craniano), trigêmio (V par craniano), ulnar, mediano, radial, fibular comum e tibial posterior (Carvalho, 2013, pp. 47-55).

“O comprometimento neural com frequência está ligado a reações imunológicas (processos inflamatórios) ou pela presença do bacilo instalado diretamente no nervo (fator neurogênico)” (Brasil, 2008 apud Nardi, Cruz, Pedro, Marciano, Pachcoal, 2011, pp. 09-15).

O Ministério da Saúde instituiu um Protocolo da Avaliação Simplificada das Funções Neurológicas (ASFN), que dispõe realizar a avaliação neurológica para categorizar o comprometimento dos nervos, a ASFN verifica a condição do nervo por meio da inspeção, palpação, pesquisa da sensibilidade e avaliação da força motora nos olhos, membros superiores e inferiores. A frequência da aplicação desta avaliação se dá durante o tratamento no início, meio e fim do mesmo, podendo ser utilizado em intervalo inferior (Nardi, Cruz, Pedro, Marciano & Pachcoal, 2011, p. 1).

A avaliação e registro das incapacidades são essenciais na educação e promoção do autocuidado para prevenir o alojamento de incapacidades físicas pós-tratamento medicamentoso. O impacto da incapacidade para o paciente em sua função física e social é varia de um indivíduo para outro, enquanto um portador de incapacidade grave pode permanecer realizando suas atividades de vida diária (AVDI) com poucas consequências, outras, uma pequena incapacidade interfere a sua vida social e emocional (Rodini, 2010, pp.157-166).

1.2 ÚLCERAS EM HANSENÍASE

A inflamação com perda local da epiderme é considerada uma ulceração, surge devido a necrose do tecido subjacente com a expulsão do material por via transepitelial, necrose da epiderme por prejuízo **físico** (calor, frio ou trauma), **químico** (agressão exógena por álcalis ou ácidos) ou **biológicas** (agressão da epiderme por células ou por toxinas endógenas/exógenas, e/ou isquemia local). As úlceras podem ser classificadas de acordo com o seu surgimento: agudas (fase exudativa) ou crônicas (com fibrose e multiplicação celular) (Crozeta, Stocco, Labronice, Méier, 2010, p. 239-243 & Feldman, Ruthes, 2008, p.208 apud William, 2011, p.101).

Quando aparece úlceras em portadores de Hanseníase pode ser através de vários fatores. De acordo com a classificação de Madri (1953), a Hanseníase se divide em 4 formas: **Indeterminada** (fase inicial da doença); **Tuberculóide** (afeta inervação da pele e /ou destruição de tronco nervoso, com possibilidade de cura espontânea, por resistência imunocelular ao bacilo; Virchowiana, apresenta dificuldade no diagnóstico durante a fase inicial, pela cronicidade, extenso acometimento e por ser visivelmente assintomático o parasitismo a pele, olhos, nervos, vísceras e outros órgãos; **Dimorfa** existe extenso e intenso acometimento da pele, nervos mais raramente outros órgãos e onde as ulcerações são mais frequentes. Na clínica encontramos úlceras de evolução crônica, ou úlceras tróficas, bastante comum em Virchowianos avançados não tratados. A pedileção do bacilo pela pele pode alterar a circulação sanguínea e linfática local, com estase hipoxemias ou isquemia, e redução de vasorregulação dérmica por modificação da inervação autonômica cuja alteração leva ao ressecamento do epitélio, provocando úlceras especialmente em membros inferiores. Além da perda de sensibilidade térmica, dolorosa e algumas vezes tátil. Hansenomas de pacientes não tratados podem sofrer necrose e ulcerações não reacionais, podendo ter situações isquêmicas, com o infiltrado macrófago tem aspecto de tumor (William, 2011, pp.101-02).

Devido a lesão neural, aumenta a possibilidade de lesão neuropática nos pés (úlceras plantares), pois a exposição a traumas contusos, ferimentos perfurantes e ou o atrito durante a marcha trazendo consequências graves, inicialmente a formação de abscessos, rompimento do mesmo e abertura da úlcera, por vezes o paciente não percebe pela diminuição ou perda da sensibilidade, sendo necessária a inspeção diária deste pé. Podem ocorrer deformidades ósseas, atrofia muscular, perdas ou encurtamentos dos dedos (Cortês, 2008, p.41).

Na Hanseníase Virchowiana de pacientes não tratados podem ocorrer o fenômeno de Lúcio, onde existem lesões esquimóticas e necróticas por embolização de vasos dérmicos (William, 2011, p.104).

Para o tratamento das úlceras reacionais, com vasculites necrotizantes, além da imunossupressão sistêmica, enquanto houver alteração imunológica deve-se hidratar a lesão com ácidos graxos essenciais e proteger para não existir abrasão ou infecção. Enfim, cada lesão deve ser avaliada e tratada individualmente de acordo com a necessidade e situação.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

Neste capítulo iremos descrever a metodologia, parte do estudo que requer atenção, concisão e planejamento, levada pelas questões de investigação e alicerçada pelo enquadramento teórico apresentado. O tipo de investigação, as variáveis do estudo, a amostragem efetuada entre os outros elementos estudados são descritos e explicados, além do método, levantamento de dados e a estatística utilizada.

3.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, Faria (2013, p.31), coloca que o estudo descritivo busca descrever e demonstrar como um determinado caso ocorre, mostrando as características e reações com outros eventos, sendo assim nossa investigação caracteriza-se por ser um estudo descritivo, exploratório. Em se tratando da abordagem dada aos dados, Ludwig (2015, p.91) refere que os dados quantitativos, consistem em números que demonstram contagens ou medidas, desta forma classificamos nossa investigação como sendo um estudo quantitativo.

3.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Delinearam-se como questões de investigação específicas, as subseqüentes:

- *Qual o grau de incapacidade dos portadores de hanseníase?*
- *Quais são as formas clínicas e classificação operacional de Hanseníase mais prevalentes?*
- *Quais as características da população quanto aos aspetos sócio demográficos (Idade, sexo, raça e escolaridade) e clínicos (Forma Clínica, Classificação Operacional, Avaliação de Incapacidade no momento do diagnóstico, Avaliação de Incapacidade no momento da alta)?*

Os objetivos são conhecimentos válidos e verdadeiros (Lakatos e Marconi, 1993, p. 83 apud Faria, Cunha & Felipe, 2013, p. 19). Para a realização do presente estudo desenhamos os seguintes objetivos específicos:

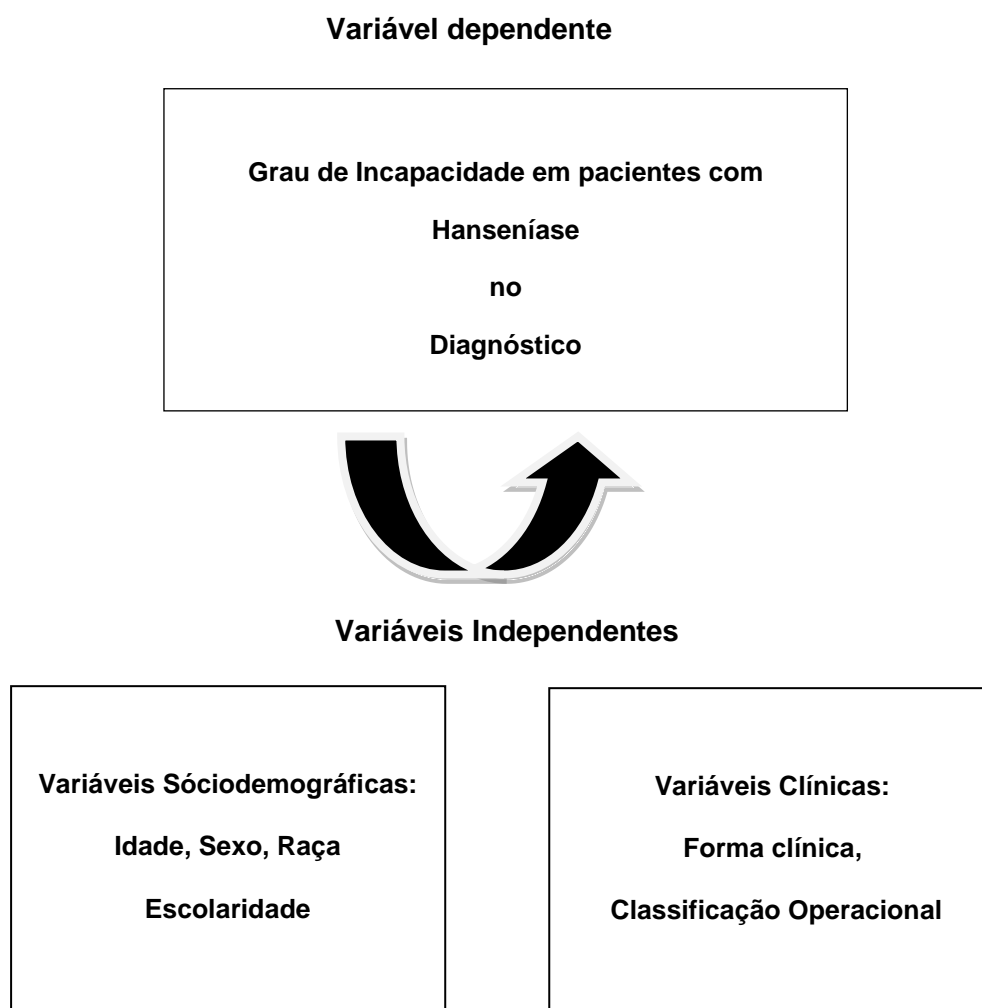
- Avaliar o grau de incapacidade dos portadores de hanseníase;
- Determinar as formas clínicas e a classificação operacional dos portadores de hanseníase notificados no município do Cabo de Santo Agostinho;

