

EDIANE FIGUEIRA AGUIAR CÓTICA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE
VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

BRASÍLIA
2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDIANE FIGUEIRA AGUIAR CÓTICA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE HANSENÍASE NO
MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília para a obtenção do grau de
Mestre; área de Saúde Coletiva do curso de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosicler Rocha Aiza Alvarez

BRASÍLIA
2010

Cótica Aguiar, Ediane Figueira

Perfil clínico-epidemiológico e qualidade de vida em crianças e adolescentes portadores de hanseníase no município de Palmas- TO / Ediane F. Aguiar Cótica. - Brasília: UNB / Faculdade de Ciências Médicas, 2010.

XXIII, 134f.

Orientador: Prof^a Dr^a Rosicler Rocha Aiza Alvarez

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas, 2010.

1. Hanseníase. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Qualidade de vida. 5. Questionários.

Dissertação. I. Alvarez, Rosicler Rocha Aiza. II. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

EDIANE FIGUEIRA AGUIAR CÓTICA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES PORTADORES DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
PALMAS-TO**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília para a obtenção do grau de
Mestre; área de Saúde Coletiva do curso de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde.

Aprovada em 26 de novembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosicler Rocha Aiza Alvarez (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Isaias Nery Ferreira (1^o Membro)
Fundação Nacional de Saúde

Prof. Dr^a. Izelda Maria Carvalho Costa (2^o Membro)
Universidade de Brasília

Para meu esposo, ILDO JÚNIOR, companheiro de todas as horas, obrigada pelo incentivo, amor, compreensão e ensinamentos.
“O que realmente importa é deixarmos algo importante nesta nossa passagem, para que possa servir de exemplo, de ajuda aos que precisam.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por sempre iluminar toda a minha trajetória de vida e dar-me a oportunidade de realizar os meus sonhos

À minha orientadora, Professora Doutora ROSICLER ROCHA AIZA ALVAREZ, meu reconhecimento e gratidão pela sua dedicação em sua orientação e pelos anos de intensa doação em prol da eliminação da hanseníase, bem como pela satisfação em conhecê-la pessoalmente e saber o quão é grande seu coração de mãe.

Ao Prof. Dr. ISAIAS NERY FERREIRA, que aceitou este desafio e serviu-me de espelho no desenvolvimento desta pesquisa. Mesmo à distância, sempre esteve à disposição, tendo recebido-me em sua bela Paracatu, abrindo as portas de sua casa, juntamente com a Professora Irís.

À Prof^a. Dr^a. IZELDA MARIA CARVALHO COSTA que gentilmente aceitou compor a banca examinadora, o que em muito engrandecerá o desafio de concluir o presente estudo.

À Prof^a. Dr^a. MARIA SOLANGE, meu muito obrigada, pois foi o nascedouro desta pesquisa, desde o início do pré-projeto, e sempre ajudando, com muito carinho, à todos que a requisitam.

À LUCIANA, IVANA, ADRIANA, ELZIRENE, ISABEL SOCORRO, SUEN, Coordenadoras e integrantes da equipe de hanseníase das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, as quais foram de vital importância na elaboração deste estudo.

Aos meus amados PAIS (Edina e Antenor), que me apoiaram, desde a minha concepção, ensinando-me a ver o mundo de forma amorosa, carinhosa e positiva. Embarcaram nos meus anseios, expectativas e sonhos, deram-me a oportunidade de ter uma vida pessoal e profissional de médica, das quais sou tão realizada e feliz Obrigada pai e mãe por vocês existirem na minha vida.

À minha filha LARA, que apesar da pouca idade, soube compreender a relevância do desafio a que me propus, aceitando pacientemente o pouco tempo que tive para

acompanhá-la em suas atividades, mas esteve sempre ao meu lado, cooperando e sendo companhia imprescindível. A mamãe ama muito você.

À IVANA, que sempre presente esteve, auxiliando e acompanhando nas pesquisas de campo, tornando mais agradável e compensadora a caminhada, que parecia extremamente extenuante, mas saímos com a certeza da valia do trabalho realizado.

Aos meus IRMÃOS, que sempre demonstraram grande entusiasmo pelo meu trabalho, e foram fonte inesgotável de força para que eu conseguisse concluir mais esta fase na minha vida e, nos momentos de recaída, deram-me estímulo para continuar.

À IRMÃ/AMIGA CYNTIA, que além dos longos anos de amizade fraterna, foi decisiva para a conclusão deste trabalho, conseguindo repassar sua experiência advinda do Mestrado da UFU, bem como, me acolhendo em sua casa por vários e vários dias, ajudando sobremaneira a impulsionar o desenvolvimento do meu trabalho, e principalmente na conclusão, além de sempre me oferecer seu ombro amigo.

À COLEGA/AMIGA/IRMÃ, CLAUDIA CAMARA SULEIMAN, que tem participação decisiva no desenvolvimento deste trabalho, primeiro pela notável dermatologista que é pela sensibilidade natural que tem no trato com os pacientes e principalmente pelo ouvido e voz amiga que ajudaram de forma decisiva, seja na parte teórica do desenvolvimento, seja na parte emocional dando forças para o presente desafio. E seu marido NADER, que em questões de minutos, me proporcionou diretrizes fundamentais no desfecho da pesquisa

Aos AMIGOS/COMPADRES PAULA e EBER, que mesmo diante da dificuldade de horário, sempre estiveram a postos, ajudando com o domínio que ambos têm na arte da arquitetura e domínio das tecnologias da informação, sendo partes fundamentais do sucesso que sinto já alcançado com a conclusão deste desafio.

À querida amiga ROBERTA que mesmo diante das suas extensas ocupações profissionais disponibilizou seu valoroso tempo em ajudar-me na parte ortográfica desse estudo.

Às minhas COLEGAS DA CLÍNICA, que compreenderam a minha ausência, não deixando que ela fosse sentida de forma negativa pelos pacientes, pelo contrário até incentivaram o estudo.

Às CRIANÇAS e PAIS que foram bastante receptivos e amorosos ao nos receberem em suas casas para a realização das entrevistas. E, apesar do curto espaço de tempo percebeu-se que além da enfermidade, essas pessoas também sofrem outras necessidades tais como a falta de políticas adequadas, demonstrando que se sentiram seguras por alguém olhar e/ou se importar com suas causas.

"Não sei... se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos
O coração das pessoas"

(CORA CORALINA)

RESUMO

A Hanseníase é reconhecida mundialmente como grave problema de saúde pública. No Brasil é endêmica, sendo atualmente, o Estado do Tocantins o primeiro em número de casos novos em menores de 15 anos. É uma doença infecto-contagiosa, dermatoneurológica, que pode gerar incapacidades ou deformidades. Além de resultar em prejuízos de ordem sócio-econômica e na qualidade de vida, determinando estigmas, preconceitos e problemas psicológicos ao longo da vida dessas pessoas. O estudo objetiva conhecer as características clínicas e epidemiológicas, bem como, avaliar a qualidade de vida de pacientes menores de 15 anos, diagnosticados com hanseníase no período de 2006 a 2009, através de um instrumento específico no município de Palmas – TO. Trata-se de estudo descritivo (clínico-epidemiológico), observacional, e transversal. Foram reavaliados 40 crianças e adolescentes portadores de hanseníase e aplicado o CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) correlacionando-o com as variáveis clínicas da doença (classificação operacional, grau de incapacidade no diagnóstico e pós-alta, e reação hansênica). Analisando o perfil clínico e epidemiológico, predominaram 23 (57,5%) indivíduos do gênero feminino; 32 (80%) na faixa etária de 10 a 16 anos; 20 (50%) com seis a nove anos de estudo; 38 (95%) residiam na zona urbana; 30 (75%) com renda familiar inferior a dois salários mínimos. A forma clínica prevalente foi a Indeterminada com 21 (52,5%) pacientes; 29 (72,5%) classificados na forma Paucibacilar; 37 (92,5%) com grau zero de incapacidade no diagnóstico e 19 (47,5%) com grau zero após alta. Quanto à qualidade de vida, 18 (45%) pacientes apresentaram comprometimento da qualidade de vida segundo escore obtido pelo CDLQI. As variáveis analisadas separadamente mostraram uma tendência a correlação gravidade e prejuízo da qualidade de vida, porém sem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$). A partir deste estudo, o qual foi o primeiro a avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, pode-se observar a importância de um diagnóstico precoce e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar individualizada, na qual o impacto social e psicológico deve ser cuidadosamente avaliado, combatendo, desta forma, o estigma e o preconceito. Ações de saúde que visem não só à eliminação, mas o impacto da doença sobre a vida do indivíduo são de extrema importância.

Palavras-chave: HANSENÍASE; CRIANÇA; ADOLESCENTE; DOENÇAS ENDÊMICAS; QUALIDADE DE VIDA; QUESTIONÁRIOS.

ABSTRACT

Leprosy is recognized worldwide as a serious public health problem. Is endemic in Brazil, currently, the state of Tocantins in the first number of new cases in children under 15 years. It's an infectious disease, the dermatological-neurological, which can lead to disability or deformity. Besides resulting in losses of socio-economic status and quality of life, determining stigmas, prejudices and psychological problems throughout their lives. The study aimed to evaluate the clinical and epidemiological characteristics as well as assess the quality of life of patients under fifteen years, diagnosed with leprosy in the period 2006 to 2009, using a specific instrument in the city of Palmas - TO. It is a descriptive study (clinical and epidemiological), observational and transversal. We reevaluated 40 children and adolescents suffering from leprosy and applied CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) correlated it with the clinical disease (clinical classification, degree of disability at diagnosis and after discharge, and leprosy reaction). Analyzing the clinical and epidemiological profile, predominantly 23 (57.5%) female subjects, 32 (80%) aged 10-16 years, 20 (50%) with six to nine years of study, 38 (95 %) lived in urban areas, 30 (75%) with family income below two minimum wages. The clinical form was the Unlimited with 21 (52.5%) patients, 29 (72.5%) classified as paucibacillary and 37 (92.5%) with zero degree of disability at diagnosis and 19 (47.5%) at ground zero after discharge. Regarding quality of life, 18 (45%) patients had impaired quality of life score obtained by the second CDLQI. The variables analyzed separately showed a trend towards correlation severity and impairment of quality of life, but without statistically significant differences ($p > 0.05$). From this study, was the first to evaluate the quality of life in children and adolescents suffering from leprosy, one can observe the importance of early diagnosis and the need for an individualized interdisciplinary approach, where the social and psychological impact should be carefully evaluated, thereby combating the stigma and prejudice. Health actions that address not only the removal, but the impact of disease on the life of the individual are paramount.

Keywords: LEPROSY; CHILD; TEEN; ENDEMIC DISEASES; QUALITY OF LIFE; QUESTIONNAIRES.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Coeficiente de Detecção de Hanseníase na População Geral por Regiões – Brasil, 1990 a 200851
- Figura 2** – Coeficiente de detecção de hanseníase na população geral, no Estado de Tocantins, região Norte e Brasil no período de 1990 a 2008.....53
- Figura 3** – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase segundo Unidade Federada de residência em menores de 15 anos – Brasil – 2009.....58
- Figura 4** – Distribuição dos coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Tocantins, 2008*.....59
- Figura 5** - Moradia de um dos clientes do estudo, Brasil, 2009.....83
- Figura 6** - Distribuição da amostra segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....87
- Figura 7** - Correlação do CDLQI e Classificação Operacional (Paucibacilar e Multibacilar) em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....90

Figura 8 - Correlação CDLQI e Grau de Incapacidade na entrevista em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....91

Figura 9 - Correlação CDLQI e Reação Hansênica após alta em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....92

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Casos novos notificados anualmente nos 18 países com maiores cargas da doença no período de 2003 a 2009.....46
- Tabela 2** – Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase no Tocantins no período de 2001 a 2008.....55
- Tabela 3** - Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Hanseníase, Palmas, 2001 a 2008.....56
- Tabela 4** - Distribuição de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Palmas quanto ao Gênero, Faixa Etária, Classificação Operacional, Forma Clínica e Grau de Incapacidade no diagnóstico e na cura, no período de 2003 a 2009.....60
- Tabela 5** – Distribuição da hanseníase segundo Gênero, Faixa etária, Escolaridade, Moradia, Renda Familiar, Classificação Clínica, Classificação Operacional, Reações e Grau de Incapacidade em portadores menores de quinze anos Palmas – TO, 2006 a 2010.....84
- Tabela 6** - Distribuição e o percentual da classificação da Forma Clínica da hanseníase em menores de quinze anos, por faixa etária, no Município de Palmas no período de 2006 a 2009.....86

- Tabela 7** - Distribuição do grau de incapacidades no momento do diagnóstico, na cura e na entrevista, por faixa etária em crianças e adolescentes, no município de Palmas, 2006 a 2010.....86
- Tabela 8** - Distribuição da amostra segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) por gênero em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....88
- Tabela 9** - Distribuição do resultado da amostra, segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) por Classificação Operacional, em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....89
- Tabela 10** - Escore do CDLQI em cada domínio em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010.....93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Esquemas padrões para Tratamento de Hanseníase em Crianças, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009.....	44
Quadro 2 –Tratamento de crianças ou adultos portadores de hanseníase com peso inferior a 30 kg, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009.....	45
Quadro 3 - Classificação Clínica e Operacional da Hanseníase.....	76
Quadro 4 – Classificação das Reações Hansênicas.....	77
Quadro 5 - Grau de Incapacidade em Hanseníase.....	77
Quadro 6 –Esquemas padrões para Tratamento de Hanseníase em Crianças, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009.....	78
Quadro 7 – Escore do CDLQI de acordo com as questões divididas por domínios.....	80

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – SINAN- Ficha de Notificação/Investigação Hanseníase.....	115
ANEXO 2 – Avaliação simplificada de prevenção de incapacidades físicas.....	117
ANEXO 3 - Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI).....	119
ANEXO 4 – Autorização de uso do CDLQI – Childrens Dermatology Life Quality Índex.....	120
ANEXO 5 - Comprovante de aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.....	121

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
APÊNDICE 2 - Ficha de Investigação.....	123
APÊNDICE 3 - Dados dos pacientes portadores de hanseníase entrevistados, no município de Palmas-TO, no período de 2006-2009.....	125
APÊNDICE 4 - Dados dos pacientes portadores de hanseníase não que foram entrevistados, no município de Palmas-TO, no período de 2006-2009.....	127
APÊNDICE 5 - Questões do CDLQI e valores respondidos pelos pacientes para cada questão, no município de Palmas-TO, 2009 – 2010.....	128
APÊNDICE 6 - Distribuição percentual por gênero de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	129
APÊNDICE 7 - Distribuição percentual por faixa etária de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	129
APÊNDICE 8 - Distribuição percentual por escolaridade de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	130

APÊNDICE 9 - Distribuição percentual por local de residência de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	130
APÊNDICE 10 - Distribuição percentual por renda familiar de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	131
APÊNDICE 11 - Distribuição percentual por classificação clínica de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	131
APÊNDICE 12 - Distribuição percentual por classificação operacional de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009...	132
APÊNDICE 13 - Distribuição percentual por grau de incapacidade no diagnóstico de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	132
APÊNDICE 14 - Distribuição percentual por grau de incapacidade na cura de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009...	133
APÊNDICE 15 - Distribuição percentual por grau de incapacidade na entrevista de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	133
APÊNDICE 16 - Distribuição percentual por reações de MH em crianças e adolescentes, no município de Palmas-TO, 2006-2009.....	134

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

B	Borderline (Hanseníase)
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
BB	Borderline-Borderline (Hanseníase)
BL	Borderline-Lepromatosa (Hanseníase)
BT	Borderline-Tuberculóide (Hanseníase)
BV	Borderline-Virchowiana (Hanseníase)
CDLQI	Children's Dermatology Life Quality Index
CFZ	Clofazimina
D	Dimorfa (Hanseníase)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DD	Dimorfa-Dimorfa (Hanseníase)
DDS	Dapsona
DLQI	Dermatology Life Quality Index
DNDS	Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária
DT	Dimorfa-Tuberculóide
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
EXPOEPI	Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças
FEC	Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GIF	Grau de Incapacidade Física
HD	Hanseníase Dimorfa
HDD	Hanseníase Dimorfa-Dimorfa
HDT	Hanseníase Dimorfa-Tuberculóide
HDV	Hanseníase Dimorfa-Virchowiana

HI	Hanseníase Indeterminada
HT	Hanseníase Tuberculóide
HV	Hanseníase Virchowiana
IB	Índice Baciloscópico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LL	Lepra-Lepromatosa (Hanseníase Virchowiana)
<i>M. leprae</i>	<i>Micobacterium leprae</i>
MB	Multibacilar
MH	Mal de Hansen ou Morbus Hansen
MOHAN	Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
NRL	National Rights to Life (ONG Holandesa)
MS	Ministério da Saúde
OD	Olho Direito
OE	Olho Esquerdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAC	Programa de Aceleração de Crescimento
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PB	Paucibacilar
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
QoI	Qualidade de Vida
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RFM	Rifampicina
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TT	Tuberculóide-Tuberculóide (Hanseníase)
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1 HANSENÍASE	27
2.1.1 Considerações Históricas	27
2.1.2 Características do Agente Etiológico e Transmissão	32
2.1.3 Classificação	33
2.1.4 Formas Clínicas	36
2.1.5 Reações Hansênicas	40
2.1.6 Neurite Hansênica	41
2.1.7 Diagnóstico	42
2.1.8 Tratamento da Hanseníase	42
2.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE	45
2.2.1 Mundo	46
2.2.2 Brasil	48
2.2.3 Tocantins	52
2.2.4 Palmas	56
2.2.5 Epidemiologia da Hanseníase em Menores de 15 anos	57
2.3 HANSENÍASE E ESTIGMA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	62
2.4 QUALIDADE DE VIDA	64
2.4.1 Qualidade de Vida na Dermatologia	66

2.4.2	Qualidade de Vida na Dermatologia em Crianças e Adolescentes	67
2.4.3	Instrumento Utilizado: CDLQI – Escore de Qualidade de Vida em Dermatologia Infantil (Children’s Dermatology Life Quality Index).....	69
3	JUSTIFICATIVA	71
4	OBJETIVOS	72
4.1	OBJETIVO GERAL	72
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
5	CASUÍSTICA E MÉTODOS	73
5.1	MODELO DE ESTUDO.....	73
5.2	CARACTERÍSTICA DO LOCAL DE ESTUDO	73
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	74
5.4	PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	75
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	75
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	75
5.7	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE	76
5.8	CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES HANSÊNICAS, GRAU DE INCAPACIDADE E TRATAMENTO	76
5.9	INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	78
5.10	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	78
5.10.1	Ficha de Investigação.....	79
5.10.2	Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI)	79
5.11	ASPECTOS ÉTICOS	81
5.12	ANÁLISE DE DADOS	82

6 RESULTADOS	83
6.1 RESULTADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO.....	83
6.2 RESULTADOS DO CDLQI.....	87
7 DISCUSSÃO	94
7.1 ANÁLISE CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO.....	94
7.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA	98
8 CONCLUSÕES	101
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	114
APÊNDICES	121

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, dermatoneurológica, que se manifesta através de lesões de pele e comprometimento dos nervos periféricos, caracterizada pela evolução lenta, alta infectividade e baixa potogenicidade, causada pelo *Mycobacterium leprae*, podendo gerar incapacidades e deformidades advindas da evolução crônica da doença não tratada e resultando em prejuízos de ordem sócio-econômica e na qualidade de vida, determinando estigmas, preconceitos e problemas psicológicos ao longo da vida dos doentes (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

Constitui importante problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo, apesar de curável, sendo o Brasil o segundo país mais endêmico no mundo, perdendo apenas para Índia (WHO, 2010). Sua maior morbidade associa-se aos estados reacionais e ao acometimento neural que podem causar incapacidades físicas e deformidades permanentes, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes, com auto-estigmatização e vergonha (KAUFMANN, MARIAM et al. 1982).

O Brasil apresenta tendência decrescente, estatisticamente significativa no tempo para as séries temporais de coeficiente de detecção (PENNA, 2008). Porém, ainda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2009b).

A redução de casos em menores de 15 anos de idade é prioridade no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), sendo indicador da hanseníase no Programa de Aceleração de Crescimento- Mais Saúde (PAC). A detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos, e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase (ARAÚJO, 2004; FERREIRA, 2005; LANA et al., 2007; BRASIL, 2009b). O coeficiente de detecção em menores de 15 anos do Estado de Tocantins apresentou hiperendêmico, 31,6 /100.000 habitantes ($\geq 10/100.000$ habitantes), ocupando o primeiro lugar no país no ano de 2008 (BRASIL, 2009b). E

Palmas, a capital do Tocantins, também com taxas de coeficiente de detecção em menores de 15 anos mantendo-se hiperendêmico, 22,0/100.000 habitantes (SINAN, 2009).

A hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infecto-contagiosas (BRASIL, 2006). A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os sujeitos envolvidos em muitas sociedades, podendo comprometer a qualidade de vida dos mesmos.

A definição de saúde, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) é o completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de doença, portanto é importante considerar a percepção do paciente e sua relação com o mundo (HALIOUA, BEUMONT et al. 2000).

O tema “qualidade de vida” é tratado nos mais diversos aspectos, no âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (MINAYO, HARTZ et al. 2000).

Em crianças e adolescentes, a QV (Qualidade de vida) tem sido definida como um conceito subjetivo e multidimensional, que inclui a capacidade funcional e interação psicossocial da criança e da sua família (BRASIL, FERRIANI et al. 2003). Fatores como dor devido a enfermidade ou tratamento, falta de energia para aproveitar as atividades do dia-a-dia e medos em relação ao futuro, podem comprometer a QV de crianças (CLARKE and EISER 2004).

Na última década, as medidas de qualidade de vida têm sido cada vez mais utilizadas buscando capturar as perspectiva do paciente sobre sua doença e o tratamento adotado, sua percepção da necessidade de cuidados e suas preferências por tratamentos e resultados (CARR and HIGGINSON 2001).

Nas dermatoses em crianças e adolescentes o CDLQI (Chidren's Dermatology Life Quality Index) é um instrumento específico que pode auxiliar a equipe de saúde a nortear as decisões clínicas (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995).

Ajuda a entender como o paciente se sente em relação à doença, e o quanto esta tem influência sobre a sua qualidade de vida.

Diante deste cenário, verificou-se a necessidade de um estudo geral do quadro da hanseníase em menores de 15 anos no município de Palmas, analisando a endemia nos seus aspectos clínicos e epidemiológicos, avaliando suas consequências na qualidade de vida destas pessoas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HANSENÍASE

2.1.1 Considerações Históricas

A hanseníase, ainda trata-se de doença envolta de tabus e crenças de natureza simbólica, objeto de um intenso estigma desde épocas remotas, entre os mais diferentes povos (TALHARI, NEVES et al., 2006).

Para alguns autores, as referências escritas mais antigas sobre a doença datam de 600 a.C. e procede da Índia a qual, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da “lepra” (BRASIL; 1989). Todavia, existe relatos antigos de descrições no livro sagrado da Índia o Regveda Samhita, por volta de 1500 anos a. C. (OPROMOLLA, 2000).

Porém, é muito difícil afirmar a época do aparecimento de uma doença com base em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da moléstia, com citação dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições de tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações (OPROMOLLA, 2000).

A Bíblia é outra fonte de confusão quanto à existência da hanseníase entre judeus na época do êxodo. O termo *tsaraah* (ou *saraath*, na tradução grega “lepra”, algo que descama), no hebraico seriam manchas brancas deprimidas em que pêlos também se tornavam brancos e significava uma condição anormal da pele dos indivíduos, das roupas, ou das casas, que necessitava de purificação e aqueles que apresentassem deveriam ser isolados até que os sinais desta condição desaparecessem (OPROMOLLA, 2000).

No Antigo Testamento, em Levítico, capítulo 13, encontra-se toda uma orientação sobre a doença, seus sinais para identificação e cuidados em relação aos

doentes, mas, dificilmente se pode comprovar que se tratava de hanseníase (BÍBLIA SAGRADA, 2001). É possível que se tratasse de condições dermatológicas de outra etiologia e o berço dos preconceitos e problemas psicossociais, ainda hoje relacionados à doença, como se observa na Bíblia Sagrada (2001):

2 Quando um homem tiver um tumor, uma inflamação ou uma mancha branca na pele de seu corpo, e esta se tornar em sua pele uma chaga de “lepra”, ele será levado a Arão, o sacerdote. 45 Todo homem atingido pela “lepra” terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta. Cobrirá a barba e clamará: Impuro ! Impuro ! 46 Enquanto durar o seu mal ele será impuro e habitará só e a sua habitação será fora do acampamento (BÍBLIA SAGRADA, 2001, p.155-156).

A hanseníase, nas Américas parece ter chegado com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII; na América do Sul foi trazida pelos colonos espanhóis e portugueses. Hoje, todos os países sul-americanos, têm hanseníase, com exceção Chile, dentre os países sul americanos, o Brasil é o que apresenta a prevalência mais alta, sendo o segundo país do mundo no número de casos (OPROMOLLA, 2000; BRASIL, 2009b).

No Brasil, a partir de 1496, os primeiros casos de doentes portadores de hanseníase foram importados da Holanda, França, Espanha, e Portugal. Estes imigrantes doentes formaram, por várias gerações, focos endêmicos da doença (ARAÚJO, 1946).

Os primeiros casos de hanseníase foram descritos na cidade do Rio de Janeiro, em 1600, onde anos mais tarde seria criado o primeiro Lazareto-local para abrigar os doentes de Lázaro, lazarentos ou leprosos. Do litoral, foi levada pelos bandeirantes ao interior do Brasil, onde originaram outros focos que necessitavam de atenção, surgindo os asilos para Hansenianos (BRASIL, 1989).

Portanto, em 1740, realiza-se no Rio de Janeiro a 1^a Conferência Médica sobre hanseníase no Brasil, cujo objetivo era tratar a profilaxia além de indicar e uniformizar o tratamento a ser dispensado aos pacientes com hanseníase (ARAÚJO, 1946).

Em 1756, é decretada a lei, a qual tornava obrigatório o isolamento dos doentes portadores de hanseníase no Rio de Janeiro (RJ) exigindo-se o mesmo em 1838 no Estado do Pará (BRASIL, 1960).

Em 1873, Gerhard Amauer Hansen demonstra a existência do *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Esta descoberta constitui-se na primeira evidência científica do caráter infecto-contagioso da hanseníase (BRASIL, 1989).

No início do século XX, diferentes práticas de isolamento eram utilizadas como principal medida no enfrentamento da lepra. Os doentes eram afastados da convivência dos demais habitantes sadios da cidade. Este controle social baseava-se no pressuposto científico de que a lepra era incurável, sem tratamento eficiente e contagiosa, com o *Mycobacterium leprae* localizado biologicamente no corpo do doente e espalhando-se pela vias aéreas superiores. O doente era considerado como uma cultura ambulante de bacilos, necessitando de desinfecção pessoal e ambiental. Era uma ameaça à sociedade (BRASIL, 2002).

O período compreendido entre 1912 e 1920 se constitui numa fase intermediária da história da hanseníase no Brasil, com o reconhecimento do problema pelas autoridades sanitárias. Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo da Matta começaram a denunciar o descaso do combate à endemia e a tomar medidas isoladas em suas áreas de atuação (BRASIL, 1989).

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, por Carlos Chagas, foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas. As ações de controle, então, priorizavam a construção de leprosários em todos os Estados endêmicos, o censo e o tratamento com o óleo de “chaulmoogra” (BRASIL, 1989).

Na década de 40, com a descoberta da Sulfona no tratamento da hanseníase por FAGET e cols em 1943, modificou de modo substancial o decurso, contagiosidade e o panorama profilático da moléstia (BECHELLI e CURBAN, 1975 apud AMARAL, 2006). Mudando, portanto a política de ação de controle da endemia, preocupando-se com a cura, a alta e a reintegração dos asilados na sociedade. Neste período, predominam a ênfase no tratamento ambulatorial. O isolamento de doentes passou a ser seletivo, de acordo com os critérios médicos e sociais (BRASIL, 2002).

No início da década de 50, alguns estados brasileiros já não adotavam a internação compulsória, e em 1952, a Organização mundial de Saúde enviou uma

comissão de especialistas ao Brasil que recomendou, “em benefício da doença”, que não mais isolasse compulsoriamente o doente de hanseníase (OPROMOLLA, 2000).

