



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

JOSÉ MARIA DOS SANTOS COELHO JÚNIOR

**TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15
ANOS EM JACUNDÁ-PARÁ E SUA RELAÇÃO COM A
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

BELÉM

2010

JOSÉ MARIA DOS SANTOS COELHO JÚNIOR

**TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15
ANOS EM JACUNDÁ-PARÁ E SUA RELAÇÃO COM A
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais, área de concentração Patologia das Doenças Tropicais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Brasil Xavier.

BELÉM

2010

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA

Coelho Júnior, José Maria dos Santos.

Tendência da incidência de hanseníase em menores de 15 anos em Jacundá - Pará e sua relação com a implantação dos serviços de saúde / José Maria dos Santos Coelho Júnior; orientadora, Marília Brasil Xavier. - 2010.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Belém, 2010.

1. Hanseníase. 2. Saúde Pública. 3. Jacundá (PA). Xavier, Marília Brasil, orient. II. Título.

CDD - 22.ed. 616.998

JOSÉ MARIA DOS SANTOS COELHO JÚNIOR

**TENDÊNCIA DA INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15
ANOS EM JACUNDÁ-PARÁ E SUA RELAÇÃO COM A
IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Doenças Tropicais, área de concentração Patologia das Doenças Tropicais.

Orientadora:

Profª Drª Marília Brasil Xavier
Núcleo de Medicina Tropical, UFPA

Avaliadores:

Profª Drª Luísa Carício Martins
Núcleo de Medicina Tropical, UFPA

Profª Drª Cléa Nazaré Carneiro Bichara
Núcleo de Medicina Tropical, UFPA

Profª Drª Maria da Conceição Nascimento Pinheiro
Núcleo de Medicina Tropical, UFPA

Data da aprovação: 28/09/2010

BELÉM

2010

À minha família com muito amor e orgulho.

.

.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos em minha vida.

Aos meus pais, José Maria e Jucirema, pelos exemplos diários que recebo e todo amor, cuidado e paciência a mim dedicados.

Aos meus irmãos Sila, Jane, Lene, Rosa e Antônio pelo companheirismo e amizade.

Aos meus sobrinhos, pois alegam meus dias.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Marília Brasil Xavier, pessoa fundamental para a conclusão deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jacundá, pela liberação da pesquisa, em especial à Zilda, Jô e Solange, que foram fundamentais.

À Universidade Federal do Pará, em especial ao NMT e seus funcionários.

Aos meus amigos de verdade, em especial Mônica e Margarida, pela acolhida nos momentos difíceis e pelas horas de lazer.

Ao CNPq, pela bolsa de fomento.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* que configura sério problema de saúde pública no Brasil, principalmente na região Norte. O coeficiente de detecção anual de hanseníase em menores de 15 anos é utilizado pelo ministério da saúde para avaliar a magnitude da transmissão em uma determinada população. O estudo teve como objetivo investigar e analisar a incidência da hanseníase em menores de 15 anos no município de Jacundá - PA, em uma série histórica (1999-2008) e a sua relação com a implantação dos serviços de vigilância em saúde. Respeitando os critérios de exclusão, ao final, o estudo compreendeu 210 casos que foram notificados no período. A pesquisa foi realizada na base de dados do SINAN da SMS do município visando dados de dois instrumentos: Ficha de notificação e boletim de acompanhamento. Observou-se que nos anos seguidos de implantação de serviços de saúde, houve aumento na taxa de detecção e o município manteve-se hiperendêmico nos últimos nove anos da série (> 1,0 caso/10 mil habitantes), entretanto nos últimos três anos, a incidência apresentou declínio, com evidências de que a implantação de novos serviços contribuiu com o novo cenário. A maioria dos pacientes incluiu-se na faixa etária entre 10 e 14 anos (64,76%), sexo masculino (50,5%), procedentes da zona urbana do município (84,3%) com predomínio da forma dimorfa (42,4%) por ocasião do diagnóstico. Observou-se que segundo a classificação operacional, a forma paucibacilar foi predominante (52,9%), o que pode ser atribuído à melhoria do diagnóstico em fases precoces. Concluiu-se, baseado no indicador do estudo, que há tendência ao declínio da endemia no município.

Palavras-chave: hanseníase; crianças; adolescentes; menores; serviços de saúde; perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease caused by *Mycobacterium leprae* which constitutes serious public health problem in Brazil, mainly in the North. The annual detection rate of leprosy in children under 15 years is used by the Health Ministry of Brazil to assess the spreading of transmission in a given population. The study aimed to investigate and analyze the incidence of leprosy in children under 15 years in the city of Jacundá - Pará State, in a historical series (1999-2008) and its relation to the implantation of services of surveillance. The study found 210 cases that were reported during the period. The research was conducted in the information system database of Health department in the city searching for data from two instruments: Type of notification and follow-up report. It was observed that in the year followed by deployment of health services, an increase in the detection rate and the city remained hyperendemic in the last nine years of the series ($> 1.0/$ ten thousand inhabitants), however in the last three years, decline in the incidence presented with evidence that the deployment of new services contributed to the new scenario. Most patients included in the age group between 10 and 14 years (64.76%), male (50.5%), coming from the urban area (84.3%) with predominance of dimorphous (42.4%) at diagnosis. It was observed that according to the operational classification, the paucibacillary form was predominant (52.9%), which can be attributed to the improvement of the diagnosis in early stages. It was concluded, based on the gauge of the study, there is declining trend in the disease in the city.

Keywords: Leprosy. Children. Adolescent. Minors. Health services. Epidemiological profile.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Aband.	Abandono
a.C.	antes de Cristo
d.C.	depois de Cristo
D	dimorfa
DIAG	diagnóstico
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I	Indeterminada
MB	Multibacilar
MG	Minas Gerais
Munic.	Município
N C	Não classificado
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pará
PB	Paucibacilar
PEH	Programa de eliminação da hanseníase
PSF	Programa Saúde da Família
RPS	regional de proteção social
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
T	tuberculóide
USF	Unidade Saúde da Família
V	virchowiana
WHO	World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 01 Localização da cidade de Jacundá.....	28
Gráfico 01 Distribuição do número absoluto de casos novos de pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008 e a implantação dos serviços de saúde.....	32
Gráfico 02 Distribuição do coeficiente de detecção anual de hanseníase em menores 15 anos/10 mil habitantes no período de 1999 – 2008.....	33
Figura 02 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, nos anos de 1999 e 2000.....	33
Figura 03 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2001.....	34
Figura 04 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2002.....	35
Figura 05 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2003.....	36
Figura 06 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2004.....	37
Figura 07 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2005.....	38
Figura 08 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2006.....	39
Figura 09 Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, nos anos de 2007 e 2008.....	40

Gráfico 03 Distribuição por sexo dos casos novos de pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008.....	41
Gráfico 04 Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos quanto ao numero de nervos afetados no período de 1999 – 2008.....	45
Gráfico 05 Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o modo de detecção no período de 1999 – 2008.....	47
Gráfico 06 Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o motivo de alta no período de 1999 – 2008.....	49

LISTA DE TABELAS

Página

Tabela 01	Distribuição por faixa etária dos pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008.....	41
Tabela 02	Distribuição por zona dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no período de 1999 – 2008.....	42
Tabela 03	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com a forma clínica no período de 1999 – 2008.....	43
Tabela 04	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com a Classificação Operacional no período de 1999 – 2008.....	44
Tabela 05	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos quanto ao numero de nervos afetados no período de 1999 – 2008.....	44
Tabela 06	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o grau de Incapacidade física por ocasião do diagnóstico no período de 1999 – 2008.....	45
Tabela 07	Proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no período de 1999 – 2008.....	46
Tabela 08	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o grau de Incapacidade física no momento da alta no período de 1999 – 2008.....	46
Tabela 09	Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o modo de detecção no período de 1999 – 2008.....	47
Tabela 10	Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de novos casos diagnosticados no período de 1999 – 2008.....	48

Tabela 11 Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o motivo de alta no período de 1999 – 2008.....	48
---	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1.1 Histórico da hanseníase	15
1.1.2 Hanseníase e os serviços de saúde	18
1.1.3 Hanseníase em menores de 15 anos	23
2. OBJETIVOS	26
2.1 GERAL	26
2.2 ESPECÍFICOS	26
3. MÉTODO	27
3.1 TIPO DE ESTUDO	27
3.2 LOCAL DA PESQUISA	27
3.3 COLETA DE DADOS	29
3.4 AMOSTRA	29
3.5 CRITÉRIOS	30
3.5.1 Critérios de Inclusão	30
3.5.2 Critérios de Exclusão	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
4. RESULTADOS	32
5. DISCUSSÃO	50
6. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	63
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é o responsável pela endemia da hanseníase no continente americano e está entre os 12 países que registraram 90% dos casos no mundo, ocupando a posição incômoda de segundo lugar em número absoluto de casos da doença, estando atrás apenas da Índia (WHO, 2008).

Considerando apenas os países que não conseguiram alcançar a meta de eliminação de menos de um caso por dez mil habitantes, em 2007, o Brasil apresentou a maior prevalência de hanseníase no mundo (WHO, 2007).

Nos países endêmicos, observam-se diferenças de prevalência entre regiões, Estados, microrregiões, municípios, concentrando-se nos locais de maior pobreza. No Brasil ocorre fato semelhante, enquanto os Estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina já alcançaram a meta de eliminação do Ministério da Saúde, a endemia ainda permanece nas regiões Norte e Nordeste (EIDT, 2004; LANA et al, 2007).

Na vigilância epidemiológica da hanseníase é fundamental a análise dos dados coletados nos serviços de saúde, através de indicadores epidemiológicos e operacionais, visando a reorientação das ações de saúde a serem tomadas. Porém, as estratégias atuais utilizadas pelos sistemas de vigilância epidemiológica para detecção de casos são limitadas em função da forma de captação e do acesso dos suspeitos aos serviços de hanseníase, além de problemas advindos dos sistemas de informação (CUNHA et al, 2007; FERREIRA; EVANGELISTA; ALVAREZ, 2007).

Em 2005, a detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil foi de 0,6/10000. No mesmo ano, a região Norte apresentou um coeficiente hiperendêmico de 1,62 casos/10 mil habitantes e o Pará 2,24 casos/10 mil habitantes, indicando elevado grau de hiperendemicidade. Estes dados são bastante significativos, visto que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, nos últimos anos apresenta este indicador como prioritário para o monitoramento da doença (ALENCAR et al, 2008).

A ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença, logo tal indicador, torna-se importante elemento para avaliação de sua magnitude. Portanto, faz-se necessário um controle rigoroso envolvendo a vigilância epidemiológica de crianças sob o risco de contrair hanseníase, principalmente devido ao contato domiciliar (BRASIL, 1994; LANA, 2007).

Durante o período escolhido para a investigação, diversos serviços de saúde foram implantados no município de Jacundá, tais como; descentralização do atendimento dos casos de hanseníase, expansão da estratégia saúde da família, expansão do programa de agentes comunitários de saúde e a criação do núcleo de vigilância epidemiológica (NUVE).

Visto que a hanseníase é uma doença incapacitante e estigmatizante, e que especialmente na faixa etária a ser estudada o problema toma proporções ainda maiores (implicações físicas, psicológicas, sociais e comportamentais) o estudo da implantação destas ações de saúde é relevante, pois leva a reflexões importantes a respeito da dinâmica da transmissão da hanseníase em Jacundá, município considerado hiperendêmico para esta nosologia.

Jacundá registrou no ano de 2007 incidência de 31,84 casos/10 mil habitantes e prevalência de 33,97 casos/10 mil habitantes. Tais dados contrastam com as expectativas do Ministério da saúde que busca alcançar 0,2 casos/10 mil habitantes e 01 caso/10 mil habitantes para estes indicadores, respectivamente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007).

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 Histórico da hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa considerada uma das mais

antigas já ocorridas no homem, cuja origem ainda não está bem estabelecida. As mais remotas referências escritas são oriundas da Índia e datam de 600 a.C.. Acredita-se que seu berço tenha sido a Índia e a China, pois a mais autêntica descrição desta doença encontra-se na literatura chinesa que narra a hanseníase como doença que provoca perda de sensibilidade e deformidades (OPROMOLLA, 2000).

Encontram-se também referências sobre hanseníase em relatos bíblicos em Levítico nos capítulos 14 e 15, um dos livros que compõem o antigo testamento onde se encontra o termo hebreu Tzara'ath. Outras referências históricas importantes são a presença da hanseníase notificada em tratados médicos chineses, o Nei Ching Su Wen, nas proximidades dos anos 2600 a.C. e escrituras na Índia, evidenciado nos livros sagrados, Regveda Samhita, em 1500 a.C., que denomina a doença de kushita (HELMER et al., 2004; OPROMOLLA, 2000; TARLÉ et al., 2005; YAWALKAR, 2002).

Na África, a ocorrência da hanseníase se deu ao longo das rotas comerciais, durante a Idade Média. Há referências desta doença, no Egito, desde 1350 a.C. e de que, provavelmente ela teria sido introduzida pelos escravos negros do Sudão (YAWALKAR, 2002).