- Caracterizar a população quanto aos aspetos sócio demográficos (Idade, sexo, raça e escolaridade) e clínicos (Forma Clínica, Classificação Operacional, Avaliação de Incapacidade no momento do diagnóstico, Avaliação de Incapacidade no momento da alta).

3.3 – VARIÁVEIS

No presente estudo agrupamos, esquematicamente, as variáveis dependentes e independentes (cf. a figura 3). Por variável independente ('X' ou 'VI') é aquela que interfere, determina ou afeta outra variável; é o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência; é o fator modificado (geralmente) pelo pesquisador, na busca de relacionar um fator com o fenômeno observado ou a ser descoberto, para ver se existe influência entre o que foi estudado (Marconi e Lakatos 2000, p. 189 apud Rauen, 2012, pp. 4-5). Já as variáveis dependentes apresentam mudanças, quando se quer verificar, em relação as variações das variáveis independentes, ou seja, correspondem ao que se quer prever e/ou obter como resultado (Jung, 2009 apud Rauen, 2012, pp. 4-5).

Figura 3 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis dependentes e independentes.



3.4 JUSTIFICATIVA

A escolha da amostra se deu devido à experiência vivida com a Coordenação da Política de Hanseníase do referido município, tivemos a possibilidade de conviver com os diversos usuários do serviço, passando da necessidade da medicação até à orientação do autocuidado, observando os atendimentos e a dedicação dos profissionais de Referência.

Conhecemos aos diversos serviços oferecidos dentro desta política, além do apoio de ONG's, Movimentos sociais, etc. que se propõem a ajudar os pacientes. Como é o caso do Morhan que é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 6 de Junho de 1981. Suas atividades são voltadas para a eliminação da Hanseníase, através de atividades de conscientização e foco na construção de políticas públicas eficazes para a população. O Morhan luta pela garantia e respeito aos Direitos Humanos das pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares (Morhan, acesso em 18/10/2015).

3.5 – CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município do Cabo de Santo Agostinho – PE, cidade localizada na região metropolitana de Recife – PE. Com população estimada para 2014 de 198.383 mil habitantes de acordo com o IBGE (2014). Possui área territorial de 448,735 Km².

Figura 4 – Mapa de Pernambuco (Localização do Cabo de Santo Agostinho).



Fonte: Wikipedia. 2015. Acedido em https://pt.wikipedia.org/wiki/Cabo_de_Santo_Agostinho

O município é composto por área Rural e Urbana, formada por quatro regionais (Regional I - área do centro da cidade, Regional II – área de praias e Pontezinha, Regional III – Ponte dos Carvalhos, Regional IV – Zona Rural e proximidades) cada regional é responsável por uma determinada área de abrangência, população adscrita.

Segue abaixo no **quadro 2** a distribuição dos casos de Hanseníase de acordo com as Regionais, sendo 37 casos na Regional I, 21 na Regional II, 34 na Regional III, 12 na Regional IV. Vale destacar que Pontezinha apresentou seis casos, apesar de estar distribuída na Regional II sua localização faz divisa com Ponte dos Carvalhos que corresponde a área de abrangência da regional III. Com isso podemos enfatizar a necessidade de ações para prevenção e controle da doença nesta área que corresponde a de maior incidência.

Quadro 2. Distribuição dos casos de hanseníase no município do Cabo de Santo Agostinho por regional, 2012.

Regional	Casos Diagnosticados
Regional I	N = 37
Regional II	N = 21
Regional III	N = 34
Regional IV	N = 12
Total	104

Fonte: Cabo de Santo Agostinho. Governo de pernambuco. 2015. Acedido em <http://www.cabo.pe.gov.br/index.php/turismo/nossas-praias/>

As figuras 5 e 6 referenciam uma das áreas de praia localizada na regional II, costa litorânea, praias turísticas.

Figuras 5 - Praia de Calheitas



Figura 6 - Praia de Calheitas



Fonte: Cabo de Santo Agostinho. Governo de pernambuco. 2015. Acedido em <http://www.cabo.pe.gov.br/index.php/turismo/nossas-praias/>

A Rede de saúde conta com 42 Unidades Básicas de Saúde, 01 Referência para Hanseníase (Centro de Saúde Herbert de Souza/CTA) os serviços oferecem atendimento para a população e o acompanhamento dos usuários sequelados decorrentes da Hanseníase. Conta ainda com uma rede de urgência e emergência (Hospital Men- do Sampaio, Serviço de Pronto atendimento Gaibu, Serviço de Pronto atendimento Sacramento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, além das Policlínicas Jamacy de Medeiros e Manoel Gomes).

3.6 - MÉTODOS

O método descreve as etapas e procedimentos realizados durante a coleta dos dados procedendo a investigação a partir objetivos (Faria e col, 2013, p. 30).

Foi realizado um levantamento de dados através do Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN). Este sistema é alimentado a partir da ficha de notificação, específica para esse agravo, cujo preenchimento é feito pelo profissional que atende o paciente com o diagnóstico de Hanseníase. Após preenchida a ficha é encaminhada para a Vigilância Epidemiológica do Município para fomentar o sistema de informação.

Fundamentando-se a investigação nas Notificações e registros de dados nos prontuários da Referência de Hanseníase (Herbert de Souza), e complementado as informações através do livro de registro da Política de Hanseníase (Políticas Públicas de Saúde). Após o levantamento, os dados foram calculados utilizando o programa excel, analisados estatisticamente e projetados em gráficos e tabelas.

3.7 - PARTICIPANTES

Para o desenvolvimento do estudo em questão, recorreremos a uma amostra por conveniência constituída por 104 pessoas diagnosticadas com hanseníase e notifica- dos no Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN), tanto os pacientes que procuraram o serviço de saúde do município por demanda espontâ- nea quanto aqueles encaminhados por profissionais de saúde e ou instituições hospi- tares, no ano de 2012 e acompanhados nesta pesquisa até 2014.

Utilizamos como critérios de exclusão os pacientes que por algum motivo não foram notificados e ou não foram registrado no sistema de informação no período es- tudado.

3.8 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 104 pacientes que foram notificados no SINAN. As estatísticas da idade revelam uma média de idade de 37 anos, variando a idade mínima de 6 anos e idade máxima de 88 anos, uma amplitude de 82 anos, mediana de 39 anos. A moda está presente nas idades de 31 e 37 anos. O grupo etário mais representativo é o dos 27 aos 37 anos (cf. Tabela 1).

Em outros estudos há uma ocorrência do predomínio do sexo masculino em detrimento ao feminino, o primeiro com 17 (61%), enquanto no sexo feminino temos 11 (39%), a faixa etária predominante é entre 32 a 38 anos, 7 (25%), menor de 18 anos, 6 (21%) (Buna, Rocha, Alves, Granja, Sousa & Silva, 2015, pp. 115 – 122 e Mesquita, 2014, p.249).

Quadro 3 – Estatísticas relativas à Idade das Pessoas com hanseníase em Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Idade	N	%	Média	Desvio Padrão
5 a 15	12	11,54	11,45	25,72
16 a 26	18	17,31	21,93	15,24
27 a 37	33	31,73	29,81	5,44
38 a 48	14	13,46	43,21	23,71
49 a 59	15	14,42	52,67	15,50
60 a 70	7	6,73	65,83	28,66
71 a 81	4	3,85	76,50	39,33
82 a 92	1	0,96	81,00	43,83
Total	104	100	382,42	77,56

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, Brasil, 2015.