Em 1953, houve o Congresso de Leprologia realizado em Madrid definindo as formas polares de hanseníase, proposta por Rabello, acrescidas de um novo grupo denominado Borderline (TALHARI, NEVES et al., 2006).

Em 1960, ocorreu um marco importante na bacteriologia da hanseníase, quando Shepard consegue a multiplicação do *M. leprae*, no coxim plantar do camundongo. Este fato permitiu conhecer todas as características biológicas do *M. leprae*, sendo hoje usado em testes experimentais de vacina e para investigações clínicas, na avaliação da perda da infecciosidade durante a quimioterapia, estudo de novas drogas e demonstração de resistência (BRASIL, 1989).

Na década de 60, Ridley e Jopling, propuseram uma modificação na classificação de Madrid introduzindo o conceito da classificação espectral do MH, subdividindo os Bordelines ou “Dimorfos” em Dimorfo- Tuberculóides, Dimorfo-Dimorfos e Dimorfo-Virchowianos. Foi mantido o conceito de polaridade da doença e essa classificação denominada espectral, fundamentada em parâmetros clínicos e histopatológicos (TALHARI, NEVES et al., 2006).

O avanço da medicina na luta contra a “lepra” teve na terapêutica a descoberta de medicamentos como a Sulfona, na década de 40, Clofazimina, na década de 60, e a Rifampicina na década de 70. Os resultados do uso desses medicamentos trouxeram a tão esperada cura, muito embora, na época, com duração do tratamento de até 05 anos (BRASIL, 2002).

Em 1962 o primeiro ministro Tancredo Neves, promulgou o Decreto Federal de número 968, de 07/05/1962, que acabou com o isolamento compulsório, apesar de não revogar a lei 610 (OPROMOLLA, 2000).

O Brasil, em 1975 teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo “lepra” por hanseníase, por Abrão Rotberg, pelo Decreto nº 76.078 de 04/08/1975 visando minorar o estigma e propiciar a integração do doente com a sociedade, conforme recomendação da Conferência Nacional para Avaliação da Política de

Controle da hanseníase, em Brasília (CONFERÊNCIA DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 1976).

Gradativamente a nova terminologia foi sendo aceita pelos demais serviços médicos e em 29/03/1995, tornou-se obrigatório o uso da terminologia hanseníase em substituição do termo lepra por intermédio da Lei Federal nº 9.010 (BRASIL,1995).

Dois eventos importantes contribuíram substancialmente para a redução da carga global da hanseníase nas últimas duas décadas. O primeiro evento ocorreu em 1981, quando a OMS recomendou o uso da Poliquimioterapia (PQT) como tratamento padrão da hanseníase. O segundo evento foi em 1991 com a resolução da Assembléia Mundial da Saúde, WHA, 44,9, aprovada na 44ª Assembléia Mundial da Saúde, a qual declarou seu compromisso com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o fim do ano de 2000, ou seja, alcançar uma taxa prevalência inferior a 1 caso em cada 10.000 habitantes (WHO, 2005).

No Brasil, esse esquema foi implementado em 1986, e entrou em vigor oficialmente em 1991. A PQT até nos dias atuais vem sendo utilizada como tratamento recomendado para os casos de hanseníase (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2009a).

O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) estabeleceu o redirecionamento da política de eliminação da doença em 2004 enquanto problema de saúde pública e da atenção a hanseníase no Brasil, a qual permite aferir a real magnitude da endemia no país e desenvolve suas ações em parceria com organizações não governamentais e com entidades governamentais e civis (BRASIL, 2006).

Em 2007, o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, assina medida provisória (nº 373/07) que institui pensão indenizatória, vitalícia, pessoal e intransferível para os portadores de hanseníase que tenham ficado em isolamento e internação compulsória até dezembro de 1986 (SEDH, 2007).

Apesar, de sua longa história a hanseníase, ainda continua sendo uma realidade, a qual necessita de uma proposta única de trabalho para que possamos alcançar a tão esperada eliminação.

2.1.2 Características do Agente Etiológico e Transmissão

A hanseníase é uma doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, pertencente à Classe: *Actinobacteria*; Subclasse: *Actinobacteridae*; Ordem: *Actinomycetales*; Subordem: *Corynebacterineae*; Família *Mycobacteriaceae*; Gênero: *Mycobacterium*; Espécie: *Leprae*; Variedade: *Mycobacterium leprae* e nome comum: Bacilo de Hansen, descoberto em 1873 por Gerhardt Henri Armauer Hansen (SAMPAIO E RIVITTI, 2001; MADEIRA, 2000).

O *M. leprae* é um bacilo gram-positivo, álcool-ácido resistente (BAAR), cora-se de vermelho quando em contato com a fucsina, intracelular obrigatório, de crescimento lento em macrófagos, com tempo de multiplicação de 11 a 16 dias, apresenta-se sob a forma de um bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo 1,5 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura. O bacilo pode permanecer vivo e infectante durante 9 dias em secreção nasal à temperatura de 20,6° nos doentes Multibacilares. No solo úmido, à temperatura ambiente, o bacilo poderá permanecer vivo e infectante até 46 dias (TALHARI, NEVES et al., 2006; MADEIRA 2000).

Nos esfregaços de pele e no exame histopatológico, os bacilos são vistos isolados, em grupos variados e em forma de globias, que é peculiar ao *M. Leprae*. São arredondados, globóides, unidos por uma substância chamada gléia de difícil dissociação. Os bacilos quando corados podem apresentar-se uniformes (sólidos), irregulares (fragmentados) ou granulados, sendo que estes dois últimos, bacilos inviáveis, podem indicar sofrimento bacilar por ação medicamentosa, geralmente indivíduos em tratamento (TALHARI, NEVES et al., 2006).

O bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade, apenas 5 a 10% dos infectados adoecem (AZULAY e AZULAY, 1997). É uma bactéria metabolicamente

muito pobre, pouco antigênica e praticamente atóxica e de acordo com estes fatores, somente a exposição prolongada e constante a cargas bacilares elevadas, ou deficiências significativas das defesas naturais, permitem que o bacilo se aloje no sistema de sua predileção, o sistema nervoso periférico, onde se multiplicará nos ramos sensitivos cutâneos e segmentos superficiais dos troncos nervosos periféricos (FLEURY, 2000).

A localização das lesões hansênicas no corpo dos pacientes (pele, mucosas e nervos periféricos) sugere que o bacilo tem preferência por temperaturas menores que 37°C (MADEIRA, 2000).

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. O contágio dá-se pelo convívio com doentes do tipo Virchowiano ou Dimorfo, sem tratamento. As principais fontes de eliminação da bactéria ocorrem por meio das mucosas das vias aéreas superiores e em menor escala através de pele lesada, leite humano, nódulos ulcerados (hansenomas), urina e fezes (BRASIL, 2002; TALHARI,NEVES et al., 2006).

O surgimento da doença no indivíduo infectado e suas variadas manifestações clínicas dependerão das características individuais do bacilo e de sua relação com o hospedeiro, assim como da resposta imune, a bactéria possui elevada virulência, devido seu alto potencial em provocar deformidades. Os primeiros sintomas podem surgir após um período de incubação de 2 a 7 anos (BRASIL, 2002).

2.1.3 Classificação

Classificar uma doença é uma maneira de compreendê-la melhor, e com isso, procurar uma terapêutica que possa controlá-la, ou mesmo erradicá-la. Quanto mais fatos novos forem aparecendo, frutos do seu estudo, mais a classificação se altera e se completa (OPROMOLLA, 2000).

Diversas classificações foram propostas ao longo dos anos, sendo as mais importantes e mais utilizadas, as seguintes:

a) Classificação de Madri, ou classificação latina, ou classificação Sul-Americana:


É a classificação atualmente adotada nos serviços públicos de saúde brasileiros para diagnóstico, proposta em 1953, durante o VI Congresso Internacional de Leprologia realizado em Madri. Esta classificação está baseada em 4 critérios: (BRASIL, 1989; AZULAY e AZULAY, 1997).

- Critério Clínico
- Critério bacteriológico
- Critério imunológico
- Critério histológico

Divide-se em dois grupos (estáveis): a forma Tuberculóide (HT) e a forma Virchowiana (HV) e dois grupos (instáveis): o grupo Indeterminado (HI) e o grupo Dimorfo (HD).

b) Classificação Espectral ou Inglesa ou classificação de Ridley e Jopling:

Esta classificação foi proposta por dois médicos Ingleses, Ridley e Jopling, em 1966 e embora considere os quatro critérios supracitados para diagnóstico, ela está baseada, eminentemente, no critério histopatológico e imunológico, sugere a possibilidade de as formas caminharem no espectro da doença, ora ao pólo de resistência (**TT**), ora ao pólo anérgico (**LL**). Os subtipos são os seguintes: **I – TT – BT – BB – BL – LL** (BRASIL, 1989):

- **I** - Indeterminado
 - **TT** – Tuberculóide Tórpido – Tuberculóide da classificação de Madri
 - **BT** – Borderline Tuberculóide
 - **BB** – Borderline Borderline ou Dimorfo
 - **BL** – Borderline Lepromatoso
 - (Virchowiano)
 - **LL** – Lepromatoso – Virchowiano da classificação de Madri
- 
- The diagram shows three arrows pointing from the subtypes **BT**, **BB**, and **BL** to the text **DIMORFOS DE MADRI**. The arrow from **BT** points to the top of the text, the arrow from **BB** points to the middle, and the arrow from **BL** points to the bottom.

c) Classificação da OMS (Organização Mundial de Saúde - WHO):

Em 1982, foi proposta a classificação operacional, para fins de tratamento dos pacientes com Poliquimioterapia (PQT), baseado no número de lesões, de acordo com os seguintes critérios:

Paucibacilares (PB) - pacientes que apresentarem até cinco lesões de pele, sem acometimento de troncos nervosos, e/ou acometimento de apenas um tronco nervoso (formas HI e HT).

Multibacilares (MB) – pacientes que apresentarem mais de cinco lesões de pele e/ou acometimento de mais de um tronco nervoso (formas HD e HV).

d) A classificação pelo Índice Baciloscópico (BRASIL, 2010):

Proposta por Ridley (1962) avalia a densidade dos bacilos vivos e mortos nos esfregaços de lesões cutâneas corados pelo método de Ziehl-Neelsen. O sistema mais completo é a escala logarítmica de Ridley, que é baseada no número de bacilos vivos em um campo microscópico médio, pela objetiva de imersão em óleo (2 mm) com variação de 0 a 6. É o método de avaliação mais correto e utilizado na leitura da baciloscopia em hanseníase (BRASIL, 2010).

A baciloscopia é um exame complementar ao diagnóstico, utilizada para identificação dos casos PB e MB e deve ser solicitado pelo médico da unidade básica, prioritariamente, nas seguintes situações (BRASIL, 2010):

a) Em caso de dúvida na classificação operacional para instituição da poliquimioterapia (PQT).

b) Diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológicas.

c) Casos suspeitos de recidiva.

O exame de baciloscopia do raspado intradérmico é normalmente realizado em indivíduos que apresentam sinais e/ou sintomas dermatoneurológicos compatíveis com hanseníase. Deve-se coletar de quatro sítios, segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

- a) lóbulo auricular direito (LD);
- b) lóbulo auricular esquerdo (LE);
- c) cotovelo direito (CD);
- d) lesão (L).

Na ausência de lesões cutâneas, coleta-se além do LD, LE, CD, também o raspado do cotovelo esquerdo (CE).

A baciloscopia positiva classifica o caso como Multibacilar, independente do número de lesões. O resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença (BRASIL, 2010).

2.1.4 Formas Clínicas

Os aspectos clínicos na hanseníase são bastante variados e estão relacionados com a resposta imunológica do indivíduo aos antígenos bacterianos. De um modo geral, as manifestações clínicas caracterizam-se pelo comprometimento neural e/ou cutâneo.

2.1.4.1 Hanseníase Indeterminada

Também denominada forma inicial da doença, caracterizada por manchas hipocrômicas, planas e de bordas imprecisas, únicas ou múltiplas apresentando alterações de sensibilidade cutânea inicialmente térmica com preservação das sensibilidade dolorosa e tátil. O paciente não oferece riscos de contágio, não há comprometimento de troncos nervosos e é classificada como Paucibacilar, A baciloscopia de raspado intradérmico é sempre negativa. (OPROMOLLA, 2000; TALHARI, et al., 2006, BRASIL, 2010).

Os pacientes sem tratamento poderão ter uma doença estacionada e depois involuir, espontaneamente, ou evoluir para a forma Tuberculóide, Dimorfa ou Virchowiana. A evolução dependerá do grau de defesa do hospedeiro (OPROMOLLA, 2000; TALHARI, et al, 2006).

2.1.4.2 Hanseníase Tuberculóide

Surge, na maioria das vezes, da hanseníase Indeterminada não tratada, nos pacientes com boa resistência. As lesões apresentam tendência a não se disseminarem, ficando limitadas às áreas das manchas iniciais, pólo não contagioso, habitualmente estável, pode evoluir para cura espontânea.

As alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil são bem nítidas, as lesões podem apresentar queda (alopecia) de pêlos e diminuição ou ausência de sudorese (BRASIL, 2001; TALHARI, et al, 2006).

O comprometimento de troncos nervosos é precoce e de forma assimétrica, podendo, às vezes ser a única manifestação clínica da doença (forma neural pura). Pode haver intumescimento e queixa de dor nos nervos periféricos, mas estas manifestações, geralmente, são unilaterais, podendo haver incapacidades graves (BRASIL, 2001; YAWALKAR, 2002; TALHARI, et al, 2006).

Existe uma variedade rara de hanseníase Tuberculóide, que é a hanseníase Nodular da Infância ou Tuberculóide Infantil, encontrada principalmente em crianças na faixa etária de 1 a 4 anos, as quais localizam-se nas áreas expostas da face e dos membros superiores. O número de lesões é reduzido e eventualmente múltiplo. As crianças acometidas por esta forma são geralmente filhas de Virchowianos. A cura tende a ser espontânea, porém do ponto de vista operacional devem ser tratadas (OPROMOLLA, 2000; TALHARI, et al., 2006).

A classificação operacional para fins de tratamento é Paucibacilar (PB), e a baciloscopia é negativa (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

2.1.4.3- Hanseníase Dimorfa

A hanseníase Dimorfa ou “Borderline” (HD ou HB) surge em indivíduos portadores de HI com resistência imunológica superior àqueles que desenvolvem hanseníase Virchowiana (HV). Forma clinicamente instável, oscilando entre as manifestações da forma Tuberculóide e da forma Virchowiana e caracteriza-se por lesões infiltradas, muitas vezes de coloração ferruginosa, denominadas de “queijo suíço” (foveolares), apresentando-se de forma anular, com borda interna nítida e externa apagada, podendo ser simétricas ou assimétricas (BRASIL, 2001; YAWALKAR, 2002; TALHARI et al., 2006).

Segundo RIDLEY e JOPLING a hanseníase Dimorfa foi subdividida em 3 grupos:

2.1.4.3.1 *Hanseníase Dimorfa-Tuberculóide*

Caracteriza-se por numerosas lesões, semelhantes aos Tuberculóides. As lesões são maiores e em maior número, em forma de placa com bordas irregulares e com tendência à simetria e acometimento de numerosos troncos nervosos. Nesta forma, podem ser observadas as reações do tipo 1, que devem ser tratadas em tempo hábil para evitar as deformidades (TALHARI et al., 2006).

A baciloscopia pode ser negativa ou positiva e a classificação operacional para fins de tratamento é Multibacilar (BRASIL, 2001; TALHARI et al., 2006, BRASIL, 2010).

2.1.4.3.2 *Hanseníase Dimorfa-Dimorfa*

Clinicamente, caracteriza-se por numerosas lesões, muitas com bordas externas mal definidas e região central aparentemente poupada, do tipo “queijo suíço”; lesões em placa, às vezes do tipo tuberculóide, lesões pápulo-tuberosas e

infiltrações similares às que se observam na forma Virchowiana (TALHARI et al., 2006).

A distribuição das lesões não é simétrica como na hanseníase Diforma-Tuberculóide e elas podem migrar para os grupos HDT ou HDV em pouco tempo. Isto se deve ao fato das reações de piora ou de melhora, quando não estiver tratando, podendo surgir, nestes casos, graves incapacidades (TALHARI et al., 2006).

A classificação operacional para fins de tratamento é Multibacilar (MB), e a baciloscopia pode ser positiva ou negativa (BRASIL, 2002, BRASIL, 2010).

2.1.4.3 *Hanseníase Dimorfa-Virchowiana*

Apresenta-se com grande número de lesões de aspectos variados como: infiltrações, placas com bordas externas mal delimitadas e nódulos. Existe grande espessamento de troncos nervosos. Os doentes fazem reações do tipo 1 e 2 com sérios riscos de deformidades (TALHARI et al., 2006).

A baciloscopia pode ser negativa ou positiva e a classificação operacional para fins de tratamento é Multibacilar (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

2.1.4.4 Hanseníase Virchowiana

Corresponde ao pólo anérgico da doença, advindo das formas Indeterminadas, onde o doente tem baixa resistência e com imunidade celular específica deprimida ao *M. leprae* (OPROMOLLA, 2000).

A disseminação das lesões da pele pode ser eritematosas, infiltrativas, limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Pode haver infiltração da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose). Existe alteração de sensibilidade das lesões de pele e acometimento dos troncos nervosos, porém

não tão marcantes e precoces como na forma Tuberculóide. Os nervos mais acometidos são o ulnar, o mediano, o fibular e o tibial posterior. (BRASIL, 2001; OPROMOLLA, 2000; TALHARI et al., 2006).

No rosto, a presença de hansenomas nas orelhas, a madarose, a infiltração difusa com acentuação dos sulcos naturais e preservação dos cabelos, marcam profundamente a fisionomia, caracterizando a “fácies leonina”, mucosas nasais podem ser acometidas levando a epistaxe e desabamento do nariz (OPROMOLLA, 2000; TALHARI et al., 2006).

As extremidades dos membros superiores e inferiores, quando afetadas apresenta-se infiltradas, ressequidas (aspecto xerodérmico) com regiões palmares arroxeadas, cianóticas, denominadas de “mãos suculentas” (OPROMOLLA, 2000; TALHARI et al., 2006).

A doença pode manifestar-se de forma sistêmica, especialmente nos episódios reacionais, comprometendo vísceras importantes, principalmente olhos, testículos, rins e menos freqüente ossos e outras estruturas (BRASIL, 2001).

A Classificação operacional para fins de tratamento é Multibacilar e apresenta baciloscopia positiva com grande número de bacilos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

2.1.5 Reações Hansênicas

Os estados reacionais ou reações hansênica são as principais causas de lesões no nervo.

São reações do sistema imunológico do doente ao *M. leprae*. Apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos ou subagudos, que podem acometer os doentes das formas Paucibacilares ou Multibacilares, sendo mais comum nos doentes Multibacilares (BRASIL, 2002).

Os estados reacionais geralmente ocorrem nos primeiros meses de tratamento, porém podem ocorrer antes ou depois do tratamento, após a alta do paciente (BRASIL, 2002).

As reações hansênicas podem ser mediadas por células ou anticorpos. A forma Indeterminada não apresenta reações. As formas Tuberculóide e Dimorfa podem apresentar a reação do Tipo 1, sendo esta dependente da imunidade celular. A forma Virchowiana se expressa geralmente com reações do tipo 2, também chamada de Eritema Nodoso Hansênico, a qual é dependente da imunidade humoral (OPROMOLLA, 2000).

2.1.5.1 Reação hansênica tipo 1 ou Reação reversa

Caracteriza-se por apresentar novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites) (BRASIL, 2009a).

2.1.5.2 Reações hansênicas tipo 2

A manifestação clínica mais frequente da reação tipo 2 é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, acompanhados de febre, dores articulares, dor e espessamento dos nervos, mal-estar geral e até mesmo, alterações laboratoriais. Hepato e esplenomegalia podem estar presentes. Geralmente as lesões antigas permanecem sem alterações. Todavia, pode manifestar-se também como eritema multiforme, orquite aguda com edema e dor nos testículos, irite e episclerite, dor e edema de linfonodos, edema e dor nos pés e mãos, mãos e pés reacionais, diminuição da função renal com proteinúria transitória ou amiloidose renal (BRASIL, 2009a).

2.1.6 Neurite Hansênica

A neurite é um processo inflamatório agudo ou crônico, de nervos periféricos, que ocorrem na hanseníase, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit

sensitivo ou motor. As lesões neurais são precoces, de intensidade variável e podem ser as únicas observadas, existem em todas as formas clínicas, exceto na hanseníase nodular da infância (BRASIL, 2002).

2.1.7 Diagnóstico

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2009a).

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o protocolo diagnóstico sugerido pela Nota Técnica PNCH/SVS, nº 14/2008 (Anexo 2) (BRASIL, 2009a).

2.1.8 Tratamento da Hanseníase

O tratamento é fundamental para interromper a cadeia de transmissão da doença e cura do doente, sendo, portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase. O tratamento integral do paciente é efetuado através da poliquimioterapia (tratamento PQT/OMS) e do acompanhamento do caso, com intuito de diagnosticar e tratar as intercorrências que podem ocorrer durante ou após a PQT, bem como, prevenir e/ou tratar as incapacidades e deformidades físicas advindas da doença. Para o paciente, o aprendizado do auto cuidado é arma valiosa para evitar as seqüelas (BRASIL, 2002).

A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão

da doença é interrompida e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2002).

A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada por meio de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Paucibacilar ou Multibacilar (BRASIL, 2002).

Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema-padrão é ajustada, de acordo com a idade e peso (quadro 1 e 2). Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema-padrão, são indicados esquemas alternativos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009a).

A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde divide o esquema padrão para adulto da seguinte forma:

1) **Esquema Paucibacilar (PB) padrão para adulto:** é utilizada uma combinação da Rifampicina e Dapsona, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema (BRASIL, 2009a):

Medicações:

a) **Rifampicina:** uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

b) **Dapsona:** uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada.

Duração do tratamento: seis doses mensais supervisionadas de Rifampicina e o critério de alta são seis doses supervisionadas em até nove meses.

2) **Esquema Multibacilar (MB) padrão para adulto:** é utilizada uma combinação da Rifampicina, Dapsona e de Clofazimina, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema:

Medicações:

a) **Rifampicina:** uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

b) **Clofazimina:** uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada;

c) **Dapsona:** uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada.

Duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina e o critério de alta são de 12 doses supervisionadas em até 18 meses.

O esquema de tratamento padrão da hanseníase para criança, segundo o Ministério da Saúde, pode ser dividido conforme o quadro1, logo abaixo:

Quadro 1 – Esquemas padrões para tratamento de hanseníase em crianças, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009

ESQUEMA PAUCIBACILAR PADRÃO PARA CRIANÇAS					
Medicação Idade	Dapsona (DDS) - dose diária auto-administrada	Dapsona (DDS) – dose mensal supervisionada	Rifampicina (RFM) - dose mensal supervisionada		
0-5	25 mg	25 mg	150 - 300 mg		
6-14	50 - 100 mg	50 - 100 mg	300 - 450 mg		
> 15	100 mg	100 mg	600 mg		
Duração do tratamento: 6 meses e máximo de 9 meses					
ESQUEMA MULTIBACILAR PADRÃO PARA CRIANÇAS					
Medicação Idade	Dapsona (DDS) – dose diária auto-administrada	Dapsona (DDS) – dose mensal supervisionada	Rifampicina (RFM) - dose mensal supervisionada	Clofazimina (CFZ) - dose diária auto-administrada	Clofazimina (CFZ) – dose mensal supervisionada
0-5	25 mg	25 mg	150 - 300mg	100 mg/sem	100 mg
6-14	50 - 100 mg	50 - 100 mg	300 - 450mg	150 mg/sem	150 – 200 mg
> 15	100 mg	100 mg	600 mg	50 mg/dia	300 mg
Duração do tratamento: 12 meses e máximo de 18 meses					

Fonte: Adaptado de BRASIL, MS. 2009.

Algumas notas foram incluídas no tratamento (BRASIL, 2010):

1. A gravidez e o aleitamento não contra-indicam o tratamento PQT.

2. Em crianças ou adultos portadores de hanseníase com peso inferior a 30 kg, ajustar a dose de acordo com o peso, conforme o quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – Tratamento de crianças ou adultos portadores de hanseníase com peso inferior a 30 kg, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009.

DOSE MENSAL:	DOSE DIÁRIA:
Rifampicina (RFM) – 10 a 20 mg/Kg	
Dapsona (DDS) – 1,5 mg/Kg	Dapsona (DDS) - 1,5 mg/Kg
Clofazimina (CFZ) - 5mg/Kg	Clofazimina (CFZ) – 1 mg/Kg

Fonte: BRASIL, MS. 2009.

3. Nos casos de hanseníase neural pura, o tratamento com PQT dependerá da classificação (PB ou MB), conforme avaliação do centro de referência, além disso, faz-se o tratamento adequado do dano neural. Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, mesmo após a alta por cura.

4. Em mulheres na idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato que a Rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.

2.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE

As ações de controle da hanseníase vêm passando por várias reformulações de estratégias nos últimos 40 anos e, após o advento da poliquimioterapia, na década de 1980 com seu grande êxito, associado ao evento da 44^a Assembléia Mundial de Saúde que aprovou a resolução WHA 44.9 em 1991, declarando um compromisso com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o fim de 2000, reduziu significativamente a carga mundial de hanseníase (WHO, 2005).

A OMS tem coletado regularmente dados dos indicadores utilizados em diversas regiões e Estados-Membros. Eles incluem o número absoluto de casos registrados para tratamento no final do ano e os casos novos detectados durante um ano. Embora os dados provavelmente sejam afetados por uma série de fatores

operacionais, constituem uma importante fonte de informação para ações nos níveis mundial e nacional (WHO, 2010).

Os indicadores dos casos novos são: o número de casos com grau II de incapacidade, casos classificados como Multibacilares, menores de 15 anos e mulheres. Além disso, tem-se coletado dados sobre a taxa de conclusão do tratamento nas coortes de casos Paucibacilares e Multibacilares e número absoluto de recidivas notificadas (WHO, 2009b).

2.2.1 Mundo

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2005), nas duas últimas décadas, a carga global de casos diminuiu em quase 90%. No início de 2004, cerca de 460.000 pacientes estavam registrados para tratamento, sendo que, durante o ano de 2003, aproximadamente 500.000 novos casos foram detectados em nível global (WHO, 2005).

A detecção global alcançou um pico de 804.000 em 1998, permaneceu num patamar em torno de 750.000 antes de cair para aproximadamente 621.000 em 2002 e 515.000 em 2003 (WHO, 2009).

No início de 2008, havia 218.605 casos de hanseníase registrados para tratamento em todo mundo enquanto o número de casos notificados em 2007 foi de 258.133. A detecção de casos a nível global apresentou um declínio modesto em comparação com os anos anteriores (WHO, 2009).

A tabela 1 mostra os casos novos notificados anualmente nos 16 países com maiores cargas da doença no período de 2003 a 2009.

Tabela 1 – Casos novos notificados anualmente nos 18 países com maiores cargas da doença no período de 2003 a 2009

Nº	País	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	Angola	2.933	2.109	1.877	1.078	1.269		
2	Bangladesh	8.712	8.242	7.882	6.280	5.357	5.249	5239
3	Brasil	49.206	49.384	38.410	44.436	39.125	38.914	37.610
4	China	1.404	1.499	1.658	1.506	1.526	1.614	1.597
5	C. Marfim	1.205	1.066	NA	976	1.204		
6	RD Congo	7.165	11.781	10.369	8.257	8.820	6.114	5.062

Continua...

Continuação...