Na Europa em torno de 300 a.C., evidências do aparecimento da doença ocorreram com o regresso de militares contaminados, remanescentes das batalhas ocorridas na Índia, considerados os responsáveis pela disseminação da doença no continente. Somente em 1500 d.C. a hanseníase passou a ser bem conhecida. Areteo da Capadocia e Galeno denominavam a doença de elefantíase ou “elephas”, sem fazer referência a distúrbios de sensibilidade. Nesse período, Areteo foi o primeiro a observar a face infiltrada do paciente com hanseníase virchowiana, denominando estas manifestações de “face leonina” (CUNHA et al, 2002).

Nas Américas a hanseníase foi introduzida na metade do século XVI por imigrantes europeus, franceses, espanhóis e portugueses e posteriormente escravos africanos; especialmente no Brasil, pois os primeiros doentes de hanseníase observados na Colômbia eram de origem espanhola (EIDT, 2004).

Em 1600 foram identificados os primeiros casos de hanseníase no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro. Na época, a exemplo da Europa, foi utilizada como método de controle a segregação de contaminados. Por volta de 1870, a hanseníase já havia praticamente desaparecido em quase todos os países da Europa e, mesmo na Noruega, onde ainda podia ser considerada endêmica, sua incidência já se achava em declínio. Admite-se que este declínio teve como causa principal a melhoria das condições sócio-econômicas experimentadas pelos povos europeus ao longo das Idades Moderna e Contemporânea (EIDT, 2004; OPROMOLLA, 2000).

Gerhard Henrik Armauer Hansen, em 1873, descobriu o bacilo álcool-ácido-resistente e Gram-positivo, denominado atualmente de *Mycobacterium leprae*, agente etiológico desta doença, sendo desta forma o primeiro a correlacionar a hanseníase a um microorganismo. Devido a isso, este pesquisador sofreu perseguições e calúnias, sendo afastado do leprosário e não pôde dar continuidade ao seu trabalho experimental (BEIGUELMAN, 2002; EIDT, 2004).

No início da década de 30, o Estado de São Paulo adotou o modelo de isolamento compulsório, com objetivo de eliminar a doença que até então não tinha tratamento. Com a introdução das sulfonas, na década de 1940, para o tratamento da hanseníase, o controle desta doença deixa de ser feito através do isolamento e da segregação do doente (OPROMOLLA, 2000; EIDT, 2004).

No início do século XX, esta moléstia foi reconhecida como problema de saúde pública por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Alfredo da Mata e devido a este fato, foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Hanseníase visando analisar o problema mais especificamente (OPROMOLLA, 2000).

Após os primeiros casos no Rio de Janeiro, outros focos da doença foram identificados, principalmente na Bahia e no Pará. A hanseníase existe em todo o território paraense, com distribuição heterogênea e em expansão nas regiões sul e sudeste, onde são bastante elevadas as taxas de prevalência (BRASIL, 2007; EIDT, 2004).

1.1.2 Hanseníase e os serviços de saúde

Ainda que os serviços de saúde se esforcem para exercer o controle sobre a hanseníase na população, ela continua sendo um agravo importante na saúde pública. No atual cenário brasileiro e mundial há uma tendência de as curvas de detecção ultrapassarem as de prevalência, indicando menor número de casos acumulados (prevalência) do que de casos incidentes, configurando um paradoxo conceitual do ponto de vista epidemiológico (LANA et al., 2000; MARTELLI et al, 2002).

A prevenção e o controle da hanseníase devem fundamentar-se em políticas públicas efetivas através da construção de sustentabilidade econômica, política e social do Plano de Eliminação; da descentralização e integração das ações de controle nos serviços de saúde, principalmente através do Programa Saúde da Família; da sensibilização popular e da capacitação dos profissionais de saúde (LANA et al, 2004).

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico ou ainda resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde (CAMPOS, 2003).

Além disso, algumas diretrizes epidemiológicas podem ser adotadas, como a definição de áreas prioritárias de risco; a investigação de eventos-sentinelas para hanseníase em "áreas silenciosas" e a intensificação da busca ativa de casos (LANA et al, 2004).

No que se refere à organização de serviços de saúde – de acordo com os princípios e diretrizes que norteiam a proposta do SUS –, o desafio que se impõe é a estruturação de novo modelo assistencial ágil, dinâmico e resolutivo, capaz de

superar a dicotomia entre as ações voltadas à assistência à saúde individual e as medidas coletivas (LAPA et al, 2001).

Vale registrar que as ações de controle da tuberculose e da hanseníase foram recentemente incorporadas à atenção básica e envolvem questões complexas de natureza histórico-antropológicas e sociais que transcendem os aspectos biológicos (CAVALCANTE et al, 2006).

O processo de municipalização da saúde brasileira abriu, porém, novas perspectivas nesse campo, e é fruto da participação das comunidades e dos movimentos sociais. E, como tem sido chamada atualmente, a atenção básica passou a ser mais discutida e priorizada pelos gestores da área (CAMPOS, 2003).

Essa rede básica ampliou sua oferta de serviços segundo dois eixos fundamentais: a prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica) e a oferta de ações de caráter preventivo, segundo a lógica da programação em saúde (CAMPOS, 2003).

O processo de descentralização no setor de saúde deve incluir a descentralização da informação, para permitir a divisão da responsabilidade política e técnica entre as três esferas de governo – municipal, estadual e federal - além diagnosticar e notificar os casos novos e não apenas fornecer Poliquimioterapia ou rastrear faltosos (GALVÃO et al, 2008).

Com relação ao controle de doenças e, no caso específico, da hanseníase necessita-se dispor de sistemas de informação que produzam conhecimento e gerem indicadores epidemiológicos e operacionais que permita integrar os níveis local, estadual, regional e nacional para obtenção de dados indispensáveis ao controle da endemia no país (LANA et al, 2000; LAPA et al,2001).

A descentralização da assistência aos pacientes de hanseníase deve ser vista como ação importante, porém não única, a ser utilizada como estratégia para eliminação da doença no Brasil e em todo o mundo. Faz-se necessário o atendimento ao portador de hanseníase com treinamento e capacitação das equipes

do Programa Saúde da Família, a fim de diagnosticar precocemente e tratar os casos existentes, além de implementar as atividades de prevenção e controle da doença (CUNHA et al, 2007; FERREIRA E ALVAREZ, 2005).

Em 1990 o governo brasileiro iniciou o desenvolvimento do SINAN, o sistema foi introduzido em todo o país em 1994, e posteriormente foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2004, permitindo:

1. Vigoroso diagnóstico da ocorrência de um evento em uma população; prover informações para explicar causalidade; indicar os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas e contribuir para a identificação da situação epidemiológica de uma determinada área geográfica;

2. Utilização sistemática, descentralizada e democrática da informação, viabilizando acesso a todos os profissionais de saúde, gerando informações que podem ser disponibilizadas para a comunidade. Portanto, é um instrumento relevante para planejamento em saúde e definição de prioridades de intervenção, além de permitir a mensuração do impacto da intervenção (GALVÃO, 2008).

Embora a hanseníase seja uma doença de notificação compulsória, o sub-registro de casos ainda é grande, seja pela pouca importância dada pelos profissionais ao ato de notificação, seja pelas dificuldades operacionais no sistema de informação. Isto torna difícil o conhecimento e distribuição deste agravo, como também o planejamento de ações em áreas prioritárias e a alocação de recursos humanos e materiais para o seu controle (LANA et al, 2000).

Os profissionais em centros de saúde que preenchem os formulários de notificação nem sempre são treinados para fazer isso, e muitos não têm idéia do fluxo e da importância do sistema de informação. A maioria dos médicos que examinam os pacientes delega a responsabilidade de notificação a outros profissionais. Na verdade, é o médico que deveria ser responsável pela notificação e exatidão das informações (GALVÃO, 2008).

Existe ainda, outro instrumento de controle que também é tão negligenciado quanto a ficha de notificação, o boletim de acompanhamento. Na prática, são encontrados mais problemas com a conclusão destes boletins de acompanhamento do que com as notificações iniciais. Os coordenadores municipais ressentem-se de que poucos completam regularmente estes boletins (GALVÃO, 2008).

Sobre este assunto, Cunha et al (2007) e Galvão (2008), relatam que a vigilância epidemiológica da hanseníase é fundamentalmente a análise dos dados coletados nos serviços de saúde, através de indicadores epidemiológicos e operacionais e a importância destas informações para o acompanhamento da situação da doença não é totalmente apreciado por alguns membros da equipe, fato percebido pela negligência no preenchimento da ficha de notificação e boletim de acompanhamento.

Para Ferreira et al (2007), as estratégias atuais utilizadas pelo sistema da vigilância epidemiológica não operacionalizam ações mais efetivas de busca ativa de casos; e fazem pouco uso dos avanços tecnológicos em saúde, inclusive não utilizam o geoprocessamento para visualizar os casos da doença distribuídos pelo território.

Nos últimos anos muita ênfase vem sendo dada à prevenção e tratamento das incapacidades como forma de diminuir os danos resultantes da doença. O diagnóstico clínico da hanseníase em sua fase precoce é dependente da capacidade operacional dos serviços de saúde, traduzida, principalmente, por boa cobertura assistencial e por equipes multiprofissionais capacitadas. Nesse sentido, a busca ativa dos doentes configura-se como uma das principais estratégias para que se consiga identificá-los nas fases iniciais. Engloba o exame dos comunicantes e de coletividade (LANA et al, 2004).

Como proposta no campo teórico metodológico a vigilância da saúde constitui-se um esforço para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social. A partir daí busca desenvolver novas propostas de

operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora. Fato alcançado com a implantação da poliquimioterapia, que como se sabe, trouxe consigo outra abordagem da equipe de saúde para com o paciente e comunidade (CAMPOS, 2003; LANA et al, 2000).

Um dos pontos a destacar é o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas. Criadas na década de 1930, essas unidades se multiplicaram por todo o país, e se expandiram, de forma acelerada, a partir dos anos 80. Esse foi um dos ganhos oriundos do processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro (CAMPOS, 2003).

A partir de 1995 o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de implantar o Programa de Saúde da Família em todo o território nacional. Ocorreu então a aceleração do processo de constituição de equipes, tornando-se um consenso a importância do médico de família para compor e liderar as ações previstas na atenção básica à saúde (CAMPOS, 2003).

O Ministério da Saúde para regulamentar as ações de controle das doenças transmissíveis editou a Portaria Ministerial 1399/GM/1999, com o objetivo de descentralizar as ações de controle das doenças endêmicas no Brasil para Estados e Municípios. Essa Portaria, em seu Artigo 22, recomenda às Secretarias Estaduais e Municipais organizarem estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando a separação entre vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças. A referida Portaria recomenda a integração da rede assistencial, conveniada e contratada pelo SUS, para prevenção e controle de doenças e a incorporação dos Programas de Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família (FERREIRA, 2005).

As atribuições das equipes da estratégia saúde da família, tais como: executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e desenvolver ações voltadas para o controle da hanseníase, guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde. A saúde da família pode, portanto, ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

A inclusão das atividades de eliminação da hanseníase nas demais ações da atenção básica contribuiu para o acesso da população aos procedimentos de diagnóstico, tratamento e envolvimento de profissionais generalistas na assistência aos portadores de hanseníase (FERREIRA, 2005).

1.1.3 Hanseníase em menores de 15 anos

Em 1980, cálculos da Organização das Nações Unidas indicaram a existência de cerca de 900 milhões de adolescentes no mundo; nos países em desenvolvimento, entre as décadas de 70 e 80, registrou-se um crescimento de mais de 70%, considerado um dos maiores da história. No Brasil, dados da Fundação IBGE, de 1995, revelaram cerca de 33 milhões de adolescentes, representando 21% da população geral. Em 2007, no Pará, havia 1.652.573 de pessoas com idade entre zero e quatorze anos (COSTA E FORMIGLI, 2001; IBGE, 2009).

Apesar de a hanseníase ser considerada como doença do adulto e do adulto-jovem, existe numerosos relatos de caso desta enfermidade em faixas etárias menores de 15 anos. A justificativa para este fato é a existência de um aumento na cadeia de transmissão do bacilo na comunidade, além de uma deficiência na vigilância e no controle da doença (FERREIRA E ALVAREZ, 2005).

O Brasil vem mantendo um coeficiente médio de detecção em menores de 15 anos de idade de 0,53 casos novos/ 10 mil habitantes (número absoluto 2.980 casos novos), considerado como muito alto. Nos últimos cinco anos, ressalta-se que

a média de casos novos detectados no Brasil nessa população foi de 4.000 casos (ALENCAR et al, 2008).

O coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos é considerado pelo Ministério da Saúde como um dos indicadores epidemiológicos estratégicos para análise do padrão da doença em uma área específica, tanto que nos últimos quatro anos vem sinalizando este indicador como prioritário para o monitoramento da doença. Um controle rigoroso, envolvendo a vigilância epidemiológica deve ser mantido em crianças sob risco de contrair a hanseníase, no sentido de detectar a doença mais precocemente e evitar as conseqüências do diagnóstico tardio e dos estigmas sociais (ALENCAR et al, 2008; SANCHES et al, 2007).

A detecção da hanseníase em menores de 15 anos é um parâmetro comumente utilizado para se medir a expansão da endemia, pois indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença, constituindo-se em um importante indicador epidemiológico (LANA et al, 2004).

Sanches et al (2007) corrobora ao dizer que o monitoramento de áreas com ocorrência de casos novos em pessoas menores de 15 anos de idade é de fundamental importância, como indicador da magnitude do processo de transmissão da doença.