A maioria das Pessoas com Hanseníase foi da raça parda com 51 (49,04%) dos casos, seguidos da raça branca com 34 (24,04%) e os de raça preta com 15 (14,42%). Não se verificou casos na raça indígena e amarela. Em 12,5% dos casos não foi possível classificar a raça dos participantes, (cf. Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com hanseníase segundo a raça e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Raça \ Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Parda	21	51,2	30	47,6	51	49
Branca	9	22	16	25,4	25	24
Preta	5	12,2	10	15,9	15	14,4
Não Informado	3	7,3	4	6,4	7	6,7
Ignorado	3	7,3	3	4,8	6	5,8
Total	41	100	63	100	104	100

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, 2015.

A maioria (49%) das pessoas apresentou baixa escolaridade (entre analfabetismo e ensino fundamental incompleto). Os dados mostraram que o ensino fundamental incompleto foi o mais predominante com 34,6%, seguidos do ensino médio completo com 17,3% dos casos e o ensino fundamental incompleto apresentou 9,6% da amostra. (cf. Tabela 3).

Relatos de outros trabalhos mostram a concordância com a presente investigação, onde 62,7% possuíam ensino fundamental incompleto; 7,8%, ensino fundamental completo; 5,9%, ensino médio incompleto; 21,6%, ensino médio completo; e apenas 2% possuía ensino superior (Mesquita, 2014, p.249).

Em outro estudo, os graus de escolaridade predominantemente foram ensino fundamental incompleto e ensino médio completo igualmente com 9 (32%), em seguida os não alfabetizados totalizaram 3 (11%), ensino fundamental completo 3 (11%), ensino médio incompleto 3 (11%) e ensino superior 1 (3%) (Buna et al 2015, pp. 115–122).

No que se infere a escolaridade, o ensino fundamental foi o que mais se destacou, tanto no sexo feminino com 15 (36,6%) quanto no sexo masculino com 21 (33,4%) casos (cf. Tabela 3), já em outro estudo a maior ocorrência está presente em ensino médio com 75 (48,4%) casos registrados (de Araújo, A.E.R., de Aquino, D.M.C., Goulart, I.M.B., Pereira, S.R.F., Figueiredo, I.A., Serra, H.O., Fonseca, P.C.de A. & Caldas, A.de J.M., 2014).

Tabela 2 - Distribuição das Pessoas com Hanseníase segundo a escolaridade e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Sexo \ Escolaridade	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	3	7,3	2	3,2	5	4,8
Ensino Fundamental Incompleto	15	36,6	21	33,4	36	34,6
Ensino Fundamental Completo	1	2,5	9	14,3	10	9,6
Ensino Médio Incompleto	2	4,9	6	9,5	8	7,7
Ensino Médio Completo	8	19,5	10	15,8	18	17,3
Educação Superior Incompleta	0	0	1	1,57	1	1
Educação Superior Completa	0	0	1	1,57	1	1
Ignorado	4	9,7	6	9,5	10	9,6
Não se aplica	1	2,5	1	1,57	2	1,9
Branco	7	17	6	9,5	12	12,5
Total	41	100	63	100	104	100

Fonte: *Dados retirados do SINAN- Cabo de Santo Agostinho, 2015.*

3.9 - INSTRUMENTOS

De acordo com as características do estudo utilizámos para recolha de dados, para além dos questionários adaptados, informações retiradas da Ficha de Notificação e dos prontuários dos pacientes. Quanto à avaliação do Grau de Incapacidades, as informações são baseadas na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2010, p.35), extraída do Manual de Prevenção de Incapacidades (Brasil, 2008, pp. 112-113). Alguns estudos indicam a necessidade de treinar profissionais e habilitá-los ao atendimento para o diagnóstico e avaliação de incapacidades desses pacientes, além da Educação em Saúde quanto ao autocuidado (Pimentel, 2004, pp. 87-93).

Nos anexos são apresentados a Ficha de Notificação e a Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada utilizada na Avaliação dos pacientes nas Unidade de Saúde.

- Ficha de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. Acedido em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>)

- Questionário Sociodemográfico

O questionário semiestruturado e adaptado a investigação proposta, esta dividido em duas partes, a primeira contendo informações sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, raça) e a segunda parte composta das características clínicas (forma clínica, classificação operacional, avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta do paciente).

- Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada

A Avaliação Simplificada das Funções Neurológicas é iniciada com a inspeção realizada na face, que visa identificar presença ou não de deformidades e até possíveis alterações que levem a paralisia facial. No nariz observar-se a parte interna e externa, para identificar se há presença de hansenomas, infiltrações, hiperemia, deformidades da pirâmide nasal ou pinçamento de narinas (Brasil, pp.112-113, 2008).

3.10 – PROCEDIMENTOS

O projeto e o pedido de autorização foi encaminhado ao Secretário de Saúde do município do Cabo de Santo Agostinho-PE, Brasil, para a realização da colheita de dados que referiu parecer favorável e autorizou o estudo.

3.11 - ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados, analisaram-se as fichas de notificações arquivadas nos prontuários dos pacientes atendidos na unidade de referência para Hanseníase Centro de Saúde Herbert de Souza/CTA, entramos em contato com o responsável da Vigilância Epidemiológica correspondente ao agravo estudado, que forneceu as informações necessárias retiradas do sistema de informação.

Posteriormente procedeu-se à análise dos dados e em seguida o tratamento estatístico, descritivo e analítico.

Com a estatística descritiva determinou-se as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias, moda e mediana.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa EXCEL e transferidos para Word pelo Windows Vista. A fonte das tabelas e dados foram descritos em cada uma das tabelas, gráfico e quadros de acordo com a origem.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

Neste capítulo agrupamos e analisamos as variáveis clínicas que se relacionam com a idade e o sexo tais como: o grau de incapacidade, a forma clínica e a classificação operacional. Ao período compreendido no ano de 2012 e acompanhado nesta pesquisa até 2014, totalizando 104 casos notificados de hanseníase (cf. Tabela 4).

- **Classificação operacional de Hanseníase**

A classificação operacional por sexo mostra que 49 (47,1%) pessoas foram classificadas como paucibacilares contra 55 (52,9%) multibacilares. A maioria do sexo masculino com 44 (69,8%) foi multibacilar e 19 (30,2%) casos paucibacilares; já no sexo femininos obtivemos 41 (39,4%) pacientes, destes 30 (73,2%) paucibacilares e 11 (26,8%) multibacilares (cf. Tabela 3 e Gráfico 1).

Mesquita (2014) encontrou 18 (35,3%) pacientes multibacilares, 8 (15,7%) do tipo paucibacilares e 25 (49,0%) não possuíam essa informação em seus prontuários.

Tabela 3 Classificação operacional e o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Classificação Operacional de Hanseníase	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Multibacilares	11	22,8	44	69,8	55	52,9
Paucibacilares	30	73,2	19	30,2	49	47,1
TOTAL	51	100	63	100	104	100

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, 2015

- **Forma Clínica de Hanseníase**

A forma clínica de maior prevalência foi a Dimorfa 33 pacientes, com 8 casos femininos e 25 masculinos, em seguida da Tuberculóide 27, com 16 femininos e 11 masculinos, a Indeterminada apresentou 20, destes 10 femininos e 10 masculinos, posteriormente Virchoviana 5 sendo 1 caso feminino e 4 masculinos. Quando verificamos o total temos um quantitativo de 85 casos, sendo os demais (19) distribuídos em não classificados e não informados no sistema, estes dois últimos não foram colocados no gráfico já que não houve classificação (cf. Tabela 4 e Gráfico 1).

Já na tabela 4 ilustramos os dados classificados e não informados no sistema e sem identificação de sexo.

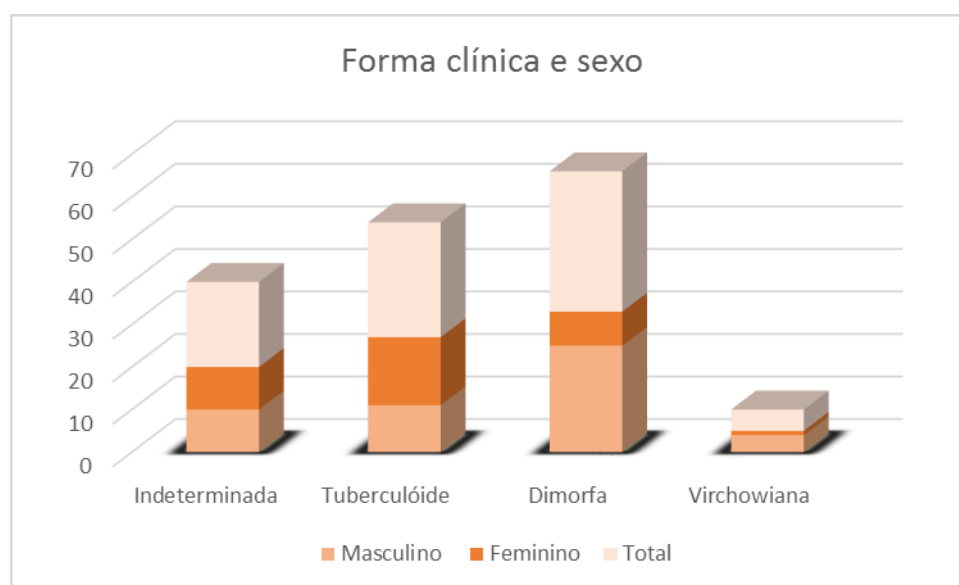
Tabela 4. Distribuição das pessoas com hanseníase em função da forma clínica e do sexo. Cabo de Santo agostinho, Brasil.