7	Etiópia	5.193	4.787	4.698	4.092	4.187	4.170	4.417
8	Índia	367.143	260.063	169.709	139.252	137.685	134.184	133.717
9	Indonésia	14.641	16.549	19.695	17.682	17.723	17.441	17.260
10	Madagascar	5.104	3.710	2.709	1.536	1.644	1.763	1.572
11	Moçambique	5.907	4.266	5.371	3.637	2.510	1.313	1.191
12	Mianmar	3.808	3.748	3.571	3.721	3.637	3.365	3.147
13	Nepal	8.046	6.958	6.150	4.235	4.436	4.708	4.394
14	Nigéria	4.799	5.276	5.024	3.544	4.665	4.899	4.219
15	Filipinas	2.397	2.254	3.130	2.517	2.514	2.373	1.795
16	Sri Lanka	1.925	1.995	1.924	1.993	2.024	1.979	1.875
17	Sudão	906	722	720	884	1.706	1.901	2.100
18	Tanzânia	5.279	5.190	4.237	3.450	3.105	3.276	2.654
Total (%)		495.773 (96%)	389.599 (96%)	287.134 (96%)	249.076 (96%)	243.137 (94%)	233.263 (94%)	227.849 (93%)
Total global		514.718	407.791	299.036	265.661	258.133	249.007	244.796

Fonte: WHO, 2010.

Um dos aspectos chave das informações disponíveis de detecção de casos novos é a ampla variação espacial, temporal, entre países, e dentro de um mesmo país ao longo dos anos. Isso é bem evidente nos principais países endêmicos, como Índia e Brasil (WHO, 2009).

Na tabela 1 as informações apresentadas pelos 16 países mostram que eles contribuem com 93% do total de casos novos detectados em todo mundo no ano de 2009 (WHO, 2010). Observa-se também, que nem todos os países mostram uma tendência decrescente, como é o caso em 10 países os quais, no período de 2006 a 2007, aumentaram a detecção: Angola, China, República Democrática do Congo, Costa do Marfim, Etiópia, Indonésia, Madagascar, Nepal, Nigéria e Sri Lanka. O aumento no Sudão foi devido à incorporação dos dados do Sudão do Sul em 2007 (WHO, 2009).

Diante do exposto, acredita-se na dificuldade de qualquer previsão a respeito das tendências de detecção de casos nos próximos anos (WHO, 2010).

Segundo a OMS, nas Américas é difícil interpretar os dados da Região devido à expansão dos serviços de saúde e às diferenças na definição de casos e nas políticas de registro nos vários países. O maior contribuinte à carga da doença é o Brasil (WHO, 2005).

A meta da Estratégia Global é alcançar uma maior redução da carga de hanseníase e prover acesso a serviços de controle da hanseníase de qualidade para

todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social (WHO, 2005).

2.2.2- Brasil

Mantém, nas últimas décadas, a situação mais desfavorável na América e o diagnóstico da segunda maior quantidade de casos do mundo, perdendo apenas da Índia (WHO, 2010). A hanseníase entre os brasileiros é, portanto, um problema de Saúde Pública, cujo programa de eliminação está entre as ações prioritárias do Ministério de Saúde.

Em 1991, o Brasil também assumiu, durante a 44^a Assembléia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000, ou seja, atingir a taxa de prevalência de menos de 1 doente/ 10.000 habitantes (BRASIL, 2000b).

Apesar da redução do coeficiente de prevalência em 80%, passando de 17,4/10.000 em 1991, para 3,6/10.000 habitantes em 1999, a meta não foi alcançada, devido à alta prevalência e detecção existentes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Somente 2 estados brasileiros atingiram esta meta: Santa Catarina e o Rio Grande do Sul (BRASIL, 2000b).

Na 3^a Conferência Regional OPAS/OMS sobre a eliminação da hanseníase das Américas, em 1999, na Venezuela, o Brasil assinou a Declaração de Caracas, comprometendo-se novamente a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, desta vez até o ano de 2005 (BRASIL, 2000b).

Mais uma vez a meta não foi atingida, em dezembro de 2005, o Ministério da Saúde registrou 27.313 casos (taxa de prevalência considerando apenas os casos em tratamento e não de registro ativo como era em 2003) o que equivalem a um coeficiente de prevalência de 1,48 casos/10.000 habitantes e um coeficiente de detecção (número de casos novos registrados no decorrer do ano) de 2,09/10.000 habitantes, com 38.140 novos casos diagnosticados (BRASIL, 2006).

Em decorrência dos altos índices, em 2004 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) que trata de um conjunto de ações descentralizadas sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Vigilância Epidemiológica em parceria com entidades governamentais, não governamentais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2006).

A distribuição geográfica da doença no Brasil é estudada, geralmente, por suas macrorregiões e Estados, daí não haver um conhecimento sistematizado de sua distribuição espacial. Com a implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelo Ministério da Saúde (MS), co-administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus/MS), em processo de gradual aperfeiçoamento, atualmente, é possível desenvolver explorações detalhadas de doenças em diferentes escalas geográficas, permitindo estudos comparativos, análises circunstanciais e identificação de tendências nos diferentes grupos populacionais das regiões geográficas do País (BRASIL, 2006; MAGALHÃES, 2007).

Os dados do SINAN orientam a identificação de *clusters* (PENNA, 2008) para acompanhamento do comportamento da hanseníase no Brasil. Os *clusters* definem as áreas de maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. O foco é a atenção integral e uma ação integrada em regiões, estados e municípios envolvidos nos *clusters* identificados, para reduzir as fontes de transmissão (BRASIL, 2008a)

A Secretaria de Vigilância em Saúde lançou o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase 2006-2010, com intuito de fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase para alcançar baixos níveis endêmicos da doença até 2010, assegurando que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximo de suas residências (BRASIL, 2006).

A Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) assume como objetivo de saúde pública o controle da doença (WHO, 2008) e privilegia, neste aspecto, o acompanhamento epidemiológico por meio do coeficiente de detecção de casos novos, optando pela sua apresentação por 100.000 habitantes para facilitar a comparação com outros eventos. O coeficiente de detecção de casos

novos é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica dos serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Atualmente, a estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 foi formulada como uma extensão natural das estratégias anteriores da OMS, oferecendo oportunidades para aperfeiçoar as ações conjuntas e enfrentar os desafios ainda existentes para a redução da carga da doença associada a hanseníase, bem como os seus impactos sobre os indivíduos afetados pela doença e seus familiares (WHO, 2009).

O Brasil apresenta tendência decrescente, estatisticamente significativa no tempo para as séries temporais de coeficientes de detecção*, segundo estudo de tendência realizado por PENNA, 2008. Todavia, no período de 1990 a 2008 esse coeficiente oscilou entre 20,0/100.000 habitantes em 1990 e 29,4/100.000 habitantes em 2003, apresentando classificação “muito alta”, segundo parâmetros oficiais. Porém, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda mantêm taxas em patamares muito elevados (BRASIL, 2009b).

A figura 1 mostra o coeficiente de detecção de hanseníase na população geral por regiões do Brasil no período de 1990 a 2008.

* **Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase/100.000 habitantes:** Mede a força de morbidade, magnitude e tendências das endemias

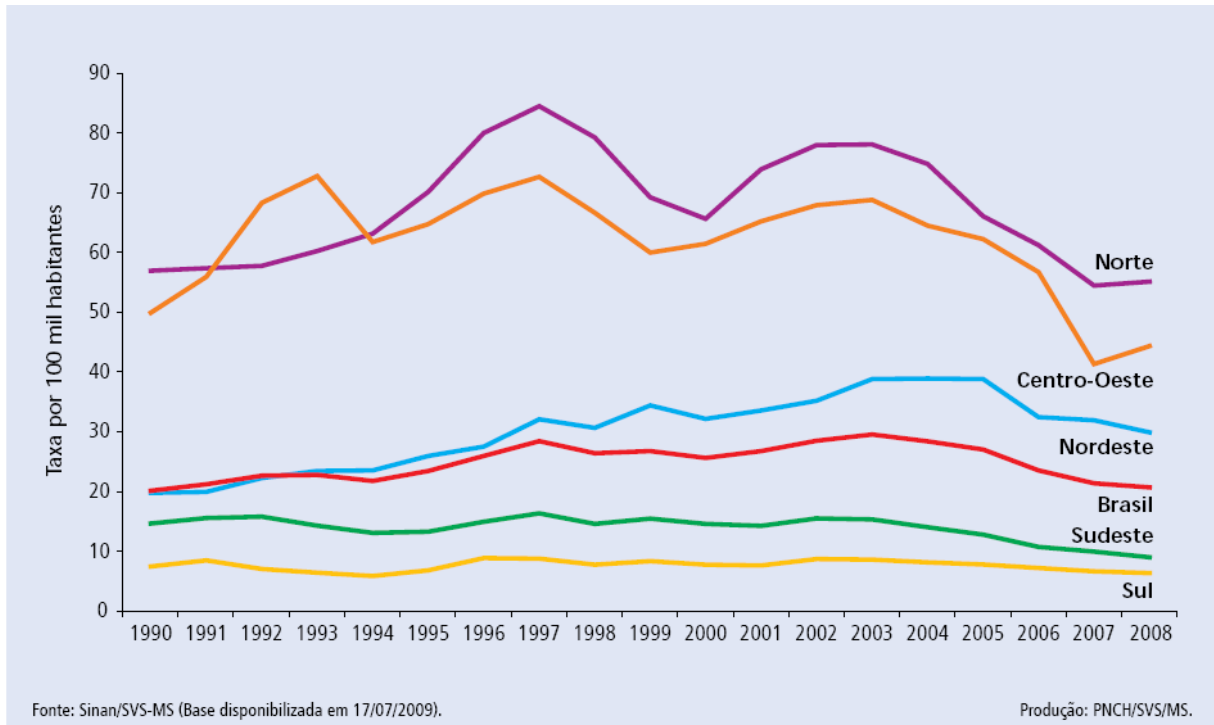


Figura 1 – Coeficiente de Detecção de Hanseníase na População Geral por Regiões – Brasil, 1990 a 2008 Fonte: BRASIL, MS. 2009b.

Os coeficientes de detecção de casos novos registrados nos estados brasileiros em 2007 evidenciam o comprometimento da região da Amazônia Legal em relação à hanseníase. Com uma população correspondente, em 2007, a 12,9% da população do Brasil, a região concentrava 38,9% (15.532) dos casos novos detectados no país. O estado de Mato Grosso apresentou em 2007 o coeficiente de detecção de casos novos mais elevado do país, 100,2/100.000 habitantes, seguido, nesta ordem, dos estados de Tocantins, 93,01/100.000, Rondônia, 74,0/100.000, Maranhão, 68,4/100.000, Pará, 62,1/100.000, e Roraima, onde foi registrado o valor de 55,3/100.000 habitantes. Todos esses seis estados, onde foram registrados os maiores coeficientes de detecção de casos novos, pertencem à Amazônia Legal.

A região da Amazônia Legal apresenta barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e tem aspectos demográficos e referentes à produção social do espaço geográfico que a fazem historicamente vinculada à evolução da endemia no Brasil (BRASIL, 2008a).

A pedra angular na eliminação e no controle da doença como problema de saúde pública continuará sendo o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede básica de saúde, integrando as atividades de detecção

precoce dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes em todos os municípios que possuam pelo menos 1 caso de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2006).

O alcance das metas propostas para 2011 depende da melhoria dos resultados de indicadores pactuados nas instâncias gestoras do SUS, quais sejam, a cura de todos os casos diagnosticados precocemente, a vigilância de contatos, especialmente nos casos menores de 15 anos, avaliação e monitoramento das incapacidades físicas apresentadas pelos casos já diagnosticados tardiamente, entre outros. Isso somente será possível com a expansão do acesso às oportunidades de diagnóstico, tratamento e vigilância (BRASIL, 2008a).

2.2.3 Tocantins

O Estado do Tocantins segundo Penna, 2008, apresenta tendência decrescente, estatisticamente significativa no tempo para as séries temporais de coeficientes de detecção. Entretanto, no período de 1990 a 2008, esse coeficiente oscilou entre 56,7/100.000 habitantes em 1991 e 110,2/100.000 habitantes em 1997, apresentando classificação “hiperendêmica”, segundo parâmetros oficiais, muito acima da encontrada no Brasil. A região Norte, apresenta coeficientes com valor médio de 67,5/100.000 habitantes, tendo classificação “hiperendêmica”, variando de 84,4/100.000 habitantes em 1997 e 54,3/100.000 em 2007, no período, ainda que tenha tendência decrescente para o coeficiente de detecção (BRASIL, 2009b).

A figura 2 mostra o coeficiente de detecção de hanseníase na população geral no Estado de Tocantins, região Norte e Brasil no período de 1990 a 2008.

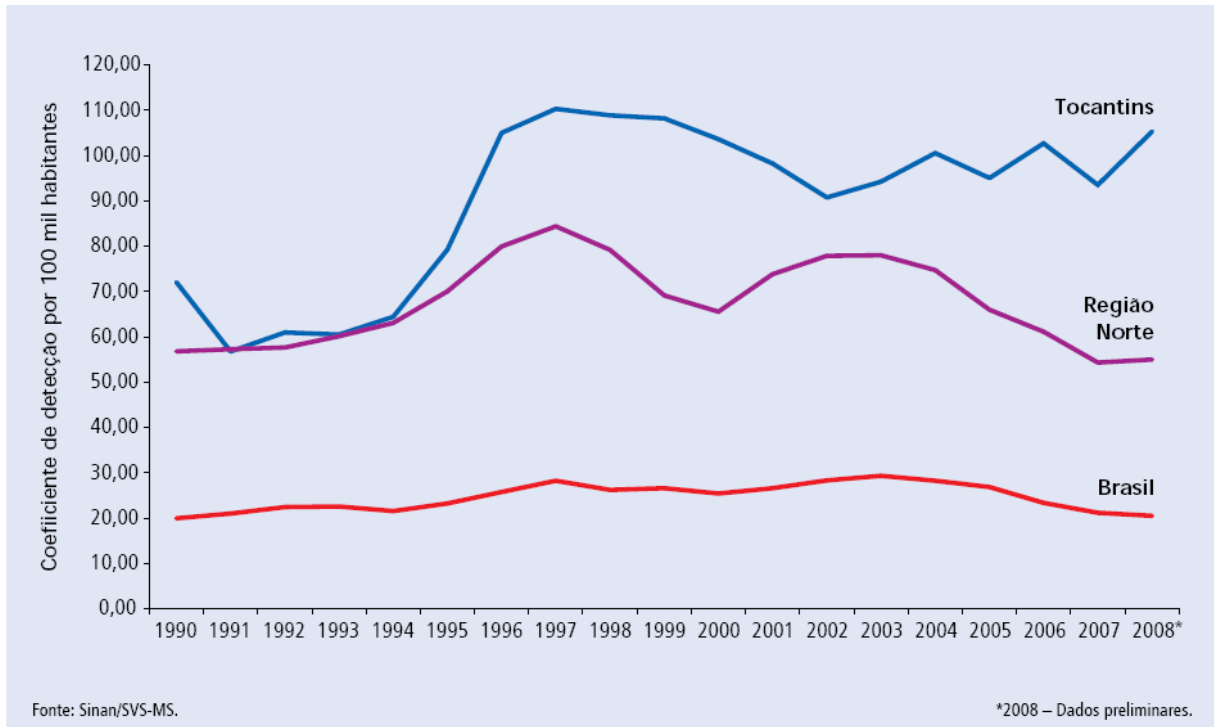


Figura 2 – Coeficiente de detecção de Hanseníase na população geral, no Estado de Tocantins, região Norte e Brasil no período de 1990 a 2008
Fonte: BRASIL, MS. 2009b.

O Estado do Tocantins encontra-se entre os seis estados, onde foram registrados os maiores coeficientes de detecção de casos novos, os quais pertencem à Amazônia Legal. O Estado de Mato Grosso apresentou em 2007 o coeficiente de detecção de casos novos mais elevado do país, 100,2/100.000 habitantes, seguido, nesta ordem, dos estados de Tocantins, 93,0/100.000, Rondônia, 74,0/100.000, Maranhão, 68,4/100.000, Pará, 62,1/100.000, e Roraima, onde foi registrado o valor de 55,3/100.000 habitantes (BRASIL, 2008a).

Em Maio de 2005 foram intensificadas as ações de combate à Hanseníase no Estado com a implantação da Assessoria Técnica Regionalizada, que é um projeto desenvolvido pela Gerência de Dermatologia Sanitária da SESAU-TO com o objetivo de eliminar a Hanseníase no Tocantins.

A Assessoria Regionalizada está sendo feita em parceria com o Ministério da Saúde, da ONG-Organização Não Governamental Holandesa-NRL do Brasil e prefeituras. De acordo com esta assessoria, o Estado foi dividido em seis regiões, cada uma com equipe composta por médico, enfermeiro e técnico da coordenação, os quais percorrem os municípios para prestar, em conjunto com as equipes de

saúde, atendimento à população e capacitação para profissionais de saúde, como agentes comunitários de saúde, com intuito de mobilizá-los a reconhecer os sinais e os sintomas da doença, avaliar prontuários e pacientes e atualizar banco de dados (BRASIL, 2007b).

Nos anos de 2005 e 2006 a Secretaria da Saúde do Tocantins assessorou 105 dos 139 municípios, correspondendo a 76% da área, havendo melhoria na qualidade dos indicadores como: redução de 26% dos casos em registros ativo, redução do abandono de tratamento de 18% para 8%, aumento de 11% de casos curados (de 73,2% para 82,4%), incremento do diagnóstico precoce, reduzindo as deformidades de 6% para 4%, aumento de contatos examinados de 49% para 60%, incremento de 36% na cobertura das Unidades Básicas de Saúde (de 72% para 89%) e incremento na detecção de casos novos (de 9 para 10 casos/10.000 habitantes), além da capacitação de 2.800 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2007b).

Quanto aos parâmetros inseridos na Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde – PAVS observa-se, ainda, que a média do percentual de avaliação quanto ao grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico foi 87,5% para o período é considerado regular. O GIF 2, importante indicador de detecção precoce, oscilou entre 3,5% e 8,9%, apresentando classificação “baixa” para “média” segundo parâmetros. A avaliação do GIF na cura foi considerada “precária” no período, com média de 54,3% de avaliados (BRASIL, 2009b).

A proporção de contatos examinados apresenta média de 58,1% de examinados, oscilando entre 43,7% em 2003 e 74,8% em 2007, mantendo-se com classificação “regular” desde 2004. O percentual de cura nas coortes apresentou média de 72,6% considerado “precário”, oscilando entre 51,5% em 2003 e 93,4% em 2006 (BRASIL, 2009b).

A tabela 2 mostra os Indicadores Epidemiológicos* e Operacionais** de hanseníase no Estado de Tocantins no período 2001 a 2008.

* **Indicadores Epidemiológicos:** servem para medir a magnitude ou transcendência (ou seja, o tamanho ou a gravidade) do problema de saúde pública.

** **Indicadores Operacionais:** medem o trabalho realizado, seja em função da quantidade ou qualidade.

Tabela 2 – Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de hanseníase no Tocantins no período de 2001 a 2008

Indicadores /Ano	Casos Novos 0 – 14 anos	Coefficiente Detecção 0 – 14 anos por 100 mil habitantes	Casos Novos Geral	Coefficiente Detecção Geral por 100 mil habitantes	% de avaliados quanto ao GIF no diagnóstico	% de pacientes com GIF 2 no diagnóstico	% de avaliados quanto ao GIF na cura	% de Contatos Examinados	% de cura nas coortes
2001	110	26,38	1.164	98,24	85,1	3,5	54,0	51,6	68,8
2002	91	21,43	1.095	90,72	87,2	4,5	48,2	46,8	60,0
2003	112	25,89	1.159	94,21	85,4	4,6	54,3	43,7	51,5
2004	103	23,38	1.260	100,54	86,0	5,4	52,3	53,0	68,8
2005	114	24,85	1.241	95,04	87,3	5,2	50,3	61,1	75,1
2006	116	24,79	1.368	102,67	90,5	3,9	46,0	65,5	93,4
2007	115	27,32	1.271	93,53	89,8	8,9	60,6	74,8	84,5
2008	123	31,62	1.348	105,27	88,7	4,5	69,4	68,6	79,1

Fonte: Sinan/SVS-MS

*2008 – Dados preliminares

PARÂMETROS

COEFICIENTE DE DETECÇÃO EM < 15 ANOS	COEFICIENTE DE DETECÇÃO EM POP. GERAL	% DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES FÍSICAS	% DE GRAU 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA	% DE CONTATOS EXAMINADOS	% DE CURA NAS COORTES
Hiperendêmico: ≥ 10,00/100.000 hab.	Hiperendêmico: ≥ 40,00/100.000 hab.	Bom: ≥ 90,0%	Alto: ≥ 10,0%	Bom: ≥ 75,0%	Bom: ≥ 90,0%
Muito Alto: 5,00 a 9,99/100.000 hab.	Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab.	Regular: 75,0 a 89,9%	Médio: 5,0 a 9,9%	Regular: 50,0 a 74,9%	Regular: 75,0 a 89,9%
Alto: 2,50 a 4,99/100.000 hab.	Alto: 10,00 a 19,99/100.000 hab.	Precário: < 75,00%	Baixo: < 5,00%	Precário: < 50,00%	Precário: < 75,00%
Médio: 0,50 a 2,49/100.000 hab.	Médio: 2,00 a 9,99/100.000 hab.	-	-	-	-
Baixo: < 0,50/100.000 hab.	Baixo: < 2,00/100.000 hab.	-	-	-	-

Fonte: BRASIL, MS. 2009b.

Com o objetivo de estabelecer ações pró ativas na busca de mais parceiros públicos e privados, visando ampliar as ações de divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase para todos os seguimentos da sociedade e estimular a co-responsabilidade destas instituições como colaboradoras no aumento da detecção, minimizando o estigma em torno da doença, o Estado de Tocantins no ano de 2008, lançou o programa de parcerias com: a Brasil Telecom, VIVO, Ministério Público Estadual, NRL, Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária do Tocantins (Infraero/TO), TAM e GOL (BRASIL, 2009c).

As parcerias inovadoras fortalecendo as ações de controle da hanseníase no Tocantins no ano de 2008 obtiveram uma experiência bem sucedida, onde no Tocantins, em 2007 foram diagnosticados 1.284 casos novos, destes 50,7% por demanda espontânea, demonstrando um discreto aumento para o ano de 2008, com 1.434 casos novos, sendo que 53,5% tiveram como motivação na descoberta do caso os mais variados meios de comunicação (BRASIL, 2009b).

Embora exista um considerável avanço nas ações desenvolvidas na hanseníase nos últimos anos no Tocantins, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública não foi alcançada, havendo necessidade urgente de implementar estas ações que fortalecem a vigilância, visando tanto, a diminuição nas taxas de detecção de casos novos, bem como a melhoria na qualidade do atendimento prestada aos portadores de hanseníase.

2.2.4 Palmas

A Capital do Tocantins, Palmas, apresentou um coeficiente de detecção de casos novos geral de hanseníase em 2009 de 92,2 casos novos/100.000 habitantes, portanto, considerado hiperendêmico (BRASIL, 2009b). Todas as ações desenvolvidas pelo Estado são praticadas pelo município de Palmas.

Como podemos observar na tabela 3 a seguir o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, vem mantendo-se hiperendêmico ($\geq 10,00/100.000$ habitantes) desde 2001 até 2009, revelando que Palmas apresenta focos de transmissão em atividade mantendo a endemia.

A tabela 3 mostra os indicadores Epidemiológicos e Operacionais do Município de Palmas - TO, no período de 2001 a 2009.

Tabela 3 - Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Hanseníase, Palmas, 2001 a 2009

Indicadores/ Ano	Casos Novos 0- 14 anos	Coeficiente detecção 0-14 anos por 100 mil habitantes	Casos novos geral	Coeficiente detecção geral por 100 mil habitantes	% de avaliados quanto ao GIF no diagnostico	% de avaliados quanto ao GIF na cura	%de contatos examinados	%de cura nas coortes
2001	24	48,4	206	136,5	93,4	88,2	73,7	84,0%
2002	20	37,7	232	144,0	82,1	79,1	54,6	74,0%
2003	26	45,9	234	135,9	81,1	61,8	49,6	71,4%
2004	16	26,5	186	101,5	85,5	44,9	49,5	76,1%
2005	17	24,8	211	101,4	80,7	35,6	51,5	74,3%
2006	14	19,3	211	95,5	88,4	35,7	61,6	89,3%
2007	18	25,4	192	82,2	92,3	42,7	80,1	85,7%
2008	12	21,8	212	115,2	97,0	71,3	79,6	83,3%
2009	16	22,0	174	92,2	97,7	75,1	83,0	87,6%

Fonte: Sinan –SVS- MS/Sinan e DATASUS– Palmas, 2009

2.2.5 Epidemiologia da Hanseníase em Menores de 15 anos

A importância da detecção da hanseníase em menores de 15 anos é bem estabelecida na literatura, e constitui um grave problema de saúde pública, significando que os contactantes não estão sendo assistidos ou não foram identificados.

A maior exposição ao contágio é o fator que condiciona o surgimento da hanseníase na infância (SOUZA CAMPOS & SOUZA LIMA, 1950).

A alta endemicidade da doença em uma área irá proporcionar múltiplas exposições da população ao bacilo, além de propiciar que tal exposição se dê nos primeiros anos de vida. Dessa forma, um dos indicadores mais sensíveis em relação à situação de controle da hanseníase é o percentual de casos em jovens. A ocorrência em menores de 15 anos de idade indica a precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença (ARAÚJO, 2004), configurando-se como importante elemento para avaliação de sua magnitude (LOMBARDI, 1990 apud LANA et al., 2007).

A redução de casos em menores de 15 anos de idade é prioridade do PNCH, sendo indicador no PAC-Mais Saúde. Esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase. A meta estabelecida pelo PNCH para o PAC é a redução do coeficiente de detecção dos casos novos em menores de 15 anos de idade em 10,0%, no país, até 2011 (BRASIL, 2008a).

Os coeficientes de detecção de casos novos em menores de 15 anos de idade, distribuídos por Estados, referentes ao ano de 2009, são apresentados na figura 3. Mais uma vez é evidenciado o comprometimento da Amazônia Legal em relação à hanseníase, com o Estado do Tocantins ocupando a primeira posição no País, com o coeficiente de 27,7/100.000 habitantes. O coeficiente de detecção nessa faixa etária no Estado de Tocantins, no período de 2001 a 2008, apresentou classificação “hiperendêmico”, conforme já foi visto na tabela 2.

Considerando o número de ocorrências nos nove estados da região, a Amazônia Legal concentrou 46,4% dos casos novos em menores de 15 anos registrados no país em 2007 (BRASIL, 2008a).

A figura 3 apresenta os coeficientes de detecção de casos novos em menores de 15 anos de idade, distribuídos por Estados no Brasil, referentes ao ano de 2009.