Já Lana et al (2007), alerta que as incapacidades físicas acarretam problemas como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. Também são responsáveis pelo estigma e preconceito contra seus portadores. Há que se ressaltar que essas repercussões tornam-se mais graves quando o indivíduo é acometido na infância.

Há necessidade de inquéritos populacionais cuidadosos nesta faixa etária, tanto para detecção de casos como para seu melhor seguimento em áreas endêmicas e busca ativa de hanseníase pelo exame de escolares quando mais de 8% do total de casos detectados forem de menores de 15 anos (FIGUEIREDO & SILVA, 2003).

A avaliação da incidência da hanseníase em menores de 15 anos é um importante indicador da transmissibilidade local e conseqüentemente da qualidade da assistência que está sendo prestada à população exposta.

O fato de a hanseníase ser uma doença cujo período de incubação pode variar de dois a sete ou mais anos e de a mesma ser tão prevalente em crianças, reflete que as ações de vigilância dos contatos intradomiciliares estão sendo negligenciadas e que infelizmente não há quebra da cadeia de transmissão. Isto mostra que como o diagnóstico das formas iniciais da doença no adulto não ocorreu, o mesmo evoluiu a uma forma bacilífera e permaneceu nesta condição por anos e que mesmo após seu diagnóstico e tratamento, o contato domiciliar infantil não é corretamente examinado, pois diversos reportes nos mostram que crianças na faixa etária em estudo, infelizmente, já são diagnosticadas em formas multibacilares.

O Pará foi o primeiro Estado do Brasil em números absolutos de casos (5.814) no ano de 2003, e é considerado o detentor do maior número de casos de hanseníase na região Norte, apresentando um complexo hiperendêmico da doença, encarado como um grande problema de saúde pública, principalmente na região sudeste do Pará, nos municípios de Jacundá e Eldorado dos Carajás, onde o número de casos vem aumentando a cada ano devido ao elevado fluxo migratório de garimpeiros e trabalhadores rurais vindos do nordeste do País (BRASIL, 2005; BRASIL, 2004).

Diante destes dados, torna-se relevante um estudo epidemiológico-operacional para melhor compreensão do comportamento da hanseníase em menores de 15 anos nos últimos dez anos e sua relação com a implantação dos serviços de vigilância em saúde, visto que, o Programa Nacional de Controle da hanseníase vem sinalizando este indicador como prioritário para o monitoramento da doença.

E apesar da baixa letalidade e baixa mortalidade, o acometimento da hanseníase em crianças, quando não diagnosticada a tempo e tratada, pode repercutir no futuro destes indivíduos como conseqüência dos problemas físicos, sociais e psicológicos decorrentes da doença (LANA et al, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar e analisar a incidência da hanseníase em menores de 15 anos no município de Jacundá, em uma série histórica e a sua relação com a implantação dos serviços de vigilância em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Discutir a importância da implantação de serviços de vigilância e repercussões na tendência de incidência no período estudado;
- Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no período;
- Avaliar, através de indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a qualidade da assistência primária de saúde no programa de eliminação da hanseníase.

3 MÉTODO

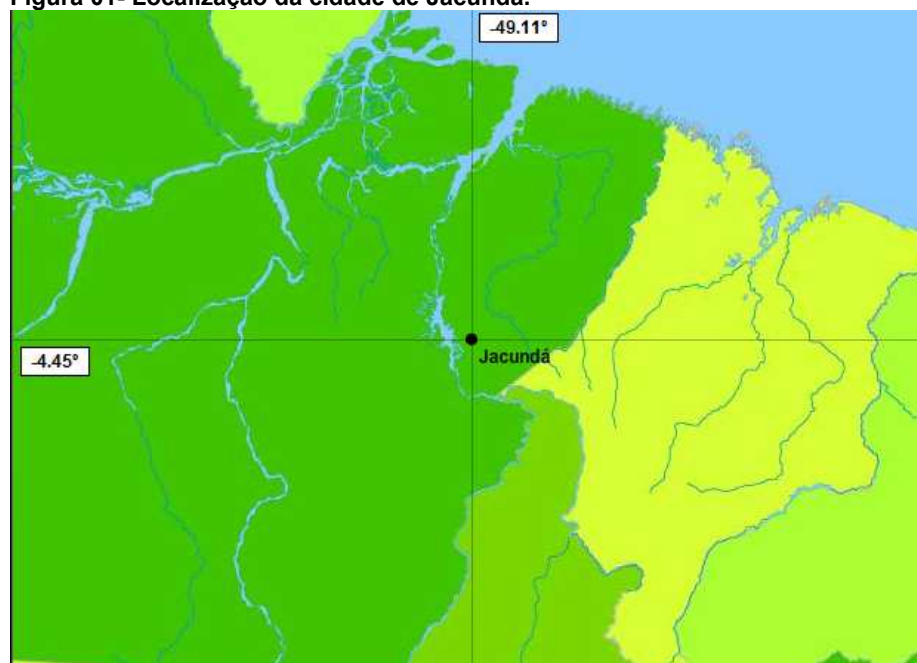
3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo descritivo e ecológico da evolução temporal dos indicadores da hanseníase em menores de 15 anos no município de Jacundá, visando levantar o comportamento da Hanseníase nesta faixa etária e seus fatores intervenientes, relacionando com as variáveis que foram pesquisadas.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O atual município de Jacundá, localizado na zona fisiográfica do Itacaiúnas às margens da rodovia PA-150 é de recente criação (Figura 01). As suas terras pertenceram, primitivamente, aos municípios de Marabá e Itupiranga. Quanto aos seus fundamentos históricos, desconhece-se. Sabe-se, porém, que nos quadros das divisões territoriais datados, respectivamente, de 1936 e 1937, já figurava como distrito do município de Marabá.

Figura 01- Localização da cidade de Jacundá.



Fonte: IBGE

Por força do decreto-lei estadual nº 3131, de 1938, Jacundá foi extinto e integrado ao distrito-sede de Marabá, donde restaurou-se, no mesmo ano. Entretanto, em 1943, teve parte do seu território transferido para o distrito de Itupiranga. Essa situação perdurou até 1961, quando desmembrado-se daqueles dois município, tornou-se unidade autônoma.

Seus limites municipais foram alterados para a criação dos municípios de: Rondon do Pará (lei nº.027 de 13/05/1982), Pacajá (Lei nº5.447 de 10/05/1998), Goianésia do Pará (Lei nº5.686 de 13/12/1991), Novo Repartimento (Lei nº 5.702 de 13/12/1991) e o município de Nova Ipixuna através da Lei 5.762 de 20/10/1993.

No que se refere aos serviços de saúde, atualmente o município conta com um hospital público municipal, três hospitais privados, seis unidades saúde da família e um centro de atenção psicossocial. Está vinculado à 11ª RPS, cuja sede é Marabá – PA.

Quando comparam-se os anos inicial e final da série, verifica-se que em 1999 a população era de 47.414 habitantes e em 2008, este número aumenta para

54.513 habitantes, ou seja, a população cresceu quase 15% no período do estudo (IBGE, 2009).

3.3 COLETA DE DADOS

Após a aprovação da Secretaria de Saúde do município (APÊNDICES A e B), foi realizada uma pesquisa em base de dados secundários, através de consulta ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde do município de Jacundá, no setor de Vigilância Epidemiológica, especificamente para os casos de hanseníase na população menor de 15 anos, notificados neste município, no período proposto de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2008, tendo como foco a ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde (ANEXO A) e a Boletim de Acompanhamento de Hanseníase (ANEXO B).

Além disso, realizou-se pesquisa documental a respeito do histórico dos avanços na implantação de serviços de vigilância em saúde, tais como: Unidade de saúde da família, núcleo de vigilância epidemiológica, Hospital Municipal e qualquer outro estabelecimento de saúde que teve relação com o Programa de Eliminação da Hanseníase no período proposto.

3.4 AMOSTRA

O estabelecimento da amostra baseou-se nos casos novos de hanseníase notificados no período e faixa etária selecionados e os dados da pesquisa foram coletados através de formulários estruturados pelo autor (APÊNDICES C e D).

No período proposto para o estudo, foram notificados 221 casos de hanseníase em pacientes menores de 15 anos. Destes, apenas 210 cumpriram os

critérios de inclusão e 11 foram excluídos. Nove casos que tiveram como modo de entrada transferência de outros municípios e dois que tiveram outros reingressos.

Ressalta-se que até o ano 2000, o grau de incapacidade física tinha quatro possíveis classificações (0, I, II e III). A partir deste ano, o Ministério da Saúde adotou uma nova classificação, vigente até os dias atuais, onde o grau de incapacidade agora possui apenas três classificações possíveis (0, I e II), portanto, aqueles casos que foram classificados como grau III, foram incluídos em grau II.

3.5 CRITÉRIOS

3.5.1 Critérios de Inclusão

A amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos que tiveram o diagnóstico de Hanseníase com idade inferior a 15 anos, que foram notificados no modo de entrada como “caso novo” atendidos nos Estabelecimentos de Saúde que tiveram o programa de controle da hanseníase no período estudado.

3.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos maiores de 15 anos, aqueles que tiveram como modo de entrada transferência de outro município, transferência de outro estado, transferência de outro país, recidiva, outros reingressos e ignorado, casos novos fora do período proposto e casos de inconsistência de informações.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais nesta população foram considerados os parâmetros da OMS preconizados pelo Ministério da Saúde. Para o coeficiente de detecção em menores de 15 anos: hiperendêmico quando acima de 1,0 por 10 mil habitantes; muito alto de 0,5 a 0,99 por 10 mil habitantes; alto de 0,25 a 0,49 por 10 mil habitantes; médio de 0,05 a 0,24 por 10 mil habitantes; e baixo quando inferior a 0,05 por 10 mil habitantes.

E para proceder a análise da correlação entre a tendência de incidência e a implantação dos serviços de vigilância em saúde foram construídos indicadores epidemiológicos e operacionais para cada ano considerando as variáveis previamente preconizadas pelo Ministério da Saúde, são elas: 1 - coeficiente de detecção anual de casos novos em menores de 15 anos por 10.000 habitantes; 2 - percentual de casos novos por sexo; 3 - percentual de casos novos por classificação operacional; 4 - percentual de casos novos para cada forma clínica; 5 - proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliada no momento do diagnóstico; 6 - proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no período de estudo; 7 - proporção de casos curados no período com grau de incapacidade física avaliado.

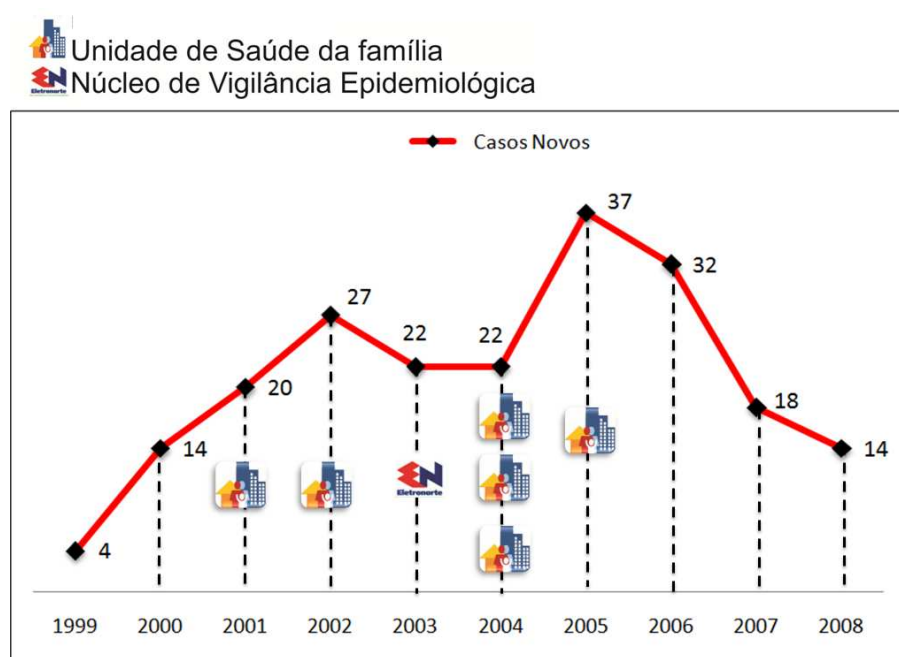
A análise foi realizada a partir de cruzamentos da variável dependente, casos de hanseníase em menores de 15 anos, com as variáveis independentes. Alguns indicadores que constavam inicialmente no projeto, foram excluídos por conta da inconsistência de dados, como por exemplo, o percentual de casos que realizaram baciloscopia. Os resultados foram trabalhados, utilizando-se de distribuições de frequências absolutas e relativas.

Na montagem do banco de dados, foram produzidos gráficos e tabelas no software Microsoft Office Excel 2007® para melhor entendimento e apresentação dos dados e de suas constatações.

4 RESULTADOS

No período de Janeiro de 1999 a Dezembro de 2008 foram notificados 210 casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos no município de Jacundá. Destes, o ano que apresenta menor número de casos é 1999 com 04 casos apenas e a maior incidência ocorreu em 2005, com 37 casos novos (Gráfico 01).