Forma Clínica \ Sexo	Feminio		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Indeterminada	10	10	10	10	20	19
Tuberculoide	16	15	11	11	27	26
Dimorfa	8	8	25	24	33	32
Virchowiana	1	1	4	4	5	5
Não Classificada	3	3	1	3	4	5
Não Preenchido	-	-	-	-	15	13
Total	73	70	19	18	104	100

Fonte: SINAN-SMS Cabo de Santo Agostinho, 2015.

A forma clínica dimorfa apresenta-se com maior incidência no sexo masculino, mostrando a ocorrência de diagnóstico tardio para os homens em comparação às mulheres, realidade apresentada em diversos estudos sobre a temática. (Cf. Gráfico 1 e Tabela 4).

Gráfico 1. Distribuição das pessoas com hanseníase em função da forma clínica e do sexo. Cabo de Santo agostinho, Brasil.



Fonte: SINAN-SMS Cabo de Santo Agostinho, 2015.

- ***Grau de Incapacidade***

O Grau de Incapacidade Física (GIF) **ZERO** foi de 73 (70,20%) ; 17 (16,35%) apresentaram alteração de sensibilidade protetora - **GIF I** - e 9 (8,65%) possuíam deformidades instaladas - **GIF II**, ou seja, dos referidos casos, 26 (25%) dos pacientes, apresentaram alguma alteração quanto o grau de incapacidade (cf. Tabela 5).

No estudo de Alves, o grau de incapacidade antes do tratamento foi de zero (ausência de incapacidades relacionadas à hanseníase) em 35% dos pacientes, de I em 34% , e de II em 26% dos pacientes. Em 5% dos casos, não foram encontrados dados satisfatórios para avaliação (Alves et al, 2010, pp 460-461).

Quanto ao sexo podemos observar que 35 (85,36%) dos casos referentes ao sexo feminino apresentaram avaliação de incapacidade com Grau Zero, 03 (7,31%) e 02 (4,87%) Grau I e Grau II respectivamente, no caso do sexo masculino foram 38 (60,31%) Grau Zero; 14 (22,23%) e 7(11,11%), Grau I e Grau II respectivamente, não

foram avaliados 1(2,46%) dos femininos e 3 (4,76%) dos masculinos, já os ignorados /branco apenas 1(1,59%) do masculino, (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Grau de incapacidade física no diagnóstico das pessoas com hanseníase segundo o sexo, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Grau de Incapacidade	Sexo		Total			
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
GRAU ZERO	35	85,36	38	60,31	73	70,2
GRAU I	3	7,31	14	22,23	17	16,35
GRAU II	2	4,87	7	11,11	9	8,65
NÃO AVALIADOS	1	2,46	3	4,76	4	3,84
IGNORADOS/BRANCO	0	0	1	1,59	1	0,96
Total	41	100	63	100	104	100

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, 2015.

No **momento da cura** os pacientes que apresentaram grau 0 totalizaram 63 (60,57%) casos; grau I 6 (5,8%) casos; grau II 2(1,9%) casos; os que não foram avaliados 3 (2,9%) e 30 (28,8%) casos não constavam no sistema, constatando que apresenta uma quantidade considerável de pacientes não notificados quanto a realização do exame na alta (cf. Tabela 56).

Tabela 6 - Grau de incapacidade das pessoas com hanseníase no momento da cura, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Grau de Incapacidade	Sexo	Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
GRAU ZERO		27	65,9	36	57,1	63	60,6
GRAU I		1	2,4	5	7,9	6	5,8
GRAU II		2	4,9	0	0	2	1,9
NÃO AVALIADOS		2	4,9	1	1,6	3	2,9
IGNORADOS/BRANCO		9	22	21	33,3	30	28,8
Total		41	100	63	100	104	100

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, 2015.

- ***Grau de Incapacidade Física versus Classificação Operacional***

O maior grau de incapacidade foi detectado na classificação operacional multibacilar, totalizando 8 casos com grau de incapacidade II, representando 8% da população estudada, em seguida com grau de capacidade I apresentaram 13 (13%) casos multibacilares. Verificando a totalidade dos casos podemos perceber que 53% da população foram classificados como multibacilares mostrando que ainda se tem um diagnóstico tardio da doença, 44 (42%) da amostra foram classificados como paucibacilares.

Apesar de termos um diagnóstico tardio, ainda contamos com uma avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico, no tratamento e na alta dos pacientes, porém ainda temos paucibacilares já identificados no momento do diagnóstico como tendo grau I de incapacidade, reforçando a necessidade de continuidade do cuidado e a importância da Educação para a saúde desta população. (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Classificação operacional versus grau de incapacidade física das pessoas com hanseníase, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Grau de Incapacidade \ Classificação Operacional	Multibacilares				Paucibacilares				TOTAL			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Multibacilares		Paucibacilares	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GRAU 0	8	15	21	38	27	55	17	35	29	28	44	42
GRAU I	1	2	12	22	2	4	2	4	13	13	4	4
GRAU II	2	4	6	11	0	0	0	0	8	8	0	0
NÃO AVALIADO	0	0	5	9	1	2	0	0	5	5	1	1
TOTAL	11	20	44	80	30	61	19	39	55	53	49	47

Fonte: SINAN – SMS Cabo de Santo Agostinho-PE, 2015.

- **Grau de Incapacidade versus Forma Clínica**

A forma clínica com maior grau de incapacidade foi a Dimorfa com 4 (4%) dos casos com Grau II, a mesma forma clínica se comportou com as demais classificações, Grau I com 6 (6%) e Grau 0 com 22 (21%) dos pacientes. O Grau de Incapacidade, da forma clínica indeterminada foi 18 (17%) Grau 0, 2 (2%) Grau I e 1 (1%) Grau II. Na forma Tuberculóide 24 (23%) foram Grau 0, 2 (2%) Grau I e 1 (1%) Grau II. Na forma Virchowiana, 3 (3%) foram grau 0 e 2 (2%) grau I, não foi observado o grau II. 5 casos não foram classificados e o sistema tinham 13 (13%) casos sem informação sobre o grau de incapacidade (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Forma clínica e grau de incapacidade das pessoas com hanseníase, Cabo de Santo Agostinho, Brasil.

Forma Clínica \ Grau de Incapacidade	Grau 0		Grau I		Grau II		Não Informado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indeterminada	18	17	2	2	1	1	-	0	21	20
Tuberculoide	24	23	2	2	1	1	-	0	27	26
Dimorfa	22	21	6	6	4	4	1	1	33	32
Virchowiana	3	3	2	2	-	0	-	0	5	5
Não Classificada	3	3	1	1	-	0	1	1	5	5
Não Preenchido	3	3	6	6	3	3	1	1	13	13
Total	73	70	19	18	9	9	3	3	104	100

Fonte: SINAN-SMS Cabo de Santo Agostinho, 2015.

CAPÍTULO 5: DISCUSSÃO

Neste capítulo podemos discutir com os diversos autores que trabalharam com o tema desta investigação, mostrando as convergências e divergências.

Classificação operacional de Hanseníase

No que se refere a classificação operacional o estudo mostrou uma maior incidência nos casos multibacilares (com mais de cinco lesões na pele), este tipo de hanseníase tem maior risco de transmitir a doença aos seus contatos próximos pois a transmissão se dá com o contato íntimo e prologado da pessoa doente e não sem tratamento. Sabe-se que 90% das pessoas possuem defesa natural contra o bacilo da hanseníase e que possui influência genética (Minuto biomedicina, 2015). Dentre os multibacilares, a maior prevalência foi em pessoas do sexo masculino, como foi demonstrado, também, no estudo de Lima & Aguiar (2015, p.6) que o comportamento epidemiológico deste agravo predominou no sexo masculino e na faixa etária economicamente ativa, isto verifica-se que apesar de existir políticas públicas e esforços constantes na tentativa da eliminação da doença ainda estamos diagnosticando muito tardiamente estes pacientes. E, principalmente porque os homens não tem a costume de cuidar de sua própria saúde, e condutas simples como observação do seu próprio corpo poderia facilitar o diagnóstico precoce e até sequelas indesejadas e melhora na qualidade de vida.