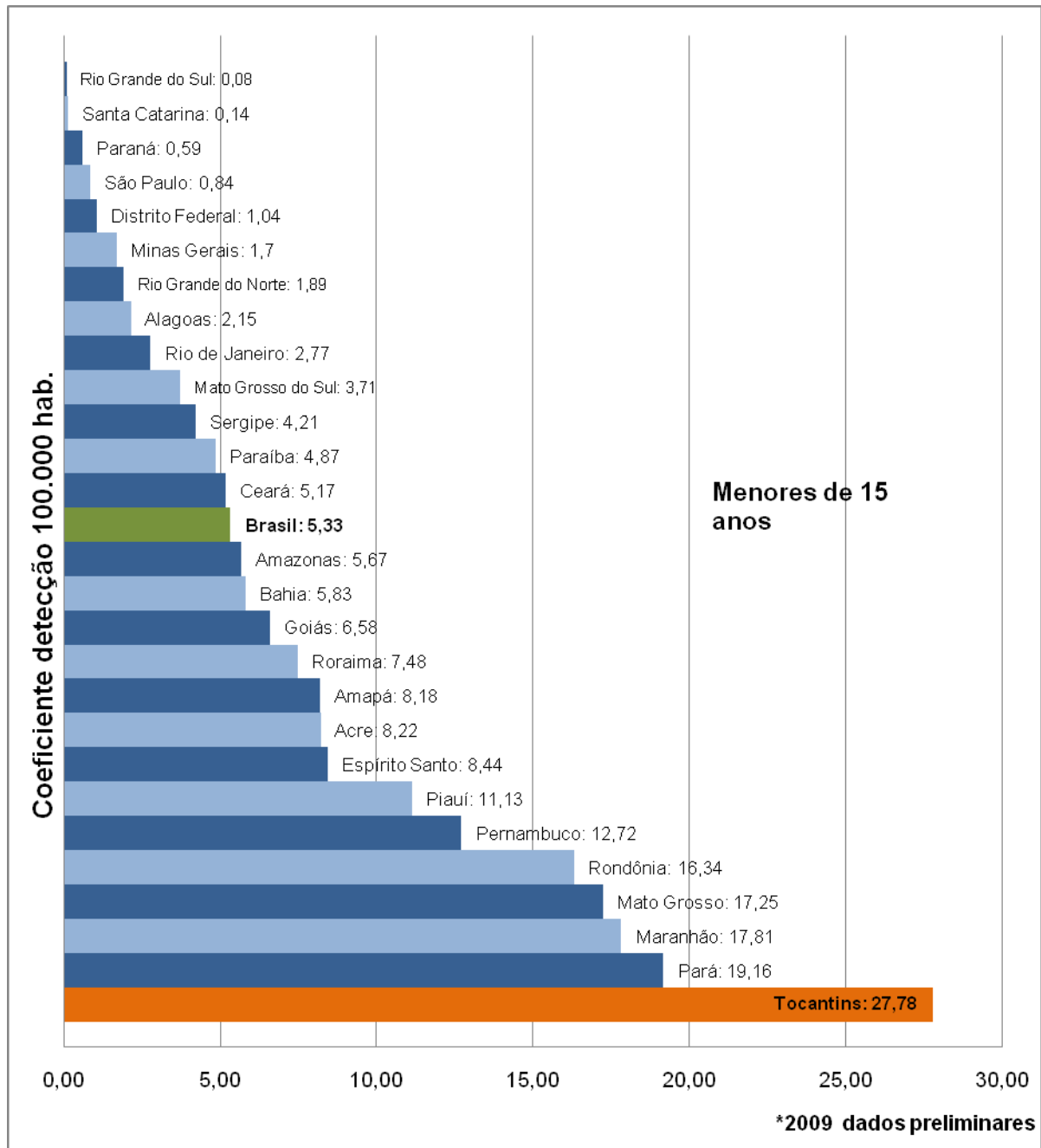


Figura 3 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase segundo Unidade Federada de residência em menores de 15 anos – Brasil – 2009
Fonte: Sinan/SVS-MS (Base disponibilizada 11/05/2010)

A distribuição espacial dos casos em menores de 15 anos, em 2008 demonstra que houve notificação de crianças em 43 (30,9%) municípios do Estado, que estão cercados por áreas silenciosas ou sem caso. Vale salientar que os municípios do Estado de Tocantins estão inseridos nas dez áreas de maior risco de detecção de casos de hanseníase, definidos pelo estudo de *clusters* (BRASIL, 2009 b).

A figura 4 mostra a distribuição dos coeficientes de detecção* de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência no Estado de Tocantins período de 2008.

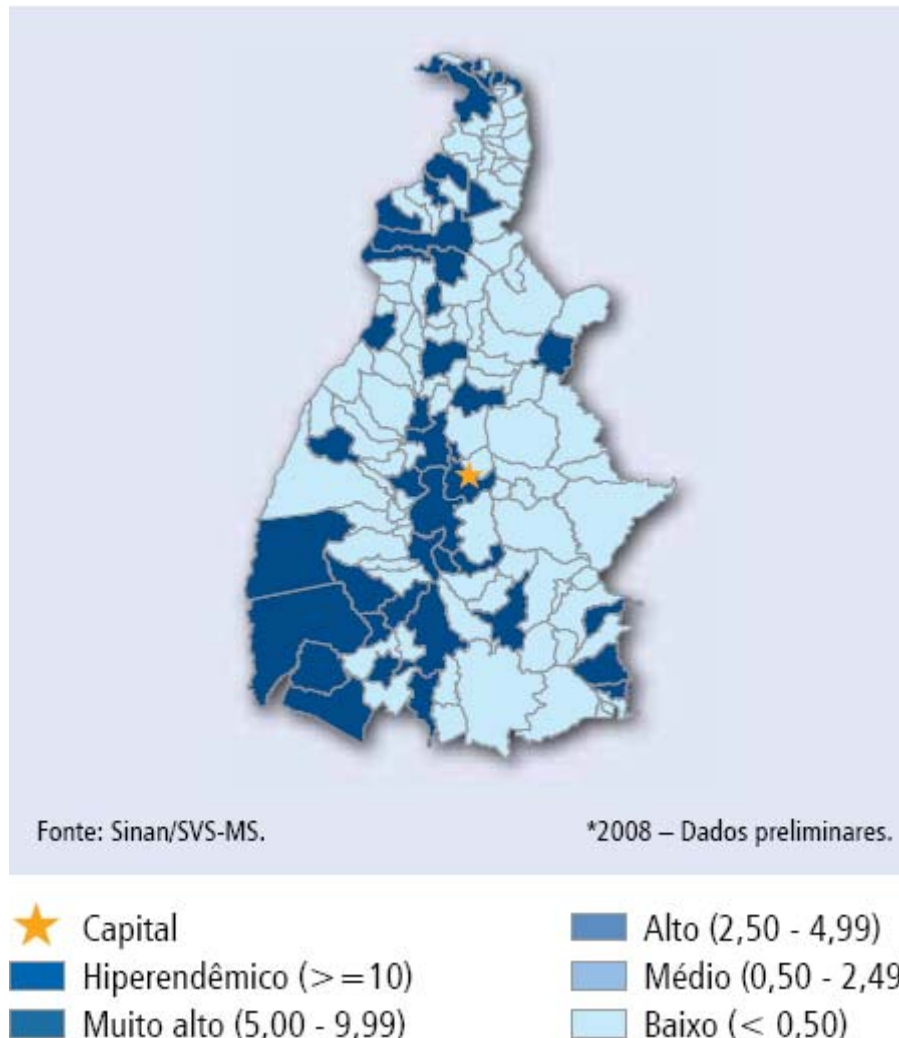


Figura 4 – Distribuição dos coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos por município de residência, Tocantins, 2008*
 Fonte: BRASIL, MS.2009b.

* Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos/100.000 habitantes: Mede a força da transmissão recente da endemia e sua tendência.

Na capital do Tocantins, Palmas, também foram observadas altas taxas de detecção em menores de 15 anos, tornando este município um dos prioritários na detecção de casos de hanseníase.

Na tabela 4 a seguir podemos evidenciar a distribuição de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Palmas quanto ao gênero, faixa etária, classificação operacional, forma clínica e grau de incapacidade no diagnóstico e na cura no período de 2003 a 2009.

Tabela 4- Distribuição de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no município de Palmas quanto ao Gênero, Faixa Etária, Classificação Operacional, Forma Clínica e Grau de Incapacidade no diagnóstico e na cura, no período de 2003 a 2009

ANO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CASOS NOVOS	16	15	17	14	17	12	16
GÊNERO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FEMININO	8	7	12	7	6	4	6
MASCULINO	8	8	5	7	11	8	10
FAIXA ETÁRIA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
< 1 ANO	0	0	0	0	0	0	0
1-4	2	2	1	0	0	0	0
5-9	6	7	4	3	9	6	8
10-14	8	6	12	11	8	6	8
CLASSIF. OPERACIONAL	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PAUCIBACILAR	14	11	15	10	10	11	12
MULTIBACILAR	2	4	2	4	7	1	4
FORMA CLÍNICA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
IGN/BRANCO	-	-	-	0	1	0	0
INDETERMINADA	8	9	11	9	7	8	6
TUBERCULÓIDE	6	3	5	1	3	3	5
DIMORFA	1	1	1	3	5	1	5
VIRCHOWIANA	0	1	0	1	1	0	0
NÃO CLASSIF.	1	1	0	0	0	0	0
AVAL. GRAU INCAP.NO DIAGNÓSTICO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GRAU ZERO	11	14	12	12	15	11	14
GRAU 1	1	0	2	2	1	0	2
GRAU 2	0	0	2	0	1	0	0
NÃO AVAL	0	1	1	0	0	1	0
AVAL. GRAU INCAP.NA CURA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
GRAU ZERO	11	14	12	7	6	10	6
GRAU 1	1	0	2	1	1	0	1
GRAU 2	0	0	2	0	1	0	0
NÃO AVAL	0	1	1	6	9	2	9

Fonte: Adaptado SINAN/Hanseníase – SESAU – TO.

A prevalência geral da hanseníase em filhos de doentes era em torno de 20,9% na era pré-sulfônica, caindo para 19,9% após o advento do tratamento específico. É importante ressaltar que antes de 1940, 95% das crianças acometidas apresentavam os sintomas da hanseníase antes dos cinco anos e atualmente com a poliquimioterapia, os casos têm sido cada vez mais raros (DUCAN, 1985).

Os sinais clínicos da hanseníase muitas vezes não são fáceis de serem diagnosticados na infância (DUCAN, 1985). Em decorrência deste fator, muitas vezes, o diagnóstico apresenta-se tardio, desencadeando deformidades físicas nestes menores.

O problema da hanseníase em crianças inicia durante a sua formação, devido à sua transmissão da doença entre mãe e filho que pode acontecer intra-útero. Na mulher gestante, existe uma diminuição da resposta imunitária, o que favorece a multiplicação dos bacilos no organismo materno e, conseqüentemente, a transmissão da hanseníase (DUCAN, 1985).

Os recém-nascidos, filhos de mães portadoras de hanseníase, apresentam baixo peso, devido ao estado imunológico da gestante que compromete as funções placentárias com redução de estrógenos na excreção urinária, levando conseqüentemente ao menor tamanho da placenta e baixo peso. Tal fato é comprovado clinicamente em gestantes que possuem a forma Dimorfa e Virchowiana (DUCAN, 1985; TALHARI et al., 2006).

Segundo, TALHARI et. al (2006), a mortalidade neonatal existe nos recém-nascidos de baixo peso, filhos de portadoras de hanseníase, devido serem mais susceptíveis as infecções e que geralmente são mais graves, aliado à desnutrição, aos maus cuidados, à falta de recursos e ao baixo grau de instrução.

Existe uma forma, peculiar de hanseníase na infância que é a hanseníase nodular infantil, que acomete menores de quatro anos de idade, a qual se caracteriza pela ocorrência de lesões benignas em indivíduos com alta resistência e que entram cedo em contato com focos bacilares e evoluem com excelente prognóstico (TALHARI et al., 2006).

Nos países endêmicos, observam-se diferenças na prevalência entre regiões, estados, microrregiões, municípios, concentrando-se nos locais de maior pobreza. Sabe-se que as condições sócio-econômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hansênica, apresentando uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com movimentos migratórios que facilitam a difusão da doença (LANA et al., 2007).

A hanseníase é uma doença estigmatizante de grande potencial incapacitante e os adolescentes por estarem numa fase de mudanças e de adaptação, poderá esta interferir na construção de sua vida, inclusive da sua nova identidade (PONTE et al., 2005).

Diante do que foi exposto, é de suma importância que seja feito um diagnóstico precoce da hanseníase, evitando que esta cadeia de transmissão perpetue e contamine estes menores, provocando problemas psíquico-sociais e físicos com uma enorme carga de preconceitos, marginalizando-os do convívio social.

2.3 HANSENÍASE E ESTIGMA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

“A professora não gosta de mim por eu ter hanseníase e não deixa eu ir ao recreio brincar com os outros”.

(Menino, 9 anos)

A hanseníase, ao longo de sua história, mostrou-se uma temática polêmica a ser discutida, pois esteve, em vários momentos, permeada por valores socioculturais controversos (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

A segregação e o preconceito, segundo Nakae (2002), fizeram parte do histórico da hanseníase, que sob influência religiosa, era explicada como punição divina resultante de um pecado. Somente na década de 60 foi substituído o nome lepra por hanseníase na tentativa de neutralizar o impacto estigmatizante da nomenclatura ora utilizada.

Quando falamos em hanseníase, talvez possa se esperar, na maioria das pessoas duas reações diferentes. Por um lado, o desconhecido, o que vem a ser hanseníase, por outro lado, uma associação direta com a Lepra e todo o seu contexto sociocultural. Provavelmente, a mudança na terminologia de Lepra para hanseníase não garante por si só um tratamento mais adequado e eficaz, porém há de se considerar que a história dessa doença foi profundamente marcada pela exclusão, pelo preconceito e pelo medo (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

A hanseníase traz também aos pacientes, em boa parte dos casos e em graus variados, a necessidade de entender algumas perdas em sua vida. Estas podem se apresentar no âmbito físico, como perda da sensibilidade, do potencial motor, de membros do corpo, ou do esquema corporal; social, como perdas de referências sócio-familiares, do trabalho, do potencial de socialização; e psicológicas como perdas de condições emocionais que dêem estabilidade ao sujeito, tais como: sentimento de segurança, potencial de enfrentamento emocional de condições adversas, ou um autoconceito favorável (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

Outro ponto de relevância são as deformidades e incapacidades físicas que a hanseníase pode provocar, trazendo alterações na auto-imagem reduzindo sua auto-estima. Segundo, Arvello (1997), os quadros que apresentam incapacidades físicas costumam ser mais estigmatizantes.

Oliveira (1990) observou que em portadores de hanseníase com deformidades físicas, algumas reações emocionais que influenciaram negativamente em mudanças de atitudes desses pacientes, como: sentimentos de humilhação, culpa, medo, mágoa, inutilidade, solidão e inferioridade.

Nas relações familiares, a desagregação ou enfraquecimento das relações é freqüente e acontece, muitas vezes, por rejeição ou superproteção, que são sentidas por parte do paciente e da família (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

As situações sociais próprias da realidade brasileira como: desemprego, baixa renda, condições precárias de moradia, alcoolismo, violência, entre outros, podem ser fatores agravantes em caso de doenças ou incapacitações. Estes fatores contribuem para intensificar desequilíbrios, e refletem de maneira dura na vida do

paciente dificultando a sua reabilitação de forma geral (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

As representações sociais que se têm sobre a hanseníase e suas formas de estigma têm sido visto como uma das principais dificuldades para o paciente em aderir ao tratamento, seja na prevenção de incapacidades ou no processo de reabilitação (OPROMOLLA & BACCARELLI, 2003).

Nakae (2002), ao avaliar o discurso de sete sujeitos, encontrou um pedido claro e manifesto da escuta de suas dores psíquicas, onde o papel do psicólogo na equipe multidisciplinar torna-se imprescindível a medida que abre uma saída para esse desamparo, possibilitando que o desconhecido se torne conhecido ao nomear essas não-respostas, permitindo que o paciente se reorganize e se repositone no mundo e , com isso, construa uma nova história.

Ao lidar com o ser humano, especialmente no campo da saúde, Opromolla & Baccarelli (2003) afirma que é necessário tomar como referencial sua integralidade. Entender todas as condições psicossociais das pessoas acometidas pela hanseníase e a necessidade de uma atenção profissional mais humanizada é de fundamental importância.

2.4 QUALIDADE DE VIDA

O Grupo de Qualidade de Vida (Qol) da Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995).

Desde a década de 40 a OMS tem contribuído bastante na área de Qol ao definir saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença” (WHO, 1946).

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Neto (1994), considerou qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo (MINAYO et al., 2000).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO et al., 2000).

Porém, na área da saúde, o real interesse pelo conceito Qualidade de Vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL & ZANONN, 2004).

O tema qualidade vida apesar de não haver uma definição consensual, WHOQOL (1995) relata que existe alguma concordância entre os pesquisadores sobre o assunto em que a QoI possui: subjetividade, multidimensionalidade (física, psicológica e social) e bipolaridade (dimensão positiva e negativa).

A medida da qualidade de vida, mesmo ainda sendo um instrumento recente e que veio de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista, é um fato irreversível que vai, sem dúvidas, pertencer ao nosso universo, da mesma forma que a ecografia (Rameix, 1997: 89 apud MINAYO et al., 2000).

Por outro lado, Minayo (2000) alerta a necessidade de investir muito ainda no aprofundamento do conceito e da mediação de promoção de saúde para que signifique mais que uma idéia de senso comum, programa ideológico, imagem-objetivo e possa nortear o sentido verdadeiramente positivo de qualidade de vida.

2.4.1 Qualidade de Vida na Dermatologia

Ultimamente as doenças crônicas de pele vêm sendo estudadas não apenas do ponto de vista físico, mas também, com maior atenção direcionada aos aspectos psicossociais envolvidos nas dermatoses. As influências de fatores tanto emocionais como sociais estão sendo consideradas por parte dos pesquisadores que possuem uma visão interdisciplinar em saúde (SILVA et al., 2006).

Existe uma ligação já estabelecida entre os fatores psicológicos e várias dermatoses, entre elas a dermatite atópica, acne, vitiligo, psoríase, líquen plano, pênfigo, dermatite seborreica, alopecia areata, e a urticária (KOO et al., 2000).

A intensidade do impacto das doenças de pele depende de algumas variáveis, como sua história natural e as implicações da desordem específica. As características demográficas, de personalidade, caráter e valores do paciente, sua situação de vida e as atitudes da sociedade como um todo quanto ao significado dos distúrbios de pele são aspectos fundamentais a serem analisados (GINSBURG & LINK, 1993 apud SILVA et al., 2006).

A qualidade de vida na dermatologia é avaliada por motivos clínicos, de pesquisa, de auditorias ou por objetivos políticos e econômicos (FINLAY, 1997).

Os médicos, ao decidirem como manejar uma doença cutânea, utilizam um método intuitivo de avaliação, de quanto a doença está afetando a vida do paciente, que pode, no entanto, levá-los a uma visão diferente daquela que tem o paciente sob sua condição (SLEVIN et al., 1998). O uso de medidas simples de avaliação de qualidade de vida é bem recebido pelos pacientes que desejam expressar suas preocupações (FINLAY & KHAN, 1994).

Nos últimos 10 anos, o número de instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida dos pacientes tem aumentado e eles podem ser divididos em dois grupos distintos: genéricos e específicos (HALIOUA & BEUMONT, 2000).

Os Genéricos avaliam a qualidade de vida fora do contexto clínico. Desses, os mais conhecidos e utilizados são: SIP (Sickness Impact Prolife), o SF-36 (the

short-form 36), o NHP (Nottingham Health Prolife), o WHOQOL-100 (World Health Organization of Life Assessment), WHOQOL –bref, o PGI (Patient-Generated Index). Esses questionários tanto podem ser aplicados na população em geral, quanto em diferentes patologias clínicas. Sua vantagem consiste no fato de poder comparar qualidade de vida entre doenças (FINLAY, 1997; HALIOUA & BEUMONT, 2000).

Os específicos são utilizados para uma doença especial, e por considerar manifestações exclusivas de uma determinada condição clínica, são mais sensíveis quando comparados aos genéricos (FINLAY, 1997; HALIOUA & BEUMONT, 2000). Dentre os instrumentos para avaliação da QoI na dermatologia encontram-se: DLQI (Dermatology Life Quality Index), SKINDEX, DSQL (Dermatology-Specific Quality of Life). Já para as dermatoses na infância são achados: o IDQOL (The Infants' Dermatitis Quality of Life Index), CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index). Além disso, existem também os instrumentos para dermatose específicas como: Psoríase, Acne, Vitiligo, Melasma, Dermatite de Contato, Dermatoses do Couro cabeludo, Dermatite Atópica, Prurido e Alergia ao Látex (WEBER, 2005).

O DLQI (Dermatology Life Quality Index) é um instrumento específico para doenças dermatológicas, foi desenvolvido por Finlay e Khan (1994), e contém 10 questões. Podendo ser usado tanto para medir quanto para comparar a qualidade de vida entre diferentes doenças cutâneas. Os Scores variam de 0 a 30, os escores maiores traduzindo maior grau de incapacidade (FINLAY & KHAN, 1994).

2.4.2 Qualidade de Vida na Dermatologia em Crianças e Adolescentes

A criança como um ser em contínuo processo de desenvolvimento e crescimento, ao apresentar alterações físicas, corporais ou comportamentais que acarretam limites de oportunidades para vivenciar situações que a façam agir e descobrir o mundo pode ter sua personalidade violentada através da perda de segurança e dano ao próprio desenvolvimento, refletindo na sua vida adulta (NEUMANN, 1980).

Durante o desenvolvimento da criança, qualquer condição que ameace a integridade corporal ou a auto-imagem será percebida de maneira diferente e demandará mecanismos de defesa e adaptativos específicos para a faixa etária. De qualquer maneira, em todas as etapas do desenvolvimento físico e psicoemocional, o binômio criança-família deve constituir o foco de atenção do profissional de saúde (BARREIRE, et al., 2003).

Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a QV de adultos, porém, apenas poucos instrumentos genéricos validados para a população pediátrica: o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) e o Child Health Questionnaire (CHQ), PedsQL (PEdiatric Quality of Life Inventory), KIDSCREEN HRQL. Porém, em relação a aos instrumentos específicos relacionados as dermatoses na infância temos, como citado anteriormente o IDQOL e o CDLQI (WEBER, 2005).

Todos os instrumentos que se propõem avaliar a QV, tanto em adultos quanto em crianças, precisam obedecer aos critérios de confiabilidade e validade. É importante saber se uma medida é confiável, que permita que o indivíduo responda similarmente em diferentes situações, e válida, isto quer dizer, que mensura qualidade de vida mais do que qualquer outro conceito (EISER & MORSE, 2001a).

Após a escolha de um instrumento confiável a ser utilizado na pesquisa, tem-se ainda outro grande desafio: qual a melhor forma de avaliar a QV de crianças? Por meio das próprias crianças, de seus pais, ou de ambos? Iniciar-se-á uma discussão sobre essa questão, que vem se consolidando como um fator de grande interesse nas pesquisas sobre QV na infância.

É preciso que as medidas de QV sejam avaliadas por meio das crianças e dos seus representantes, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas para determinar a relação entre a avaliação da criança e do representante, levando em conta variáveis como gênero, idade e condição de saúde. O uso de representantes além dos pais também precisa ser mais bem explorado (EISER & MORSE, 2001b).

Apesar das dificuldades em crianças relatarem as informações necessárias a respeito do seu sofrimento, hoje com instrumentos mais adequados, parece possível

que crianças a partir de 5 anos de idade consigam reportar suas próprias impressões a respeito de saúde (VARNI et al., 2007).

2.4.3 Instrumento Utilizado: CDLQI – Escore de Qualidade de Vida em Dermatologia Infantil (Children’s Dermatology Life Quality Index)

Crianças com dermatoses crônicas precisam compreender suas limitações e tratamentos, para melhor enfrentar estas e outras dificuldades por um longo período de tempo, e, portanto formam um grupo que merece atenção (PRATI, 2007). Baseado no DLQI foi criado o CDLQI (Children’s Dermatology Life Quality Index), o qual será utilizado nesta pesquisa.

Doenças de pele pode causar incapacidade grave e deficiência física em crianças, sendo necessária a avaliação da incidência de doenças de pele na qualidade de vida, para auxiliar na tomada de decisão e investigação clínica, para auditoria dos serviços dermatologia pediátrica, e para ajudar os argumentos de mais recursos para o cuidado das crianças com problemas de pele (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995).

Para a elaboração do CDLQI, na versão original, foram avaliadas 159 crianças com idades entre 3-16 anos, que frequentavam uma clínica em Clwyd, Wales, Reino Unido, escreveram com a ajuda dos seus pais, todos os caminhos em que sua doença de pele afetava suas vidas. Cento e onze aspectos diferentes foram identificados, 10 questões foram compostas para cobrir esses aspectos, utilizando uma estrutura semelhante ao DLQI. Os escores obtidos nesse estudo foram significativamente maiores nas crianças com eczemas, seguido de psoríase, acne, verrugas virais e nevos (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995).

O CDLQI foi criado para avaliar, de maneira simples e prática, a QoL de pacientes entre 4 e 16 anos de idade, apresentando uma estrutura similar ao DLQI e ao DFI (LEWIS-JONES; FINLAY, 1995) e está traduzido para a língua portuguesa falada no Brasil (<http://www.ukdermatology.co.uk/>), e validado no Brasil por Prati (PRATI, 2007). É reproduzível, confiável e específico para diversas dermatoses,

como psoríase, eczema, acne e nevos, também auto-explicável, constituído de 10 questões respondidas em conjunto pelas crianças e pelos pais. Contempla seis domínios: Sintomas e sentimentos, lazer, escola ou férias, relações pessoais, sono e tratamento (Anexo 3). Maiores detalhes foram abordados no item CDLQI em casuística e métodos.

Este instrumento é calculado somando o score de cada questão resultando no máximo de 30 e no mínimo de 0. Quanto maior o escore, mais afetada está a qualidade de vida. Pode ser expresso em percentagem também, no escore máximo de 30 (LEWIS-JONES & FINLAY, 1995).

A versão ilustrada do CDLQI encontra-se também disponível, e é mais atrativa, porém produz resultados semelhantes, sugerindo equivalência com a versão original do CDLQI (HOLME et al., 2003; LOO et al., 2003).

O CDLQI apesar de validado para diversas dermatoses, Lewis-Jones (1995), alerta que o pequeno número de itens deste questionário pode levar a escores baixos em doenças com poucos sintomas clínicos, mas com grande impacto psicológico real e que os dermatologistas devem estar atentos a esta característica do instrumento.

Atualmente são inúmeros os artigos encontrados em literatura que utilizaram o CDLQI como instrumento, os quais podem ser consultados no site anteriormente citado.

3 JUSTIFICATIVA

Com todo o elenco da história da hanseníase riquíssima em fatos e ilustrações dos mais diversos sofrimentos dos doentes como a exclusão social, a marginalização, desagregação familiar, mutilação, deformidades, seqüelas entre outras, os quais podem afetar o cotidiano destes pacientes, associado à prioridade do Programa Nacional de Controle da Hanseníase em redução de casos em menores de 15 anos, entendeu-se a necessidade de tomar conhecimento do quadro geral da hanseníase em menores de 15 anos no município de Palmas- TO e suas possíveis conseqüências, avaliadas através de um instrumento específico de qualidade de vida: o CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os aspectos clínico-epidemiológico e a qualidade de vida em crianças* e adolescentes** portadores de hanseníase, notificados no Programa de Controle da Hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do município de Palmas - TO.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reavaliar o Perfil Clínico e Epidemiológico nos pacientes portadores de hanseníase menores de 15 anos no período de 2006 a 2009.

2. Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde nos portadores de hanseníase compreendidos na faixa etária de 5 a 16 anos, por meio de um instrumento específico, o Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), sob a perspectiva das crianças e adolescentes no período de Julho de 2009 a Maio de 2010.

3. Correlacionar a qualidade de vida às variáveis clínicas abordadas (gênero, classificação operacional, grau de incapacidade e reação hansênica).

* **Criança** é a pessoa com menos de 12 anos de idade.

** **Adolescente** é o indivíduo que se encontra na faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade, segundo Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8.069, 13 de Julho de 1990, Artigo 2°).

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 MODELO DE ESTUDO

Estudo descritivo (clínico-epidemiológico), observacional, e transversal (PEREIRA, 2008).

5.2 CARACTERÍSTICA DO LOCAL DE ESTUDO

O Tocantins é um Estado novo, localiza-se na Região Norte do Brasil, com uma área de 277.621 Km², o que representa 3,2% da área total do Brasil, ocupando a décima extensão territorial, fazendo parte da Amazônia Legal. Ademais, limita-se com seis estados brasileiros: ao Norte, com Maranhão; ao Sul, com Goiás; a Leste, com Maranhão, Piauí e Bahia; a Oeste, com Mato Grosso e Pará; Nordeste, Maranhão; Noroeste, Pará; Sudeste, Bahia; Sudoeste, Mato Grosso. Formado por 139 municípios, agrupados em 18 macro-regiões administrativas, divididas pela Secretaria do Planejamento do Estado, com fins de adequar o planejamento e a execução das ações do Governo aos interesses comuns dos municípios que integram, essa divisão é endossada pela Lei 972, de 14 de abril de 1988 (NASCIMENTO, 2009).

De acordo com o IBGE (2007), o Estado do Tocantins tem uma população estimada de 1.243.627 habitantes, sendo que 903.744 (72,6%) moram na zona urbana e 339.883 (27,3%) na zona rural. A principal vegetação Tocantinense é o Cerrado, cobrindo uma área de aproximadamente 87,0% do território. O clima é Tropical com temperatura média de 38°C e umidade relativa do ar 76,0%, com queda nos meses de agosto e setembro, quando a umidade fica em torno de 50,0%. O Tocantins é um dos cinco Estados mais ricos em recursos hídricos do País graças aos Rios Araguaia e Tocantins, e seus afluentes, que se organizam

hierarquicamente formando a Bacia Hidrográfica Araguaia-Tocantins e a economia baseia-se na agropecuária (NASCIMENTO, 2007).