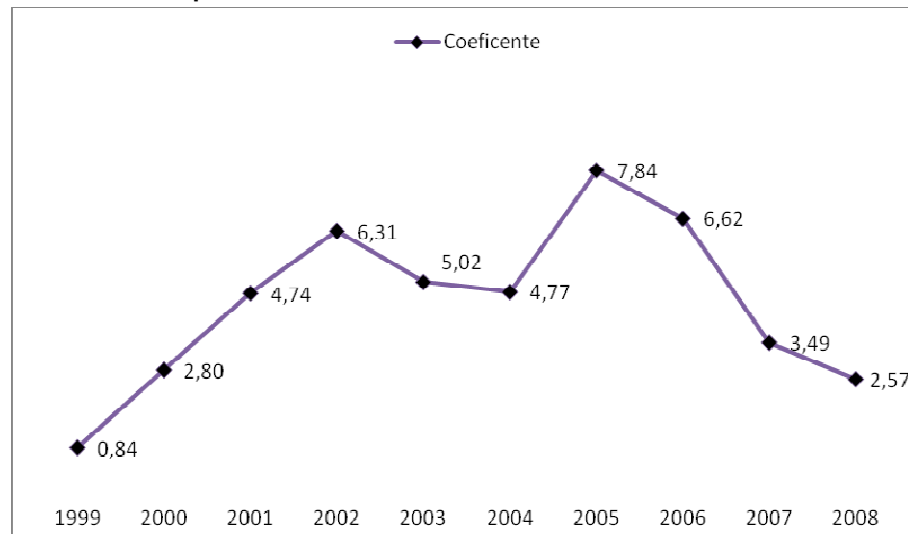
Gráfico 01 - Distribuição do número absoluto de casos novos de pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008 e a implantação dos serviços de saúde. Jacundá- Pará.



Fonte: Protocolo de pesquisa

O coeficiente de detecção anual apresenta comportamento oscilatório, com destaque para os anos de 2002, 2005 e 2006 que alcançaram os maiores coeficientes com 6,31; 7,84 e 6,62 respectivamente. Este coeficiente mostra a distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos a cada 10 mil habitantes (Gráfico 02).

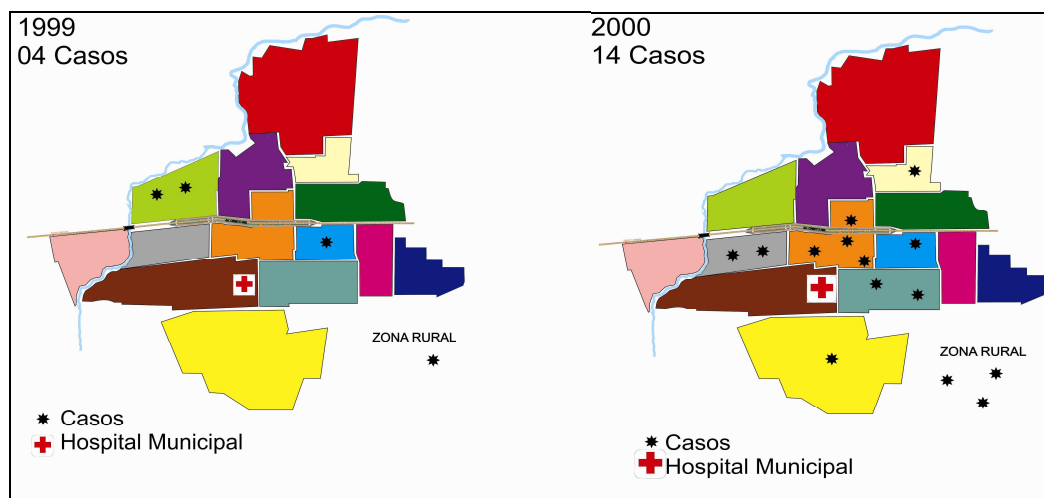
Gráfico 02 - Distribuição do coeficiente de detecção anual de hanseníase em menores 15 anos/10 mil habitantes no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará



Fonte: Protocolo de pesquisa

Sobre a implantação dos serviços de saúde, os registros municipais referem que em 1999, existia apenas uma unidade notificadora de hanseníase no município de Jacundá, o Hospital Municipal. Nele concentravam-se todas as ações do Programa de Eliminação da Hanseníase (PEH), que eram executadas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que cobria 100% do município, permanecendo assim no ano seguinte (Figura 02).

Figura 02 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, nos anos de 1999 e 2000.

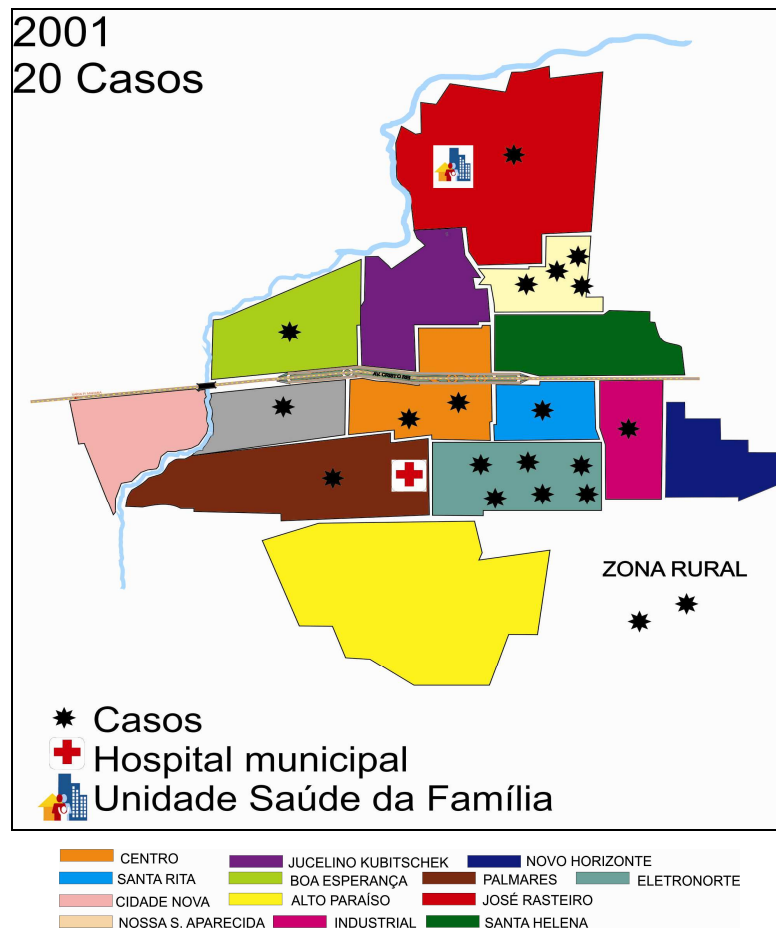


CENTRO	JUCELINO KUBITSCHEK	NOVO HORIZONTE
SANTA RITA	BOA ESPERANÇA	PALMARES
CIDADE NOVA	ALTO PARAÍSO	JOSÉ RASTEIRO
NOSSA S. APARECIDA	INDUSTRIAL	SANTA HELENA
		ELETRONORTE

Fonte: Protocolo de pesquisa

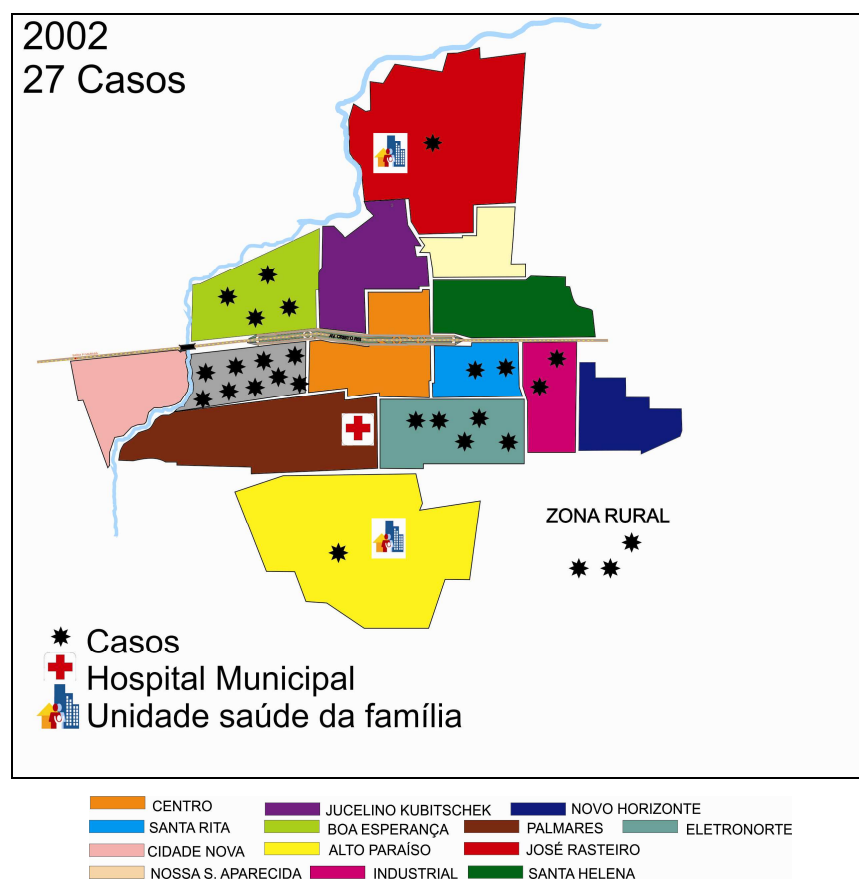
Em 2001, a cidade teve implantada sua primeira Unidade de Saúde da Família (USF), localizada no bairro José Rasteiro e neste mesmo ano a unidade passou a realizar ações de vigilância do PEH (Figura 03).

Figura 03 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2001.



A estratégia Saúde da Família foi implantada no bairro Alto Paraíso em 2002. Neste ano, os casos de Hanseníase em menores de 15 anos somaram 27 casos, sendo notificado um caso em cada bairro onde havia USF (Figura 04).

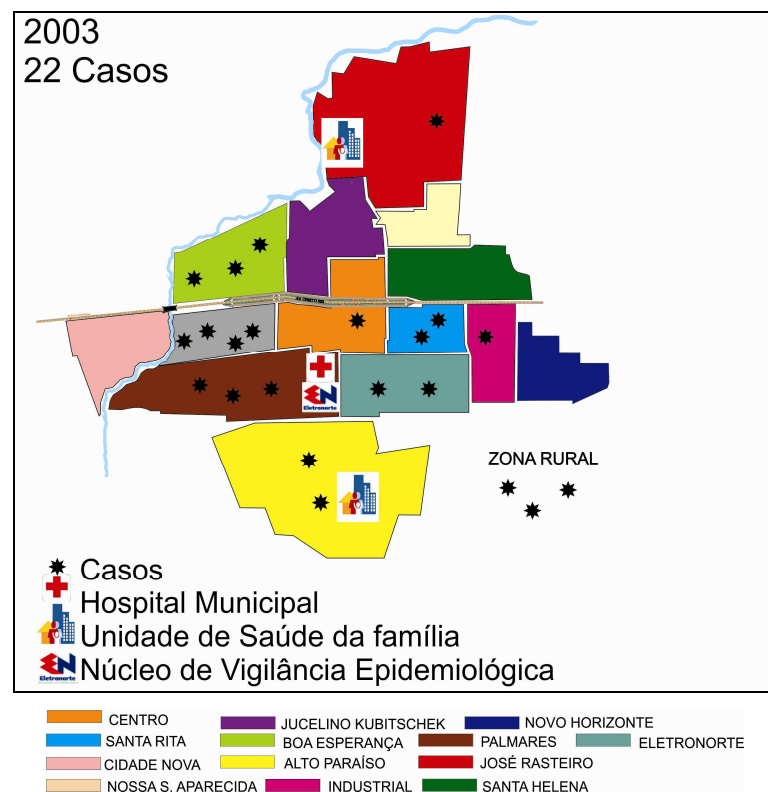
Figura 04 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2002.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Em 2003, O NUVE, foi oficialmente implantado, através do convênio entre a Eletronorte e a Prefeitura Municipal de Jacundá com o objetivo de intensificar a vigilância epidemiológica, o controle de doenças e agravos e a educação de saúde, visando detectar, prevenir e controlar as repercussões dos impactos ambientais das obras da segunda etapa da expansão da Usina Hidroelétrica de Tucuruí (Figura 05).

Figura 05 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2003.



Fonte: Protocolo de pesquisa

No ano de 2004, os habitantes dos bairros Cidade Nova, Industrial e Boa Esperança, receberam, cada um, respectivamente, uma USF. Isto representou um avanço considerável no PEH, naquele ano 22 casos de hanseníase em menores de 15 anos foram notificados(Figura 06).