“Um estudo realizado em Santa Catarina traz que a forma clínica de maior prevalência no sexo masculino foi awirchowiana com nove (39,1%) casos, $p = 0,603$, sendo que no sexo feminino verificou-se maior frequência igualmente entre as formas indeterminada e dimorfa, representando 28,5% cada, e que dentre os multibacilares, 55,6% representam a variante wirchowiana e 29,6% a variante dimorf”.

Citado por Lima e Aguiar (2015, p. 6).

Forma Clínica de Hanseníase

A forma clínica mais prevalente foi a Dimorfa, 33 casos, seguida da Tuberculóide com 27. Como 18 casos estavam sem classificação da forma clínica na não podemos revelar ao certo se estes casos ausentes na notificação foi por falta de digitação ou por ausência do dado na ficha de notificação, porém, quando vamos avaliar a tabela da classificação operacional ela é clara na prevalência dos casos multibacilares.

Deste modo podemos ver que apenas um caso pode ser indeterminada ou tuberculóide e os demais, 17 casos, estão distribuídos entre dimorfa ou virchowiana. Com isso, demonstra a endemicidade da doença no município, principalmente diante da presença de casos Virchowianos que possuem alta carga bacilar. Através das notificações analisadas em um estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO observou maior prevalência da hanseníase Dimorfa com 367 (69,91%) casos, seguida da Hanseníase Virchowiana com 96 (18,29%), Hanseníase Indeterminada com 27 (5,14%) e Hanseníase Tuberculóide com 9 (1,71%) (Lima, Martins, Honorato, Lopes, Moura, Nogueira, Gonçalves, 2012, p. 55-67).

Em outro estudo, da mesma forma que o anterior houve também a predominância da forma clínica dimorfa nos casos diagnosticados, operacionalmente classificados como multibacilares, correspondendo a 57,1% (n= 52) do total de casos novos. Merece destaque o ano de 2009 que teve o maior número de detecções, correspondendo a 33% (n=30) do total de casos diagnosticados no período e o ano de 2010 que apresentou maior proporção de casos dimorfos quando comparado com os outros anos do estudo. Vale destacar que, entre os casos paucibacilares, a forma clínica indeterminada foi predominante, correspondendo a 22% (n=20) do total de casos (Ribeiro, Fabri, Amaral, Machado & Lana, 2014, p.728-35).

A apresentação clínica da hanseníase, no estudo de Mesquita (2014), revelou que 11 pacientes (21,6%) apresentaram a forma tuberculóide; 10 (19,6%), a forma dimorfa; e 9 (17,6%), a forma virchowiana. Essas informações não estavam disponíveis para o restante dos pacientes (n=21/41,2%). Em outro estudo, Sobrinho, Silva, de Freitas, Gomes, Alves; Lincoln e Barbosa (2007), revelam que 20,2% dos casos foram Grau 0; 41,4% apresentaram Grau de Incapacidade I seguido de 38,4% com Grau II, mostrando que a maior parte da população estudada tinham comprometimento desde o início do tratamento.

Grau de incapacidade

A prevalência do Grau de incapacidade dos pacientes avaliados no momento do diagnóstico foi de 73 casos com Grau 0, retrata a possibilidade de menores danos físicos quando garantida a prevenção de incapacidades feita por um profissional habilitado para tal, com a realização no início, no meio e no fim do tratamento. Porém, temos uma dificuldade quando avaliamos a tabela que retrata a ausência de registros no sistema de informação da avaliação no momento da cura, demonstrando falha no sistema de saúde como um todo, onde vimos que 30 casos não foram registrados no sistema de informação do município, em contrapartida ocorre a prevalência do grau de incapacidade 0, com 63 casos. Tão importante quanto realizar a avaliação é mantê-la e reforçar e todas as consultas o auto cuidado, mostrando a realidade dos pacientes com lesões graves, mesmo curados da doença não terão a cura da incapacidade gerada.

O grau de incapacidade física revela a veracidade da perda de sensibilidade que protege o indivíduo de deformidades provocadas pelo comprometimento neural, o Grau II refere-se a lesão em olhos com algum sinal e/ou sintoma como lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central e até cegueira; nas mãos, pode-se observar lesões tróficas e/ou lesões com presença de traumas, garras, reabsorção e mão caída; e nos pés, igualmente como nas mãos, acontecem lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído e contratatura do tornozelo (Brasil, 2008, p.18-30).

Em um estudo realizado e feito um análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, foram examinados 157(85,8%) de 183 pacientes registrados e 51(27,9%) apresentaram algum GIF(1 ou 2). Não ocorreram casos com GIF 2 nos anos 2000 a 2002, 2007 e 2008; e a proporção de casos de hanseníase com GIF 2, no momento do diagnóstico, foi considerado médio (5 a 9.9%) para o período de 2004 a 2006; de 2009 a 2013 foi alto (maior ou igual a 10%). Neste estudo, foram 157(85,8%) pacientes avaliados para GIF, em todos os anos pesquisados, tendo sido registrado que todos eles apresentaram algum GIF (1 ou 2) (de Oliveiral, Leão & Britto, 2014, p. 819).

CAPÍTULO 6: CONCLUSÕES

A Hanseníase é uma patologia infectocontagiosa, crônica e curável, causada pelo *Mycobacterium Leprae* que apresenta predileção pelo sistema nervoso periférico. A doença não se restringe somente ao amplo número de casos, deve ser considerado o seu **alto potencial incapacitante**, que pode influenciar no trabalho e na vida social do paciente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos.

A investigação permitiu avaliar o grau de incapacidade física dos portadores de Hanseníase diagnosticados no município do Cabo de Santo Agostinho. Quanto ao diagnóstico da doença, ainda apresenta uma quantidade considerável de casos diagnosticados tardiamente no município, uma vez que encontramos casos multibacilares, com alta carga bacilar tendo sido prevalentes no período estudado, a maioria dos doentes foram diagnosticados com a forma clínica dimorfa, porém, a maior ocorrência foi de indivíduos sem deformidades, prevalecendo o grau de incapacidade física 0, apesar de existir pacientes com incapacidades constatadas. O número de casos com grau 2 de incapacidade detectado numa população dá uma idéia da subnotificação que pode ocorrer por várias razões. Mudanças na taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade por cada 100.000 habitantes devem refletir mudanças na taxa de detecção de casos novos (OMS, 2010).

A cadeia de transmissão e a exposição precoce de crianças à alta carga bacilar, aumenta o risco de adoecimento desta população, verificamos no estudo que existe crianças e adolescentes diagnosticadas com a doença, representando endemicidade no município, tendo a mesma realidade demonstrada no Estado de Pernambuco – Brasil, cujo coeficiente de detecção de casos novos na população menor de 15 anos os classificam como hiperendêmico, colocando-o na 6ª posição em coeficiente e na 3ª em número absoluto de casos, refletindo a existência de endemia oculta no estado. Os casos estão distribuídos na maioria dos municípios das 12 Regionais de saúde, entretanto 40% desses estão concentrados na I regional de saúde, onde está localizado o município (Pernambuco, 2013). Desse modo, as ações a serem implantadas devem levar em consideração as particularidades epidemiológicas da doença nessa faixa etária. Dentre essas especificações, temos como destaque o fato de indivíduos do sexo masculino serem mais acometidos por formas graves da doença e apresentarem maior grau de incapacidade física do que indivíduos do sexo feminino.

A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010 e a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase:2011-2015, possui obje-

tivos concretos no combate a hanseníase, onde elenca uma série de estratégia e orienta gestores a fazer o seu papel, coloca a necessidade do acesso aos serviços de saúde de forma equânime e com justiça social, é de fato uma cartilha a ser seguida, aborda desde da importância de um sistema de referência eficiente capaz de integrar junto aos demais serviços básicos contribuindo para uma efetiva retaguarda aos profissionais que buscam apoio.

A busca ativa de casos na comunidade, o correto exame dos contatos dos casos diagnosticados, o sistemático acompanhamento dos pacientes pelas unidades de saúde, bem como a utilização de estratégias de Educação em Saúde (OMS, 2010). Outros estudos devem ser realizados a fim de elucidar questões pertinentes às peculiaridades epidemiológicas da doença na região, além de avaliar a influência das políticas de saúde nesse contexto epidemiológico, já que é um município prioritário dentro do Estado para tratar este agravo, onde diversas ações veem sendo desenvolvidas desde atividades nas escolas como nas comunidades.

Os dados dos pacientes diagnosticados, através da ficha de notificação devem ser adequadamente preenchidos para alimentar o sistema de informação (SINAN), que ainda apresenta fragilidades por falta ou falha na informação, seja por ausência de dados ou nulidade de procedimentos realizados pelos diversos profissionais, como exemplo, a realização da avaliação de incapacidades que, muitas vezes, são feitas pelos profissionais treinados mas não são registradas, e a entrega dos boletins e fichas de notificação cuja entrega na Vigilância Epidemiológica é demorada, dificultando a atualização dos dados. Pode-se ressaltar a necessidade de uma revisão nos processos de trabalho, sensibilizando os profissionais e avaliação dos resultados na prática do preenchimento das fichas de notificação e nos boletins mensais de acompanhamento para um registro adequado e fidedigno.

Referências Bibliográficas

- Aquino, D M C; Caldas, A J M; Silva, A A M and Costa, J M L. (2003). Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. vol.36, n.1, pp. 57-64. ISSN 0037-8682. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000100009>.
- Alter A, Alcaïs A, Abel L, Schurr E. (2008). Leprosy as a genetic model for susceptibility to common infectious diseases. *Hum Genet.* Apr;123(3):227–35.
- Alves, C J M; Barreto, J A; Fogagnolo, L; Contin, L A e Nassif, P W. (2010). Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 43(4):460-461, jul-ago.
- Araújo, M. G.. (2003). Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. vol.36, n.3, pp. 373-382. ISSN 1678-9849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>.
- Batista, T. V. G. (2014). Representações sociais do corpo para pessoas acometidas pela hanseníase: Processos Saúde/Doença Taubaté – SP.
- Brasil. Fiocruz. (2015). Acedido em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/hanseniaise-ainda-e-uma-doenca-invisivel-afirmam-pesquisadores>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002). Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde. p.:il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111) ISBN 85-334-0346-1.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2008). Manual de prevenção de incapacidades. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 140 p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria Nº. 3.125, DE 7 de Outubro de 2010. Acedido em: http://www.vigilanciaemsaude.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2013/04/26/Portaria_3.125%20de%2007_10_2010%20e%20seus%20formularios_revisada%20GT-Hans_SESAB.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. (2010). Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 54 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de bolso, 8ª edição , serie B, textos básicos de saúde, Brasília Distrito Federal.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Portaria nº 3125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília DF, 7 out. p. 73-78.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Sistema de Informação de Agravos Notificáveis/SINAN. Registro ativo: número e percentual. Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões. Brasília: SINAN. [acesso em 2013 Mar 20] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_operacionais_epimieologicos_hans_br_2011.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015a). <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11298-situacao-epidemiologica-dados>. Acedido em 2015 Outubro 2015].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2015). Exercício de Monitoramento da Eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde.

Budel, Anelise Roskamp et al. (2011). Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. *An. Bras. Dermatol.* [online]. vol.86, n.5, pp. 942-946. ISSN 0365-0596. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000500012>.

Buna, A. T. M., Rocha, F. C. G., Alves, E. M., Granja, F. B. C., Sousa, D. J., Silva, M.G.P..(2015). "Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís–MA." *Revista Interdisciplinar* 8.1: 115-122.

Carvalho M.A.J, Lopes N.T.B., Santos T.S., Santos K.S., Farnocchi P.G., Tavares C.M.. (2015). Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. *Hansen Int*; 38 (1-2): p. 47-55.

Carvalho, F. M. de. (2013). Resposta imune celular *Mycobacterium leprae* – específica in vitro de contatos de pacientes com Hanseníase multibacilar no início do tratamento do caso índice. Rio de Janeiro s.n. XIX, 123p. Graf.

- Cosme, I. (2008). Utilizando Mapas de Conectividade Fuzzy no Desenvolvimento de Algoritmos Reparadores de Imagens Binárias 3D. *Centro de Ciências Exatas e da Terra–UFRN, Natal–RN*.
- Cortês, S.M.S.(2008). Avaliação da Cicatrização estimulada por aceleradores, em pacientes adultos com hanseníase, portadores de úlceras plantar. Brasília. Xvi 143f.:il.
- Croft, RP, Richardus JH, Nicholls PG, Smith WC. (1999). Nerve function impairment in leprosy: design, methodology, and intake status of a prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh (The Bangladesh Acute Nerve Damage Study). *Lepr Rev.* 70(2):140-59.
- Crozeta K, Stocco J.G.D., Labronice L.M, Méier M.J. (2010). Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em Enfermagem. *Acta Paul Enfer.* p. 239-243).
- Cunha, Mônica Duarte da. (2012). Estatística espacial na investigação epidemiológica de fatores associados à detecção de casos de hanseníase no Rio de Janeiro. / Mônica Duarte da Cunha.
- Deepak. S. Answering the rehabilitation needs of leprosy-affected persons in integrated setting through primary health care services and community based rehabilitation. *Indian J Lepr.* 2003; 75(2): 127-42.
- da Silva Santos, D. A., Gonçalves, R. E. L. M., do Nascimento, Á. M., & da Cruz Neto, L. R. (2014). Hanseníase: diagnóstico precoce é a solução. p.133-141.
- de Oliveira, João Carlos Fialho, Leão, Ana Maria Machado & Britto FernandVasconcelos Spitz. (2014). Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. *Rev enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. p. 815-21.
- de Araújo, A.E.R., de Aquino, D.M.C., Goulart, I.M.B., Pereira, S.R.F., Figueiredo, I.A., Serra, H.O., Fonseca, P.C.de A., Caldas, A.de J.M..(2014). Complicações neu-

rais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. Rev. bras. epidemiol. vol.17 no.4 São Paulo.

do Vale Carvalho, N., & de Araújo, T. M. E. (2015). Ações realizadas por profissionais de Saúde da família no controle da hanseníase em um município hiperendêmico doi: 10.12662/2317-3076jhbs. v3i3. 183. p144-150.2015. Journal of Health & Biological Sciences, 3(3), 144-150.

Faria, Ana Cristina de; Cunha, Ivan da; Felipe, Yone Xavier. Manual prático para elaboração de monografia: trabalhos de conclusão de Curso, Dissertações e Teses. 7.ed. – Petrópolis, RJ: Vozes; São Paulo: editora Universidade São Judas Tadeu, 2013.

Feldman L.B., Ruthes R.M. 2008. Competências Gerenciais: desafio para o enfermeiro. São Paulo (SP): Martinare. p. 208.

Finez, M. A., Salotti, S. R. A. (2011). Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada Identification of the degree of impairment in leprosy patients through a simplified neurological evaluation. J Health Sci Inst 29(3):171-5

Fiocruz (2015). Meta do Brasil é eliminar a hanseníase até 2015. Acedido em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30519>

Fonte, Carla; Freire, Teresa – Experiências ótimas (flow), qualidade de vida e bem-estar no desenvolvimento de indivíduos. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro, 2006, p. 7-13. ISBN 972-8400-77-2

Gallo MEN, Sampaio E, Nery JAC, Moraes MO, Antunes SL, Resselani MCV, et al. Hanseníase: Aspectos Epidemiológicos, Clínicos e Imunológicos. In: Coura JR. Dinâmicas das Doenças Infecciosas e Parasitárias, v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2005. cap. 116, p. 1383-1392.

Hanseníase no Brasil. (2003). *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. vol.36, n.3, pp. 373-382. ISSN 1678-9849. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>.

Jung, Carlos Fernando. (2009). Acedido em: <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/mod3.pdf>

Kubota RMM, Brancini VCL, Gouveia AS, Nardi SMT, Paschoal VDA, Vendramini SHF. (2014). Efeitos adversos da poliquimioterapia para hanseníase: utilização de doses alternativas e avaliação pós alta. *Hansen Int*; 39 (1): p. 8-21.

Lastórial, J. C.; Milanez, M. A.; de Abreu, M.. (2012). Hanseníase: diagnóstico e tratamento. 17(4):173-9.

Lima, MM, Aguilar AMM. (2015). Perfil epidemiológico da hanseníase em um município de Minas Gerais: Uma análise retrospectiva. *Rev. Pre. Infec e Saúde*. p. 1-9.

Lima, D.P., Martins, L. B., Honorato, A. N., Lopes, E. R., Moura, K.R.L., Nogueira, A.J., Gonçalves B.L.C.. (2012). Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. Campo Grande, Brasil. vol. 16, núm. 1. pp. 55-67. Universidade Anhanguera.