Palmas é a capital do Estado do Tocantins, localizada no quadrante central do Estado e a área territorial é de 2.051 km². Sua sede municipal tem como coordenadas geográficas -10°12'46" de latitude Sul, 48°21'37" de longitude Oeste e altitude média de 330m, acima do nível do mar. Faz limite ao Sul: Monte do Carmo e Porto Nacional; Leste: Santa Tereza e Novo Acordo; Oeste: Porto Nacional e Miracema do Tocantins. Fica a 973 km de Brasília e encontra-se localizada a 60 Km da rodovia BR-153 (Belém-Brasília). O acesso terrestre é pela TO-050 e TO-060 que bifurcam com a BR-153. A população residente é de 220.888 habitantes, conforme pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2007; NASCIMENTO, 2007).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída conforme a análise de dados coletados, através das Fichas de Notificação de hanseníase, proporcionadas pelo SINAN, adquiridas nas Unidades de Saúde de Palmas, onde existe o programa de hanseníase e que são disponibilizadas nas Secretarias de Saúde do Município e Estado de Palmas - TO.

Foi realizada a busca de registro de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no período de 2006 a 2009. Foram encontrados 457 casos novos no Estado do Tocantins, sendo 122 no ano 2006, 107 em 2007, 124 em 2008 e 104 em 2009, respectivamente. Em seguida, foram relacionados os pacientes residentes no município de Palmas, nos quais, foram encontrados 59 casos novos, distribuídos da seguinte forma: 14 no ano 2006, 17 no ano de 2007, 12 no ano de 2008 e 16 no ano de 2009, respectivamente. Portanto, os dados clínicos e epidemiológicos de 59 menores foram adquiridos pela ficha do SINAM e prontuários, porém ao fazer a visita domiciliar, dados de 19 pacientes foram perdidos, devido a mudança para residências em outras cidades ou Estados. Logo, a amostra foi constituída por 40

crianças e adolescentes. A seleção foi de acordo com os critérios da pesquisa e suas variáveis e com o preenchimento completo dos instrumentos da pesquisa.

5.4 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no período de agosto 2008 até outubro de 2010.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no presente estudo os indivíduos diagnosticados e tratados com hanseníase, menores de 15 anos no momento do diagnóstico, residente no município de Palmas, Estado do Tocantins, no período de 2006 a 2008.

Por se tratar de menores de idade, os pais ou responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, para tanto, autorizaram a participação dos seus filhos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconiza a Resolução CNS Nº 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice 1).

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Indivíduos residentes em outros Estados;
- b) Indivíduos residentes fora do município de Palmas;
- c) Indivíduos que não aceitaram participar do estudo;
- d) Indivíduos que não puderam ser acompanhados durante o estudo;
- e) Idade maior de 16 anos na entrevista;

f) Indivíduos que não devolveram o questionário preenchido.

5.7 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE

A classificação clínica adotada no estudo foi a classificação de Madri (Brasil, 2001; Brasil, 2009), registrada na Ficha de Notificação/ Investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN (Anexo 1).

O quadro 3 abaixo mostra a classificação clínica e operacional da hanseníase

Quadro 3 - Classificação Clínica e Operacional da Hanseníase

Características Clínicas	Forma clínica	Classificação Operacional
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB)
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos	Tuberculóide (HT)	Paucibacilar (PB)
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritemato-pigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB)
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Virchowiana (HV)	Multibacilar (MB)

Fonte: (Adaptado de Brasil, MS, 2009a).

5.8 CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES HANSÊNICAS, GRAU DE INCAPACIDADE E TRATAMENTO

Para a classificação das reações, o grau de incapacidade e tratamento da hanseníase foram utilizados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme, respectivamente, os quadros expostos a seguir, (BRASIL, 2005a)

O quadro 4 mostra a Classificação das Reações Hansênicas.

Quadro 4 – Classificação das Reações Hansênicas

Episódios reacionais	Tipo 1 – Reação reversa	Tipo 2 – Eritema nodoso Hansênico (ENH)
Formas clínicas	Paucibacilar	Multibacilar
Início	Antes do tratamento PQT ou nos primeiros 6 meses do tratamento. Pode ser a 1ª manifestação da doença	Pode ser a 1ª manifestação da doença. Pode ocorrer durante ou após o tratamento com PQT
Causa	Processo de hiper-reatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar)	Processo de hiper-reatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar)
Manifestações Clínicas	Aparecimento de novas lesões que podem ser eritemato-infiltradas (aspecto erisipelóide) Reagudização de lesões antigas Dor espontânea nos nervos periféricos Aumento ou aparecimento de áreas hipo ou anestésicas	As lesões pré-existentes permanecem inalteradas Há aparecimento brusco de nódulos eritematosos, dolorosos à palpação ou até mesmo espontaneamente, que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras
Comprometimento Sistêmico	Não é freqüente	É freqüente Apresenta febre, astenia, mialgias, náuseas (estado toxêmico) e dor articular
Fatores associados	Edema de mãos e pés Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído	Edema de extremidades Irite, epistaxe, orquite, linfadenite Neurite. Comprometimento gradual dos troncos nervosos
Hematologia	Pode haver leucocitose	Leucocitose, com desvio à esquerda, e aumento de imunoglobulinas Anemia
Evolução	Lenta Podem ocorrer seqüelas neurológicas e complicações, como abscesso de nervo	Rápida O aspecto necrótico pode ser contínuo, durar meses e apresentar complicações graves

Fonte: Brasil, MS,2009a.

O quadro 5 apresenta o Grau de Incapacidade em portadores de hanseníase.

Quadro 5- Grau de Incapacidade em Hanseníase

Local Grau	OLHOS (D/E)	MÃOS (D/E)	PÉS (D/E)
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase.	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase.	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea.	Diminuição ou perda da sensibilidade.	Diminuição ou perda da sensibilidade.
2	Lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual < 0,1 ou não conta dedos a 6m.	Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída.	Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contração de tornozelo.

Fonte: Adaptado de Brasil, MS, 2009a.

O quadro 6 a seguir apresenta o esquema padrão de tratamento para crianças com MH, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 6 – Esquemas padrões para Tratamento de Hanseníase em Crianças, segundo Ministério de Saúde, Brasil, 2009

ESQUEMA PAUCIBACILAR PADRÃO PARA CRIANÇAS					
Medicação Idade	Dapsona (DDS) - dose diária auto-administrada	Dapsona (DDS) – dose mensal supervisionada	Dapsona (DDS) – dose mensal supervisionada	Rifampicina (RFM) - dose mensal supervisionada	
0-5	25 mg	25 mg	25 mg	150 - 300 mg	
6-14	50 - 100 mg	50 - 100 mg	50 - 100 mg	300 - 450 mg	
> 15	100 mg	100 mg	100 mg	600 mg	
Duração do tratamento: 6 meses e máximo de 9 meses					
ESQUEMA MULTIBACILAR PADRÃO PARA CRIANÇAS					
Medicação Idade	Dapsona (DDS) – dose diária auto-administrada	Dapsona (DDS) – dose mensal supervisionada	Rifampicina (RFM) - dose mensal supervisionada	Clofazimina (CFZ) - dose diária auto-administrada	Clofazimina (CFZ) – dose mensal supervisionada
0-5	25 mg	25 mg	150 - 300mg	100 mg/sem	100 mg
6-14	50 - 100 mg	50 - 100 mg	300 - 450mg	150 mg/sem	150 – 200 mg
> 15	100 mg	100 mg	600 mg	50 mg/dia	300 mg
Duração do tratamento: 12 meses e máximo de 18 meses					

Fonte: Adaptado de BRASIL, MS. 2009a.

5.9 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Para avaliação dos indicadores epidemiológicos foram usados parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde, o coeficiente de detecção em menores de 15 anos considerado foi: hiperendêmico $\geq 10,00/100.000$ habitantes; muito alto de 9,99 a 5,00/100.000 habitantes; alto de 4,99 a 2,50/100.000 habitantes; médio de 2,49 a 0,50/100.000 habitantes; baixo $< 0,50/100.000$ hab. (BRASIL, 2009b).

5.10 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, a coleta de dados foi feita através da busca de pacientes menores de 15 anos de idade, diagnosticados com hanseníase, no banco de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (Anexo 1), nas Secretarias Municipal e Estadual, no período de 2006 a 2009. Na sequência, foi realizada a avaliação dos prontuários nas Unidades Básicas de Saúde e efetuada visita domiciliar a cada paciente, no período de Julho de 2009 a Maio de 2010.

Os pacientes foram avaliados em suas residências, por médico dermatologista e enfermeira assessora técnica da hanseníase, na presença do seu responsável. Realizou-se anamnese, exame clínico dermatoneurológico detalhado de acordo com a ficha de avaliação de prevenção de incapacidades físicas preconizada pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2009a) (Apêndice 2 e Anexo 2) e, posteriormente, aplicou-se o Índice de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI) (Anexo 3), o qual foi respondido pela criança e, quando necessário, havia auxílio dos pais. O questionário foi respondido com facilidade e finalizado, em média, em cinco minutos. Foi concedido o direito de uso do CDLQI pelos autores (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995)(Anexo 4).

5.10.1 Ficha de Investigação

Primeiro instrumento (Apêndice 2), formulado pela própria autora, para coleta de dados secundários obtidos dos relatórios emitidos pelo SINAN (Anexo 1), complementados com os prontuários médicos e entrevista ao paciente juntamente com o seu responsável. No instrumento foram analisadas as seguintes variáveis: gênero, idade, escolaridade, local de residência, renda familiar, exame dermatoneurológico, cicatriz vacinal, Classificação Operacional, Forma Clínica, Grau de Incapacidade no diagnóstico, pós alta e na entrevista, Esquema Terapêutico, Reações Hansênicas durante o tratamento e após alta, situação do paciente na alta e após a alta.

5.10.2 Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI)

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes foi o CDLQI, desenvolvido e validado por Lewis-Jones et al. (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995), e validado para uso no Brasil por Prati (PRATI, 2007). É reproduzível, confiável e específico para dermatoses e pode ser aplicado na faixa etária de 3 a 16 anos. Ele é autoexplicativo, sendo entregue ao paciente para que responda sozinho ou com ajuda dos pais ou responsáveis, podendo ser usado tanto

para medir quanto para comparar a qualidade de vida entre diferentes doenças cutâneas e suas variáveis.

Este questionário é composto por 10 questões (Anexo 3), que envolvem aspectos da vida diária e resulta em escores interpretados como: sem comprometimento da qualidade de vida (0-1) ou com comprometimento leve (2-5), moderado (6-10), grave (11- 20), ou muito grave (21-30), com o objetivo de avaliar o quanto o problema de pele tem afetado a vida na semana que passou.

O CDLQI consiste em 10 itens que podem ser divididos em 6 domínios: Sintomas e Sentimentos, Lazer, Escola e Férias, Relação com pessoas, Sono e Tratamento. As respostas geram escores entre 0 e 3, e o cálculo final é um somatório simples desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença.

O escore de cada questão é realizado da seguinte forma: Muitíssimo valor 3, Muito valor 2, Pouco valor 1, Não valor 0, questão não respondida valor 0 ,na questão 7, se impedido de ir a escola valor 3. O CDLQI é calculado somando o escore de cada questão resultando no máximo de 30 e no mínimo de 0. Quanto maior o escore, mais afetada está a qualidade de vida. Pode ser expresso em percentagem também, no escore máximo de 30 (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995).

O resultado do CDLQI pode ser analisado nos seguintes grupos abaixo relacionados no quadro 7:

Quadro 7 – Escore do CDLQI divididos por domínios

DOMÍNIOS	QUESTÕES	ESCORE MÁXIMO
Sintomas e sentimentos	1 e 2	6
Lazer	4, 5 e 6	9
Escola e Férias	7	3
Relação com pessoas	3 e 8	6
Sono	9	3
Tratamento	10	3

Fonte: Lewis-Jones and Finlay, 1995.

Os escores de cada sessão podem ser expressos por percentagem dos escores máximos de cada grupo (9, 6 ou 3).

A interpretação dos questionários respondidos incorretamente procede da seguinte forma:

a) Se uma questão é deixada de responder o escore é 0 e os escores são somados e expressados no máximo de 30.

b) Se 2 ou mais questões são deixadas de responder o questionário não tem escore.

c) Se ambas as questões 7a e 7b são completadas o escore maior das duas questões pode ser contado.

Os escores obtidos do instrumento 2 foram correlacionados as seguintes variáveis coletadas no instrumento 1 como: gênero, faixa etária, classificação operacional, grau de incapacidade e reação hansênica, com intuito de avaliar o quanto a qualidade de vida dos pacientes de 5 a 16 anos portadores de hanseníase, está comprometida na ótica das próprias crianças e adolescentes.

5.11 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as etapas da pesquisa foram observadas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas- TO, por meio da declaração Processo N° 02/2009 (Anexo 5) seguindo a tramitação determinada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB.

Foi assegurado o anonimato dos sujeitos da pesquisa e os mesmos poderiam desistir do estudo a qualquer momento sem que isso lhes trouxesse quaisquer prejuízos. Houve autorização do responsável pelo menor e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice1) concordando com a participação.

Essa pesquisa não trouxe riscos aos sujeitos envolvidos no estudo (BRASIL, 2005b).

5.12 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi descritiva e processada pelo teste qui-quadrado, e o critério de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$)

Os dados qualitativos serão agrupados e analisados à luz da literatura pertinente (MINAYO, 1996).

6 RESULTADOS

6.1 RESULTADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Em meio aos 40 pacientes que participaram do estudo, encontraram-se 17 (42,5%) do gênero feminino e 23 (57,5%) do gênero masculino. Nas entrevistas, oito (20,0%) apresentaram faixa etária de 5 a 9 anos, e 32 (80,0%), faixa etária de 10 a 16 anos. E, quanto à escolaridade, 17 (42,5%) tinham até 5 anos de estudo; 20 (50,0%) de 6 a 9 anos de estudo, e 3 (7,5%) de 10 a 12 anos de estudo. Já em relação ao local de residência, 40 (100,0%) pacientes em zona urbana (figura 5). A renda familiar, em 30 (75,0%) dos pacientes, foi inferior a 2 salários mínimos e 10 (25,0%) com renda superior a 2 salários mínimos (Apêndices 6, 7, 8, 9 e 10).

A figura 5 apresenta a residência em zona urbana de uma das pessoas do estudo.



Figura 5 - Residência de um dos pacientes do estudo, Brasil, 2009

Quanto à **forma clínica**, 21 (52,5%) eram **Indeterminados**; 8 (20,0%) **Tuberculóide**; 9 (22,5%) **Dimorfa** e 2 (5,0%) **Virchowiana** (Apêndice 11). Quanto à

classificação operacional, foram encontrados 29 (72,5%) **Paucibacilares** e 11 (27,5%) **Multibacilares** (Apêndice 12).

O **grau de incapacidade no diagnóstico** destes pacientes com hanseníase foi verificado da seguinte forma: **grau zero**: 37 (92,5%); **grau I**: 2 (5,0%) e **grau II**: 1 (2,5%). Quanto ao **grau de incapacidade na cura**, foi verificado que os clientes tinham: **grau zero**: 19 (47,5%); **grau I**: 2 (5,0%); **grau II**: 1 (2,5%) e **não avaliados**: 18 (45,0%). A respeito do **grau de incapacidade na entrevista**, foi observado que os indivíduos apresentavam: **grau zero**: 38 (95,0%); **grau I**: 1 (2,5%), **grau II**: 1(2,5%) (Apêndices 13, 14 e 15).

Em relação às **reações hansênicas**, foi observado que 37 (92,5%) dos acometidos não apresentavam reação e apenas 2 (5,0%) pacientes tiveram reação durante o tratamento, sendo que 1 paciente teve reação do tipo I e o outro paciente teve reação tipo II; ambos os pacientes tinham a forma clínica Dimorfa. Já após o tratamento, um (2,5%) paciente apresentou reação tipo II, o qual tinha a forma clínica Virchowiana, e todos os acometidos eram do gênero masculino e estavam na faixa etária de 5-9 anos de idade no diagnóstico (Apêndice 16).

Todos os dados de distribuição da hanseníase descritos acima podem ser encontrados na tabela 5, logo abaixo:

Tabela 5 – Distribuição da hanseníase segundo Gênero, Faixa etária, Escolaridade, Local de Residência, Renda Familiar, Classificação Clínica, Classificação Operacional, Reações e Grau de Incapacidade em portadores menores de quinze anos, Palmas – TO, 2006 a 2010

GÊNERO	N	%
MASCULINO	23	57,5
FEMININO	17	42,5
FAIXA ETÁRIA	N	%
0 a 4 anos	0	0,0
5 a 9 anos	8	20,0
10 a 16 anos	32	80,0
ESCOLARIDADE	N	%
ANALFABETO	0	0
ATÉ 5 ANOS	17	42,5
6-9 ANOS	20	50,0
10-12 ANOS	3	7,5
LOCAL DE RESIDÊNCIA	N	%
ZONA URBANA	40	100,0
ZONA RURAL	0	0,0
RENDA FAMILIAR	N	%
< 2 SALÁRIOS	30	75,0
≥ 2 SALÁRIOS	10	25,0

Continua...

Continuação...

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO	N	%
INDETERMINADA	21	52,5
TUBERCULÓIDE	8	20,0
DIMORFA	9	22,5
VIRCHOWIANA	5	5,0
IGN/BRANCO	0	0
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NO DIAGNÓSTICO	N	%
PAUCIBACILARES	29	72,5
MULTIBACILARES	11	27,5
GRAU DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO	N	%
GRAU ZERO	37	92,5
GRAU I	2	5,0
GRAU II	1	2,5
GRAU DE INCAPACIDADE NA CURA	N	%
GRAU ZERO	19	47,5
GRAU I	2	5,0
GRAU II	1	2,5
NÃO AVALIADOS	18	45,0
GRAU DE INCAPACIDADE NA ENTREVISTA	N	%
GRAU ZERO	38	95,0
GRAU I	1	2,5
GRAU II	1	2,5
REAÇÕES	N	%
NO DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO	2	5,0
NO PÓS ALTA	1	2,5
SEM REAÇÕES	37	92,5

Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

Quando se analisa a **faixa etária** dos pacientes de acordo com a **forma clínica**, não houve notificações em menores de cinco anos. Na **faixa etária de 5 a 9** anos, prevaleceu a forma Indeterminada, com 11 (27,5%), seguida da forma Tuberculóide, com 3 (7,5%); a Dimorfa com 3 (7,5%) e a Virchowiana com 1 (2,5%), com 18 (45,0%) no total. A **faixa etária de 10 a 14 anos**: mostrou 10 pacientes (25,0%) com a forma Indeterminada; posteriormente, a forma Dimorfa, com 6 (15,0%) pacientes, seguida pela forma Tuberculóide com 5 (12,5%) e, por último a forma Virchowiana com 1 (2,5%) paciente, totalizando 22 (55,0%) dos pacientes. Quando foram comparados os casos por forma clínica, não se verificou diferença estatística significativa, segundo o teste do qui quadrado ($p > 0,05$)*.

Na tabela 6, observa-se a distribuição e o percentual da Classificação da Forma Clínica da hanseníase em menores de 15 anos, por faixa etária, no Município de Palmas, no período de 2006 a 2009.

* **OBS:** Ao buscar demonstrar associação entre Forma Clínica e as variáveis faixa etária, gênero e grau de incapacidade, como em algumas situações não existe frequência observada (dados da amostra com valor zero), não se deve proceder o cálculo, pois dificilmente a frequência esperada será maior que cinco. (MALETTA, 1992).

Tabela 6 - Distribuição e o percentual da classificação da Forma Clínica da hanseníase em menores de 15 anos, por faixa etária, no Município de Palmas, no período de 2006 a 2009

IDADE	FORMA CLÍNICA									
	I		T		D		V		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 A 4 ANOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 A 9 ANOS	11	27,5	3	7,5	3	7,5	1	2,5	18	45,0
10 A 14 ANOS	10	25,0	5	12,5	6	15,0	1	2,5	22	55,0
TOTAL	21	52,5	8	20,0	9	22,5	2	5,0	40	100,0

Legenda: I = Indeterminada; T = Tuberculóide; D = Dimorfo; V = Virchowiano
 Fonte: SINANNET- SMS/Palmas, 2009.

Na análise do Grau de Incapacidade Física (GIF), pode-se observar que todos os pacientes 40 (100,0%) foram avaliados no momento do diagnóstico, porém, na cura, apenas 18 (45,0%) foram examinados e todos os pacientes, 40 (100,0%), foram reavaliados na entrevista. Ao avaliar o grau de incapacidade e faixa etária predominante, foi visto que o GIF no diagnóstico teve a faixa etária 10 -14 anos com maior frequência, 21 (52,5%), onde também foram encontrados todos os pacientes com algum grau de incapacidade, sendo: 2 (5,0%) pacientes com Grau I e 1 (2,5%) com Grau II.

Na tabela 7 e no apêndice 3, encontra-se a distribuição do grau de incapacidades no momento do diagnóstico, na cura e na entrevista, por faixa etária, em crianças e adolescentes, no município de Palmas, no período de 2006 a 2010.

Tabela 7 - Distribuição do grau de incapacidades no momento do diagnóstico, na cura e na entrevista, por faixa etária em crianças e adolescentes, no município de Palmas, 2006 a 2010

GRAU DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO	FAIXA ETÁRIA									
	0 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 16		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
GRAU 0	0	0,0	19	47,5	18	45,0	0	0,0	37	92,5
GRAU I	0	0,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	2	5,0
GRAU II	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
NÃO AVALIADOS	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	0,0	0,0	19	47,5	21	52,5	0	0,0	40	100,0

GRAU DE INCAPACIDADE NA CURA	FAIXA ETÁRIA									
	0 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 16		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
GRAU 0	0	0,0	13	32,5	6	15,0	0	0,0	19	47,5
GRAU I	0	0,0	1	2,5	1	2,5	0	0,0	2	5,0
GRAU II	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
NÃO AVALIADOS	0	0,0	5	12,5	13	32,5	0	0,0	18	45,0
TOTAL	0	0,0	19	47,5	21	52,5	0	0,0	40	100,0

Continua...

Continuação...

GRAU DE INCAPACIDADE NA ENTREVISTA	FAIXA ETÁRIA									
	0 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 16		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
GRAU 0	0	0,0	8	20,0	19	47,5	11	27,5	38	95,0
GRAU I	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
GRAU II	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
NÃO AVALIADOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	0	0,0	8	20,0	20	50,0	12	30,0	40	100,0

Fonte: Adaptado SINANNET- SMS/Palmas, 2009 -2010

6.2 RESULTADOS DO CDLQI

Analisando a qualidade de vida, não houve nenhum grau de prejuízo de qualidade de vida em 22 (55,0%) dos pacientes; porém, 18 (45%) pacientes apresentaram algum grau de comprometimento da QV distribuídos da seguinte forma: acometimento leve em 12 (30,0%); comprometimento moderado em 4 (10,0%), e grave em 2 (5,0%) dos pacientes, sobre a qualidade de vida (figura 6). Os escores obtidos variaram de 0 a 15 pontos.

A figura 6 apresenta a distribuição do comprometimento na qualidade de vida dos pacientes em estudo, de acordo com a classificação pelo CDLQI.

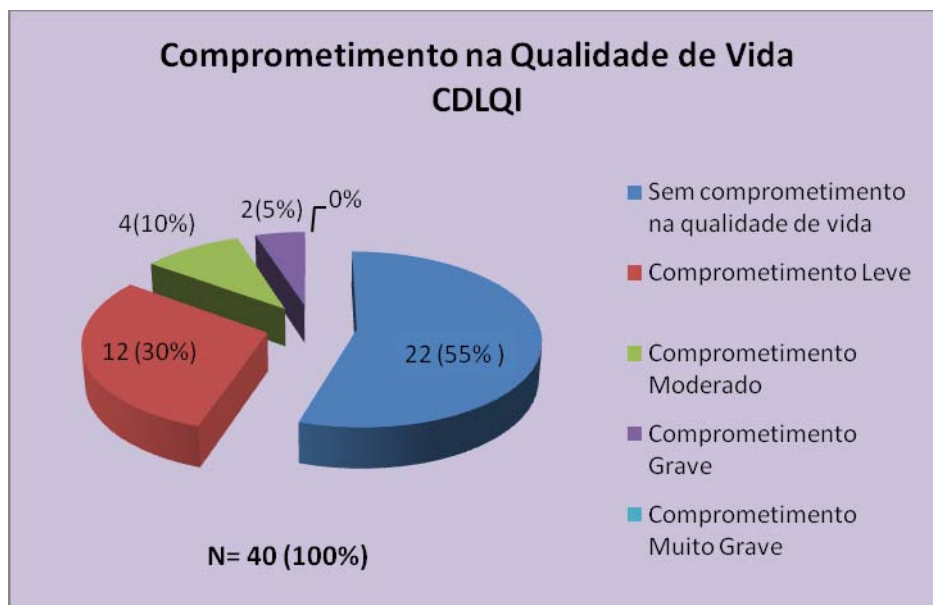


Figura 6 - Distribuição da amostra, segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index), em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010

Na **avaliação do grau de comprometimento da qualidade de vida (QV)** pelo **CDLQI** quanto ao **gênero**, observou-se que existe predomínio do gênero **masculino** 10 (25,0%) com algum grau de comprometimento distribuídos em: **leve**, 8 (20,0%); **moderado**, 1 (2,5%) e **grave**, 1 (2,5%). Já o gênero **feminino**, 8 (20,0%), dispostos em: **leve**, 4 (10,0%); **moderado**, 3 (7,5%); **grave**, 1 (2,5%). Todavia, o gênero feminino teve uma leve tendência a apresentar maior grau de comprometimento.

Ao comparar estatisticamente as médias de escores do gênero masculino com o feminino, utilizando o teste T de comparação entre médias, encontra-se uma diferença significativa ao patamar de 95% ($p=0,05$) para o indicador de qualidade de vida (CDLQI).

A tabela 8 apresenta a distribuição do resultado da amostra, segundo a classificação pelo CDLQI por gênero.

Tabela 8 – Distribuição do resultado da amostra, segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) por gênero, em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010

QV GÊNERO	SEM COMPROMETIMENTO		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
MASCULINO	14	35,0	8	20,0	1	2,5	1	2,5	24	60,0
FEMININO	8	20,0	4	10,0	3	7,5	1	2,5	16	40,0
TOTAL	22	55,0	12	30,0	4	10,0	2	5,0	40	100,0

Em relação ao comprometimento da qualidade de vida nos pacientes **Paucibacilares**, 21 (52,5%) não apresentavam comprometimento e 8 (20,0%) apresentavam algum prejuízo. Já nos **Multibacilares**, 1 (2,5%) não tinha comprometimento da qualidade de vida e 10 (25,0%) apresentavam comprometimento (figura 7).

Correlacionando QV, gênero e Classificação operacional, temos que, dos 8 (20,0%) Paucibacilares com prejuízo na qualidade vida, 5 (12,5%) eram do gênero feminino e 3 (7,5%) do gênero masculino. Já os pacientes Multibacilares, 11(27,5) tiveram comprometimento na QV; 7 (17,5%) eram do gênero masculino e 3 (7,5%) feminino.

Correlacionando a qualidade de vida (CDLQI) com a classificação operacional, Multibacilar (MB) e Paucibacilar (PB), não houve relevância do ponto de vista estatístico, entretanto, observou-se uma tendência do paciente com maior gravidade (diagnóstico tardio) a apresentar escores mais elevados, com comprometimento na qualidade de vida de moderado a grave.

A tabela 9 apresenta a distribuição do resultado da amostra, segundo a classificação pelo CDLQI por Classificação Operacional.