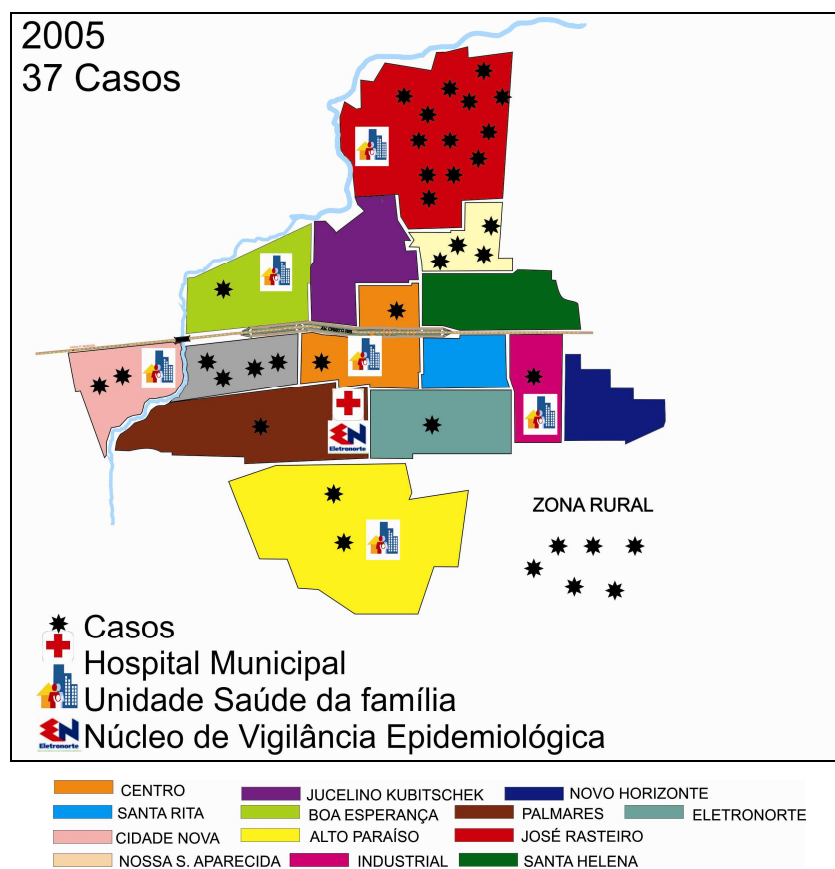
Figura 06 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2004.



Fonte: Protocolo de pesquisa

O município de Jacundá registrou o maior número de casos de Hanseníase em menores de 15 anos, em números absolutos, no ano de 2005, totalizando 37 casos novos. Neste mesmo período o município recebeu a USF Dilson Almeida no bairro Centro (Figura 07).

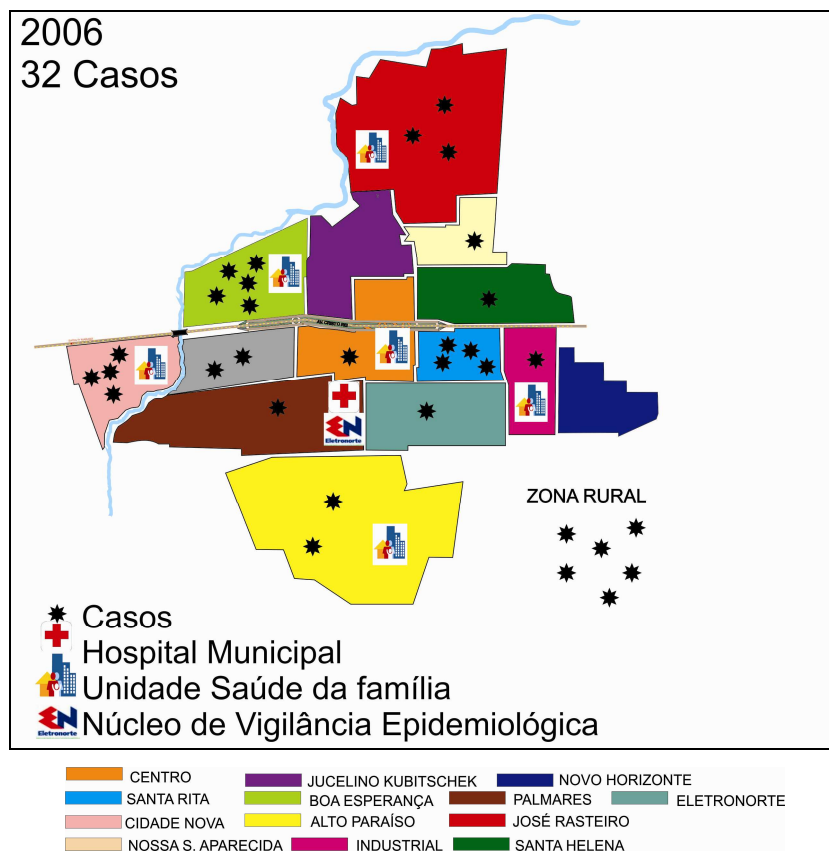
Figura 07 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2005.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Em dezembro de 2006, encerram-se as atividades do NUVE, pois o convênio fechado em 2001 expirou e não houve renovação. A partir de então, até o final do período estudado, os serviços de saúde permaneceram inalterados (Figura 08).

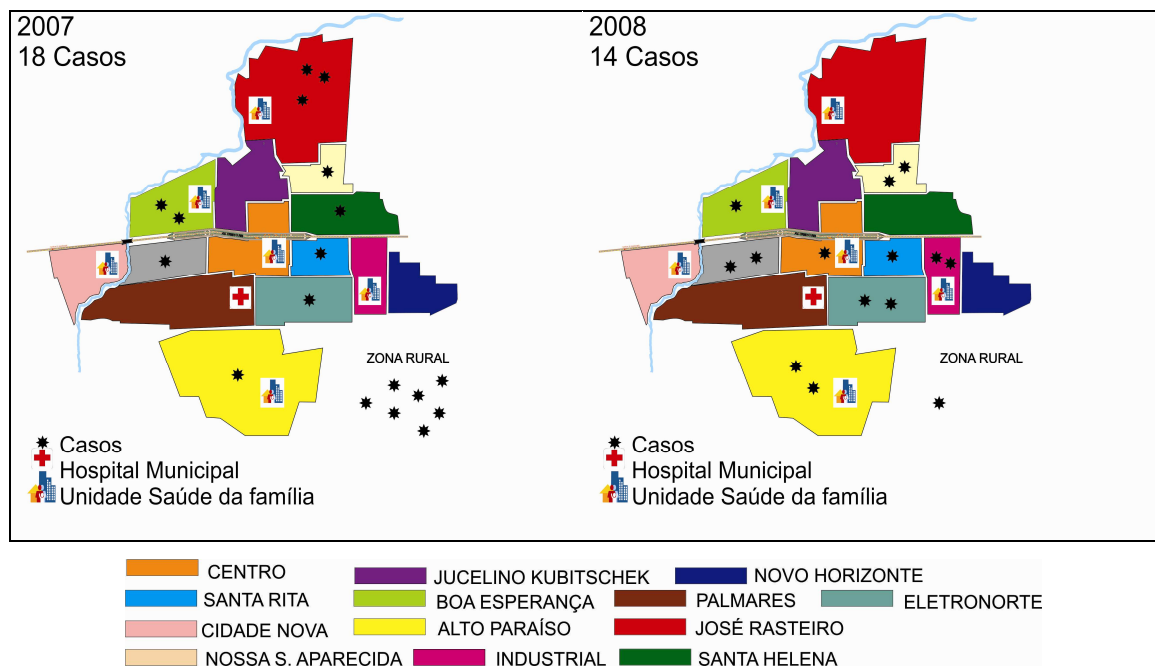
Figura 08 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, no ano de 2006.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Ao final do período, a incidência relativa de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos apresentou tendência de queda, registrando 18 casos em 2007 e 14 em 2008 (Figura 09).

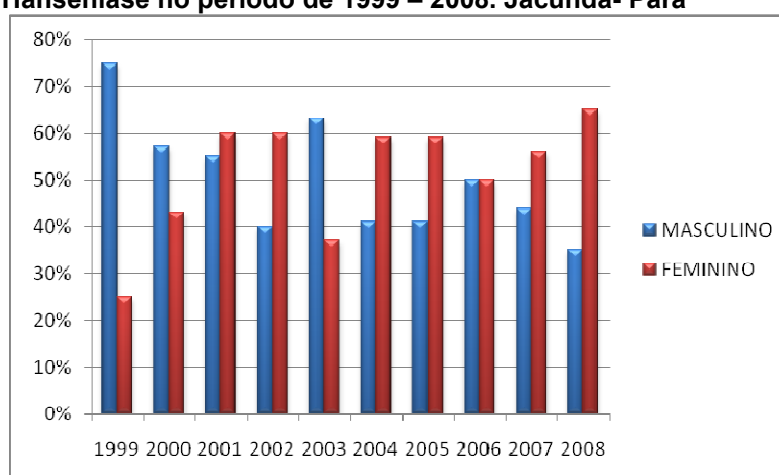
Figura 09 - Mapa da Zona Urbana de Jacundá mostrando a divisão dos casos por bairro e os serviços de saúde, nos anos de 2007 e 2008.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Outro objetivo do estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes. Quanto ao sexo, prevaleceu o masculino com 50,5% (106/210) de pacientes notificados (Gráfico 03). Percebe-se maior diferença nos extremos da série histórica. No ano de 1999 o sexo masculino foi 75% (3/4) dos casos, já em 2008 o feminino alcançou 64,3% (9/14).

Gráfico 03 - Distribuição por sexo dos casos novos de pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará



Fonte: Protocolo de pesquisa

No que se refere à distribuição dos casos por faixa etária, há prevalência absoluta da faixa entre 10 e 14 anos com 64,76% (Tabela 01). Sendo encontrado uma média da idade de 10 anos e 4 meses.

Tabela 01 - Distribuição por faixa etária dos pacientes menores de 15 anos acometidos por Hanseníase no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

IDADE	FREQUÊNCIA	%
0 a 4	5	2.38
5 a 9	69	32.85
10 a 14	136	64.76
TOTAL	210	100

Fonte: Protocolo de pesquisa

Na tabela 02, observa-se a distribuição dos casos ao longo do período. Observa-se que durante todo o período há predomínio da zona urbana (84,3%), com destaque para o ano de 2004, onde 100% dos casos registrados foram desta área.

Tabela 02 - Distribuição por zona dos casos de hanseníase em menores de 15 anos no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

ANO	ZONA				TOTAL
	URBANA	%	RURAL	%	
1999	3	75	1	25	4
2000	11	78.6	3	21.4	14
2001	18	90	2	10	20
2002	23	85.2	4	14.8	27
2003	19	86.4	3	13.6	22
2004	22	100	0	0	22
2005	31	83.8	6	16.2	37
2006	26	81.3	6	18.8	32
2007	11	61.1	7	38.9	18
2008	13	93	1	7	14
TOTAL	177	84.3	33	15.7	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

No que concerne à forma clínica, observou-se domínio da forma dimorfa sobre as demais (42,4%), seguida muito próximo da forma indeterminada (37,1%). No ano de 1999, em especial, 100% dos casos eram desta forma clínica e em 2003, 72,7% foram da forma dimorfa (Tabela 03).

Tabela 03 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com a forma clínica no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará. Na qual: I – indeterminada; T- tuberculóide; D- dimorfa; V- virchowiana; N C - Não classificados.

ANO	FORMA CLÍNICA										TOTAL
	I	%	T	%	D	%	V	%	N C	%	
1999	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4
2000	8	57.1	0	0	3	21.4	3	21.4	0	0	14
2001	10	50	3	15	7	35	0	0	0	0	20
2002	7	25.9	6	22.2	13	48.1	1	3.7	0	0	27
2003	2	9.1	1	4.5	16	72.7	3	13.6	0	0	22
2004	6	27.3	2	9.1	14	63.6	0	0	0	0	22
2005	15	40.5	10	27	12	32.4	0	0	0	0	37
2006	13	40.6	4	12.5	13	40.6	1	3.1	1	3.1	32
2007	8	44.4	1	5.6	6	33.3	0	0	3	16.7	18
2008	5	35.7	3	21.4	5	35.7	1	7.1	0	0	14
TOTAL	78	37.1	30	14.3	89	42.4	9	4.3	4	1.9	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

Porém, quando analisa-se separadamente os casos de acordo com a classificação operacional, os casos paucibacilares são maioria (52,9%). Em 2005, apenas 32,4% dos casos foram multibacilares (Tabela 04).