Lobato, Diana da Costa. (2011). "Avaliação das ações da vigilância de contatos de pacientes com hanseníase no município de Igarapé-Açu - Pará". Belém – PA, Brasil. p. 19.

Luna, I. C. F., Moura, L. T. R. de M., Vieira, M. C. A. (2013). Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. *Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza*, 26(2): 208-215, abr./jun.

Ludwig, A. C. W. (2015). *Fundamentos e prática de metodologia Científica*. 3 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes.

- Martins, Marcos Antonio Qualidade de Vida em Portadores de Hanseníase/ Marcos Antonio Martins; orientação Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. 2009.
- Mesquita R, Melo LTM, Vasconcelos RS, Soares DM, Félix GAA, Ferrer LPA et al. Neurofunctional evaluation in patients affected by leprosy Evaluación neurofuncional de pacientes con hanseniasis. Revista Brasileira em Promoção a Saúde. v. 27, n. 2 (2014).
- Minuto Biomedicina. (2015). Acedido em <http://www.minutobiomedicina.com.br/postagens/2015/02/06/hanseniaze/>.
- Morhan. Movimento de Reintegração das pessoas Atingidas pela hanseníase. <http://www.morhan.org.br/institucional>. Acesso em 18 de outubro de 2015.
- Monteiro, L. D., et al.(2014). "Limited activity and social participation after hospital discharge from leprosy treatment in a hyperendemic area in north Brazil." Rev. Brasileira de Epidemiologia 17.1. pp. 91-104.
- Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem. Int J Lepr Mycobact Dis Off Organ Int Lepr Assoc. 1994 Jun;62(2):278–83.
- Nardi, S. M. T., Cruz, L. P. da, Pedro, H. da S., Paro, Marciano, L. H. S. C. & Pachol, V. D. (2011). Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e Eyes-Hands-Feet. Hansenologia Internationalis (Online), 36(2), 09-15. Recuperado em 17 de outubro de 2015, de http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612011000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Neto, Estevam de Almeida. Hanseníase — REV. MED. — VOL. 64 — N.º 2: 28-29 — JUN. 1982

Nunes, Joyce Mazza, Eliany Nazaré Oliveira, and Neiva Francenely Cunha Vieira. (2012). "Ter Hanseníase: percepções de pessoas em tratamento." *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene* 9.4.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Estratégia global para aliviar a carga da de hanseníase e manter as atividades de controle de Hanseníase: Plano 2006-2010*. Brasília: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2010). *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

OPAS, http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477:oms-divulga-situacao-mundial-hanseniaese&Itemid=777. Acesso em 21 de setembro de 2015.

Oliveira, M. H. P. de and Romanelli, G. (1998). Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad. Saúde Pública* [online]. atividades de vol.14, n.1, pp. 51-60. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100013>.

Opromolla DVA. Úlceras da Perna. In: Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 271-8.

Penna ML, Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev.* 2009;80(3):332-44.

Pereira, Josianne Katherine. (2014). *Incapacidade funcional em idosos: maneiras de pensar e maneiras de agir*. Belo Horizonte. 77p.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR – 2011 / 2014 / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde – Recife : Secretaria Estadual de Saúde, 2013. p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Pimentel, Maria Inês Fernandes et al. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. *Hansenol. int.* (Online)[online]. 2004, vol.29, n.2, pp. 87-93. ISSN 1982-5161.

Pinheiro, M. G. C., Silva, S. Y. B., Silva, F. D. S., Ataíde, C. A. V., Lima, I. B. D., & Simpson, C. A. (2014). Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(4), 895-906.

Pönnighaus JM, Fine PE, Sterne JA, Bliss L, Wilson RJ, Malema SS, et al. Incidence rates of leprosy in Karonga District, northern Malawi: patterns by age, sex, BCG status and classification. *Int J Lepr Mycobact Dis Off Organ Int Lepr Assoc.* 1994 Mar;62(1):10–23.

Prevedello FC, Mira MT. Hanseníase: uma doença genética? *An Bras Dermatol.* 2007; 82(5): 451-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S036505962007000500009>.

Rauen, Fábio José. (2012). Pesquisa científica: discutindo a questão das variáveis. *Anais do IV Simpósio sobre Formação de Professores – SIMFOP Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão.* Reis, B.C. (2015). Seguimento farmacoterapêutico com usuários de talidomida atendidos pelo Hospital Universitário De Brasília (HUB).

Ribeiro, G.C., Fabri, A.C.O.C., Amaral, E.P., Machado, I.E., Lana, F.C.F.. (2014). Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina -

Minas Gerais. Acedido em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22371>. - doi: 10.5216/ree.v16i4.22371.

Ribeiro, G.C.. (2012). Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais. Belo Horizonte. 121f.;il.

Rodini, Fernanda Carvalho Batista et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 17, n. 2, p. 157-66, 2010.

Rodini FCB, Gonçalves M, Barros ARSB, Mazzer N, Elui VMC, Fonseca MCR. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. *Fisioter Pesqui*. 2010; 17(2):157-66.

Rodrigues, F. F., Calou, C. G. P., Leandro, T. A., Antezana, F. J., Pinheiro, A. K. B., da Silva, V. M., & Alves, M. D. S. (2015). Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2).

Sales AM, Ponce de Leon A, Düppre NC, Hacker MA, Nery JAC, Sarno EN, et al. Leprosy among patient contacts: a multilevel study of risk factors. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011;5(3):e1013.

Sobrinho, Reinaldo Antonio da Silva; Mathias, Thais Aidar de Freitas; Gomes, Eunice Alves; Lincoln, Patrícia Barbosa. Evaluación del grado de incapacidad en hanseníasis: una estrategia para la sensibilización y la capacitación del equipo de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6).

Sociedade Brasileira de Dermatologia. (18 de outubro de 2015). Hanseníase. Fonte: <http://www.sbd.org.br/doencas/hanseniasi/>.

- Souza, C.S. (1997). Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30: 325-334.
- Silva FRF, Costa ALRC, Araújo LFS, Bellato R. [Nursing care for chronic hansen's disease]. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2009 Jun [updated 2015 Mar 25; cited 2014 Nov 04];18(2):290-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/12.pdf> Portuguese.
- Silva M.C.D., Paz E.P.A. [Health education in the leprosy control program: the experience of the multidisciplinary *Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação Rev Bras Enferm.* 2015 mar-abr;68(2):297-304. 303 team]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [updated 2015 Mar 25; cited 2014 Nov 04];14(2):223-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf> Portuguese.
- Silva, Maria Cristina Dias and Paz, Elisabete Pimenta Araújo. (2010). Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc. Anna Nery* [online]. vol.14, n.2, pp. 223-229. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200003>.
- Vilani-Moreno, Fátima Regina, Guimarães, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos, Bassoli, Sidinéia Raquel Bazalia (...) & Cleto, Norma Gondim. (2012). Implante de queratinócitos autólogos em úlceras de membros inferiores de pacientes com seqüelas de hanseníase. *Hansenologia Internationalis (Online)*, 37(1), 11-18. Acedido em : http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198251612012000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Visschedijk J, van de Broek J, Eggens H, Lever P, van Beers S, Klaster P. *Mycobacterium leprae* – millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. *Tropical Medicine and International Health* 5:388-399, 2000.

William M., Kakhara C.T. & vários autores. 2011. Curativos, Estomias e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo (SP): Martinari. p.101-115.

Yang, JJ, Mohallem DF, Cardoso TA, Lima Júnior CL, Tebcherani AJ, Vidigal MR. (2014). Case for diagnosis. An Bras Dermatol. Sep-Oct;89(5):837-8.

ANEXOS



S. T. R.
Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exma. Sr. Secretário de Saúde: RICARDO MARLON DE OLIVEIRA PEREIRA

Secretaria de Saúde do Cabo de Santo agostinho - Pernambuco

25/08/2014

Direção do IPEA

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna: Liana Cristina Esmeraldo Alencar, mat.3660 do 2º ano do 3TR Curso de Mestrado em Educação para a Saúde a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Grau de Incapacidades em Pacientes com Hanseníase".

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 01 a 30 do mês de setembro do ano 2014.

Este estudo tem como objetivos avaliar o grau de incapacidade em pacientes com Hanseníase; Identificar a presença de úlcera neuropática em pessoas com Hanseníase; Categorizar as úlceras neuropáticas existentes nas pessoas com Hanseníase; Analisar o efeito da idade no grau de incapacidade nas pessoas com Hanseníase; Determinar o grau de incapacidade em função do tipo de Hanseníase. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA : (81) 9952.9895/ 9538.5995.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos Académicos dos Estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102 3500-843 Viseu PORTUGAL
Tel. +351 232 419 100 Fax. +351 232 428 343 E-mail essvgeral@essv.ipv.pt Web. www.essv.ipv.pt

Secretário de Saúde do Cabo de Santo Agostinho
Ricardo Marlon de Oliveira Pereira
Secretário Municipal de Saúde - PMC
Mat. 8061

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENIASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual								
	2	Agravado/doença		HANSENIASE								
	3	Código (CID10)		A 30.9								
	3	Data da Notificação										
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação								
					Código (IBGE)							
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico						
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento						
	10	(ou) Idade	11	SEXO	12	Gestante						
			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 4 - Não gestacional/ignorado 8 - Ignorado	2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 5 - Não 6 - Não se aplica	<input type="checkbox"/>					
	14	Escolaridade					13	Raça/Cor				
			0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 2ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					1 - Branca 4 - Preta 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 8 - Ignorado	<input type="checkbox"/>			
	15	Número do Cartão SUS		16			Nome da mãe					
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)						
					19	Distrito						
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)							
					Código							
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1					
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP				
Dados Complementares do Caso												
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32			Ocupação					
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica		35	Classificação Operacional	36	Nº de Nervos afetados		
					1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	<input type="checkbox"/>	1 - PB 2 - MB	<input type="checkbox"/>				
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico					0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	<input type="checkbox"/>				
	38	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					<input type="checkbox"/>
	39	Modo de Detecção do Caso Novo					1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					<input type="checkbox"/>
Dados Lab.	40	Baciloscopia					1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					<input type="checkbox"/>
	Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42			Esquema Terapêutico Inicial				
				1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos								
Med. Contr.	43	Número de Contatos Registrados										
Observações adicionais:												
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Código da Unid. de Saúde						
	Nome					Função					Assinatura	
	Hanseníase					Sinan NET					SVS 30/10/2007	



CÓD: _____

Investigador Principal: Madalena Cunha

Investigador Colaborador: Liana Cristina Esmeraldo Alencar

Ano: 2012-2015

Curso: Curso de Mestrado em Educação para Saúde

Estudo: GRAU DE INCAPACIDADES EM PACIENTES COM HANSENÍASE

Instrumento de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO

I PARTE

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo 1 Masculino

2 Feminino

2. Idade _____ anos

3. 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 Educação superior completa

10 Ignorado

11 Não se aplica

5. Raça: 1 branca 2 preta 3 amarela 4 parda 5 indígena 6 ignorado

II PARTE**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA**

6. Forma Clínica

- ₁ Indeterminada ₂ Tuberculóide ₃ Dimorfa
₄ Virchoviana ₅ Não classificados ₆ Não informados

7. Classificação Operacional

- ₁ Paucibacilar ₂ Multibacilar

8. Avaliação de Incapacidade no momento do diagnóstico

- ₁ Grau 0 ₂ Grau I ₃ Grau II
₄ Não classificados ₅ Não informados

9. Avaliação de Incapacidade no momento da alta

- ₁ Grau 0 ₂ Grau I ₃ Grau II
₄ Não classificados ₅ Não informados

PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS – PCID < 15

	O l h o			M ã o			P é
Grau	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas
	Triquiase			Garras			Garras
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

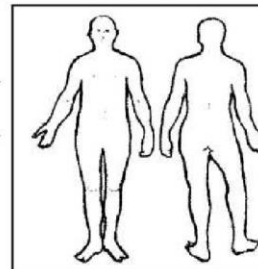
Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

- 1 - Unidade de Saúde: _____
- 2 - Município: _____ 3 - UF: _____
- 4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____
- 6 - Nome da Mãe: _____
- 7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
- 9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____
- 11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____
- 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
- Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano
- 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim
- Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
- 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____
- 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

- 16 - Número de lesões de pele: _____
- 17 - Tipos/características de lesões:
- Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
- Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____
- 18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais
- 19 - Existem áreas com rarefação de pelo?
- não sim Onde? _____
- 20 - Existem nervos acometidos?
- não sim Quantos? _____
- 21 - Teste de Histamina:
- não realizado realizado Resultado: _____
- 22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado
- 23 - Avaliação do grau de incapacidade:



	O l h o			M ã o			P é
Grau	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas
	Triquiase			Garras			Garras
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo

- 24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim
- 25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PB MB
- 26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
- 27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**

Formulário para avaliação do grau de incapacidade

GRAUS	OLHO			MÃO			PÉ		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à Hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à Hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à Hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas/ traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garra dos artelhos		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção/contratura do tornozelo		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros			Mão caída			Pé caído		
Maior grau	(a)	(b)	Maior grau	(c)	(d)	Maior grau	(e)	(f)	

Maior Grau atribuído: 0 1 2 NA

Soma total (a+b+c+d+e+f)

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____





AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase
AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Nome _____ Data Nasc. _____
 ____/____/____ Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município _____ Unidade Federa-
 da _____
 Classificação Operacional PB B Data início PQT: ____/____/____ Data Alta
 PQT: ____/____/____

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

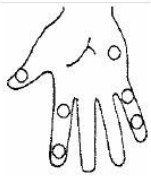
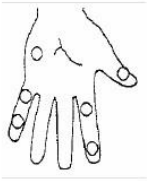
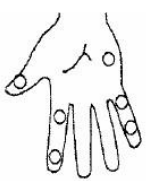
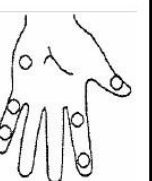
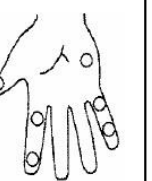
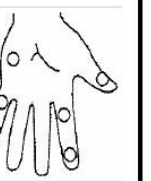
Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva



1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

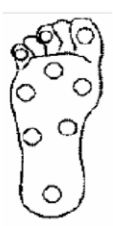



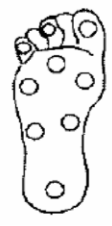

MEMBROS INFERIORES		1ª		2ª		3ª	
Queixa principal							
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E	
Fibular							
Tibial							

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força		1ª		2ª		3ª	
		D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)							
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)							

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: □

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

Classificação do Grau de Incapacidade e Soma de Olhos Mão e Pés OMP (escore)

DATA DA AVALIAÇÃO	Grau de Incapacidade	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Total OMP	ASSINATURA
		D	E	D	E	D	E			
1ª / /	Grau									
	Soma OMP									
2ª / /	Grau									
	Soma OMP									
3ª / /	Grau									
	Soma OMP									

0 = para grau 0 1= para grau 1 2= para grau 2

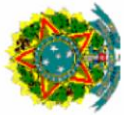
LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído, contratura do tornozelo.

MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	Sem Resposta

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES-HANSEN-RO

Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

Página: 1

UF: RO Município de Notificação Atual: CANDEIAS DO JAMARI

Unidade: POSTO DE SAUDE UNIAO PALHEIRAL

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Cont Reg	Cont Exam	Tipo Saída
00000000_05/05/2009		HANSENILDO SILVA E SOUZA	110020			/ /	1	1				5		

Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

CO: Classificação Operacional Atual

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado

ET: Esquema Terapêutico Atual

ND: Número de Doses Supervisionadas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação

Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PBI/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída : 1 - Cura 2 - Transf. para o mesmo município 3 - Transf. para outro município 4 - Transf. para outro Estado 5 - Transf. para outro país

6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico

Emitido em: 23/06/2010

FICHA DE SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA	
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas __/__/__	
1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não	
Manchas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>
Placas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Nódulos <input type="checkbox"/>	No De Lesões _____
1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não	
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/>
Mediano <input type="checkbox"/>	Radial <input type="checkbox"/>
	Fibular <input type="checkbox"/>
	Tibial <input type="checkbox"/>
2. BACIOSCOPIA	3. GRAU DE INCAPACIDADE <input type="checkbox"/>
1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ <input type="checkbox"/>	0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>	
TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/>	
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Aparecimento súbito e inesperado	<input type="checkbox"/> Lento e insidioso
<input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar	<input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar
<input type="checkbox"/> Aparecimento de várias lesões novas	<input type="checkbox"/> Poucas lesões novas
<input type="checkbox"/> Ulceração das lesões	<input type="checkbox"/> Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos	<input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteroides	<input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteroides
6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não	
<input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)	
<input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase	
<input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
(Especificar)	
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não	
DATA __/__/__	<input type="checkbox"/> Introduzido medicação anti-reacional
	<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/PB
	<input type="checkbox"/> Introduzida PQT/MB
	<input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa
	<input type="checkbox"/> Retirado material para inoculação
	<input type="checkbox"/> Outros _____
(Especificar)	
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA	
1)I, 2)T 3)D 4)V <input type="checkbox"/>	1)PB 2)MB <input type="checkbox"/>
Data Diagnóstico __/__/__	