Tabela 9 - Distribuição do resultado da amostra, segundo classificação pelo CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index) por Classificação Operacional, em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010

CLASSIF. OPERACIONAL	SEM COMPROMETIMENTO		LEVE		MODERADO		GRAVE		MUITO GRAVE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
PAUCIBACILAR	21	52,5	5	12,5	2	5,0	1	2,5	0	0,0	29	72,5
MULTIBACILAR	1	2,5	7	17,5	2	5,0	1	2,5	0	0,0	11	27,5
TOTAL	22	55,0	12	30,0	4	10,0	2	5,0	0	0,0	40	100,0

A tabela 9 pode ser melhor visualizada na figura 7.

A figura 7 apresenta a correlação do CDLQI e a classificação Operacional na população em estudo.

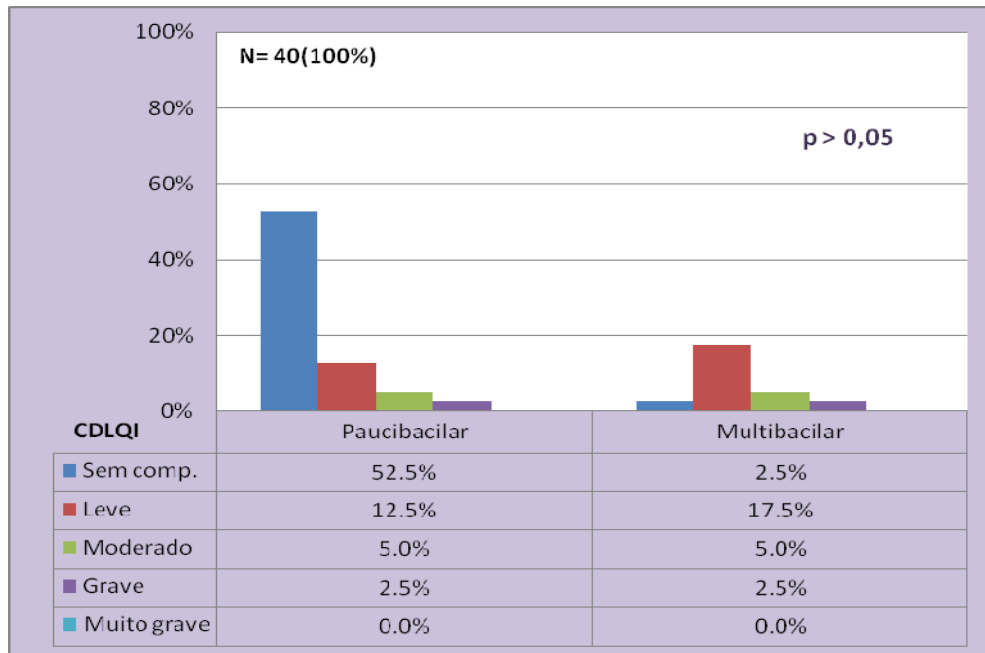


Figura 7 - Correlação do CDLQI e Classificação Operacional (Paucibacilar e Multibacilar) em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas-TO, 2009-2010

Quanto ao **grau de incapacidade na entrevista**, 22 (55,0%) dos indivíduos não tinham acometimento e 18 (45,0%) possuíam algum comprometimento na qualidade de vida. Estes 18 (45,0%) pacientes foram distribuídos da seguinte forma: No **grau zero**, 10 (25,0%) corresponderam a acometimento **leve**; 4 (10,0%), **moderado**; 2 (5,0%) e **grave**. No **grau 1**, 1 (2,5%) teve comprometimento **leve**. E no **grau 2**, 1 (2,5%) apresentou prejuízo **leve** (figura 7).

A figura 8, a seguir, apresenta a correlação do CDLQI com o Grau de Incapacidade na entrevista das pessoas relacionadas no estudo.

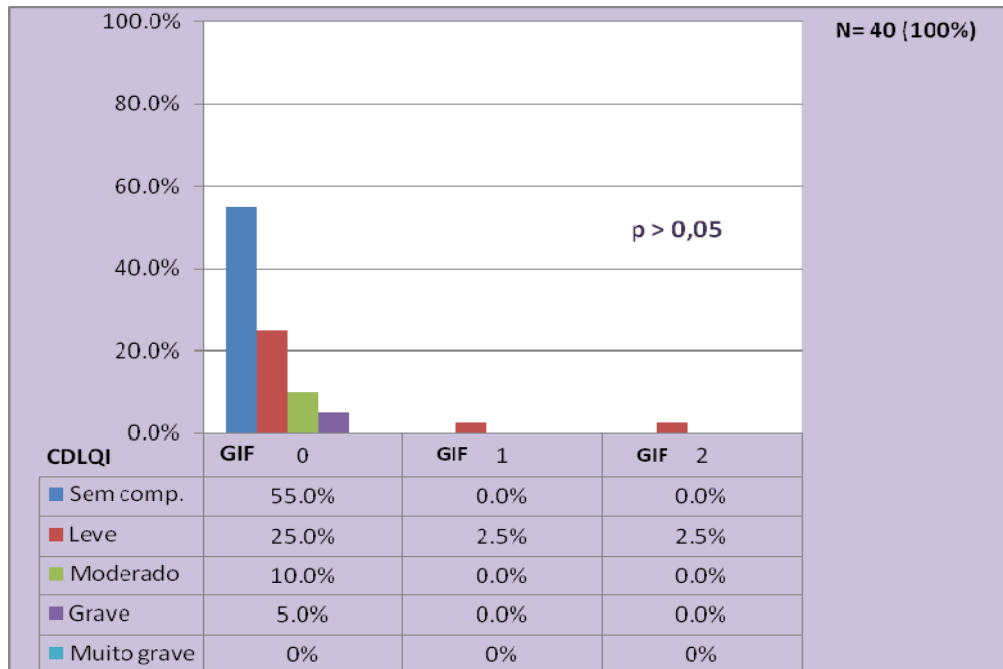


Figura 8 - Correlação CDLQI e Grau de Incapacidade na entrevista em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010

Quando se correlaciona o **CDLQI** e a **Reação Hansênica**, observa-se que 22 (55,0%) dos pacientes não tiveram comprometimento da qualidade de vida e 18 (45,0%) apresentaram-se com algum prejuízo. Os 38 (95,0%) pacientes que não tiveram reação foram distribuídos da seguinte forma: 21 (52,5%) sem comprometimento da qualidade de vida; 12 (30,0%) leve; 3 (7,5%) moderado e 1 (2,5%) grave. Já dos pacientes com **reação** 3 (7,5%), 1 (2,5%) **não apresentou** acometimento, 1 (2,5%) teve comprometimento moderado e 1 (2,5%) apresentou prejuízo **grave** (figura 9).

A figura 9 faz a correlação do CDLQI e Reações Hansênicas após alta dos clientes em estudo.

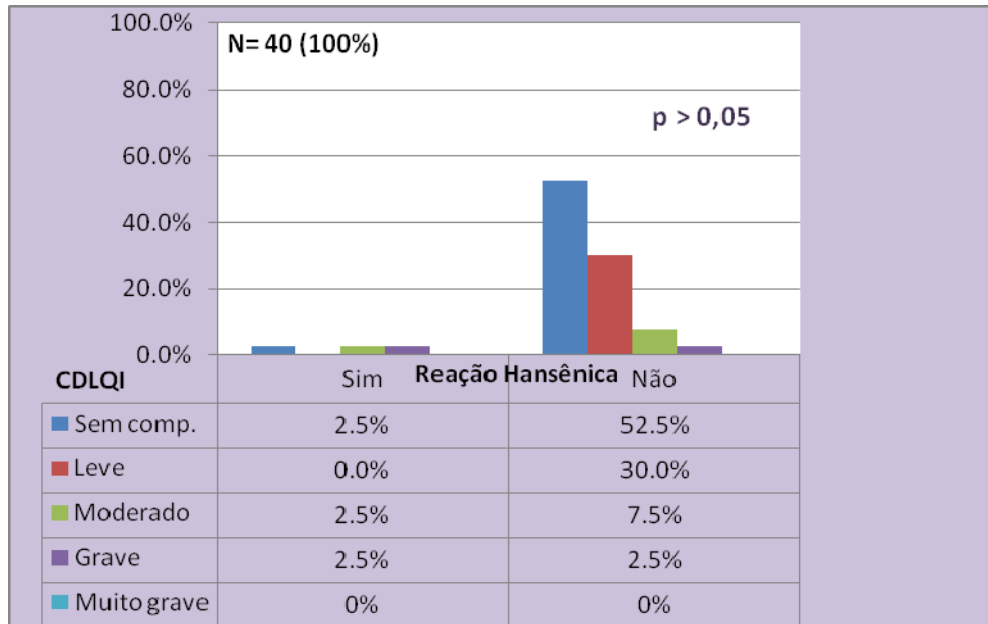


Figura 9 - Correlação CDLQI e Reação Hansênica em crianças e adolescentes portadores de hanseníase, Palmas –TO, 2009-2010

Analisando-se separadamente os 6 domínios do CDLQI, os referentes a sintomas e sentimentos, e tratamento agruparam maior número de escores relativos a pacientes com algum grau de comprometimento na qualidade de vida (tabela 8). Pela análise estatística, ao se comparar domínios através do teste de comparação entre médias, encontra-se diferença entre os domínios sintomas/sentimentos e escola/laser e, sintomas/sentimentos e relação com pessoas ($p=0,05$).

Relacionando o gênero dos pacientes com o escore geral e domínios, não se encontrou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

A tabela 10 apresenta o escore do CDLQI em cada domínio, da amostra em estudo.

7 DISCUSSÃO

7.1. ANÁLISE CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO

A análise dos dados levantados neste estudo revela que a hanseníase no município de Palmas, Estado do Tocantins, ainda é considerado hiperendêmico, coeficiente de detecção $\geq 10/100.000$ habitantes segundo OMS (BRASIL, 2009b, DATASUS). Nível hiperendêmico, também encontrado no estudo feito por IMBIRIBA et al, (2008) em Manaus em menores de 15 anos, no período de 1998 a 2003. Fator preocupante, já que a detecção de casos novos em crianças tem significado epidemiológico importante, porque indica precocidade de exposição e persistência da transmissão da doença, constituindo-se um importante indicador do nível de endemia (LOMBARDI, et al., 1990).

A prevalência da doença em crianças e adolescentes com menos de 15 anos é maior em países endêmicos, revelando persistência na transmissão do bacilo e as dificuldades dos programas de saúde para controle da doença (BARBIERI, 2009).

Ao revisar a distribuição quanto ao gênero de crianças e adolescentes, foi observado que a maioria dos estudos concorda que não existem diferenças quanto ao gênero (CESTARI, 1990; FERREIRA, 2005), todavia, em poucos estudos, há presença de um percentual ligeiramente maior no gênero masculino (IMBIRIBA, 2008). A amostra analisada corrobora com estes dados, ou seja, houve uma pequena tendência ao gênero masculino 23 (57,5%).

De acordo com alguns autores (SEHGAL, 1988), a hanseníase em adultos é mais freqüente no gênero masculino e o risco de exposição é determinante dessa diferença.

A população mais acometida encontra-se na pré-adolescência, entre 10 e 15 anos, aumentando a prevalência conforme o aumento da idade e com poucos casos de crianças menores de três anos (WESLEY, 1990; PONTE, 2005). Com relação à

faixa etária, observou-se neste estudo o predomínio (80,0%) das idades de 10 a 16 anos, concordando com os autores citados logo acima. Existe uma relação nítida entre a precocidade dos casos e a endemia local (CESTARI, 1990). Na Índia, Nigam (1990), estudou a idade de início da hanseníase em 1012 pacientes e verificou que uma média de 55,0% dos pacientes que tiveram início durante os 10-29 anos e não houve diferença entre o início da doença entre os gêneros masculinos e femininos. A comparação de outros estudos sobre a idade de início da doença na Índia e em outros países mostraram que esta varia em diferentes regiões do país, em momentos diferentes, mas no mesmo local, bem como, de país para país.

Ao analisar a população deste estudo, verificou-se que 32 indivíduos com hanseníase (80,0%) estavam concentrados na faixa etária de 10 a 16 anos, e 37 (92,5%) com escolaridade de três a nove anos de estudo. Ao conferir este fato, sugere que a escolaridade esteja defasada em relação à idade. Outros estudos corroboram com estes achados (BELDA and MARLET. 1973; FERREIRA and ALVAREZ, 2005). Esse resultado é provavelmente produto das condições sócio-econômicas precárias a que os sujeitos neste estudo se encontram. Essa situação pode refletir em exclusão social, baixas experiências e expectativas de vida.

Em relação à renda familiar mensal da amostra, foi relativamente baixa, menor que 2 salários mínimos. O que se vê é que a hanseníase está bem mais presente na classe mais baixa da sociedade. Moreira (2003) afirma que as pessoas de baixo nível sócio-econômico, dispendo de condições precárias de saúde, falta de higiene, falta de saneamento básico, de alimentação e moradia ruim, têm mais riscos de adquirir doenças transmissíveis do que as pessoas que dispõem de uma boa qualidade de vida.

Quanto ao local de residência, toda a população estudada reside na área urbana do município de Palmas-TO (100,0%). Este achado está em consonância com outros estudos os quais demonstram que a maioria dos portadores da doença são moradores dos centros urbanos do país (FERREIRA, 2005; MIRANZI, 2010). Entretanto, podemos analisar diante de outro prisma: Tal fato pode ocorrer devido à precariedade das unidades básicas de saúde rurais, as quais geralmente não dispõem de um profissional habilitado ao diagnóstico e tratamento da hanseníase, podendo indicar uma prevalência oculta, ou seja, muitos casos sem diagnóstico.

Em relação à forma clínica, a amostra estudada apresentou predomínio da forma Indeterminada (52,5%), seguida da Dimorfa (22,5%), depois a forma Tuberculóide (20,0%) e, por último a forma Virchowiana (5,0%). - dado não frequente em literatura - vários estudos mostraram a ocorrência maior da forma Tuberculóide (NORMAN, 2004; ALENCAR, 2008; IMBIRIBA, 2008). Em 1988, SEHGAL & SEHGAL, examinando apenas crianças de área urbana hiperendêmica, encontraram também acentuada frequência de forma T e BT. Em outros estudos de áreas endêmicas já foram observados o predomínio das formas Dimorfas (SELVASEKAR, 1999; JAIN, 2002; ARAÚJO, 2004; FERREIRA, 2005).

Quanto à classificação operacional para efeito de tratamento, neste estudo predominaram as formas Paucibacilares (72,5%) em concordância com alguns autores (COSTA, 1992; CESTARI, 1999; LANA, 2007; ALENCAR, 2008). A frequência maior de formas não contagiantes é relatada mais comumente entre crianças (CESTARI, 1999), embora em áreas endêmicas também fossem detectadas formas Multibacilares (LANA, 2002 apud FERREIRA, 2005; FERREIRA, 2005). Alguns estudos mostraram que as formas Multibacilares ocorreram em crianças de maior idade, semelhante à amostra do estudo (NIGAM, 1990; SELVASEKAR et al., 1999) e adolescentes (PONTE, 2005).

Na análise do grau de incapacidade, todos, 40 (100,0%), os pacientes foram avaliados no momento do diagnóstico e na entrevista, porém, na cura, apenas 19 (47,5%) foram examinados. A proporção de avaliados quanto à incapacidade no diagnóstico é um dos parâmetros inserido na Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAVS) e é indicador de qualidade dos serviços, no quesito eficiência na assistência aos portadores de hanseníase e na precocidade da identificação de casos novos. No município de Palmas-TO, esse indicador demonstrou bom resultado (100,0%), todavia, o indicador de avaliados quanto ao GIF na cura foi precário (47,5%), quanto ao GIF 2 apresentou classificação baixa (2,5%), importante indicador de detecção precoce, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

Nesse aspecto, é importante frisar a necessidade do programa de hanseníase local promover ações que otimizem os exames na cura e o acompanhamento integral ao paciente, pois, desta feita, podem-se evitar diagnósticos tardios,

principalmente de lesões agudas, como as neurites, as quais, sem tratamento, deixam sequelas (deformidades) indeléveis na pessoa e, conseqüentemente, baixa autoestima, estigma e preconceito. Na pesquisa, foram reavaliados todos os pacientes com exame dermatoneurológico completo, contribuindo desta forma para que se modifique o quadro e estimule o diagnóstico precoce.

No estudo, observamos uma proporção de incapacidade baixa (7,5%), sugerindo diagnóstico precoce. Entretanto, segundo COSTA & PATRUS, 1992, a presença de incapacidades no momento do diagnóstico pode indicar que o mesmo está sendo tardio, pois elas se desenvolvem mais tardiamente, sugerindo um controle ineficaz da hanseníase. Embora a proporção de incapacidades não seja elevada como encontradas em outros estudos (COSTA, 1992; LANA, 2002; FERREIRA, 2005), as incapacidades são reconhecidas como as principais responsáveis pelo estigma da doença, diminuição na participação social, limitações para atividades físicas, ampliação da vulnerabilidade social e problemas psicológicos (AQUINO, 2003).

Na literatura, os episódios de reação hansênica na criança são raros (SHEGAL E SRIVASTAVA, 1987), corroborando com os dados encontrados neste estudo, na proporção em que apenas 3 (7,5%) dos pacientes tiveram reação.

Moreira (2003) relata que, no Brasil, 20,0 a 30,0 % das pessoas com hanseníase abandonam o tratamento por ano, dificultando a cura. Isso ocorre provavelmente devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e melhora rápida dos sintomas do paciente. De acordo com os parâmetros do Ministério de Saúde (BRASIL, 2007a), a proporção de casos novos tratados com o esquema poliquimioterápico preconizado pela OMS é também, um indicador de qualidade de atendimento. Segundo o parâmetro adotado pelo Programa de Controle (BRASIL, 2007a), considera-se como bom quando o valor for maior ou igual a 98,0% de pacientes no protocolo. No município de Palmas, todos (100%) dos acometidos no estudo aderiram ao esquema preconizado de acordo com alguns autores (IMBIRIBA, 2008).

7.2 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA

Não há uma definição de QoL (qualidade de vida) universalmente aceita (SANTOS, 2006). QoL é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, e na relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995).

A abordagem de questões relacionadas à qualidade de vida, como a repercussão das dermatoses na aparência, na vida pessoal, profissional e social dos pacientes é importante para o estabelecimento de uma abordagem terapêutica mais eficaz. Taborda, et al. (TABORDA, WEBER et al., 2010) utilizou o DLQI para entrevistar 1.000 pacientes sobre o efeito da dermatose na qualidade de vida. Neste estudo, a associação entre sofrimento psíquico e dermatose não mostrou associação estatística significativa, porém, houve associação significativa entre presença de sofrimento psíquico e pior qualidade de vida.

As crianças e os adolescentes precisam de mais atenção no desenvolvimento de métodos para medir a qualidade de vida (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995). Na literatura, são poucos os estudos de qualidade de vida em crianças e adolescentes e, até o presente momento, nenhuma investigação mais específica está disponível ao que se refere à qualidade de vida em crianças e adolescentes com hanseníase.

Várias pesquisas enfatizam o impacto psicossocial das dermatoses, referindo situações de discriminação e/ou outras experiências estigmatizadoras, relativas a problemas de autoestima, isolamento social e rejeição (SCHIMID-OTT, 1996; LUDWING, 2009). Dentre as dermatoses mais estudadas, podemos verificar, no estudo realizado por Lewis (2004), que relata a experiência de 10 anos de uso do CDLQI, no qual as patologias mais estudadas foram a Psoríase, com 2.468 pesquisados, seguida da Dermatite Atópica, com 1.409, o Vitiligo, 856, e a Acne, com 838 estudos, respectivamente. Todavia, apenas uma pesquisa no Brasil (MARTINS, 2008) realizou o estudo com o DLQI e nenhum com o CDLQI relacionado à hanseníase.

No entanto, novos estudos no Brasil (MARTINS, 2009), vêm despertando o interesse em avaliar a qualidade de vida em portadores adultos de hanseníase,

utilizando um instrumento de QV, todavia, em crianças e adolescentes, até o presente momento, não foi citado nenhum estudo em literatura.

O CDLQI é um instrumento reproduzível, autoaplicável e possui validade e confiança satisfatórias (PRATI, 2007). Em que pese o pequeno número de itens do questionário, pode levar a escores baixos em doenças com poucos sintomas clínicos, mas com grande impacto psicológico real (LEWIS-JONES and FINLAY, 1995).

Na análise do CDLQI, este estudo apontou que 22 (55,0%) dos pacientes não tiveram comprometimento na qualidade de vida. Esse dado sugere que o diagnóstico foi precoce, não apresentando complicações da doença. Por outro lado, as expectativas são aprendidas por meio de experiências; alguém com uma experiência de saúde deficitária, que tem baixas expectativas, como é o caso da população em estudo, pode, em função desta, não avaliar a experiência como tendo impacto sobre a QoL (CARR and HIGGINSON, 2001). Somado a este fato, o estudo verificou que 18 (45%) dos pacientes apresentaram algum grau de comprometimento de vida, relacionado principalmente, àqueles pacientes com diagnóstico tardio, pacientes multibacilares e/ou com algum grau de incapacidade física.

Os resultados da pesquisa relacionados à população com algum grau de comprometimento evidenciaram que houve um predomínio do gênero masculino, provavelmente por apresentarem um diagnóstico mais tardio, ou seja, formas multibacilares, corroborando com os achados do estudo de Martins, (2008). Todavia os escores mais elevados tiveram uma tendência a serem os do gênero feminino. Oliveira e Romanelli (1998) discutem que as mulheres sentem mais dificuldades de lidar com a situação de enfermidade do que os homens. Além disso, podemos levantar que as mulheres, por questão de vaidade, podem sentir-se mais constrangidas e emocionalmente abaladas.

Os dados deste estudo apontam que há uma tendência à relação do maior comprometimento da qualidade de vida quando os pacientes têm um diagnóstico tardio, como é o caso dos multibacilares ou presença de algum grau de incapacidade física e/ou reação hansênica. O estudo de Martins et al.(2008) também

encontrou essa relação. Todavia, no estudo também podem-se encontrar formas clínicas leves com comprometimento de QV grave e vice-versa. Esse aspecto pode ser explicado, pois pessoas têm formas diferentes de interpretar e lidar com situações na vida, o que reforça a importância de avaliar a qualidade de vida sob o ponto de vista do paciente.

O CDLQI é dividido em seis domínios que avaliam sintoma e sentimento, lazer, escola e férias, relação com as pessoas, sono e tratamento. Ressalta-se que, neste estudo, observou-se uma tendência a prejuízo maior da qualidade de vida no domínio sentimento, dado também descrito por outros autores (PRATI 2007; TABORDA, WEBER et al., 2010). O estigma social pode levar ao isolamento e ao distanciamento em situações de estresse (SILVA, MÜLLER et al. 2006).

Com relação aos 20 (50,0%) sujeitos entrevistados pelo CDLQI, que relataram algum grau de comprometimento no domínio sentimento, os resultados sugerem que existe influência negativa das lesões de pele na QoL, causada pelo impacto relacionado à sua imagem. Devido ao aspecto visível das lesões de pele e seu potencial impacto psicológico, a avaliação da qualidade de vida em dermatologia é um complemento muito útil em estudos clínicos (HALIOUA, BEUMONT et al., 2000).

O segundo domínio com maior comprometimento foi o de tratamento, justificado, talvez, em razão de as práticas de educação em saúde ocorrerem durante o primeiro atendimento, sendo que, nas subsequentes, é realizada apenas a dose supervisionada, não existindo uma investigação das necessidades do paciente (PONTE, NETO et al., 2005).

Feliciano e Kovacs (1996) descrevem a hanseníase como experiência existencial difícil e dolorosa, que provoca transformações na vida de seus portadores e dos seus grupos de apoio. As limitações físicas, os temores do abandono, a consciência de que o mal pode ser transmitido, a incerteza da cura são motivações que interagem na construção de metáforas que compõem a matriz cultural estigmatizante da hanseníase.

A integração interdisciplinar favorece o retorno da visão do indivíduo na integralidade biopsicossocial, trabalhando não só o paciente, mas também a família

(MUNIZ and CHAZAN 1992; NAKAE, 2002). Faz-se necessária esta abordagem nos pacientes com hanseníase, com ações de saúde que visem não só à eliminação, mas também ao combate ao preconceito, ao resgate do indivíduo à sua condição humana e à prevenção das complicações advindas da doença e do tratamento.

8 CONCLUSÕES

Neste estudo, concluímos que as crianças e adolescentes no município de Palmas-TO receberam diagnóstico de hanseníase precocemente, com predomínio em meninos, com idade de 10 a 16 anos, moradores de áreas urbanas e com baixa renda familiar;

Um percentual de 45% das crianças e adolescentes portadores de hanseníase no município de Palmas-TO, apresentaram algum comprometimento da qualidade de vida.

As variáveis, gênero, classificação operacional, grau de incapacidade no pós-alta e reações hansênicas não apresentaram associação significativa com a qualidade de vida (CDLQI), apenas tendências maiores dos pacientes do gênero masculino, multibacilares, com algum GIF e com reações hansênicas, terem algum grau de prejuízo na qualidade de vida.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos evidenciam que o serviço de Palmas carece de ações que visem à continuação de um diagnóstico precoce e que principalmente, estimulem as equipes do programa de controle da hanseníase ao atendimento de forma integral, atendendo a todas as necessidades do portador de hanseníase e seguindo os protocolos e normas do Ministério da Saúde.

O CDLQI pode auxiliar no melhor conhecimento do paciente, bem como na busca por estratégias psicológicas e comportamentais que visem a uma assistência holística, voltada às necessidades individuais do paciente. Isso só foi possível pela visita domiciliar, onde se visualizou o paciente em todo o seu contexto.

Os resultados apontaram a percepção de boa qualidade de vida em 22 (55,0%) dos indivíduos estudados e 18 (45%) pacientes com prejuízo na qualidade de vida. Entretanto, cabe um maior esclarecimento da população acerca dos seus direitos a melhores condições de vida, incluindo moradia, saúde e educação, pois, talvez, nesta população, houvesse um prejuízo na percepção de doença devido ao baixo poder sócio-econômico e cultural. Além disso, os achados evidenciam a necessidade de novas investigações que avaliem qualitativamente o comprometimento da qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de hanseníase. Dando ênfase a estes aspectos, provavelmente, haveria um acréscimo no número de pacientes com comprometimento da qualidade vida.

Sendo assim, os achados deste estudo permitem sugerir a necessidade de uma equipe interdisciplinar, com ênfase no apoio psicológico a estas pessoas.

Desconhecimento gera preconceito. A Hanseníase, apesar de ser uma doença muito antiga e abordada mundialmente, ainda se reveste de muita estigmatização e rejeição, as quais geram influências negativas na forma de como o paciente se vê e se relaciona com o seu meio social. Portanto, se faz imprescindível a otimização de práticas de promoção e educação em saúde.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, C. H. M.; et.al. **Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006).** Rev Bras Enferm, Brasília, 2008; 61 (esp):694-700.

AMARAL, R. C. G. **Avaliação sensitiva e motora de pacientes com neurite hansênica submetidos à neurólise no estado de Rondônia no período de 2000 a 2003.** Dissertação. Brasília, 2006.

AQUINO, D. M. C.; CALDAS, A. J. M.; SILVA, A. A. M.; COSTA, J. M. L. **Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia, Maranhão - Brasil.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 36. n.1, p 102 -113. Uberaba-SP, jan-fev 2003.

ARAÚJO, H. C. S. **Da descoberta do Brasil até o fim do domínio espanhol (1500-1640).** In:_____. História da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa, 1946.

ARAÚJO, M.G. **Hanseníase no Brasil.** Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 36(3): 373-384, mai-jun, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, M. G.; LANA, F. C. F.; FONSECA, P. T. S.; LANZA, P. M. **Detecção da hanseníase na faixa etária de 0 a 14 anos em Belo Horizonte no período 1992-1999: implicações para controle.** Ver Méd Minas Gerais 2004; 14 (2): 78-83.

ARVELLO, J. J. Prevenção de incapacidades físicas e reabilitação em hanseníase, In: DUERKSEN, E.; VIRMOND, M. (orgs). **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase.** Bauru: Centro de Estudos Dr Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima, 1997. P. 35-47.

AZULAY, R.D.; AZULAY, D. R. **Dermatologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 174-184, 1997.

BELDA, W.; MARLET, J. M. **O fator idade na epidemiologia da hanseníase.** Bol Div Nac Lepra. 1973;32(2-3):60-76.