Tabela 04 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com a Classificação Operacional no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará. Fonte: Prot. de pesquisa

CLASSIFICAÇÃO PERACIONAL					
ANO	PB	%	MB	%	TOTAL
1999	4	100	0	0	4
2000	8	57.1	6	42.9	14
2001	13	65	7	35	20
2002	13	48.1	14	51.9	27
2003	3	13.6	19	86.4	22
2004	8	36.4	14	63.6	22
2005	25	67.6	12	32.4	37
2006	18	56.3	14	43.8	32
2007	11	61.1	7	38.9	18
2008	8	57.1	6	42.9	14
TOTAL	111	52.9	99	47.1	210

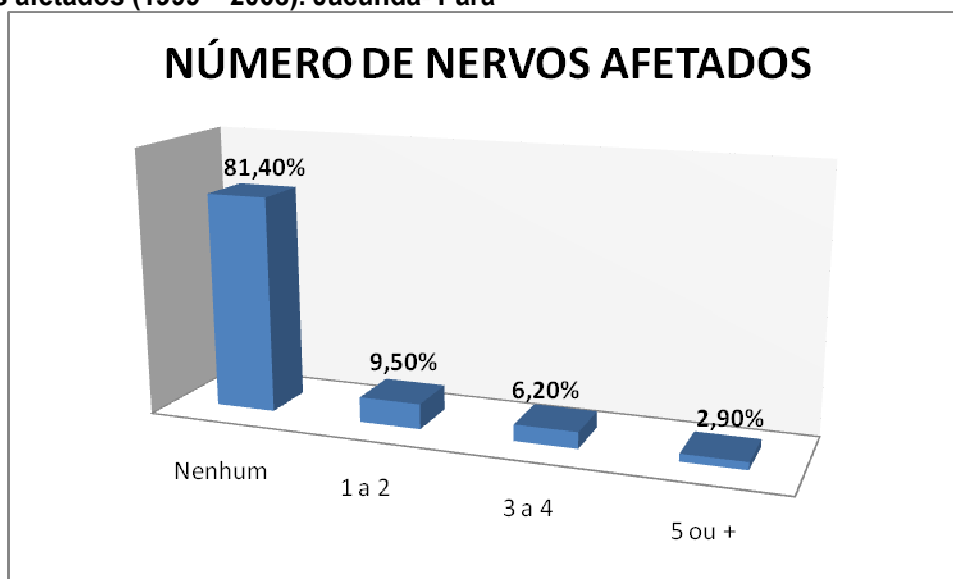
Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 05 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos quanto ao numero de nervos afetados no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

NÚMERO DE NERVOS AFETADOS								
Nenhum	%	1 a 2	%	3 a 4	%	5 ou +	%	TOTAL
4	100	0	0	0	0	0	0	4
14	100	0	0	0	0	0	0	14
20	100	0	0	0	0	0	0	20
27	100	0	0	0	0	0	0	27
22	100	0	0	0	0	0	0	22
22	100	0	0	0	0	0	0	22
18	48.6	11	29.7	5	13.5	3	8.1	37
14	43.8	9	28.1	7	21.9	2	6.3	32
18	100	0	0	0	0	0	0	18
12	85.7	0	0	1	7.1	1	7.1	14
171	81.4	20	9.5	13	6.2	6	2.9	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 04 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos quanto ao número de nervos afetados (1999 – 2008). Jacundá- Pará



Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 06 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o grau de Incapacidade física por ocasião do diagnóstico no período de 1999 – 2008. Jacundá-Pará.

GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA – DIAG									
ANO	Grau Zero	%	Grau I	%	Grau II	%	N. AVALIADO	%	TOTAL
1999	4	100	0	0	0	0	0	0	4
2000	11	78.6	1	7.1	2	14.3	0	0	14
2001	20	100	0	0	0	0	0	0	20
2002	23	85.2	3	11.1	1	3.7	0	0	27
2003	18	81.8	3	13.6	1	4.5	0	0	22
2004	21	95.5	0	0	1	4.5	0	0	22
2005	30	81.1	3	8.1	1	2.7	3	8.1	37
2006	29	90.6	1	3.1	1	3.1	1	3.1	32
2007	14	77.8	3	16.7	0	0.0	1	5.6	18
2008	13	92.9	1	7.1	0	0	0	0	14
TOTAL	183	87.2	15	7.1	7	3.3	5	2.4	210

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Tabela 07 - Proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará. Fonte: Protocolo de pesquisa.

Ano	Proporção
1999	0%
2000	14,28%
2001	0%
2002	3,70%
2003	4,54%
2004	4,54%
2005	4,54%
2006	3,22%
2007	0%
2008	0%

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 08 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o grau de Incapacidade física no momento da alta no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA – ALTA									
ANO	Grau		N.				N.		TOTAL
	Zero	%	Grau I	%	Grau II	%	AVALIADO	%	
1999	0	0	0	0	0	0	4	100	4
2000	7	50	1	7.1	1	7.1	5	35.7	14
2001	10	50	0	0	0	0	10	50	20
2002	10	37	1	3.7	0	0	16	59.3	27
2003	5	22.7	0	0	0	0	17	77.3	22
2004	6	27.3	3	13.6	0	0	13	59.1	22
2005	8	21.6	0	0	0	0	29	78.4	37
2006	0	0	11	34.4	0	0	21	65.6	32
2007	11	61.1	2	11.1	0	0	5	27.8	18
2008	4	28.6	1	7.1	0	0	9	64.3	14
TOTAL	61	29.0	19	9	1	0.5	129	61.5	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

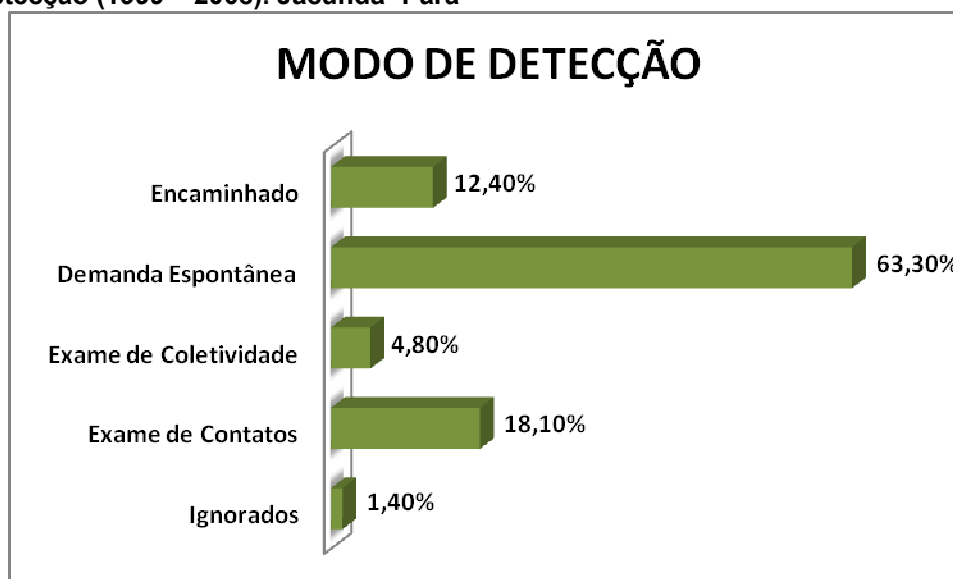
Quanto ao modo de detecção dos casos, observa-se que a maioria (63,3%) chegou às unidades de saúde por demanda espontânea. Em especial no ano de 2008, 85,7% dos pacientes chegaram por esta via (Tabela 09).

Tabela 09 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o modo de detecção no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

MODO DE DETECÇÃO											
ANO	Encaminhado	%	Demanda Espontânea	%	Exame de Coletividade	%	Exame de Contatos	%	Ignorados	%	TOTAL
1999	0	0	3	75	0	0	1	25	0	0	4
2000	0	0	13	92,9	0	0	1	7,1	0	0	14
2001	4	20	11	55	2	10	2	10	1	5	20
2002	4	14,8	13	48,1	0	0	9	33,3	1	3,7	27
2003	1	4,5	11	50	1	4,5	9	40,9	0	0	22
2004	3	13,6	15	68,2	0	0	3	13,6	1	4,5	22
2005	1	2,7	31	83,8	1	2,7	4	10,8	0	0	37
2006	8	25	11	34,4	4	12,5	9	28,1	0	0	32
2007	4	22,2	13	72,2	1	5,6	0	0	0	0	18
2008	1	7,1	12	85,7	1	7,1	0	0	0	0	14
TOTAL	26	12,4	133	63,3	10	4,8	38	18,1	3	1,4	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 05 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o modo de detecção (1999 – 2008). Jacundá- Pará



Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 10 - Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de novos casos diagnosticados no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará

Ano	Proporção
1999	0%
2000	100%
2001	0%
2002	21,58%
2003	6,06%
2004	28,86%
2005	25,69%
2006	32,22%
2007	41,67%
2008	28%

Fonte: Protocolo de pesquisa

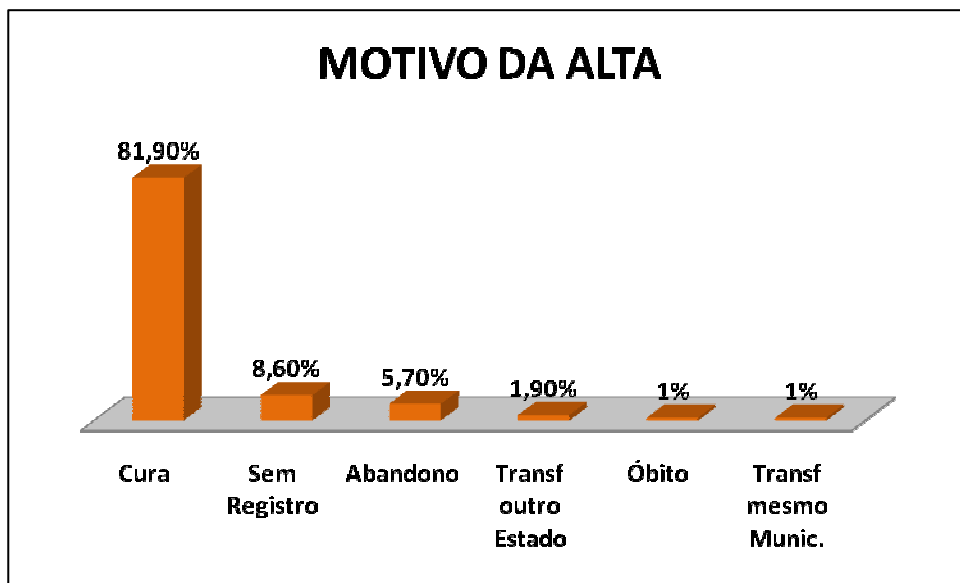
O motivo da alta mais predominante foi a cura (81,9%). Destaques para os anos de 1999 e 2001 que tiveram índices acima de 90%. O abandono teve destaque negativo no ano de 2006, quando atingiu 18,8% dos casos (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o motivo de alta no período de 1999 – 2008. Jacundá- Pará.

MOTIVO DA ALTA													
ANO	Cura	%	Transf mesmo Munic.	%	Transf outro Estado	%	Óbito	%	Abandono	%	Sem Registro	%	TOTAL
1999	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
2000	12	85,7	0	0	1	7,1	0	0	1	7,1	0	0	14
2001	19	95	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	20
2002	24	88,9	0	0	0	0	1	3,7	0	0	2	7,4	27
2003	19	86,4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13,6	22
2004	19	86,4	0	0	0	0	0	0	2	9,1	1	4,5	22
2005	32	86,5	0	0	2	5,4	0	0	2	5,4	1	2,7	37
2006	20	62,5	0	0	1	3,1	0	0	6	18,8	5	15,6	32
2007	16	88,9	0	0,0	0	0	1	5,6	1	5,6	0	0	18
2008	7	50	2	14,3	0	0	0	0	0	0	5	35,7	14
TOTAL	172	81,9	2	1	4	1,9	2	1	12	5,7	18	8,6	210

Fonte: Protocolo de pesquisa

Gráfico 06 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de acordo com o motivo de alta (1999 – 2008). Jacundá- Pará.



Fonte: Protocolo de pesquisa

5. DISCUSSÃO

Na região Sudeste do Estado do Pará, têm sido descritas elevadas taxas de morbidade associada à Hanseníase, contudo existem poucos estudos que avaliem os principais fatores envolvidos neste evento. Destaca-se neste caso, além de outros, íntima relação da doença com baixos níveis socioeconômicos, negligência para com os comunicantes e a rede de serviços de saúde deficitária (AMADOR et al, 2001; MAGALHÃES & ROJAS, 2007)

Neste estudo, foram avaliadas as fichas de notificação e os boletins de acompanhamento trimestral de 210 pacientes com idade inferior a quinze anos que tiveram diagnóstico de Hanseníase no período de 1999 a 2008, moradores do município de Jacundá - PA, visando levantar variáveis onde se pudesse avaliar a tendência da incidência, especificamente na faixa etária citada, e sua correlação com a evolução dos serviços de saúde e o levantamento do perfil epidemiológico destes pacientes.

A literatura é unânime em apontar que a detecção da doença em menores de quinze anos é um indicador de alta endemicidade da hanseníase e especialmente nos estados da região amazônica e em áreas de influência (incluindo o Estado de Mato Grosso), verificada principalmente devido à detecção de casos novos em menores de quinze anos, onde, para cada caso detectado em outras regiões do Brasil, em média, seis casos foram detectados na região Amazônica. (FERREIRA et al, 2007; IGNOTTI et al, 2004).

Durante o período estudado, houve oscilação da incidência na série e uma média de 21 casos/ano. De 1999 a 2002 houve aumento na taxa de detecção de 0,84 a 6,31/10 mil habitantes. Entre 2003 e 2004, a incidência declinou e em 2005, ela chega ao seu pico máximo, 7,84 casos/10 mil habitantes. De 2006 até o fim do período, a taxa apresentou queda, ficando em 2,57 casos/10 mil habitantes em 2008 (Gráficos 01 e 02). É importante enfatizar que somente a partir de agosto de 1999, Jacundá passou a ter seu próprio Sistema de Notificação. Antes deste período, os dados eram enviados para a cidade de Marabá (11ª RPS) onde eram

registrados no SINAN. Acredita-se que por esta razão, este ano foi o único em que o nível foi considerado muito alto, visto que nesta faixa etária, a taxa de detecção acima de 1,0/10 mil habitantes é considerada hiperendêmica; e entre 0,5 e 1,0 caso/10 mil habitantes é considerada muito alta (BRASIL, 2002).

Neste sentido, Campos (2003) destaca o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços.

Seguindo esta tendência, em 2001 e 2002, Jacundá recebeu suas primeiras Unidades saúde da família (Figuras 03 e 04) e como ao fim deste ano o município apresentou uma hiperendemicidade, associa-se isto ao incremento dos serviços, visto que havia mais profissionais atuando no diagnóstico.

Martelli (2002) enfatiza a necessidade imperativa de manutenção de um sistema de vigilância durante e após a eliminação da hanseníase. Com esta finalidade, em 2003 a cidade teve implantado o NUVE (Figura 05) que tinha como funções: a coleta e processamento de informações em saúde, treinamento dos profissionais de saúde e a divulgação de informações.

Em 2004, Jacundá implanta em dois meses, três USF, localizadas nos bairros Cidade Nova, Industrial e Boa Esperança (Figura 06). O reflexo destas implementações é percebido pelo maior número absoluto de casos de toda a série, 37 casos em 2005 (Gráfico 01).

Após o período de elevação na detecção em decorrência da implantação de novas unidades de saúde, mesmo mantendo níveis hiperendêmicos (> 1,0 caso/10 mil habitantes), o município tende a apresentar queda da incidência, mas ainda não se pode afirmar se isto ocorre pelo aumento do número de pacientes transmissores tratados ou se por um silêncio operacional, visto que o período de incubação da doença é longo e os últimos anos do estudo ainda estão próximos, porém pode-se perceber que nos períodos seguidos de implantação de novas USF,

a detecção anual da hanseníase aumentou. Isto reforça a necessidade de ações efetivas e permanentes de vigilância.

Cavalcante et al (2006), em um estudo que objetivava avaliar a implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família em Camaragibe, Estado de Pernambuco, relata que a implantação da estratégia Saúde da Família teve uma influência decisiva na reorientação do modelo de atenção à saúde como estratégia de substituição total da rede básica e conclui dizendo que, sem dúvida, foi a base para a estruturação da atenção básica no município. Em Jacundá, não existia rede básica de saúde antes da implantação da estratégia, porém esta era a melhor opção, visto que na taxa de incidência de hanseníase em menores de 15 anos, os resultados apresentados são promissores.

Quanto à faixa etária, foi encontrada uma média de idade de 10 anos e 04 meses e 64,76% (136/210) dos pacientes, estavam entre 10 e 14 anos de idade no momento do diagnóstico (Tabela 01). Resultados semelhantes (64,77%) foram relatados por Imbiriba et al (2008) em estudo realizado na cidade de Manaus no período de 1998 a 2005. Como a hanseníase é uma patologia cujo período de incubação varia de dois a sete anos, este resultado já era esperado.

Ainda assim, 2,38% (5/210) dos pacientes, tinham idade entre 0 e 4 anos. Destes pacientes, 0,95% (2/210) foi detectado através de exames de contatos domiciliares, o que nos mostra uma alta e precoce exposição ao bacilo transmissor. Nos menores de cinco anos, a hanseníase pode ser potencialmente incapacitante pela precocidade do adoecimento e pela possibilidade de determinar deformidades, apesar de não ser comum a ocorrência de incapacidades severas em crianças. (AMADOR et al, 2001).

Na amostra estudada, 50,5% (106/210) dos casos eram do sexo masculino e 49,5% (104/210) casos do sexo feminino, demonstrando considerável equilíbrio (Gráfico 03). Nos estudos de Lana et al (2007), os achados foram de 50,9% e 49,1% para masculino e feminino, respectivamente, demonstrando que diferentemente dos estudos realizados em adultos, na faixa etária menor de quinze anos, ocorreu equilíbrio quanto à distribuição desta variável.

Ferreira & Alvarez (2005) apresentaram em um estudo realizado na cidade de Paracatu-MG no qual 84% de sua amostra, residia na zona urbana daquele município, enquanto que 16% morava na zona rural. Neste trabalho, resultados semelhantes foram encontrados, 84,3% (177/210) na urbana e 15,7% (33/210) de pacientes de áreas rurais (Tabela 02). Tais achados mostram que apesar de a maioria dos casos encontrar-se em zonas ditas urbanas das cidades estudadas, estes municípios são longe das capitais, em áreas com precária infraestrutura. Neste caso, a alta prevalência da hanseníase nestas localidades estaria relacionada, além de outros fatores, às condições socioeconômicas desfavoráveis e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CAMPOS, 2003).

Quanto à forma clínica (Tabela 03), este estudo mostra predomínio da forma Dimorfa com 42,4% (89/210), seguida da forma Indeterminada 37,1% (78/210). Os achados de Ferreira e Alvarez (2005) foram semelhantes com 56% e 30,8%, respectivamente. Porém nos estudos de Imbiriba et al (2008) e Alencar et al (2008) a forma predominante foi a Tuberculóide com 50,2% no primeiro e 45,23% no segundo. Acredita-se que estes resultados diferiram, pois os últimos estudos foram realizados em duas capitais, onde o acesso aos serviços de saúde é facilitado, por isso a doença foi descoberta nas formas iniciais na maioria dos pacientes.

Outro dado importante, é que apesar de ter havido domínio da forma dimorfa, nos últimos quatro anos da série, houve um pareamento desta com a forma tuberculóide, sendo que em 2007, a forma tuberculóide chega a superar a forma dimorfa (44,4% X 33,3%). Além disso, neste mesmo ano, nenhum caso de hanseníase Virchowiana foi diagnosticado. Portanto, estes resultados demonstram que o diagnóstico no município estudado vem sendo feito gradualmente, mais precocemente.

Ainda sobre isto, 4,7% (09/210) dos casos foram virchowianos e na maioria das referências, não existiam casos com esta classificação, mostrando a magnitude da exposição em Jacundá. 1,9% (04/210) não tiveram classificação de Madri definida, porém três destes pacientes foram tratados como paucibacilares e um como multibacilar, mostrando uma dificuldade dos profissionais em classificar a hanseníase.

Corroborando com o achado anteriormente citado, quando se analisa a classificação operacional isoladamente (Tabela 04), os paucibacilares são 52,9% (111/210) e os multibacilares 47,1% (99/210). Este equilíbrio ocorre devido ao fato de que com o incremento dos serviços de saúde, passou-se a detectar os casos multibacilares antigos acumulados mais os novos casos iniciais. Isso somado à tendência de declínio da série, mostra que não há propensão à manutenção da transmissão, pois de acordo com Lastória e Putinatti (2004), a presença das formas multibacilares reflete a demora no diagnóstico, logo a diminuição gradual, reflete melhorias nos serviços de saúde.

Nos últimos anos muita ênfase vem sendo dada à prevenção e tratamento das incapacidades como forma de diminuir os danos resultantes da doença. Ressalta-se, entretanto, ser o diagnóstico precoce a medida mais eficaz para controlar a expansão da endemia (LANA et al, 2004). Nas tabelas 05 e 06, encontram-se os resultados quanto ao número de nervos afetados e o grau de incapacidade no diagnóstico. Os dados são contraditórios. No segundo, os pacientes classificados com grau de incapacidade física por ocasião do diagnóstico são 10,4% (22/210) e é menor que aqueles que apresentam nervos afetados, 18,6% (39/210). Sendo que para haver a classificação de grau de incapacidade I ou II, é necessária a presença de nervos afetados.

Espera-se que a maioria dos doentes, quando diagnosticados precocemente, não apresente incapacidades físicas. Sendo assim, os casos diagnosticados com alguma incapacidade - inclusive grau I - podem ser considerados diagnóstico tardio (LANA et al, 2004). Acredita-se em duas possibilidades para estes achados. Ou houve registro equivocado dos dados no sistema de informação, ou os profissionais não estavam devidamente treinados para a realização desta atividade.

A incapacidade física no paciente de hanseníase é o desfecho indesejado que denota uma detecção mais tardia da doença, representando também um bom dado epidemiológico para a análise da endemia (CUNHA et al, 2007). A estimativa da efetividade das atividades para detecção precoce de casos e da endemia oculta é realizada através da proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos

novos detectados e avaliados no ano de estudo. É considerado alto quando acima de 10%, médio quando entre 5 e 10% e baixo, quando abaixo de 5% (BRASIL, 2002).

Em nosso estudo, apenas no ano de 2000 (14,3%) esta proporção foi considerada alta, a partir de então se manteve em níveis baixos e nos dois últimos anos da série, 2007 e 2008, chegou a zero, ou seja, não houve detecção de pacientes com grau II de incapacidade (Tabela 07).

No que concerne à avaliação do grau de incapacidade realizado no momento da alta (Tabela 08), os dados encontrados não são animadores. 61,5% (129/210) dos pacientes do período, não tiveram realizado este exame. Tal atividade é extremamente importante, visto que o profissional pode aproveitar este momento para realizar orientações ao paciente referentes às possíveis reações pós-alta e avaliar se ao longo do tratamento, houve alguma mudança de classificação do grau. Se compararmos este procedimento com o que foi realizado por ocasião do diagnóstico (Tabela 06), houve diminuição do percentual de pacientes classificados como grau 0 de incapacidade de 87,2% para 29% e aumentou aqueles que inicialmente foram classificados como grau I de 7,1% para 9,0%. Acredita-se que estes valores poderão mascarar a realidade quanto ao grau de incapacidade nos menores de 15 anos, levando a interpretações errôneas, comprometendo a avaliação e o desenvolvimento de ações do programa de controle.

A descoberta de casos novos está relacionada com a cobertura dos serviços de saúde em hanseníase e a existência de pessoal treinado (ARAÚJO et al, 2004). Neste estudo, 63,3%(133/210) dos pacientes foram diagnosticados através de demanda espontânea, uma forma passiva de detecção e apenas 22,9% (48/210) através de formas ativas (Tabela 09). Nos últimos dois anos da série, a detecção, mesmo mantendo-se em níveis hiperendêmicos, segue em declínio, no entanto, a redução deste indicador deve ser analisada com critério, porque a redução pode ser efeito da substituição da busca ativa de casos pela detecção passiva (SOBRINHO & MATHIAS, 2008).

Em 2007 e 2008, não houve registro de casos que tiveram como modo de detecção o exame de contatos. Porém, no mesmo período, a proporção entre contatos domiciliares examinados e contatos domiciliares registrados, foi de 41,7% e 28%, respectivamente (Tabela 10). Sendo que para este indicador, Brasil (2002), o considera precário quando o mesmo encontra-se em níveis inferiores a 50%. Em seu estudo realizado no Vale do Jequitinhonha-MG, Lana (2007) relata que a possibilidade de descoberta de casos de hanseníase em menores de 15 anos pelas formas ativas é 2,27 vezes maior que nas formas passivas.

Quanto ao motivo da alta, 81,9% (172/210) dos pacientes receberam alta por cura (Tabela 11). Este resultado vai ao encontro do que foi relatado por Imbiriba et al (2008), 87,8% de pacientes curados. Estes dados avaliam a efetividade dos tratamentos e medem a qualidade do atendimento prestado, refletindo a capacidade dos serviços em assistir adequadamente os casos de hanseníase (BRASIL, 2002).

Todos estes achados revelaram o perfil dos pacientes menores de 15 anos acometidos pela hanseníase nos últimos anos na cidade de Jacundá-PA, a contribuição positiva da expansão dos serviços de atenção primária em saúde no município, especialmente o programa de eliminação da hanseníase e o quanto ainda tem de ser feito para que sejam alcançadas as metas dos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

6 CONCLUSÃO

- 1) O município de Jacundá apresentou, entre os anos de 2000 e 2008, coeficientes de detecção anual de hanseníase em menores de 15 anos considerados hiperendêmicos pelo Ministério da Saúde;
- 2) Os anos seguintes às implantações de Serviços de Vigilância (2002 e 2005) a detecção anual aumentou consideravelmente em relação aos anos anteriores;
- 3) A série histórica apresentou tendência de declínio nos últimos três anos;
- 4) O perfil epidemiológico encontrado foi: pacientes do sexo masculino (50,5%), com média de 10 anos e 04 meses de idade por ocasião do diagnóstico, que residiam na zona urbana do município (84,3%) e que foram detectados na forma dimorfa (42,4%);
- 5) Houve incompatibilidade numérica nas variáveis grau de incapacidade física por ocasião do diagnóstico e número de nervos afetados, mesmo estas sendo interdependentes;
- 6) A busca ativa de casos não é uma constante no município, pois a maioria (63,3%) dos casos foi diagnosticada através de formas passivas de detecção;
- 7) O município mantém os pacientes com regularidade no tratamento, alcançando 81,9% de encerramento dos casos por cura;
- 8) Com a implementação dos serviços de saúde, o diagnóstico passou a ser realizado mais precocemente;
- 9) Como a série apresenta-se em declínio desde 2006, a detecção de paucibacilares superou a de multibacilares nos últimos anos, refletindo que

o diagnóstico vem sendo feito mais precocemente e a proporção de casos com incapacidade física entre os casos novos detectados e avaliados vem mantendo-se em níveis considerados baixos, chegando a zerar nos últimos dois anos da série, constatou-se que há tendência de declínio da endemia no município, portanto, a implantação dos novos serviços de saúde teve impacto decisivo na diminuição da incidência de hanseníase na cidade estudada.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; RAMOS Jr., A. N.; ALENCAR, M. J. F.; PONTES, R. J. S.; CASTRO, C. G. J.; HEUKELBACH, J. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, .v.61, n. especial, p. 694-700, out. 2008.

AMADOR, M. P. S. C.; BARROS, V. R. S.; ALBUQUERQUE, P. J. B. S.; BUNA, M. I. F.; CAMPOS, J. M.. Hanseníase na infância no município de Curionópolis – sudeste do Estado do Pará relato de caso. **Hansenologia internationalis**, v.26, n.2, p. 121-125, dez. 2001.