BÍBLIA SAGRADA AVE MARIA, 143ª edição, Editora: Ave Maria, 2001.

BRASIL, T. B.; FERRIANI V. P. L.; MACHADO, C. S. M. **Inquérito sobre qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis.** J Pediatr (Rio J) 2003;79:63-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra. **Guia para controle da Lepra.** Revista de Leprologia, V.28, p.40-50, 1960.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

_____. **Lei Federal nº 9.010 de 29 de março de 1995.** Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília (DF), 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1073/GM, de 26 de setembro de 2000.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2000. Seção 1, p. 18(a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia. **Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil.** Brasília, 2000(b).

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Controle da Hanseníase,** Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed.; p.9-89, 2002.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica **Guia de Vigilância Epidemiológica,** Brasília: Ministério da Saúde, 6ª ed.; p.364-394,2005 (a).

_____. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual operacional para Comitês de Ética em Pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005(b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010**, Brasília, p. 1-31; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **VIGILÂNCIA EM SAÚDE: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Caderno de Atenção Básica nº 21, Brasília, p.70-104; 2007(a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 7ª EXPOEPI. **Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças**. Brasília (DF), p. 63; 2007(b).

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil em 2008**. Brasília, 2008(a).

_____.DOU. Portaria Nº 125/Secretário de Vigilância em Saúde (SVS) - Secretário de Atenção a Saúde (SAS), de 26 de março 2009. **Ações de controle da Hanseníase**, Brasília (DF), 2009(a).

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Hanseníase no Brasil. Dados e indicadores selecionados**. 1ª edição, Brasília, 2009 (b).

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 9ª EXPOEPI. **Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças**. Brasília (DF), p. 39; 2009(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em Hanseníase**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS** (departamento de Informações e Informática do SUS). Informações de saúde. [on line]. [citado em: 2008 jan 15]. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br>

BARBIERI, L. A.; MARQUES, H. H. S. **Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil.** *Pediatria (São Paulo)* 2009;31(4):281-90.

BARREIRE, S. G.; OLCINEI, A. O.; KAZAMA, W.; KIMURA, M.; SANTOS, V. L. C. G. **Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães.** *Jornal de Pediatria* 2003; 79:55-62.

CARR, A. J. and I. J. HIGGINSON **"Using quality of live determined by expextations or experience.** *British Medical Journal* : 322, 2001.

CESTARI, T. F. **Hanseníase na infância. Estudo epidemiológico e clínico-evolutivo dos casos ocorridos em menores de 8 anos no Estado do Rio Grande do Sul no período 1940 a 1988.** Dissertação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

CLARKE, S.; EISER, C. **The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review.** *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:66

CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE, 1976, Brasília. Conferência. Brasília: Ministério da Saúde, 1976. Mimeografado.

COSTA, I. M. C. C.; PATRUS, O. A. **Incapacidades físicas em pacientes na faixa etária de zero a 14 anos, no Distrito Federal, no período de 1979 a 1989.** *An Bras Dermatol*, 67(5): 245-249, 1992.

DUCAN, M. E.; **Leprosy in young children: past, present and future.** *Int J Lepr.* 53 (3):468-473, 1985.

EISER, C.; MORSE, R. –A- **Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood.** *Health Technology Assessment*, 5(4) 1-156, 2001(a).

EISER, C.; MORSE, R. –C- **Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review.** *Quality of Life Research* 2001; 10:347-357(b).

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. **Hanseníase estigma e invisibilidade.** Saúde em Debate, Londrina, n 52, p.42-49, set, 1992.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. **Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001).** Rev Bras Epidemiol 2005; 8(1): 41-9.

FERREIRA, I. N. **Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu – Minas Gerais [1994 a 2001].** [Dissertação], Brasília, 2003.

FINLAY, A. Y.; KHAN, G. K. **Dermatology life quality index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use.** Clin Exp dermatol 1994;19:210-56.

FINLAY, A. Y. **Quality of live measurement in dermatology: a practical guide.** Br J Dermatol. 1997; 136: 305-14.

FLEURY, R. N. Patologia e Manifestações Viscerais. In: OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de Hansenologia.** Ed. 1. São Paulo: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.p. 63-71.

GINSBURG, I.H.; LINK, B. H. **Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients.** Int J Dermatol. 1993; 32: 587-91.

HALIOUA, B.; BEUMONT, M. G.; et al. **Quality of life in Dermatology.**International Journal of Dermatology 39: 801-806, 2000.

HOLME, S. A.; MAN, I.; SHARPE, J. L.; DYKES, P. J.; LEWIS-JONES, M.S.; FINLAY, A. Y. **The Children's Dermatology Life Quality Index: validation of the cartoon version.** Br J Dermatol, 2003; 148:285-90.

IMBIRIBA, B. E.; GUERRERO, J. C. J. et al. **Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005.** Ver Saúde Pública, 2008; 42(6):1021-6.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2007: características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 2007.

JAIN, S.; REDDY, R. G.; OSMANI, S. N.; LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. **Childhood leprosy in an urban clinic, Hyderabad, India: clinical presentation and the role of household contacts.** Lepr Rev, 73, 248-253, 2002.

KAUFMANN A, MARIAM SG, NEVILLE J. **A dimensão social da hanseníase:Manual prático para trabalhadores da saúde.** Itália: Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau; 1982. 110p.

KOO, J. Y.; DO, J.H.; LEE, C. S. **Psychodermatology.** J. Am. Acad. Dermatol. 2000, Nov; 43 (5 pt 1): 848-53.

LANA, C. F. et al. Detecção da Hanseníase na Faixa Etária de 0 a 14 anos em Belo Horizonte no Período 92-99: Implicações para o Controle. Belo Horizonte[s.n],2002 14p. Mimeografado. Apud Ferreira 2005

LANA, F. C. F.; AMARAL, E. P.; LIMA, P. L.; LANZA, F.MM.; LIMA, P.L.; CARVALHO, A.C.N.; DINIZ, L.G. **Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.** Rev. bras. Enferm; V. 60, n.6. Brasília, nov./dez.;2007.

LEWIS-JONES, M. S.; FINLAY, A.Y. **The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use.** British Journal of Dermatology, 1995; 132: 942-49.

LEWIS, V. L.; FINLAY, A. Y. **Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI).** J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9(2):169-180.

LOMBARDI, C.; FERREIRA, J.; MOTTA, C. P.; OLIVEIRA M. L. W. R. **Hanseníase: epidemiologia e controle.** São Paulo (SP): IMESP/SAESP; 1990.

LOO, W. J.; DIBA, V.; CHAWLA, M.; FINLAY, A. Y. **Dermatology Life Quality Index: influence of an illustrated version.** Br. J. Dermatol. 2003; 148: 279-84.

LUDWING, M. W. B.; OLIVEIRA, M. S.; MULLER, M. C.; MORAES, J. F. D. **Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos.** Na Bras Dermatol, 84(2):143-50, 2009.

MADEIRA, S. Aspectos Microbiológicos do *Mycobacterium leprae*. In: OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia.** ed.1. São Paulo: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p.13-15.

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. **Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2007, vol.16, no.2, p.75-84. ISSN 1679-4974.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística**. 2 ed. Coopemed. Belo Horizonte, Cap 7 pag 150, 1992.

MARTINS, B. D. L.; TORRES, F. N.; OLIVEIRA, M. L. W. **Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença**. Na Bras Dermatol. 2008;83(1):39-43.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase**. Dissertação. Campo Grande- MS, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 4ª ed. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 269 p.;1996.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS,P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18,2000.

MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. **Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006**. Rev Soc Bras Med Trop 43(1):62-67, 2010.

MORALES, N. M. O. **Avaliação transversal da qualidade de vida em crianças e adolescentes com paralisia cerebral por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50)**. Dissertação. Uberlândia- MG.2005.

MOREIRA, T. A. **Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas** . *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, suppl.1, pp. 291-307. ISSN 0104-5970.

MUNIZ, J. R. and L. F. CHAZAN. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, RS, Artes Médicas,. 1992.

NASCIMENTO, J. B. **Conhecendo o Tocantins**. 5. ed. Palmas: Kelpes, 2007.

NASCIMENTO, J. B. **Tocantins: História e Geografia**. 6. ed. Palmas: Gráfica e Editora Bandeirantes, 2009.

NAKAE, F. M. **Nada será como antes – o discurso do sujeito coletivo hanseniano**. Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP. PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora Vol.3 (nº 2): 54-73, 2002.

NEUMANN E. **A criança**. 1ª ed. São Paulo: Editora Cultrix; 1980.

NIGAM, K. P.; SEHGAL, U.; RAMESH, V.; MIRSA, R. S. **Age of onset of leprosy**. Int J Dermatol. 1990; 56(3):213-15.

NORMAN, G.; JOSEPH, P.; UDAYASURIYAN, P.; SAMUEL, P. & VENUGOPAL, M. **Leprosy case detection using schoolchildren**. Lepr Rev 75, 34-39, 2004.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Centro de Estudos, “Dr Reynaldo Quagliato”, ed. Bauru, Hospital Lauro de Souza Lima. 2000.

OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R. **Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase**, Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003.

OLIVEIRA, M. H. P. **Reações emocionais dos hansenianos portadores de deformidades físicas**. Hansen Int., v. 15, n. 1-2, p. 16-23, 1990.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 14, n1, p. 51-60, jan-mar, 1998.

PONTE, K. M. A.; NETO, X.; GUIMARÃES, F. R. **Hanseníase: a realidade do ser adolescente**. Rev. Bras. Enf; 58(3):269-301, maio-jun.2005.

PENNA, M. L. F. **Tendência de taxa de detecção da hanseníase por 100.000 habitantes, nas regiões e unidades federadas do Brasil, 1980-2006**. Equipe do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A. 2000.

PONTE, K. M. A., X. NETO, et al. (2005). **Hanseníase: a realidade do ser adolescente**. Rev. Bras. Enf 58(3): 269-301, 2005.

PRATI, C. **Validação para o português falado no Brasil do instrumento escore da qualidade de vida na dermatologia infantil (CDLQI).** Dissertação. Porto Alegre-RS, 2007.

SAMPAIO, S; RIVITTI, E. **Dermatologia**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 467-488, 2001.

SANTOS, S. V. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção.** *Psicologia, Saúde & Doenças* 2006;7:89-94.

(SESAU/TO) Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. **Dados Epidemiológicos de Hanseníase**, 2008.

SCHIMID-OTT, G.; JAEGER B.; KUENSEBECK, H.W.; OTT, R.; LAMPRECHT, F. **Dimension of stigmatization in patients with psoriasis in “Questionnaire on experience with skin complaints”.** *Dermatology*, 193:304-10,1996.

Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). Comissão Interministerial de Avaliação da Hanseníase; **Medida Provisória nº 373/2007**; Brasília, 2007.

SEHGAL V. N.; SRIVASTAVA, G. **Indeterminate leprosy: A passing phase in the evolution of leprosy.** *Leprosy Review* 1987; 58: 291-9.

SEHGAL, V. N.; SEGHAL, S. **Leprosy in young urban children.** *Int J Dermatol.* 1988; 27(2):112-4. DOI: 10.1111/j.1365-4362.1988.tb01284.x.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr, 2004.

SELVASEKAR, A. et al. **Childhood leprosy in an endemic area.** *Leprosy Review*, v.70, n.1, p.21-27, mar.1999.

SILVA, J. D. T.; MÜLLER, C. M.; BONAMIGO, R. R. **Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase.** *An. Bras. Dermatol.* 2006; (81)2:143-9.

SLEVIN, M. L.; PLANT, H.; LYNCH, D.; et al. **Who should measure quality of life, the doctor or the patient?** Br J Cancer. 1998;57:109-12.

SOUZA CAMPOS N.; SOUZA LIMA L. **Lepra na infância**. M. E. S. Serviço Nacional Lepra, Rio de Janeiro, 1950,201p.

TABORDA, M. L., M. B. WEBER, et al. **Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país**. An Bras Dermatol **85**(1): 52-6, 2010.

TALHARI, S; NEVES R. G.; PENNA G. O.; DE OLIVEIRA M.L.W. **Dermatologia Tropical: Hanseníase**. 4 ed. Manaus: Gráfica Tropical; 2006.

Ukdermatology.co [homepage on the Internet]. Cardiff: Departament of Dematology, Wales colleague of medicine, Cardiff University; c 2004-06 [updated] 2007 Jan]. Available from: <http://www.ukdermatology.co.uk/>.

VARNI, J. W.; LIMBERS, C. A.; BURWINKLE, T. M. **How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8.591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales**. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5 (1): 1-13

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

WEBER, M. B. **Avaliação do prurido e da qualidade de vida de pacientes atópicos infantis e da qualidade de vida de seus familiares após sua inserção em grupos de apoio**. [Tese], UFRS, 2005.

WESLEY, S. R.; NAIR, G.T.; NAIR, B. **Leprosy among school children in Trivandrum city**. Indian J Dermatol Venereol Leprol 1990;56:286-8

WHO (World Health Organization) 1946. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period: 2006-2010**. Geneva (SWT): WHO; 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global leprosy situation, beginning of 2008**. Weekly epidemiological record, n° 33, 15 august 2008, 83,293-300. Geneva WHO, 2008.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Enchanged global strategy for further reducing the disease burden due to Leprosy: plan period: 2011-2015**. Regional Office for South-East Asia, WHO, 2009 (OMS, 2010).

WHO. **Global leprosy situation, 2010**. Weekly epidemiological record 2010;85:337-348.

WHOQOL, G. **The World Health Organization Quality of Life Assssment (WHOQOL): Position paper from the World Health Orgazation**. Social Science and Medicine. 41: 1403-1409, 1995.

ANEXO 1 – SINAN- FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO 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

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença HANSENÍASE	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica	
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso		
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado
Atendimento	35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	36 Nº de Nervos afetados
	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado	
	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado	
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
	40 Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos
	43 Número de Contatos Registrados	
Observações adicionais:		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função
		Assinatura

RESIDÊNCIA

1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		TEMPO DE RESIDÊNCIA
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	<input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES
2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		TEMPO DE RESIDÊNCIA
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	<input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES

HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO

DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

MITSUDA 1- POSITIVA 2- NEGATIVA 3- ULCERADA 4- NÃO-REALIZADA 9- IGNORADA

ÍNDICE BACILOSCÓPIO: _____ (escala logarítmica de Ridley)

HISTOPATOLOGIA 1- I 2- T 3- D 4- V 5- OUTROS RESULTADOS 6- NÃO -REALIZADA 9- IGNORADA

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO	GRAU MÁXIMO DE PÉ	GRAU MÁXIMO DE OLHO
	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas
ZERO	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase <input type="checkbox"/>	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase <input type="checkbox"/>	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase <input type="checkbox"/>
I	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível <input type="checkbox"/>	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível <input type="checkbox"/>	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente <input type="checkbox"/>
II	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas <input type="checkbox"/>	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas <input type="checkbox"/>	- lagoftalmo e / ou ectrópio <input type="checkbox"/>
	- garras <input type="checkbox"/>	- garras <input type="checkbox"/>	- triquiase <input type="checkbox"/>
	- reabsorção <input type="checkbox"/>	- reabsorção <input type="checkbox"/>	- opacidade corneana central <input type="checkbox"/>
	- mão caída <input type="checkbox"/>	- pé caído <input type="checkbox"/> - contratura do tornozelo <input type="checkbox"/>	- Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros <input type="checkbox"/>
NÃO AVALIADA	- não-avaliada <input type="checkbox"/>	- não-avaliada <input type="checkbox"/>	- não-avaliada <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS OCULARES		OUTROS	ACUIDADE VISUAL
Irite <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Cerátite <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/> ANOTAR GRAU OE <input type="checkbox"/> ANOTAR GRAU
ESPECIFICAR _____			

RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS:

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Flexão plantar (fazer ponta de pé) (0 a 5) _____

Garra (S / M/R) _____


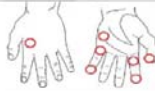











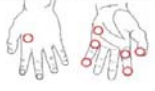


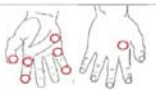
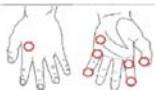

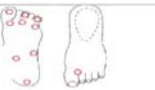
Pé caído (pé equino) (S / N) _____

Mal perfurante plantar (S / N) _____

LEGENDA: N / E / D / C: Normal/Espessado/Dor/Choque; S / M/R: Sem garra/Garra móvel/Garra rígida;
 S/N: Sim/Não; **Gráus de força:** 0 = Paralisado; 1 = Contração; 2 = Movimento Parcial; 3 = Movimento Completo;
 4 = Resistência Parcial; 5 = Forte

LEGENDA: Reabsorção:  Calo:  Fissura: ??? Amputação: _____
 Lesão Fechada:  (_ mm x _ mm) Lesão Aberta:  (_ mm x _ mm)

AVALIAÇÃO SENSITIVA

DATA	D	E	DATA	D	E
1°					
2°					
3°					
4°					
5°					

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU

Data da avaliação	OLHOS		MÃOS		PÉS		Maior Grau	Assinatura e Carimbo
	D	E	D	E	D	E		
1°								
2°								
3°								
4°								
5°								

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENIASE

Legenda: 0 = Grau zero I = Grau um II = Grau dois

GRAU	CARACTERÍSTICA
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés (não sente 2ª ou toque da caneta) OLHOS: lagofalmo e/ou ectrópio; triquias e; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m MÃOS: lesão trófica e/ou traumática; garra; reabsorção; mão caída PÉS: lesão trófica e/ou traumática; garra; reabsorção; pé caído; contratura de tornozelo

TRATAMENTO PROPOSTO

TRATAMENTO	1ª avaliação data	2ª avaliação data	3ª avaliação data	4ª avaliação data	5ª avaliação data
Educação em Saúde					
Orientação de Auto-cuidados					
Hidratação					
Lubrificação					
Exercícios					
Artotações					
Cuidados com ferimentos					
Treino do modo de andar					
Imobilizações					
Encaminhamentos					

OBSERVAÇÕES:

Função: _____ Ass./carimbo: _____
 Data da avaliação: ___ / ___ / ___

**ANEXO 3 - ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL
(CDLQI)**

UBS _____ Data: _____ Ecore: _____
 Nome(Iniciais): _____
 N° Prontuário: _____
 Diagnóstico: _____

O objetivo deste questionário é avaliar o quanto o seu problema de pele tem afetado sua vida na SEMANA QUE PASSOU. Por favor, marque apenas uma resposta para cada pergunta.

Na semana que passou:

1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

2. Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

3. Sua pele tem afetado suas amizades?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

4. Você mudou a sua maneira de vestir por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

7. a) Era período escolar? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares?

[] Me impediu de ir à escola [] Muitíssimo [] Muito [] Pouco [] não

OU

7. b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

8. Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

9. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

10. Seu tratamento dermatológico foi problemático?

Muitíssimo () Muito () pouco () não ()

Por favor, verifique se você respondeu todas as perguntas. Obrigado

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO CDLQI
(Childrens Dermatology Life Quality Índex)

From: Lizete Pesconi dos Santos
To: sue.lewis-jones@tuht.scot.nhs.uk
Sent: Wednesday, August 11, 2010 10:49 AM
Subject: ask for your permission

Dear, Dr MS Lewis Jones Consultant Dermatologist
 Department of Dermatology, Dundee

First of all I want to wish you the God's blessing upon you and widen your frontiers .
 I am writing to you to ask for your permission to use your generic instrument Child Health Questionary (CHQ-PF-50) and specific Childrens Dermatology Life Quality Índex (CDLQI) in my research for a Master degree qualification. I am a student from UNB University of Brasília in Brasil.

I am looking forward to hear from you soon.

My best wish
 Ediane Figueira Aguiar Cotica, Dermatologist Dr
eadematologia@hotmail.com

----- Original Message -----

From: "Andrew Finlay" <finlayay@Cardiff.ac.uk>
 To: <slizete@terra.com.br>
 Cc: <Dermqol@cf.ac.uk>
 Sent: Wednesday, August 11, 2010 11:55 AM
 Subject: Re: Ask for your authorization

Dear Dr Cotica

Thank you for your interest in the CDLQI. I am happy to give you formal permission to use the CDLQI in your degree research study. There will be no charge. Please note that the copyright statement must always be reproduced at the end of every copy of that CDLQI. There is more information at www.dermatology.org.uk.

Concerning the other measure, I am not in a position to give you permission as we are not the originators of that measure.

Yours sincerely
 Andrew Y Finlay

Professor Andrew Y Finlay
 Tel: +44 29 2055 2740
 Research affiliation:
 Department of Dermatology and Wound Healing
 Cardiff University School of Medicine, CF14 4XN
 Website: www.dermatology.org.uk

ANEXO 5 - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
Credenciado pelo Decreto de 06/07/2000 - D.O.U. nº 130 de 07/07/2000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CEP No. 02 /2009**

Projeto: Perfil clínico-epidemiológico e impacto na qualidade de vida em pacientes de hanseníase menores de 15 anos, no município de Palmas, no período de 2006 a 2008.

Pesquisador responsável: Ediane Figueira Aguiar Cótica

Área Temática: Ciências da Saúde

Resumo descritivo do estudo: Trata-se de um projeto de mestrado da UNB onde será realizado um estudo epidemiológico, de desenho descritivo com modelo transversal, de caráter retrospectivo que tem como objetivo avaliar o perfil clínico-epidemiológico e impacto na qualidade de vida dos pacientes hansênicos menores de 15 anos, notificados no Programa de Controle da Hanseníase no município de Palmas, no período de 2006 a 2008, bem como avaliar o grau de comprometimento da qualidade de vida destes pacientes através de instrumento genérico (CHK-PF50) e específico (CDLQI), além de apresentar subsídios à política de controle da hanseníase.

Comentários e Considerações: O projeto aborda um tema de alta relevância, apresenta, de forma bem escrita, a introdução, referencial teórico, metodologia detalhada, cronograma de atividades, referências bibliográficas, TCLE, folha de rosto, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas para realização da pesquisa. Portanto, o projeto atende às exigências do Resolução CNS No. 196/96, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: Projeto Aprovado

Palmas, 08 de abril de 2009


Solange Maria Miranda Silva
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
CEULP/ULBRA

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"

Credenciado pelo Decreto de 06/07/2000 - D.O.U. nº 130 de 07/07/2000

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada "Perfil clínico-epidemiológico e qualidade de vida em crianças e adolescentes portadores de hanseníase no tratamento e pós alta no município de Palmas- TO, que será realizada juntamente com dados da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde do Tocantins, consulta aos prontuários nas Unidades Básicas de Saúde que fazem parte do programa de controle de hanseníase no município de Palmas, seguida de visita domiciliar para entrevista dos menores, com o objetivo de analisar o perfil clínico e epidemiológico, bem como mensurar o grau de qualidade de vida nos menores hansênicos envolvidos na pesquisa. Por se tratarem de menores de idade, os pais ou responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, para tanto, autorizarem a participação dos seus filhos, assinando este termo.

A pesquisadora manterá sigilo absoluto sobre as informações, assegurará o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além de me dar permissão de desistir, em qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo para a qualidade do atendimento que me é prestado. A pesquisa oferece benefícios por possibilitar um diagnóstico da real situação da endemia e de prejuízos na qualidade de vida a qual esta população está submetida e não traz qualquer risco à sua saúde. Fui informado (a) que posso indagar o pesquisador se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone_(63) 3216-1219, endereço: 401 Sul, Conj. 01, Lt: 01 – Palmas-TO e que posso receber os resultados da pesquisa quando forem publicados. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora Ediane Figueira Aguiar Cótica e acompanhada pela Dra Rosicler Rocha Aiza Alvarez. Esta pesquisa corresponde e atende às exigências éticas e científicas indicadas na Res. CNS 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Este termo de consentimento será guardado pelo pesquisador e, em nenhuma circunstância, ele será dado a conhecer a outra pessoa.

Palmas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante e/ou pais ou responsáveis _____

Ediane Figueira Aguiar Cótica
Pesquisadora

APÊNDICE 2 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº PRONTUÁRIO _____ UBS _____

DATA DE NOTIFICAÇÃO ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (DADOS PESSOAIS)

NOME: (INICIAIS) _____
 DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: M F
 PROCEDÊNCIA: _____
 ESCOLARIDADE: _____
 RENDA FAMILIAR: _____

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____
 DATA DOS 1ºS SINTOMAS ____/____/____

MODO DE DETECÇÃO

- ENCAMINHAMENTO
 DEMANDA ESPONTÂNEA
 EXAME DE COLETIVIDADE
 EXAME DE CONTATOS
 OUTROS MODOS _____

MODO DE ENTRADA

- CASO NOVO
 TRANSFERÊNCIA DE MUNICÍPIO
 ENCAMINHAMENTO

EXAME DERMATONEUROLÓGICO NO DIAGNÓSTICO

EXAME DERMATOLÓGICO

- MANCHAS PLACAS NÓDULOS Nº DE LESÕES _____
 INFILTRAÇÕES OUTROS _____

EXAME NEUROLÓGICO

NERVOS ACOMETIDOS

- SIM NÃO

TRONCOS NERVOSOS AFETADOS

- AURICULAR
 MEDIANO
 RADIAL
 ULNAR
 FIBULAR COMUM
 TIBIAL POSTERIOR

CICATRIZ VACINAL

- SIM NÃO Nº DE CICATRIZ: _____

CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL

- PAUCIBACILAR MULTIBACILAR

FORMA CLÍNICA

- I
 T
 D
 V
 NÃO CLASSIFICADO
 NÃO AVALIADO

GRAU INCAPACIDADE

- 0
 1
 2

LOCALIZAÇÃO INCAPACIDADE

- MÃO
 PÉ
 OLHO

BACILOSCOPIA

- POSITIVA
 NEGATIVA
 NÃO REALIZADA

MITSUDA

- POSITIVO
 NEGATIVO
 NÃO REALIZADO

HISTOPATOLOGIA

- COMPATÍVEL C/ MH
 NÃO COMPATÍVEL C/ MH
 NÃO REALIZADO

FORMA DE CONTÁGIO PROVÁVEL

FORMA CLÍNICA I T V N/C
 IB _____

CONTATOS

- INTRADOMICILIARES
 Nº DE CONTATOS EXAMINADOS NO DIAGNOSTICO _____
 Nº EXAMINADOS DEPOIS DO DIAGNOSTICO _____
 NÃO EXAMINADO
 DOENTES Nº _____

TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> ATENDIDO <input type="checkbox"/> ABANDONO	
DATA DO INICIO DO TRATAMENTO: ____/____/____ OUTROS ESQUEMAS (ESPECIFICAR) ____	
TEMPO DE TRATAMENTO ____ ANOS	
PQT / OMS	
<input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	
TEMPO DE TRATAMENTO: ____ DOSE ____ MESES DATA TERMINO DO TRATAMENTO: ____/____/____ OBSERVAÇÕES: _____ _____	
EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES	
Nº DE EPISÓDIOS _____	
CONDUTA MEDICAMENTOSA (DROGAS USADAS): _____ _____	
SITUAÇÃO DO PACIENTE NA ALTA	
<input type="checkbox"/> CURA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS	
EXAME DERMATONEUROLÓGICO	
<input type="checkbox"/> MANCHAS <input type="checkbox"/> PLACAS <input type="checkbox"/> NÓDULOS <input type="checkbox"/> INFILTRAÇÕES	<input type="checkbox"/> ÁREAS HIPOANESTÉSICAS <input type="checkbox"/> LESÃO RESIDUAL <input type="checkbox"/> SEM LESÃO
Nº DE LESÕES _____	
NERVOS ACOMETIDOS	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
TRONCOS NERVOSOS AFETADOS	NOVOS TRONCOS AFETADOS
<input type="checkbox"/> AURICULAR <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> RADIAL <input type="checkbox"/> ULNAR <input type="checkbox"/> FIBULAR COMUM <input type="checkbox"/> TIBIAL POSTERIOR	<input type="checkbox"/> AURICULAR <input type="checkbox"/> MEDIANO <input type="checkbox"/> RADIAL <input type="checkbox"/> ULNAR <input type="checkbox"/> FIBULAR COMUM <input type="checkbox"/> TIBIAL POSTERIOR
GRAU DE INCAPACIDADE	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> NÃO AVALIADO	
EPISÓDIOS REACIONAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES	
CONDUTA MEDICAMENTOSA (DROGAS USADAS): _____ _____	
DATA DA ALTA: ____/____/____	
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO PÓS-ALTA	
TIPO DE OCORRÊNCIAS: _____ _____	
EPISÓDIOS REACIONAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

**APÊNDICE 3 - DADOS DOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE
ENTREVISTADOS, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, NO PERÍODO DE 2006-2009**

FICHA	GÊNERO	FAIXA ETÁRIA NO DIAGNÓSTICO	FAIXA ETÁRIA NA ENTREVISTA	ESCOLARIDADE NA ENTREVISTA (ANOS)	FORMA CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL	AVAL. GRAU INCAPACIDADE NO DIAG	AVAL. GRAU INCAP. APÓS ALTA	AVAL. GRAU INC. NA ENTREVISTA	REAÇÃO NO TRATAMENTO	REAÇÃO APÓS TRATAMENTO
	F	10-14	10-14	9	T	PB	1	Branco	0	N	N
2	F	5-9	5-9	4	I	PB	0	0	0	N	N
3	M	5-9	10-14	5	T	PB	0	0	0	N	N
4	M	10-14	5-9	1	T	PB	0	0	0	N	N
5	M	10-14	10-14	6	D	MB	1	3 (NR)	0	N	N
6	F	10-14	10-14	9	I	PB	0	Branco	0	N	N
7	F	10-14	10-14	9	I	PB	0	3 (NR)	0	N	N
8	F	10-14	10-14	7	D	MB	0	0	0	N	N
9	M	5-9	5-9	3	I	PB	0	0	0	N	N
10	M	5-9	10-14	2	T	PB	0	Branco	0	N	N
11	M	5-9	5-9	4	I	PB	0	0	0	N	N
12	M	5-9	5-9	3	D	MB	0	0	0	S	N
13	F	5-9	5-9	PRÉ	T	PB	0	Branco	0	N	N
14	M	10-14	15-16	9	I	PB	0	Branco	0	N	N
15	M	10-14	15-16	9	I	PB	0	3 (NR)	0	N	N
16	M	5-9	10-14	5	D	MB	0	1	0	S	N
17	M	5-9	5-9	3	I	PB	0	0	0	N	N
18	M	10-14	15-16	11	T	PB	0	Branco	0	N	N
19	M	10-14	15-16	9	I	PB	0	3 (NR)	0	N	N
20	M	10-14	15-16	10	I	PB	0	0	0	N	N
21	F	10-14	15-16	8	T	PB	0	0	0	N	N
22	M	10-14	15-16	5	V	MB	2	2	2	N	N
23	M	10-14	15-16	9	I	PB	0	Branco	0	N	N
24	F	5-9	10-14	5	I	PB	0	0	0	N	N
25	F	10-14	15-16	8	D	MB	0	3 (NR)	0	N	N
26	F	5-9	10-14	5	I	PB	0	0	0	N	N
27	M	5-9	10-14	4	I	PB	0	0	0	N	N
28	F	5-9	10-14	4	D	MB	0	0	0	N	N
29	M	5-9	10-14	6	V	MB	0	0	0	N	S
30	F	10-14	15-16	9	I	PB	0	3 (NR)	0	N	N
31	M	10-14	15-16	10	I	PB	0	0	0	N	N
32	F	5-9	10-14	6	I	PB	0	Branco	0	N	N
33	F	5-9	10-14	6	I	PB	0	0	0	N	N
34	F	5-9	10-14	7	I	PB	0	3 (NR)	0	N	N
35	M	10-14	10-14	7	D	MB	0	0	0	N	N
36	M	5-9	5-9	3	I	PB	0	0	0	N	N
37	M	10-14	10-14	7	I	PB	0	Branco	0	N	N
38	M	10-14	15-16	9	D	MB	0	3 (NR)	0	N	N
39	F	10-14	10-14	9	I	PB	0	1	1	N	N
40	M	10-14	10-14	4	D	MB	0	3 (NR)	0	N	N

Fonte: Adaptado Fichas de notificação: SINAN /SESAU-TO e dados de prontuários e entrevistas dos pacientes

(NR – Não Realizado)

Continua.....

Continuação...

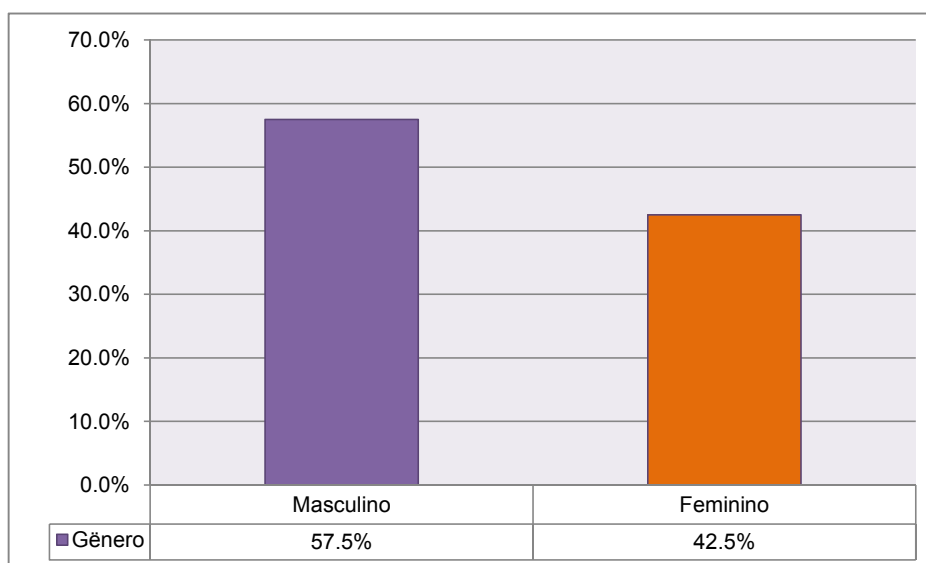
FICHA	RENDA FAMILIAR	RENDA CLASSIFICADA E M <OU ≥ QUE 2 SALARIO	MORADIA
1	600,00	<2	Z. URBANA
2	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
3	700,00	<2	Z. URBANA
4	720,00	<2	Z. URBANA
5	2 SALÁRIOS	≥2	Z. URBANA
6	756,00	<2	Z. URBANA
7	870,00	<2	Z. URBANA
8	4 SALÁRIOS	>2	Z. URBANA
9	1 E ½ SALA	<2	Z. URBANA
10	600,00	<2	Z. URBANA
11	1.500,00	>2	Z. URBANA
12	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
13	2.000,00	>2	Z. URBANA
14	2.000,00	>2	Z. URBANA
15	1 E ½ SAL	<2	Z. URBANA
16	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
17	600,00	<2	Z. URBANA
18	4.000,00	>2	Z. URBANA
19	2 SALÁRIOS	≥2	Z. URBANA
20	1.800,00	>2	Z. URBANA
21	2 SALÁRIOS	≥2	Z. URBANA
22	650,00	<2	Z. URBANA
23	3.000,00	>2	Z. URBANA
24	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
25	2 SALÁRIOS	≥2	Z. URBANA
26	2 SALÁRIOS	≥2	Z. URBANA
27	800,00	<2	Z. URBANA
28	900,00	<2	Z. URBANA
29	900,00	<2	Z. URBANA
30	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
31	1.500,00	>2	Z. URBANA
32	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
33	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
34	6.000,00	>2	Z. URBANA
35	1 SALÁRIO	<2	Z. URBANA
36	1.020,00	>2	Z. URBANA
37	134,00	<2	Z. URBANA
38	800,00	<2	Z. URBANA
39	300,00	<2	Z. URBANA
40	800,00	<2	Z. URBANA

APÊNDICE 4 - DADOS DOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE QUE NÃO ENTREVISTADOS, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, NO PERÍODO DE 2006-2009

FICHA	GÊNERO	FAIXA ETÁRIA DIAGNÓSTICO	ESCOLARIDADE NA ENTREVISTA (ANOS)	FORMA CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL	AVAL. GRAU INCAPACIDADE NO DIAG	AVAL. GRAU INCAP. APOS ALTA	REAÇÃO NO TRATAMENTO	REAÇÃO APOS TRATAMENTO
41	F	10-14	3	I	PB	0	Branco	N	N
42	M	5-9	1	I	PB	0	0	N	N
43	M	10-14	3	D	MB	1	0	N	N
44	M	10-14	5	I	PB	0	0	N	N
45	NÃO	EXISTE							
46	M	5-9	1	IGN/B	MB	0	3 (NR)	N	N
47	NÃO	EXISTE							
48	F	10-14	2	D	MB	0	0	N	N
49	M	5-9	1	D	MB	0	3 (NR)	N	N
50	M	10-14	3	T	PB	0	Branco	N	N
51	F	10-14	3	D	MB	1	0	N	N
52	M	5-9	1	T	PB	0	0	N	N
53	M	5-9	1	I	PB	0	Branco	N	N
54	M	5-9	1	I	PB	0	0	N	N
55	F	10-14	1	I	PB	0	0	N	N
56	F	5-9	1	I	PB	0	0	N	N
57	M	10-14	3	T	PB	0	0	N	N
58	F	10-14	3	I	PB	0	0	N	N
59	F	10-14	3	T	PB	1	Branco	N	N
60	M	5-9	1	I	PB	0	Branco	N	N
61	M	10-14	1	D	MB	0	3 (NR)	N	N

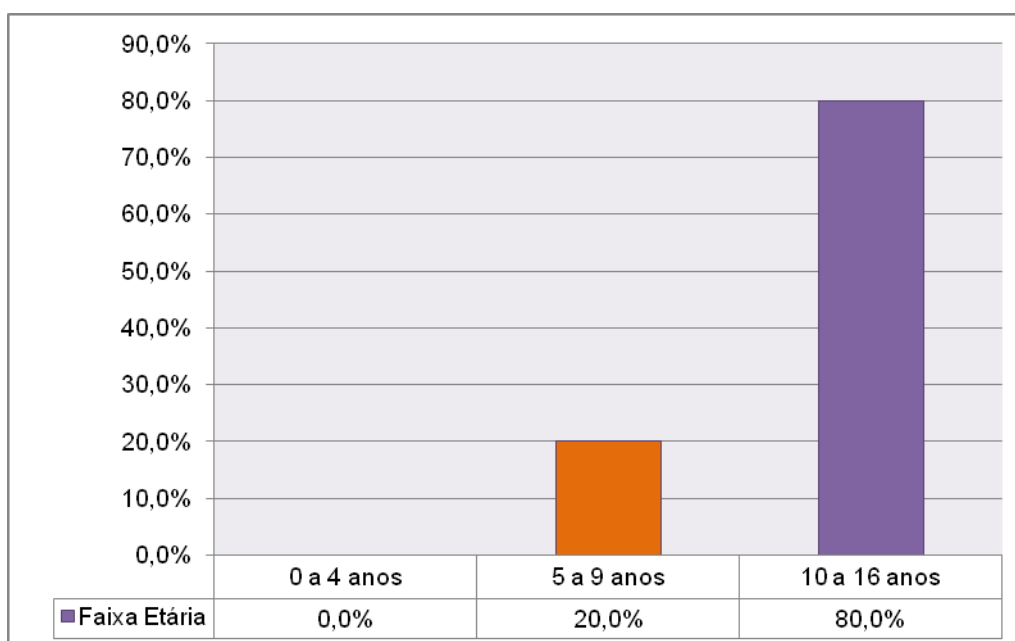
Fonte: Fichas de notificação: SINAN /SESAU-TO
(NR) - Não Realizado

APÊNDICE 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR GÊNERO DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



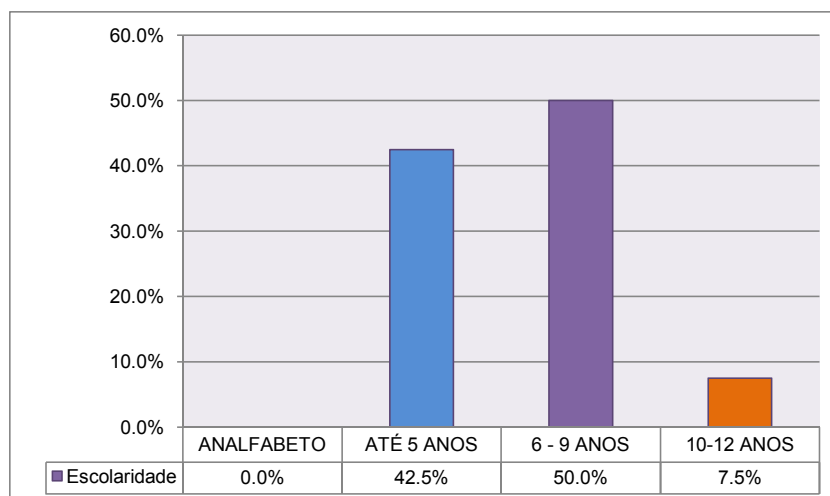
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

APÊNDICE 7 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FAIXA ETÁRIA DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



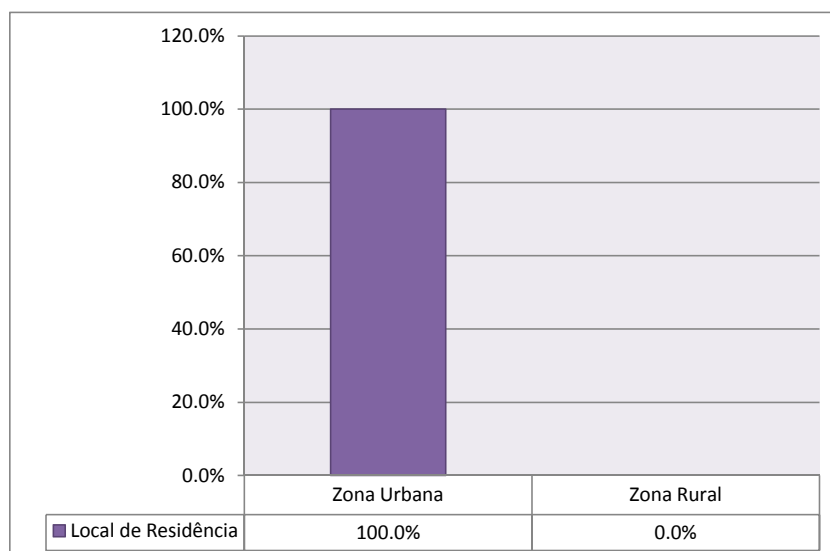
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

APÊNDICE 8 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR ESCOLARIDADE DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



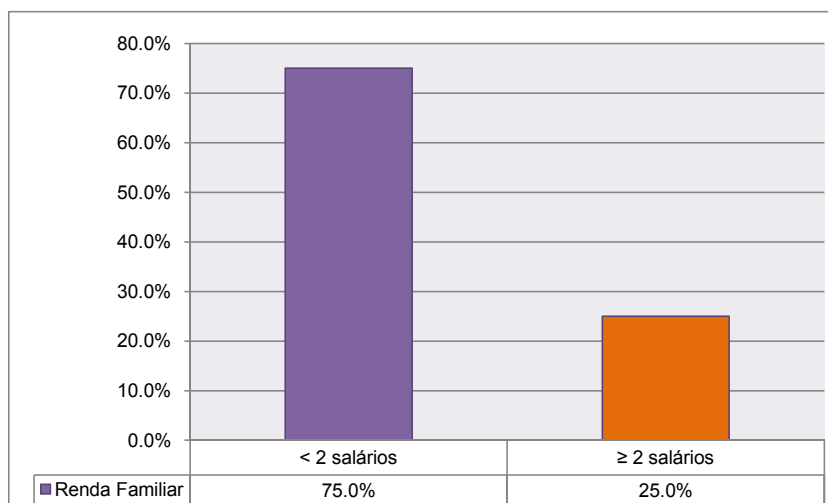
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 – 2010

APÊNDICE 9 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR LOCAL DE RESIDÊNCIA DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



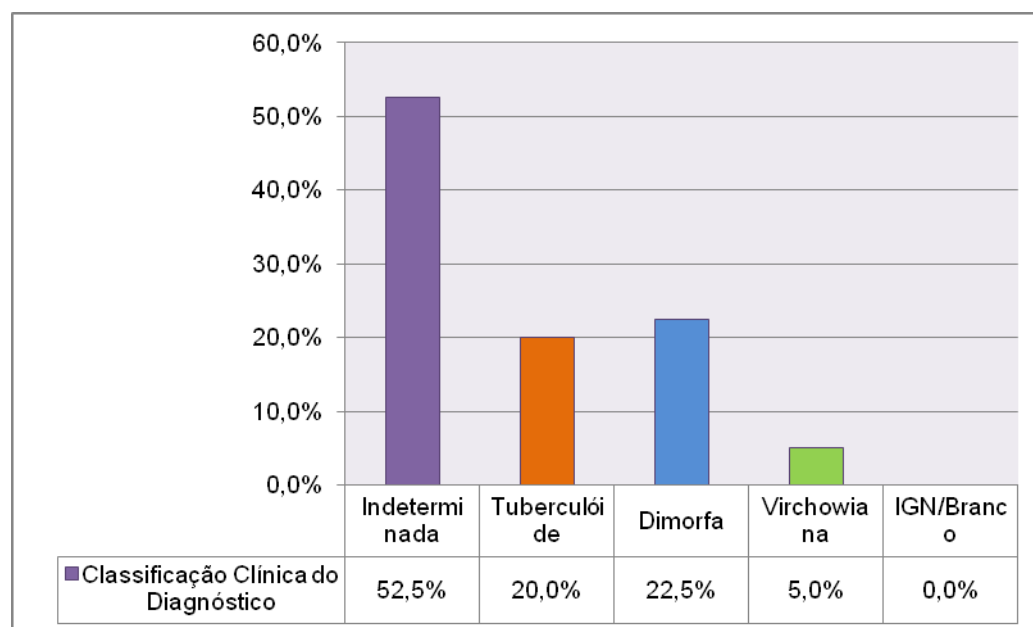
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 – 2010

APÊNDICE 10 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR RENDA FAMILIAR DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



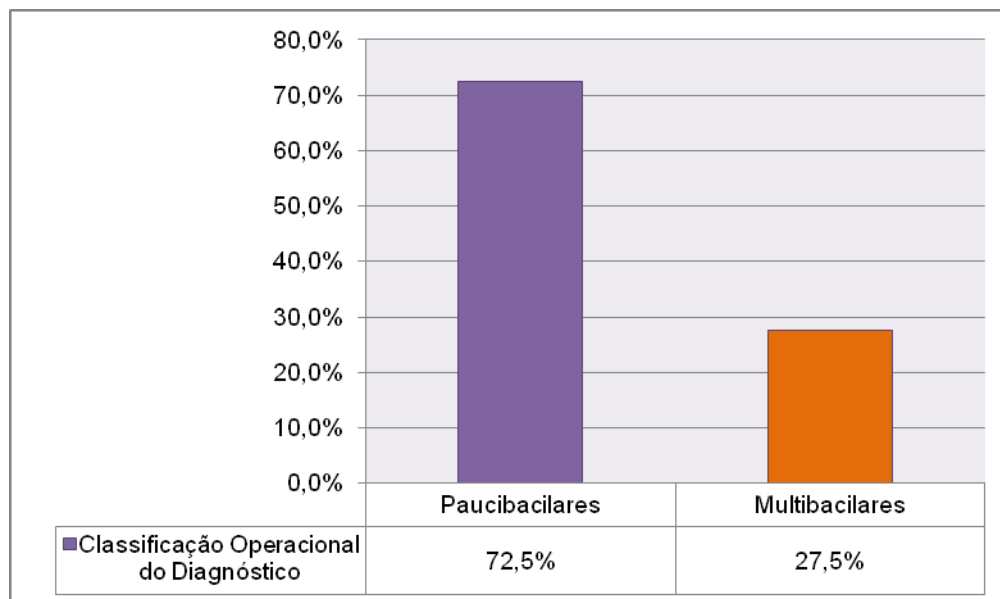
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 – 2010

APÊNDICE 11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS, 2006-2009



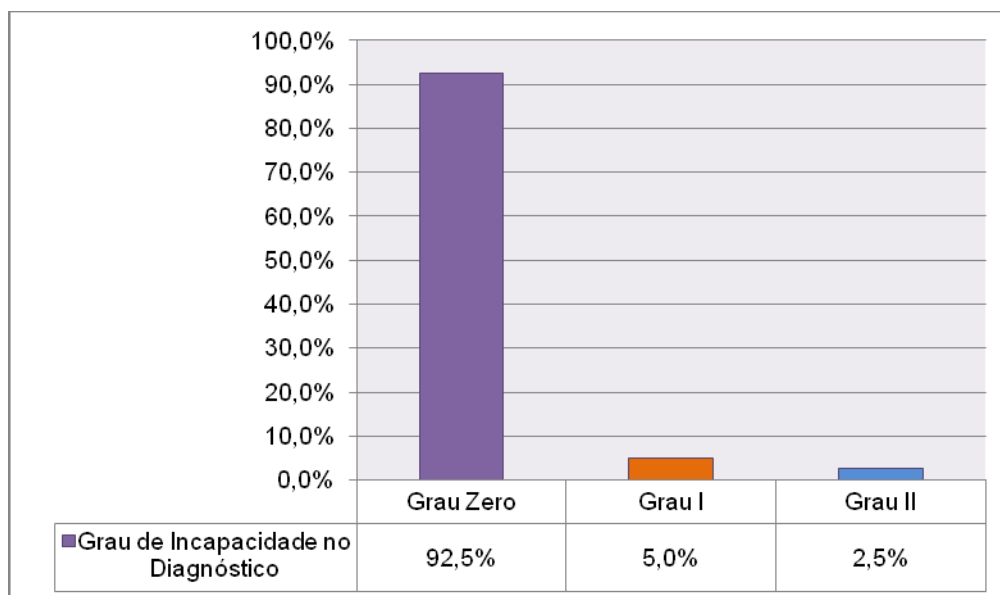
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

APÊNDICE 12 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



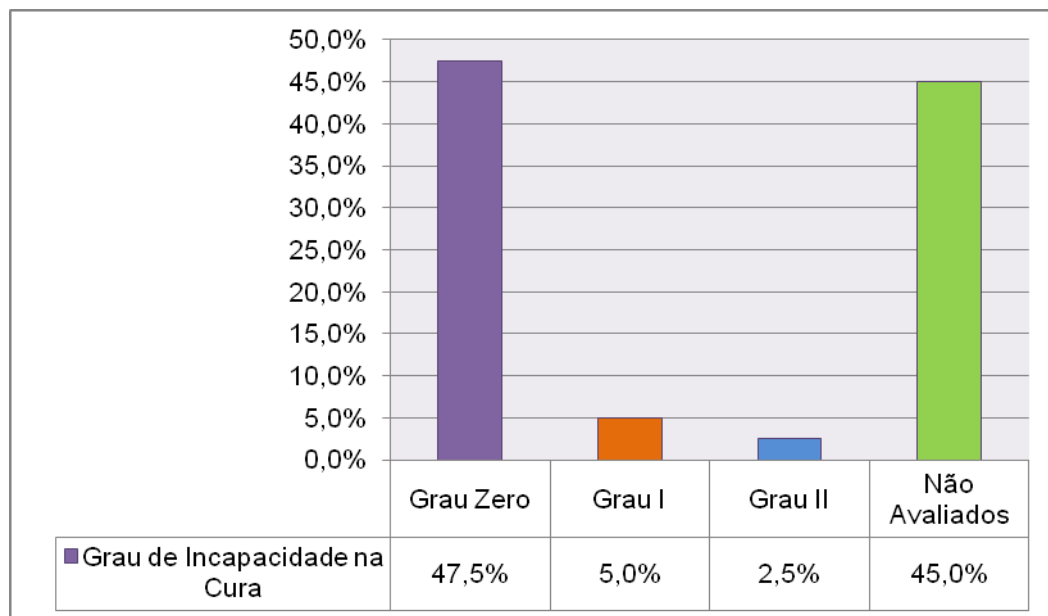
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 – 2010

APÊNDICE 13 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR GRAU DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



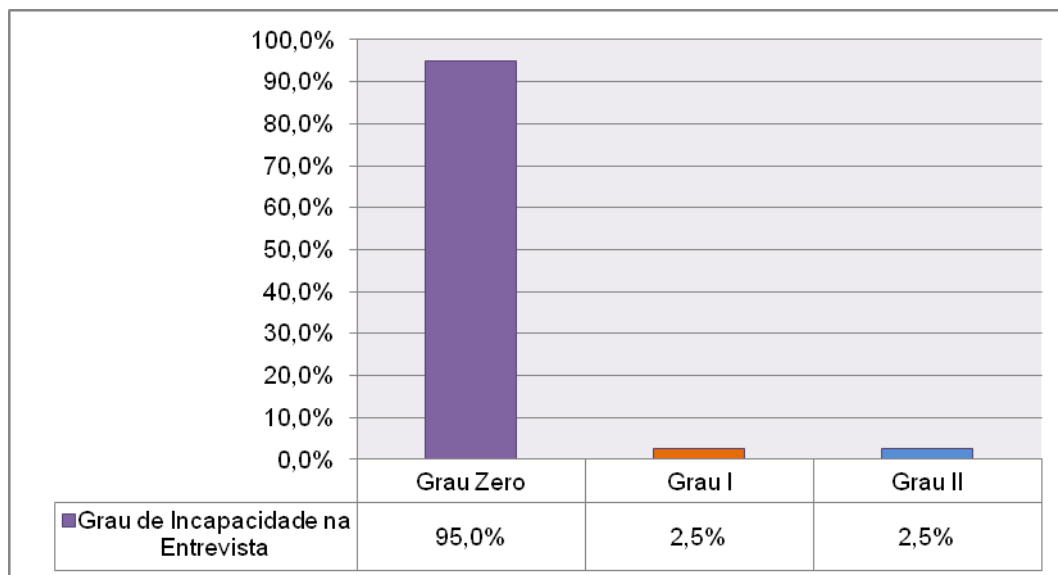
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

APÊNDICE 14 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR GRAU DE INCAPACIDADE NA CURA DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



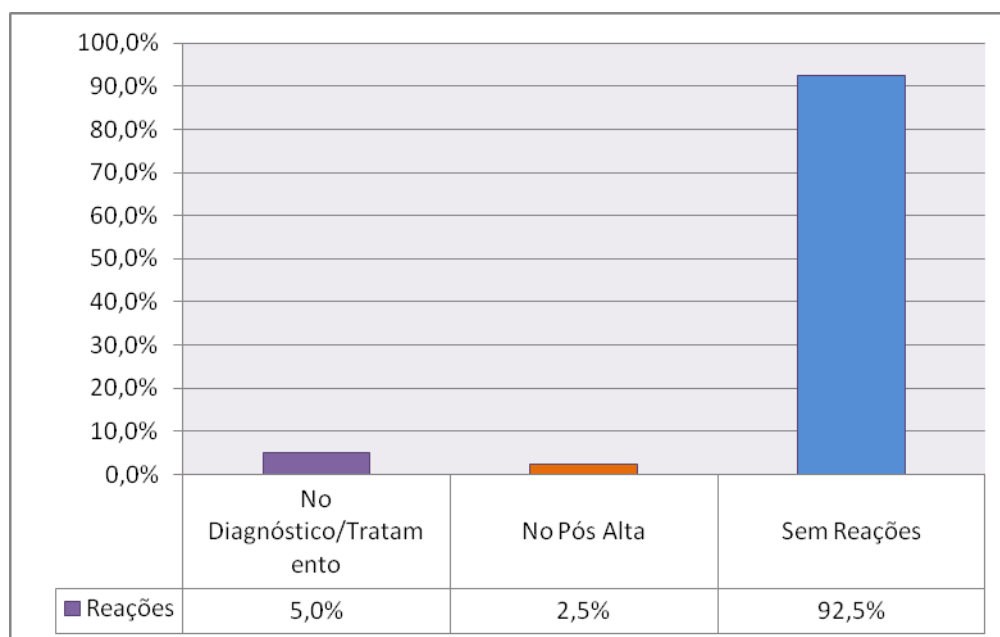
Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 – 2010

APÊNDICE 15 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR GRAU DE INCAPACIDADE NA ENTREVISTA DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010

APÊNDICE 16 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR REAÇÕES DE MH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO, 2006-2009



Fonte: Adaptado SINAN –SVS- MS/SINAN e DATASUS– Palmas, 2009 - 2010