ARAÚJO, M. G.; LANA, F. C. F.; FONSECA, P. T. S.; LANSA, F. M. Detecção da hanseníase na faixa etária de 0 a 14 anos em belo horizonte no período 1992-1999: implicações para o controle. **Revista de Medicina de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.14, n.2, p. 78-83, abr.-jul. 2004.

BEIGUELMAN, Bernardo. Genetics and leprosy. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.7, n.1, p.117-128, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Hanseníase: Dados e indicadores**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/hanseniase/dados.htm>>. Acesso: 13 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Hanseníase: Dados e indicadores**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2007.saude.gov.br/svs/epi/hanseniase/dados.htm>>. Acesso: 01 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Banco de dados estadual. Jacundá – Pará**. Brasília, 2007.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família, **Ciência e Saúde coletiva**. São Paulo, v.8, n.2, p. 569-581, 2003.

CAVALCANTE, M. G. S.; SAMICO, I.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro, **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.6, n.4, p. 437-445, out.-dez. 2006.

COSTA, M. C. O.; FORMIGLI, V. L. O. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.2, p. 177-184, out. 2001.

CUNHA, Ana Zoé Schilling. Leprosy: evolution aspects of its diagnosis, treatment and control. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.7, n.2, p. 235-242, 2002.

CUNHA, M. D.; CAVALIERE, F. A. M.; HÉRCULES, F. M.; DURAES, S. M. B.; OLIVEIRA, M. L. W.; MATOS, H. J.. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1187-1197, maio, 2007.

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.76-88, maio-ago. 2004.

FERREIRA, Francilene Xavier. **Análise da Implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase em Manaus**. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Universidade Federal do Amazonas. Fundação Oswaldo Cruz. Manaus. 2005.

FERREIRA, Isaias Nery; ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.8, n.1, p. 41-49, 2005.

FERREIRA, I. N.; EVANGELISTA, M. do S. N.; ALVAREZ, R. R. A. Distribuição espacial da hanseníase na população escolar de Paracatu- Minas Gerais, realizada por meio de busca ativa (2004 a 2006). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.10, n.4, p. 555-567, 2007.

FIGUEIREDO, Ivan Abreu; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998: a endemia está em expansão?. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 439-445, mar.-abr. 2003.

GALVÃO, P. R. S.; FERREIRA, A. T.; MACIEL, M. G. G.; ALMEIDA, R. P.; HINDERS, D.; SCHREUDER, P. A.; KERR-PONTES, L. R. S. An evaluation of the Sinan health information system as used by the Hansen's disease contro programme, Pernambuco State, Brazil. **Leprosy Review**. v.79, p. 171-182, 2008.

HELMER, K. A.; FLEISCHFRESSER, I. ; KUCHARKI-ESMANHOTO, L.; D.; FILLUS NETO, J.; SANTAMARIA, J. R. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante) na gestação. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.79, n.2, p. 205-210, mar.-abr. 2004.

IMBIRIBA, E. B.; HURTADO-GUERRERO, J. C.; GARNELO, L.; LEVINO, ^a; CUNHA, M. G.; PEDROSA, V.. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 6, p.1021-1026, dez. 2008.

IBGE. **Cidades – Pará – Jacundá**, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: maio de 2009.

IGNOTTI, E.; RODRIGUES, ^a M.; ANDRADE, V. L. G.; VALENTE, J. G. Aplicação de métodos de estimativa da prevalência de hanseníase no Estado de Mato Grosso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.7, n.2, p. 155-166, 2004.

LANA, F. C. F.; LIMA, R. F.; ARAUJO, M. G.; FONSECA, P. T. S. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG- Período 92/97. **Hansenologia Internationalis**. v. 25, n. 2, p. 121-132, jul.-dez. 2000.

LANA, F. C. F.; AMARAL, E. P.; FRANCO, M. S.; LANZA, F. M. Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico?. **Hansenologia internationalis**. v.29, n.2, p. 118-123 , jul.-dez. 2004.

LANA, F. C. F.; AMARAL, E. P.; LANZA, F. M.; LIMA, P. L.; CARVALHO, ^a C. N.; DINIZ, L. G. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.60, n.6, p. 696-700, nov.-dez. 2007.

LAPA, T. M.; XIMENES, R. A. A.; SILVA, N. N.; SOUZA, W. V.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; CAMPOZANA, G. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17, n.5, p. 1153-1162, set.-out. 2001.

LASTÓRIA, J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansenologia internationalis**. v.29, n.1, p. 6-11 2004.

MAGALHÃES, Maria da Conceição Cavalcanti; ROJAS, Luisa Iñiguez. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, v. 16, n.2, p. 75-84, 2007.

MARTELLI, C. M. T.; STEFANI, M. M. A.; PENNA, G. O.; ANDRADE, A. L.S. S. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica:

hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 5, n. 3, p. 273-285, dez. 2002.

OPROMOLLA, Dilton Vladimir Araújo. Noções de Hansenologia. **Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato**. São Paulo, 2000, p. 101 – 115.

SANCHES, L. A. T.; PITTNER, C.; SANCHES, H. F.; MONTEIRO, M. C.. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n.5, p. 541-545, set.-out. 2007.

SOBRINHO, Reinaldo Antônio da Silva; MATHIAS, Thaís Aida de Freitas. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 303-314, fev. 2008.

TARLÉ, S. F.; MIRANDA, R. N.; PEREIRA, L. C.; NASCIMENTO, R. A.; MELLO, S. L.; MESQUITA, L. A. F.; DECHANDT, I. T. Desenvolvimento de preparado antigênico Mitsuda-símile e sua avaliação em pacientes multibacilares Mitsuda-negativos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v.80, n.4, p. 355-62, jul.-ago. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy elimination project**. Disponível em: <<http://www.who.int/lep>> Acesso em: 28 maio 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. Geneva. v.25, n. 82, p. 225-232, 2007.

YAWALKAR, Shantaram. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO. **Leprosy for medical practitioners and paramedical workers**. Geneva: **Novartis Foundation for sustainable development**, Basle, Switzerland. 2002. p. 134.

APÊNDICES

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS TROPICAIS
MESTRADO EM DOENÇAS TROPICAIS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ao Ilmo Secretário Municipal de Saúde de Jacundá, Sr. Eduardo Tuma

Após cumprimentá-lo cordialmente, Eu, José Maria dos Santos Coelho Júnior, discente do curso de Pós-graduação *Strictu sensu* em nível de Mestrado, vinculado ao Núcleo de Medicina Tropical da UFPA, venho por meio desta, solicitar mui respeitosamente, a Autorização para a realização da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DA TENDÊNCIA DE INCIDÊNCIA DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO E A SUA RELAÇÃO COM A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**”, sob orientação da Profa. Dra. Marília Brasil Xavier.

Este estudo objetiva investigar e analisar a incidência da hanseníase em menores de 15 anos no município de Jacundá, em uma série histórica no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007 e sua relação com a implantação de serviços de vigilância em saúde. Para tanto, será necessário a consulta ao SINAN e visita às unidades notificadoras de hanseníase, tais como: Unidades de Saúde da Família, Hospital Municipal, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, entre outros que se fizer necessário.

Gostaria de esclarecer que a pesquisa não acarretará qualquer ônus ao município, e que a autorização para a realização desta investigação será importante para que no futuro possamos entender a dinâmica da disseminação da patologia em questão.

Esta autorização poderá ser revogada em qualquer momento da coleta de dados.

Certo de sua colaboração e deferimento, agradeço desde presente momento.

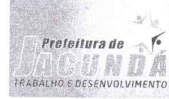
José Maria dos Santos Coelho Júnior
Enfermeiro – COREN/PA 108856
Responsável pela pesquisa
(91) 81578394

Handwritten notes:
B. 07, 09

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUNDÁ
PODER EXECUTIVO
CNPJ: 05.854.633/0001-80
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Ofício° N.º 0329/2009/SMSJ/GAB

Jacundá-PA, 13 de julho de 2009.

Ao:

Ilmo. Sr.

Dr. José Maria dos Santos Coelho Júnior

MD. Enfermeiro

Belém-PA

Assunto: Autorização para pesquisa em hanseníase

Senhor Enfermeiro,

Em resposta a vossa solicitação de autorização de pesquisa em hanseníase, neste município, informamos que a mesma foi **deferida**, bem como a visita às unidades notificadoras de hanseníase.

Sem mais para momento, desde já reiteramos votos de estima e apreço com

Cordiais Saudações.

Eduardo da Silva Tuma
Secretário Municipal de Saúde
Decreto N.º 009/09
Membro Titular da C.I. B.

APÊNDICE C

FORMULÁRIO 01 – PACIENTE

UNIDADE: _____

01) DADOS GERAIS:

ANO: _____

DATA DA NOTIFICAÇÃO ____/____/____

DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____

02) DADOS DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

IDADE: _____ SEXO: () 1-M () 2-F () 3-I

RAÇA: () 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5- Indígena 9-Ignorado

OCUPAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE: () **0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 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) 9-Ignorado 10- Não se aplica**

03) DADOS DA RESIDÊNCIA

BAIRRO: _____ ZONA: _____

04) DADOS DO CASOFORMA CLÍNICA: () **1 - I 2 - T 3 - D 4 – V 5 - Não classificado**CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL: () **1 - PB 2 – MB**

NÚMERO DE NERVOS AFETADOS: |__|__|

GRAU DE INCAP. FÍSICA - DIAG() **0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado**GRAU DE INCAP. FÍSICA - ALTA() **0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado**

MODO DE DETECÇÃO SE CASO NOVO: () **1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado**

BACILOSCOPIA () **1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado**

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS: _____

NÚMERO DE CONTATOS EXAMINADOS: _____

MOTIVO DA ALTA () **1 – Cura 2 – Transf p/ memo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnostico 9 – Sem registro**

APÊNDICE D

FORMULÁRIO 02 – UNIDADE NOTIFICADORA

UNIDADE: _____

MÊS/ANO DE INAUGURAÇÃO: ____/____

INÍCIO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HANSENÍASE ____/____

NÚMEROS INICIAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS): |__|__|



NÚMEROS ATUAL DE ACS: |__|__|

Nº. INICIAL DE FAMÍLIAS ATENDIDAS |__|__|__|__|

Nº. ATUAL DE FAMÍLIAS ATENDIDAS |__|__|__|__|

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE HANSENÍASE

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº <input type="text"/>			
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 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Individual					
	2	Agravado/doença HANSENÍASE		3	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (CID10) A 30.9		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador) Código		7	Data do Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano	11	Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12	Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Dados de Residência	13	Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		14	Escolaridade <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 5ª a 8ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 9ª a 12ª série incompleta do EF (antigo ginsêo ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginsêo ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica		
	15	Número do Cartão SUS	16	Nome de mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
Dados Complementares do Caso	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida...)		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		
Dados Clínicos	27	CEP		28	(DDD) Telefone		
	29	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perturbada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)		
	31	Nº do Pontalhão		32	Ocupação		
Agravamento	33	Nº de Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 - Não classificado		34	Forma Clínica <input type="checkbox"/> 1 - I <input type="checkbox"/> 2 - T <input type="checkbox"/> 3 - D <input type="checkbox"/> 4 - V <input type="checkbox"/> 5 - Não classificado		
	35	Classificação Operacional <input type="checkbox"/> 1 - PE <input type="checkbox"/> 2 - MB		36	Nº de Nervos afetados		
	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico <input type="checkbox"/> 0 - Grau Zero <input type="checkbox"/> 1 - Grau I <input type="checkbox"/> 2 - Grau II <input type="checkbox"/> 3 - Não Avaliado					
Dados Lab.	38	Modo de Entrada <input type="checkbox"/> 1 - Caso Novo <input type="checkbox"/> 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) <input type="checkbox"/> 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) <input type="checkbox"/> 4 - Transferência de Outro Estado <input type="checkbox"/> 5 - Transferência de Outro País <input type="checkbox"/> 6 - Recidiva <input type="checkbox"/> 7 - Outra Reinfecção <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
	39	Modo de Detecção do Caso Novo <input type="checkbox"/> 1 - Encaminhamento <input type="checkbox"/> 2 - Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - Exame de Coletividade <input type="checkbox"/> 4 - Exame de Contato <input type="checkbox"/> 5 - Outras Modos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
	40	Baciloscopia <input type="checkbox"/> 1 - Positiva <input type="checkbox"/> 2 - Negativa <input type="checkbox"/> 3 - Não realizada <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
Tratamento	41	Data do início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial <input type="checkbox"/> 1 - PQ21PB/6 doses <input type="checkbox"/> 2 - PQ7MB/12 doses <input type="checkbox"/> 3 - Outros Esquemas Substitutos		
	43	Número de Contatos Registrados					
	Observações adicionais:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		

ANEXO B – BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

UF: _____ Município: _____

Unidade: _____

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Mun. de Residência Atual	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Data mudança esquema	Contatos examinados	Tipo saída	Data da alta
-------------------------	---------------------------	------	--------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------	----	----	----	----	----	----------------------	---------------------	------------	--------------

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

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

NC: Número de Contatos Examinados

ND: Número de Doses recebidas

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/PB/0 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída: 1 - Cura 2 - Transf p/ outro município 3 - Transf p/ outro município 4 - Transf p/ outro Estado 5 - Transf para outro País 6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico