



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JOSIMARI LIMA SANTOS FERREIRA

**DETECÇÃO DE NOVOS CASOS DE HANSENÍASE
NO ESTADO DE RONDÔNIA A PARTIR DO EXAME
DE CONTATO NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

ARIQUEMES - RO
2017

Josimari Lima Santos Ferreira

**DETECÇÃO DE NOVOS CASOS DE HANSENÍASE
NO ESTADO DE RONDÔNIA APARTIR DO EXAME
DE CONTATO NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Ms. Sônia Carvalho de Santana.

Ariquemes – RO

2017

Josimari Lima Santos Ferreira

**DETECÇÃO DE NOVOS CASOS DE HANSENÍASE NO
ESTADO DE RONDÔNIA APARTIR DO EXAME DE
CONTATO NO PERÍODO DE 2010 A 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de enfermagem
da Faculdade de Educação e Meio
Ambiente – FAEMA, como requisito à
obtenção de Grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Sônia Carvalho
de Santana.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora: Ms. Sônia Carvalho de Santana
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof.^a Esp. Jessica do Vale
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof.^a Esp. Cristielle Jonner
FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes – RO, 06 de dezembro de 2017.

*“Poís será como a árvore
plantada junto a ríbeiros de
águas, a qual dá o seu fruto na
estação própria, e cujas folhas
não caem, e tudo quanto fizer
prosperará.”*

Salmos: 1.3

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus por ter me concedido o privilégio de nascer, por ter me dado saúde, força, coragem e determinação para alcançar os meus objetivos e sonho que sempre almejei.

Agradeço ao meu esposo, por estar comigo nesses cinco anos de caminhada, onde sempre me auxiliou e cuidou dos nossos filhos com paciência, muito amor e carinho nos períodos de aula e estágio. Foram muitas as dificuldades que passamos juntos, mas pela força e por acreditar em mim, eu consegui vencer esta luta com garra, coragem e muita fé em Deus.

Agradeço a minha mãe, pelo amor, dedicação, carinho que sempre me demonstrou, por sempre me incentivar com palavras e sempre estar orando ao meu favor. À minha família de modo geral por ser meu alicerce e sempre estarem me incentivando.

À minha orientadora Prof.^a Ms. Sônia Carvalho de Santana por sua competência, dedicação e colaboração prestada durante o desenvolvimento dessa monografia, onde a mesma esteve comigo e com nossa turma desde o segundo semestre de faculdade, sempre nos incentivando e torcendo por nós.

A todos os professores que me auxiliaram nesses cinco anos de trajetória em especial ao Prof^o. Fabrício que me auxiliou, coorientou na produção dos meus gráficos, a coordenadora do nosso curso Prof.^a Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo.

Agradeço a Dra. Arlete da Gama Baldez por abrir as portas da Agência Estadual de Vigilância Sanitária - AGEVISA, ao Sebastião Sena, "Sabá", a Selma por ajudar a descortinar o Sistema de Informação de Notificação de Agravos SINAN a equipe de trabalho da Unidade Saúde Referência Doenças Tropicais Ariquemes, por favorecer convivência de aprendizagem e aos próprios pacientes que mesmo sem nomes aqui fortaleceram meu aprendizado.

E não se esquecendo dos meus colegas de curso e ao meu grupo de estágio que sempre estiveram apoiando, dando força e ânimo um ao outro para chegar até o final desses cinco anos de caminhada.

RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica caracterizada por infecções, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta, com alta infectividade, acomete o sistema tegumentar, mucosa e nervos periféricos, levando a grande impacto socioeconômico, traumas psicológicos e grandes incapacidades físicas. É considerada uma das doenças mais antigas acometidas ao homem. Classificada nas formas Paucibacilar e Multibacilar. A transmissão ocorre principalmente pelas vias respiratórias superiores de pacientes multibacilares não tratados. A descoberta de caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa e passiva. A investigação epidemiológica de contato consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados, tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. O objetivo do trabalho é apontar novos casos de hanseníase no Estado de Rondônia segundo o exame de contato no período de 2010 a 2015. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos, neste caso chamados de contatos sociais. Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, através de dados obtido pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2010 até 2015. Foram notificados 4.614 casos novos, mostrando prevalência para o sexo masculino em comparação ao sexo feminino, com 58% e 42% respectivamente. O coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos apresentou 10,61 /100.000 habitantes em 2010 e 4,74/100.000 habitantes em 2015. O estudo mostrou que os casos de hanseníase comparado a anos anteriores apresentam redução de forma positiva, observando-se que essa redução ocorre quando é realizado campanhas de conscientização e quando os agentes de saúde e postos de saúde fazem um trabalho juntamente com a população.

Palavras chaves: Hanseníase; Busca de comunicante; Perfil epidemiológico; diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease characterized by infections, caused by *Mycobacterium leprae*, of slow evolution, with high infectivity, affects the tegumentary system, mucosa and peripheral nerves, leading to great socioeconomic impact, psychological traumas and great physical disabilities. It is considered one of the oldest diseases affected to man. Classified in the Paucibacilar and Multibacillary forms. Transmission occurs primarily through the upper respiratory tract of untreated multibacillary patients. The case finding of leprosy is done through active and passive detection. The epidemiological investigation of contact consists of the dermatoneurological examination of all the intradomiciliary contacts of the new cases detected, its purpose is the discovery of cases between those who live with or live with the patient and their possible sources of infection. The objective of this study is to identify new cases of leprosy in the State of Rondônia according to the contact examination in the period from 2010 to 2015. For operational purposes, it is considered an in-home contact for any person residing or residing with the leprosy patient in the last five years, in this case called social contacts. This is a retrospective and descriptive study, using data obtained from the SINAN Information System in the period from 2010 to 2015. A total of 4,614 new cases were reported, showing a prevalence for males compared to females, with 58% and 42% respectively. The coefficient of detection of new cases of leprosy in children under 15 years old presented 10.61 / 100,000 inhabitants in 2010 and 4.74 / 100,000 in habitants in 2015. The study showed that leprosy cases compared to previous years present a positive reduction, observing that this reduction occurs when awareness campaigns are conducted and when health workers and health posts work together with the population.

Key words: Leprosy; Search for communicator; Epidemiological profile; Early diagnosis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEVISA	Agência Estadual de Vigilância em Saúde
BCG	Bacilo Calmette e Guérin
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFZ	Clofazimina
CNS/MS	Resolução do Conselho Nacional de Saúde
D	Dimorfa
DDS	Dapsona
FIN	Ficha Individual de Notificação
I	Indeterminada
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de Controle de Hanseníase
PI	Prevenção das Incapacidades
PQT	Poliquimioterápico
R	Rifampicina
RO	Rondônia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
T	Tuberculóide
UBS	Unidade Básica de Saúde
V	Virchowiana

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Classificação da hanseníase.....	17
Tabela 2 - Esquema terapêutico para casos PB e MB.	18
Tabela 3 - Esquema de recomendações sobre o uso da vacina BCG.....	20
Tabela 4 – Percentual geral dos casos de hanseníase no Estado de Rondônia..	29
Tabela 5 - Novos casos de hanseníase em Menores de 15 anos no período de 2010 a 2016.....	30
Tabela 6 - Novos casos de hanseníase femininos.....	32
Tabela 7 - Percentual de Cura entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos da coorte de acordo com a Região de Saúde /RO, 2010 a 2015.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico da distribuição de casos novos de hanseníase segundo sexo, 2010 a 2015 em Rondônia.....	28
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1. HISTÓRIA DA HANSENÍASE.....	13
2.2 FORMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA HANSENÍASE.....	17
2.3 SINAIS E SINTOMAS DA HANSENÍASE.....	18
2.4 TRATAMENTOS DA HANSENÍASE.....	19
2.5 EXAMES DE CONTATOS.....	22
2.6 RECOMENDAÇÕES SOBRE O USO DA VACINA BCG (BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN) PARA OS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS DE HANSENÍASE.....	
2.7 ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA HANSENÍASE.....	15
.....	23
3 OBJETIVOS.....	25
3.1. OBJETIVO GERAL.....	25
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	26
4.3 SINAN.	27
4.4 LOCAL DE ESTUDO.....	27
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
4.7 ANÁLISES DE DADOS.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO A.....	42
ANEXO B.....	43
ANEXO C.....	44
ANEXO D.....	45
ANEXO E.....	47
ANEXO F.....	48

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica caracterizada por infecções, ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, de evolução lenta, com alta infectividade, acometendo o sistema tegumentar, mucosa e nervos periféricos. É importante ressaltar que a hanseníase é uma patologia estigmatizante em que o preconceito infelizmente ainda prevalece. (AMADOR et al., 2001).

Segundo as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema Pública de 2016, pode ser considerada hanseníase lesões ou áreas da pele com alterações de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil; espessamento de nervos periféricos associados a alterações sensitivas, motoras ou autonômicas e presença de bacilos *M. leprae* confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele. (BRASIL, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições internacionais, os esforços são constantes na tentativa de extinguir a patologia, sendo considerado um transtorno para a saúde pública, tendo em vista que, a transmissão ativa da patologia continua acontecendo, fato este comprovado pelo adoecimento de crianças e aumento dos casos, inclusive em países que alcançaram a meta de exclusão como impasse de saúde pública. É importante ressaltar que o diagnóstico se dá por meio de coleta minuciosa de todo histórico clínico, inclusive das condições de vida do indivíduo e ainda através do exame dermatoneurológico onde será possível identificar áreas com diminuição de sensibilidade e comprometimentos nervosos. (PIRES et al., 2012).

De acordo com Magalhães et al., (2011), o Brasil ainda tem um índice muito elevado desta patologia, mantendo o segundo lugar nos casos e sendo considerado inclusive um país endêmico. Os Estados que proporcionam altas detecções e evoluções endêmicas estão localizados nas regiões Norte e Centro Oeste, visto que, tais regiões demonstraram diferente desenvolvimento regional e indicaram a existência de condições geográficas de diversas vulnerabilidades, como: a aparência geográfica em focos sem uma explicação decisiva; o atraso de uma melhora subclínica da enfermidade seguidas de intensos trânsitos migratórios nas últimas décadas e as aglomerações de pessoas que fazem da

geografia hanseniana um dos mais difíceis capítulos da nasogeografia mundial, regional e local.

Segundo Oliveira et.al., (2007) em 1992 foi estabelecido um Programa de Controle de Hanseníase (PCH), no qual foram recuperadas informações em um banco de dados desde 1975. No ano de 1994 foram definidos e considerados pontos estratégicos e prioritários no Estado de Rondônia a prática de ações direcionadas à Prevenção das Incapacidades (PI), porém em função de alguns fatores como extensos rios e áreas de florestas houve uma maior dificuldade na realização de estudos epidemiológicos referentes a esses estados.

Nestes municípios foram criados serviços de saúde que atendem a população conforme necessidades. Para obter um controle da hanseníase o Ministério da Saúde (MS) criou o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007b).

De acordo com o MS foi descrito um Manual Técnico Operacional de Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como um problema de Saúde Pública no Brasil, onde fornecem benefícios, bases e capacidades para os profissionais que atuam na vigilância, atenção básica e demais níveis de saúde. Essas diretrizes estão ligadas ao acolhimento do paciente; aos fatores de risco epidemiológicos; as medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos, fornecendo uma linha de cuidados tanto à gestão clínica conforme a dificuldade de cada ponto de atenção como também ao fluxo de atendimento aos seus usuários onde determinam estratégias para melhor atender as condições de saúde da população. (TARDIN et al., 2010; BRASIL, 2016).

Os dados são coletados a partir da Ficha Individual de Notificação (FIN) que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio

magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) com a SES deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (BRASIL, 2016).

A pesquisa justifica-se pela importância do tema proposto, bem como pela discussão sobre a hanseníase que deve sempre estar em pauta, haja vista que o objetivo geral deste trabalho é apontar novos casos de hanseníase no Estado de Rondônia de acordo com o exame de contato no período de 2010 a 2015 e os objetivos específicos são, definir história e conceito de hanseníase; discorrer sobre as diretrizes para o diagnóstico, prevenção, controle, sinais, sintomas e tratamento da hanseníase; conceituar e descrever sobre o exame de contato; apresentar dados epidemiológicos através de informações online do sistema de Vigilância em Saúde (SVS) e sistema de informações de agravos e notificações (SINAN) quanto aos gêneros masculinos e femininos e o número de casos apresentados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DA HANSENÍASE

Segundo Santos (2014), desde o antigo Egito há mais de três mil anos a hanseníase já existia sendo conhecida como Lepra. A Bíblia sagrada é tida como referência para esta patologia, citando a doença de Lázaro em uma de suas passagens. Há muito tempo atrás, a lepra era conhecida como uma patologia incurável e mutiladora, forçando os pacientes a se isolarem em leprosários. Na Idade Média, além do isolamento os doentes eram obrigados a carregarem sinos para anunciar as pessoas sua doença, resultando em medo e afastando os demais que por ali passavam.

Na idade antiga, para que o mal não se espalhasse entre as pessoas, os doentes eram expulsos dos muros das cidades, sendo forçados a buscarem um novo local para se sobreviverem. Na época medieval, a igreja os tinha como objetos cerimoniais religiosos, ficando declarada sua morte civil perante a sociedade e sendo excluídos das instituições, construídas e mantidas quase exclusivamente pela igreja. Somente no século XX, foram construídas verdadeiras cidades, oferecendo condições de conforto e de entretenimento em algumas dessas instituições tornando o isolamento de seus doentes em uma solução mais plausíveis e quase naturais para o problema, neste contexto eles tinham o isolamento como uma medida profilática cientificamente contra essa enfermidade (BECHELER, 2008).

Em meados do século XIX, houve o retorno da lepra às terras européias, depois de ser dada como extinta desde o século XVII, passando a ser considerada uma questão científica e específica graças ao desenvolvimento do instrumento microscópico. A partir dessa evolução, várias doenças passaram a ser objeto de estudo específico e sistemático por uma recém-formada equipe de médicos bacteriologistas, comprovando as bactérias responsáveis por uma série de doenças. O isolamento compulsório passou a ser observado em reflexões teóricas a partir da segunda metade do século XX, como principal objeto de transformações institucionais na sociedade européia no decorrer do século XVIII, com o objetivo de redefinir e remodelar o sentido e as representações desse

isolamento transformando em um dos principais mecanismos de punição pelo estado. Desta forma, deixaram de aplicar a repressão de forma física e pública para uma forma psicológica e íntima. (POSTIGO, 2008).

No Brasil, também não foi diferente, pois existiam leis em que os leprosos que eram assim chamados fossem capturados e mantidos em leprosários. Essas leis que existiam no Brasil só foram revogadas no ano de 1962, onde os pacientes retornaram para seus convívios sociais, e ao longo desses muitos anos, essa doença foi estigmatizada, onde em sua história humana, poucas doenças foram tão cobertas pela ignorância e pelo preconceito como a lepra. E depois de alguns anos com a descoberta do bacilo *Mycobacterium Leprae*, agente causador da patologia feito por Hansen, à lepra passou a ser conhecida como “hanseníase” e graças a muitos avanços tecnológicos, a hanseníase hoje tem cura. (SANTOS, 2014).

A hanseníase hoje é conceituada como uma doença grave e crônica, que ocasiona lesões na pele, mucosas e nervos periféricos e possui como agente etiológico o *Mycobacterium Leprae*, infectos somente em seres humanos, com um tempo de multiplicação lenta. A patologia habitualmente acomete mais pessoas do sexo masculino, indivíduos de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, com maior frequência em crianças. Porém, não podemos esquecer os casos endêmicos, no caso de pessoas que são contaminadas por contatos diretos e indiretos. (AMADOR, et al., 2001).

Conforme a OMS, o Brasil é o segundo país com mais casos de hanseníase, tendo mais prevalência nos estados de Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, e Maranhão, sendo diagnosticado mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes. Em 2004 o coeficiente de casos de hanseníase era de 1,71/10.000, em 2012 o coeficiente baixou para 1,51/10.000 habitantes. No ano de 2010 até 2015 de acordo com uma Estratégia Global, a OMS deseja reduzir o preconceito, a discriminação e a carga dessa doença com a garantia de uma qualidade de assistência a esses pacientes. (VIEIRA, 2014).

2.2 FORMAS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA HANSENÍASE

De acordo com Lastória e Abrel, (2012), a hanseníase é dividida em dois grupos: um grupo instável, classificado pela forma indeterminada e dimorfa, e grupo estável, classificando a forma tuberculóide e virchowiana. Ressalta ainda que, a hanseníase se dispõe de algumas manifestações clínicas que se manifestam durante a evolução da doença, como: a síndrome nervosa devido ao tropismo que o bacilo tem através da pele e dos nervos periféricos e a síndrome tegumentar que varia de acordo com a forma clínica.

Para o autor Barreto (2014), a hanseníase é classificada em duas formas, Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MB), a PB é composta pela forma indeterminada e a tuberculóide, ou seja, os indivíduos que são afetados por elas possuem poucos bacilos, sendo assim eles não são transmissores da doença, e a MB é composta pela forma dimorfa e virchowiana, essas últimas possuem alta transmissibilidade, pois esses indivíduos possuem grande carga de bacilos por falta de capacidade de seus sistemas imunes eliminarem os microorganismos.

A OMS classifica a hanseníase em quatro critérios: o clínico, o imunológico, o bacteriológico e o histopatológico no qual permite detectar as quatro formas de manifestações: Indeterminada (I): é a fase inicial da doença, com manchas hipocrômicas, ligeiras alterações de sensibilidades e sem espessamento neural; Tuberculóide (T): não é contagiosa, é estável, na maioria das vezes a bacterioscopia é negativa, lesões são bem definidas, aparece com frequência o acometimento nervoso e é a única que manifesta na forma neural pura; Virchowiana (V): é contagiosa, tem bastante quantidade de bacilos, apresenta lesões cutâneas difusas e acometimento sistêmico, não tem espessamento neural, é comum a presença de edema dos membros inferiores e pode comprometer as mucosas, olhos, testículos e ossos; Dimorfa (D): são muito instáveis, com baciloscopia positiva ou negativa, manifestações cutâneas polimorfas e apresenta diversas manifestações pelas diferentes respostas imunocelulares do hospedeiro ao *M. leprae*. (QUEIROZ; PUNTEL, 1997) e (LASTÓRIA; ABREL, 2012).

Tabela 01- Classificação da hanseníase

Forma clínica	Classificação operacional	Descrição clínica
Indeterminada	Paucibacilar	É a fase inicial da doença, com manchas hipocrômicas, ligeiras alterações de sensibilidades e sem espessamento neural.
Tuberculóide	Paucibacilar	Não é contagiosa, lesões bem definidas, freqüente no acometimento nervoso, a única que manifesta na forma neural pura.
Dimorfa	Multibacilar	É muito instável, manifestações cutâneas polimorfas e apresenta diversas manifestações pelas diferentes respostas imunocelulares do hospedeiro ao M. Leprae.
Virchowiana	Multibacilar	É contagiosa, apresenta lesões cutâneas difusas e acometimento sistêmicos, é comum a presença de edema dos membros inferiores e pode comprometer as mucosas, olhos, testículos e ossos;

Fonte: BRASIL. 2016 (Adaptação)

2.3 SINAIS E SINTOMAS DA HANSENÍASE

Segundo as Normas Vigentes da Portaria nº 3.125, 07/10/2010, é considerado como caso de hanseníase, a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais: lesões ou áreas da pele com alterações de sensibilidades; acometimentos de nervos periféricos, com ou sem espessamento associados a alterações sensitivas, motoras e autonômicas; baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico, e devem ser diagnosticados e tratados com o tratamento poliquimioterápico em Unidades Básicas de Saúde. (OLIVEIRA, 2014).

O diagnóstico clínico baseia-se em sinais e sintomas clínicos característicos na pele e comprometimento dos nervos periféricos, como: manchas hipocrômicas ou eritematosas; lesões infiltradas e avermelhadas em todo tegumento; diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, frio, dor e tato em lesões ou áreas cutâneas, sobretudo em mãos e pés; espessamento e dor em nervos dos membros superiores e inferiores; nódulos e infiltrações principalmente na face e pavilhões auriculares, maldarose supraciliar e ciliar, edema e dormência

nos membros inferiores; obstrução nasal crônica. As formas avançadas da hanseníase podem levar ao comprometimento sistêmico, como: neurite; mucosas; trato respiratório alto; olhos; linfonodos; medula óssea; vísceras abdominais e testículos. (LYON; GROSSI, 2014).

2.4 TRATAMENTOS DA HANSENÍASE

O tratamento é de extrema importância na estratégia de controle da doença em relação ao problema de saúde pública, interrompendo a transmissão da doença e promovendo a quebra da cadeia epidemiológica, controlando assim a epidemia prevenindo incapacidades físicas e promovendo a cura da hanseníase. (DUARTE, et al, 2009).

De acordo com Diório (2014), o tratamento é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades básicas de referência, o mesmo inclui um esquema poliquimioterápico (PQT) é composto por: dapsona, 100mg (DDS); a rifampicina, 300 mg (R) e a clofazimina, 100 mg (CFZ). Esses medicamentos são de alta importância, pois além de realizarem a cura e evitar o desenvolvimento de incapacidades físicas, eles também estão atuando na prevenção da seleção de cepas mutantes resistentes a droga. Esses medicamentos agem em conjunto, cada um tendo seu efeito desejado, a DDS, compõe um efeito bacteriostático sobre o bacilo agindo na síntese e impedindo a formação do ácido fólico na bactéria; a R possui um efeito bactericida atuando altamente sobre a enzima RNA polimerase, onde bloqueia a síntese do RNA mensageiro e a CFZ, também tem um efeito bacteriostático ele age como uma atividade antiinflamatória importante no controle do eritema nodoso hansênico.

Os medicamentos PQT, são recomendados e fornecidos pela OMS de maneira padronizada, distribuída pelo MS em cartelas individuais para PB adulto e infantil e MB adulto e infantil, contendo a dose mensal supervisionada e as doses diárias auto-administradas. Os PB são tratados com 6 doses supervisionadas de rifampicina e doses diárias de dapsona; para pacientes MB, o tratamento é feito com 12 doses supervisionadas de rifampicina, clofazimina e dapsona e doses diárias de clofazimina e dapsona. Depois desse tratamento, o paciente é submetido novamente aos exames; dermatoneurológico e

baciloscópico, avaliações neurológicas simplificadas e também ao do grau de incapacidades físicas, caso não haja alterações o paciente recebe alta por cura. (LYON; GROSSI, 2014).

Tabela 2- Esquema terapêutico para casos PB e MB.

Faixa	Paucibacilares: 6 cartelas	Multibacilares: 12 cartelas
Adultos	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg auto-administrada.	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg auto-administrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg auto-administrada.
Crianças	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg auto-administrada.	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg auto-administrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg auto-administrada em dias alternados.
<p>Duração: 6 meses Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 (nove) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.</p>		<p>Duração: 12 meses Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas (12 cartelas MB sem dapsona) + ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações Neurológica simplificada e do grau de incapacidade Física e receber alta por cura.</p>

2.5 EXAME DE CONTATO

O exame de contato é a maneira de avaliação para detecção precoce de casos; é considerado contato domiciliar, familiares que convivem e residem tendo um contato maior com o paciente hanseníaco nos últimos cinco anos, e contato social são aquelas pessoas que convivem socialmente no trabalho, na escola e na vizinhança, que tenham convivência de forma próxima ou prolongada com esse paciente. Os comunicantes são submetidos à avaliação dermatoneurológica com o objetivo de detecção precoce de sinais e sintomas para hanseníase. E desta forma encontrar casos novos e descobrir as possíveis fontes de infecção, independente se o paciente for diagnosticado como paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) (BRASIL, 2016).

Segundo Gomes, et.al. (2005), a maior forma de contágio da hanseníase é o convívio domiciliar com o doente bacilífero, no qual a transmissão é feita de pessoa a pessoa pelo convívio com o paciente que ainda não deu início ao seu tratamento e o MS, constituiu que para cada caso diagnosticado, quatro contatos domiciliares devem ser submetidos a medidas profiláticas, só que de acordo com os dados da Pan American Health Organization, apenas 59,8% dos indivíduos acometidos por hanseníase tiveram seus contatos examinados, impedindo pouco a detecção precoce da doença e provocando o aumento do ciclo de contaminação levando a uma grande epidemia em algumas localidades.

De acordo com Lima et al. (2015), o contato intradomiciliar é definido como toda e qualquer pessoa que reside ou tenha residido nos últimos cinco anos com o doente. Para obter melhor controle dos contatos, detecção precoce, tratamento e prevenção de incapacidades físicas precisam ser avaliados minuciosamente, além de medidas profiláticas através da vacina BCG exames dermatoneurológicos. A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos.

2.6 RECOMENDAÇÕES SOBRE O USO DA VACINA BCG (BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN) PARA OS CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS D HANSENÍASE

Tabela 3 Esquema de recomendações sobre o uso da vacina BCG.

VACINA BCG	CONDUTA
Com uma Cicatriz	Comunicantes de hanseníase Devem receber duas doses de BCG, com intervalo mínimo de seis meses (considerar a presença de cicatriz vacinal como primeira dose).
Com Duas Cicatriz	Não receber nenhuma dose
Sem Cicatriz	Menor de cinco anos de idade que recebeu a BCG há mais de 6 meses e não tem cicatriz vacinal deve ser revacinado, sem necessidade de avaliação de Prova Tuberculínea.

Fonte: BRASIL, 2016

A vacina BCG-ID tem que ser aplicada nos contatos intradomiciliares desde que não haja esboços de dúvidas quanto à possibilidade da pessoa possuir hanseníase no momento da avaliação. Para que a aplicação da BCG ocorra de maneira eficaz dependerá de observações como (BRASIL,2016).

a) Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares. b) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG. c) Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima. d) Na incerteza de cicatriz vacinal, no exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose independentemente da idade. e) As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização -PNI.f) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS, devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados (BRASIL.2016, p.05).

Esses contatos são submetidos a uma investigação epidemiológica, procedendo de uma anamnese completa dos comunicantes, exames dermatoneurológicos e vacinação da BCG sem presença de sinais e sintomas da hanseníase, com cicatriz vacinal ou não. Posteriormente a esses processos o

profissional deve orientar aos comunicantes uma avaliação anual por um período de cinco anos para serem reavaliados e também quanto ao aparecimento de algum dos sinais e sintomas da hanseníase. (BRASIL, 2016).

De acordo com Oliveira (2014), as Unidades Básicas de Saúde, necessitam estar preparadas e capacitadas para acolher, diagnosticar e iniciar tratamento dos casos de hanseníase, por meio de exames da pele e nervos periféricos. As UBS também devem adotar protocolos de rastreamento que permitem acesso a lista de endereços dos casos de hanseníase, facilitando uma busca ativa dos exames de contatos.

Devido a grandes números de casos de hanseníase bem como o seu alto potencial incapacitante dos quais podem interferir nas atividades laborais, bem como socialmente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos, a utilização da estratégia de exame de contatos intradomiciliares e sociais são detectados ampliando as oportunidades de diagnóstico mais precocemente, evitando assim que o paciente seja diagnosticado já nas fases tardias da doença e com incapacidades físicas instaladas. (BRASIL, 2016).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, no ano de 2006 a 2010, demonstrou uma quantidade de 16% de casos novos que foram diagnosticados através desta ação de vigilância do exame de contato, facilitando a execução de medidas de controle da doença e fortalecendo a integralidade dos serviços de saúde ao passo que se tem uma grande estimulação nas atividades de vigilância ativa; melhoria na capacidade de acesso a estes serviços e contribuição para redução da endemia. (BRITO, et.al., 2016).

2.7 ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA HANSENÍASE

A definição de estratégias de enfrentamento de uma doença dependerá de seu enquadramento e do contexto em que está inserida, e também o grau de prioridade, para assim definir táticas de intervenção do agravo à saúde, considerando inclusive sua situação epidemiológica (doença); operacional (desempenho das ações implantadas); conjuntural (político-administrativo); mobilização local e induções externas positivas e negativas), do território em que

o enfrentamos, do problema que vai ocorrer, visando sempre o seu impacto (OLIVEIRA, 2014).

Filho; Santos; Pinto (2010), afirmam que a melhor estratégia para o combate da hanseníase inclui o diagnóstico precoce e os tratamentos realizados geralmente nas integrações dos programas nas Unidades Básica de Saúde (UBS).

Nessas estratégias estão incluídas: a decisão políticas da eliminação da hanseníase; a hanseníase no contexto do Plano Brasil Sem Miséria; a inserção da hanseníase no Sistema Único de Saúde (SUS); a existência de amplas UBS e uma equipe multiprofissional, contenda presença de médicos e enfermeiros para garantirem o diagnóstico, o tratamento e a cura da doença; parcerias de Organizações Não Governamentais (ONGs); disponibilidades dos medicamentos; busca ativa de novos casos e resgates de pacientes por abandono; cursos para capacitações de profissionais; melhoria do nível de renda; ausência de barreiras religiosas, entre outras (SANTOS, 2014).

Em conformidade com Gacioli, Ferreira; Resille (2014), uma das estratégias recentemente utilizadas foi à mobilização social e de lideranças comunitárias, considerada um modelo de ação. A mobilização da população ainda se apresenta em alguns casos preconceituosos, porém pode-se perceber que aos poucos as pessoas estão compreendendo e auxiliando umas às outras na conscientização da importância de se conhecer e detectar a doença para que a mesma possa ser curada. Tal estratégia tem o objetivo de construção de uma representação social para a hanseníase, além de descobrir mais portadores e que ainda não iniciaram tratamento, que são as preocuposas prevalências ocultas, garantindo assim um diagnóstico precoce e quebra de cadeia de transmissão com redução de casos graves.

Segundo Fonseca; Garcia, (2014), a educação em saúde através de estratégias e ações, tem se apresentado de forma importante na detecção precoce de hanseníase. Através de intervenções educativas realizadas pela equipe de trabalho na atenção básica com os familiares de portadores de hanseníase é possível detectar novos contatos intradomiciliares, visto que os profissionais da atenção básica atuam sempre de forma sensibilizadora e atenta aos sinais da doença.

Oliveira (2014) ressalta em seu contexto que, a vacina Bacilo Calmette e Guérin (BCG) não impede o adoecimento do indivíduo, porém previne da contaminação das formas multibacilares que, juntamente com medidas de promoção a saúde por meio de ações educativas populacionais e individuais aumenta a percepção do risco de adoecer e identifica os sinais e sintomas iniciais da doença, reduzindo assim fontes de infecções e interferindo na produção de novos casos nas prevenções primárias.

De acordo com a Carta de Otawa a promoção da saúde é definida da seguinte forma:

A Promoção da Saúde é definida como nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver, nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (GACIOLLI; FERREIRA; RESILLE, 2014).

De acordo com a OMS (2016), foi criada uma nova Estratégia Global para Hanseníase (2016-2020), que teve como título: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase e tem como proposta detectar precocemente a doença e tratar imediatamente para que evite as incapacidades e reduz a transmissão da infecção na comunidade. O objetivo dessa estratégia é de diminuir ainda mais a carga global e local da hanseníase, garantindo um mundo sem hanseníase e com uma meta a ser cumprida até 2020, de nenhum caso de incapacidades físicas entre crianças recém-diagnosticadas; redução de novos casos de hanseníase com IG2 a menos de 1 caso por 1 milhão de habitantes e de nenhum país terá leis que permitam a discriminação por hanseníase.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Demonstrar como o exame de contato tem contribuído para detecção de casos novos de hanseníase no estado de Rondônia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir história e conceito de hanseníase;
- ✓ Discorrer sobre as diretrizes para o diagnóstico, prevenção, controle, sinais, sintomas e tratamento da hanseníase;
- ✓ Conceituar e descrever sobre o exame de contato;
- ✓ Apresentar dados epidemiológicos através de informações online do sistema de Vigilância em Saúde (SVS) e sistema de informações de agravos e notificações (SINAN) quanto aos gêneros masculinos e femininos e o número de casos apresentados.

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Considerando o objeto de estudo optou-se por realizar um estudo retrospectivo e descritivo, através de dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado de Rondônia no período de 2010 a 2015.

O estudo foi realizado a partir do banco de dados oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pela Agência Estadual de Vigilância em Saúde (AGEVISA), RO. Na revisão bibliográfica foram utilizados como fonte de pesquisa as bases de dados disponíveis pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Ministério da Saúde (MS) e Biblioteca Júlio Bordignon.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa CEP, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, sendo considerado isento de aprovação do comitê, por se tratar de coleta de dados ser sistema de informação de domínio público. Para realizar a análise das informações foram tabuladas em banco de dados, utilizando o aplicativo TABWIN (Versão 3.6b) e Microsoft Excel 2010.

4.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis estudadas para composição deste estudo foram os indicadores epidemiológicos, tais como casos novos geral, em menores de 15 anos, casos novos segundo sexo, grau de incapacidade física e os indicadores operacionais, tais como: forma clínica, grau de incapacidade física no diagnóstico; modo de entrada; modo de detecção de caso novo; baciloscopia; esquema terapêutico inicial; número de contato registrado e examinado e tipo de saída.

4.3 SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007b).

Os dados são coletados a partir de Ficha Individual de Notificação (FIN) que são preenchidas pelas unidades assistenciais de cada município que dão assistência para os pacientes, quando há ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento é encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que semanalmente repassam os arquivos em meio magnéticos para as Secretarias Estaduais de Saúde (SEAS). A comunicação das SES com a Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) ocorre quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (BRASIL, 2016).

4.4 LOCAL DE ESTUDO

O Estado de Rondônia está localizado na Região Norte do País, na Amazônia Ocidental, dentro das coordenadas 7°58' e 13°43' de latitude Sul e 59°50' e 66°48' de longitude Oeste de Greenwich. Limita-se ao Norte e Nordeste com o Estado do Amazonas, ao Sul e Sudoeste com a República da Bolívia, a Leste e Sudeste com o Estado do Mato Grosso e a Oeste e Noroeste com o Estado do Acre. Apresenta área territorial de 238.512,8 km², correspondendo a 6,19% da Região Norte e a 2,79% do território nacional (MATIAS; LIMA, 2005). O clima predominante é equatorial quente e úmido; com temperatura variando de 18° a 33°; a estação chuvosa vai de outubro a março e o período de seca, começa entre abril e maio estendendo-se até setembro. Apresenta população

estimada em 2015 de 1.768.204 habitantes (IBGE, 2015), distribuída em 52 municípios e uma densidade populacional de 6,58 hab./km².

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Inclusão dos dados disponíveis pelo SINAN referentes ao período selecionado (2010 a 2015) e com notificação no estado de Rondônia.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram os casos que não pertenciam ao período de estudo selecionado e pertencente a outros estados.

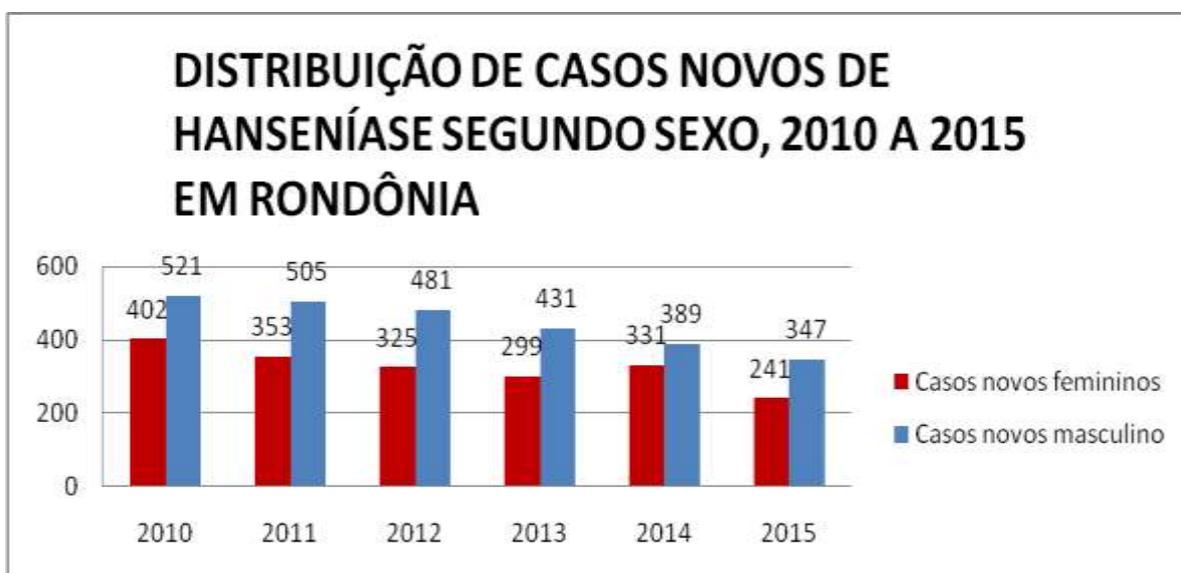
4.7 ANÁLISES DOS DADOS

Para análise dos dados foram utilizados o aplicativo TABWIN (Versão 3.6b) e Microsoft Word, Excel, 2010.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as pesquisas feitas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2010 a 2015, foram notificados 4.614 casos novos geral de hanseníase no estado de Rondônia nos últimos 6 anos, tendo como maior prevalência o sexo masculino em comparação com o sexo feminino, com 58,0% e 42%.

Gráfico 1 – Distribuição de casos novos de hanseníase segundo sexo, 2010 a 2015 em Rondônia



Fonte: Sinan/Agevisa/SESAU-RO

Percebe-se que no gráfico o percentual anual dos casos de hanseníase maior nos homens em todos os anos apresentados; por exemplo, em relação ao ano de 2010, houve 402 casos em mulheres enquanto nos homens o número de casos nos homens foi de 521.

O ano de 2011, em relação a homens e mulheres, os homens continuam apresentando um número de casos é maior com 505 para os homens contra 353 das mulheres, apesar da hanseníase está sendo reduzida os homens continuam apresentando maiores números, haja, vista que os mesmos possuem mais dificuldade de procurar exames e também de aceitar e fazer o tratamento de forma correta. Assim compreende Silva (2012,p.04):

58% da população já ouviram falar sobre a doença, entretanto não sabe muito sobre a doença. A porcentagem da população que já ouviu falar sobre a hanseníase tem maior acesso a informações através da televisão, na qual o Ministério da Saúde, através de campanhas educativas disponibiliza informações que são essenciais ao processo de eliminação da hanseníase.

No ano de 2012 foram 325 casos entre mulheres e 481 em homens o que foi acompanhado pelos anos anteriores e como pode ser observado nos anos futuros como aponta a tabela 01.

No ano de 2013 foram 299 casos em mulheres e 431 Nos homens e

Em 2014 os casos foram 331 em mulheres aumentando do ano anterior para este período, porém ainda inferior aos casos detectados em homens que foram de 389, a diferença entre os casos chegam a ser de 58 a mais em homens do que em mulheres.

No ano de 2015 a pesquisa na tabela aponta que os casos em homens são de 347 e mulheres foram de 241. Percebe-se que todos os anos o número de casos em homens são maiores do que em mulheres, o que faz-se entender que os homens procuram se informar menos sobre a doença.

Tabela 4- Percentual geral dos casos de hanseníase no Estado de Rondônia

Indicadores epidemiológicos de hanseníase									
Rondônia 2010 - 2016									
INDICADORES	Casos novos geral	Coef. Det. geral	Casos novos < 15 anos	Coef. Det. < 15 anos	Casos novos femininos	Coef. sexo feminino	Casos novos masculino	Coef. sexo masculino	Coef. de grau 2
2010	919	58,82	45	10,61	402	52,39	521	65,52	3,01
2011	855	54,24	43	10,04	353	45,60	505	62,94	2,66
2012	802	50,44	44	10,18	325	41,63	481	59,44	3,46
2013	730	42,24	58	12,33	299	35,23	431	49,00	2,55
2014	720	41,17	43	9,36	331	38,65	389	43,59	2,34
2015	588	33,25	36	7,90	241	27,81	347	38,48	2,60
2016	471	26,35	23	4,74	213	24,30	258	28,32	1,39

Fonte: Sinan/Agevisa/SESAU-RO Legenda: Taxa por 100.000/habitantes Dados disponíveis em 02/05/2017

Percebe-se na tabela 04 que a pesquisa apontada apresenta os dados dos Indicadores Epidemiológicos.

Os casos de hanseníase comparado a anos anteriores vem diminuindo a cada ano.

Em 2010 foram 919 casos no estado de Rondônia, no ano de 2011 os casos diminuíram e passaram para 855, ou seja, 65 casos a menos de um ano para o outro, em relação ao ano de 2012 os números de casos foram de 802, 53 casos a menos do ano anterior para o atual.

No ano de 2013 foram registrados e confirmados um quantitativo de 730 casos enquanto em 2014 foram 720 casos, 10 casos a menos do apresentado no ano de 2013.

Em 2015 os casos registrados tiveram mais uma queda de 132 casos o maior registrado no período da pesquisa.

No ano de 2016 foram registrados 471 casos de hanseníase, que comparado ao ano de sofreu uma redução de 448 casos.

Entende-se que é possível que a cada ano os percentuais de casos possam ser diminuídos ainda mais, com as campanhas e os tratamentos que unidades de saúde fazem. Assim, aponta Silva (2012,p.05), “a vigilância epidemiológica da hanseníase deve ser realizada por meio de um conjunto de atividades que fornecem informações a população sobre a doença através de campanhas” [...].

Tabela 5: Novos casos de hanseníase em Menores de 15 anos no período de 2010 a 2016.

Indicadores epidemiológicos de hanseníase									
Rondônia 2010 - 2016									
INDICADORES	Casos novos geral	Coef. Det. geral	Casos novos < 15 anos	Coef. Det. < 15 anos	Casos novos femininos	Coef. sexo feminino	Casos novos masculino	Coef. sexo masculino	Coef. de grau 2
2010	919	58,82	45	10,61	402	52,39	521	65,52	3,01
2011	855	54,24	43	10,04	353	45,60	505	62,94	2,66
2012	802	50,44	44	10,18	325	41,63	481	59,44	3,46
2013	730	42,24	58	12,33	299	35,23	431	49,00	2,55
2014	720	41,17	43	9,36	331	38,65	389	43,59	2,34
2015	588	33,25	36	7,90	241	27,81	347	38,48	2,60
2016	471	26,35	23	4,74	213	24,30	258	28,32	1,39

Fonte: Sinan/Agevisa/SESAU-RO Legenda: Taxa por 100.000/habitantes Dados disponíveis em 02/05/2017

A tabela 5 aponta os novos casos de hanseníase em menores de 15 anos, percebe-se que em 2013 ocorreu o maior número de casos registrados, ou seja, 58 casos. Para Vieira *et al* (2014, p.02) os jovens por estarem sempre em contato com familiares e por vezes terem que auxiliar no tratamento acabam adquirindo a doença, haja vista que a mesma acontece através do contato.

Uma das principais fontes de infecção constitui-se dos indivíduos que apresentam a forma multibacilar da doença: seus contatos domiciliares apresentam um risco 6 a 10 vezes maior de adquirir a hanseníase, comparativamente à população geral (VIEIRA *et al.*,2014, p.02).

Seguindo ano de 2010 com 45 casos, logo após o ano de 2012 com 44 casos no ano de 2011 foram registrados 43 casos consequentemente com o ano de 2014 e repetindo o total de 43 casos de hanseníase em pessoas menores de 15 anos, o ano que apresentou o menor índice de casos novos de hanseníase foi o ano de 2016 onde houve uma queda considerável em relação ao ano de 2015 sendo o ano de 2016 com 23 casos de hanseníase, totalizando ao todo neste período o quantitativo de 292.

De acordo com o PSE (2015), a escola é um meio importante no combate a hanseníase principalmente quando se trata de educação para jovens, nesse sentido o Plano acredita que os alunos são capazes de transmitir informações importantes para seus familiares sobre a doença e sua prevenção. O aluno que participa de ações que visam coibir doenças se torna um adolescente informado e transformador de opiniões, bem como transmissor da mesma, desta forma o PSE é levado nas escolas como forma de alcançar resultados além das instituições de ensino.

Tabela 6: Casos de hanseníase no sexo feminino.

Indicadores epidemiológicos de hanseníase									
Rondônia 2010 - 2016									
INDICADORES	Casos novos geral	Coef. Det. geral	Casos novos < 15 anos	Coef. Det. < 15 anos	Casos novos femininos	Coef. sexo feminino	Casos novos masculino	Coef. sexo masculino	Coef. de grau 2
2010	919	58,82	45	10,61	402	52,39	521	65,52	3,01
2011	855	54,24	43	10,04	353	45,60	505	62,94	2,66
2012	802	50,44	44	10,18	325	41,63	481	59,44	3,46
2013	730	42,24	58	12,33	299	35,23	431	49,00	2,55
2014	720	41,17	43	9,36	331	38,65	389	43,59	2,34
2015	588	33,25	36	7,90	241	27,81	347	38,48	2,60
2016	471	26,35	23	4,74	213	24,30	258	28,32	1,39

Fonte: Sinan/Agevisa/SESAU-RO Legenda: Taxa por 100.000/habitantes Dados disponíveis em 02/05/2017

No contexto da tabela 6 faz análise dos novos casos de hanseníase no conjunto feminino; desta maneira o ano de 2010 apresentou 402 casos um número considerado grande em relação ao ano de 2016 onde houve uma queda de quase 50%.

Em 2011 foram registrados 353 casos de hanseníase o sexo feminino, no ano de 2012 325 casos foram registrados seguido do ano de 2013 com 299 novos casos.

No ano de 2014 surgiram 311 casos de hanseníase, 2015 241 casos foram apresentados e em 2016 213 casos, percebe-se nesta seara que do ano de 2010 ao ano de 2016 houve uma queda considerável nos casos de hanseníase no sexo feminino, pois de um total de 402 casos no ano de 2010 foram registrados apenas 213 novos casos de hanseníase em pessoas do sexo feminino no estado de Rondônia.

Tabela 7: Percentual de Cura entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos da coorte de acordo com a Região de Saúde /RO, 2010 a 2015.

REGIÕES SAÚDE RO	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Região do Café	86,4	87,5	91,1	90,3	97,4	97,5
Madeira Mamoré	86,4	87,5	91,1	90,3	81,2	58,5
Vale do Jamari	86,4	87,5	91,1	90,3	90,7	90,2

Cone Sul	86,4	87,5	91,1	90,3	85,7	85,6
Zona da Mata	86,4	87,5	91,1	90,3	91,9	94,5
Vale Guaporé	86,4	87,5	91,1	90,3	91,3	94,7
Região Central	86,4	87,5	91,1	90,3	88,3	85,8

Fonte: autor/Brasil,2015.

Ao observar a tabela 7, percebe-se que os percentuais de cura apresentam variações coorte na cura entre as regiões de saúde, com resultados aquém da meta pactuada, comprometendo o impacto de interrupção da cadeia epidemiológica “alguns municípios de grande importância epidemiológica apresentam resultado bem abaixo da meta pactuada, interferindo negativamente no resultado estadual” (BRASIL, 2015).

As variações da coorte na cura entre as regiões de saúde corroboram para demonstrar a necessidade de ampliar a organização de serviço, persistência de capacitação de recursos humanos e demandar mais empenho de forma ostensiva e efetiva para obtenção melhores resultados.

Assim dispõe Brasil (2015, p.144):

O percentual de exame de contatos varia de um município para outro, conforme o comprometimento e a capacidade da equipe desenvolver estratégias para examinar os contatos. Também, é possível observar que nos municípios de abrangência das Regiões de Saúde, com maior atuação no monitoramento, os indicadores são mais satisfatórios, ao passo que nas demais regiões ocorrem grandes variações no percentual de exame de contatos, mantendo-se bom em alguns municípios e regular ou até precário em outros.

É possível analisar que com o apoio e com atividades que realizadas em comunidade, é possível alcançar melhores indicadores de cura e diagnóstico precoce em relação à hanseníase. Outro fator relevante são ações de educação em saúde no intuito de conscientizar a população da importância de percepção de sinais e sintomas da doença. “Rondônia vem alcançando a meta do PQA-VS, que objetiva examinar 80% dos contatos intradomiciliares registrados, desde 2013”, (BRASIL, 2015).

A região da Madeira Mamoré se encontra composta pelos seguintes municípios Porto Velho, Itapuã, Candeias, Nova Mamoré e Guajará Mirim. Os motivos dos índices baixos no combate a hanseníase se encontram em diversos fatores tais como, a falta de mão de obra necessária para atendimento das pessoas com hanseníase, trabalho em conjunto com a comunidade e com as unidades escolares da região, campanhas de conscientização da prevenção e também da cura da doença, essas que são muito importantes para a comunidade entender e se sensibilizar com os sintomas da doença e até mesmo ajudar alguém próximo que se encontra acometido pela mesma. Como determina Brasil (2015, p.145) alguns fatores que fizeram com que a hanseníase não fosse combatida de forma satisfatória na região Madeira Mamoré são: “déficit no quadro de servidores envolvidos com os serviços de imunizações, falta de manutenção dos equipamentos já existentes, burocracia na aquisição de novos materiais e equipamentos”.

CONCLUSÃO

A hanseníase é conhecida pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas que pode ocasionar. Essas deformidades e incapacidades são a causa do estigma e do isolamento da pessoa na sociedade.

Ao traçarmos o perfil dos doentes de hanseníase no estado de Rondônia tentamos contribuir com o enfrentamento da doença e contribuir para que esta análise corrobore as ferramentas de planejamento de ações de controle para eliminar a doença. O presente estudo evidenciou as características clínico-epidemiológica dos pacientes, tornando perceptível visualizar maior incidência da hanseníase no sexo masculino, predominando na faixa economicamente ativa, nos de cor parda, residentes na zona urbana, com baixo nível de escolaridade, prevalência da forma clínica tuberculóide, classificação operacional Paucibacilar e elevada taxa de cura. Notou-se maior predominância de Grau Zero de incapacidade física no diagnóstico, sendo possível observar piora GIF no momento cura entre os GIF I e II. Além disso, 18,36% dos pacientes não foram avaliados o GIF no momento da cura, em tese pode-se se aventar dificuldade no acompanhamento e ou na frequência avaliação neurológica nestes pacientes.

Este estudo reforça a importância da realização de pesquisas regionais, para conhecer melhor da doença a nível local e trazer contribuições nas ações de controles e prevenção. Os casos novos detectados, a cada ano, vêm sofrendo redução bastante significativa. No entanto, os dados apontam para um problema operacional, pois a análise epidemiológica revela que os casos Multibacilares (MB) são expressivamente maiores, causando grande preocupação, pois são esses casos que ativamente transmite a doença.

A vigilância dos contatos tem por finalidade a descoberta de casos entre os contatos intradomiciliares, importante estratégia para o diagnóstico precoce e quebra da cadeia de transmissão da doença. Rondônia vem alcançando a meta do PQA-VS, que objetiva examinar 80% dos contatos intradomiciliares registrados, desde 2013.

Conclui-se que apesar de apresentar diagnóstico precoce, ainda possui alto número de diagnóstico tardio, ou seja, não se tem atuado tão eficientemente na perspectiva de prevenir a cadeia de transmissibilidade na comunidade. Sendo

assim é de suma importância a inserção de vários profissionais no controle das doenças negligenciadas, exclusivamente o profissional enfermeiro, para que possa contribuir no controle e prevenção destas doenças para fim de eliminar estas doenças como impactante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

AMADOR, Maria do Perpétuo Socorro. C, et al. Hanseníase na Infância no Município de Curionópolis – sudeste do Estado do Pará – relato de caso. **Rev. Hansen. Int.**, 26 (2): 121-125, 2001. Disponível em: <www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/790-2544-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

ARAUJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2016.

ALVES, Elioneai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; FERREIRA, Isaias Nery. **Hanseníase: avanços e desafios**. NESPROM/Unb: Brasília, 492 p., 2014. Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasseavancoes.pdf>>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BARRETO, Jaison A. Diagnóstico laboratorial da hanseníase: indicações e limitações. In: ALVES; Elioneai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaias. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 131.

BECHELER, Reinaldo Guilherme. Isolamento compulsório de leprosos: percalços de um paradigma. **Minesis**, Bauru, v.29, n.2, p. 5-42, 2008.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010 a, 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniasse.pdf>. Acesso em:22/10/2017.

Brasil 2016. Guia prático de vacinas. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/guia_de_vacinas_padrao%20PNI%202017.PDF>. Acesso em: 07/11/2017.

Brasil 2015. Agência Estadual de vigilância em saúde; relatório de gestão 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/RAG-AGEVISA-2015-concluido.pdf>>. Acesso em:07/10/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: Disponível em <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_e_liminao_hanseniasse_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 44, n. 11, p. 11, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de atenção básica**. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3125 de 7 de Outubro de 2010. Define as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010b, 35p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hansenise_2010.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Hanseníase e Direitos Humanos: **Direitos e Deveres dos Usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a, 72 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 89 p. disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenise.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN. **IBGE**, 2016. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.htm>>. Acesso em: 30 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Como ajudar no controle da hanseníase? Brasília: Ministério da Saúde, 2008b, 60 p.

Brasil 2017. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das DST, do HIV/ aIDS e das hepatites virais. Disponível em: www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm. Acesso em: 7/ 11 / 2017.

BRITO, Karen Krystine Gonçalves. et al. Caracterização dos casos de Hanseníase Diagnosticados através do Exame de Contato. **Rev. Enferm. UFPE on line.** , Recife, 10(2): 435-41, fev., 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8584/pdf_9529>. Acesso em: 03 de outubro de 2016.

DIÓRIO; Suzana M. Aspectos microbiológicos e moleculares do Mycobacterium leprae. In: ALVES; Elioenai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaías. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 67.

FILHO; Rogério de Carvalho, SANTOS; Suellen Sathler e PINTO; Neila Maria de Moraes. Hanseníase: Detecção Precoce Pelo Enfermeiro na Atenção Primária. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste - MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

FONSECA; Mariane da Silva e GARCIA; Margô Ribeiro. Aspectos psicossociais em Hanseníase In: ALVES; Elioenai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaías. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 373.

GALICIELLI; Raquel, FERREIRA; Rosélia e RESILLE; Denise. Mobilização social com enfoque em Hanseníase: mais uma arma para uma antiga luta. In: ALVES; Elioenai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaías. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 419.

GOMES, Cláudio Dias. et al. PP005 – Perfil clínico – epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Rev. An. Bras. Dermatol.** 2005; 80(Supl3): S283-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v80s3/3v80a04.pdf>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2016.

LASTÓRIA; Joel Carlo e ABREU; Marilda Ap^a M. Morgado. Hanseníase: Diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento.** V. 17, n. 4. Ano. 2012, p. 173-9.

LIMA; Dandara A. Queiros, et al. Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase. **Revista Enfermagem Contemporânea.** V. 4, n. 2, p.199-208. Ano. 2015.

LYON, Sandra; GROSSI, Maria Ap^a. De Faria. Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase. In: ALVES; Elioenai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaías. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 141.

MAGALHÃES, Maria da Conceição Cavalcante. et al. Migração e Hanseníase em Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2011; 14(3): 386-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/04.pdf>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2016.

OLIVEIRA, Carmelita Ribeiro. et al. Fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento dos Estados reacionais em Hanseníase no Estado de Rondônia, Brasil. **Hansen Int.** 2007; 32 (2): 185-96. Disponível em:

<http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10750>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

OLIVEIRA; Maria Leide W. Estratégias de prevenção e controle da Hanseníase. In: ALVES; Elioenai Dornelles, FERREIRA; Telma Leonel e NERY; Isaías. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: **NESPROM**, 2014, p. 401.

PIRES, Carla Andréa Avelar. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: A importância do exame de contato. **Rev. Paul. Pediatr.** 2012; 30(2): 292-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

POSTIGO, Vânia Regina Miranda. Espaços Vigeados. Um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no Asilo-colônia Santo Ângelo (1890/1960). **Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Geografia Humana.** Universidade de São Paulo, 2008.

PSE, Plano Integrado Ações Estratégicas 2011 2015. BRASIL.. Disponível em<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 11/12/2017.

QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil e em Campinas. **FIOCRUZ.** Ano1997, p. 120-39.

SANTANA, Sônia Carvalho. et al. Papel da ações educativas e o Controle da Hanseníase no Município de Ariquemes Rondônia. **Rev. Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 16 (2): 181-192 2008–181. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-529787>>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

SANTOS, Maria Divina Marques. Incidência da hanseníase no Brasil., **FACESA - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Bacharelado – Enfermagem,** Val paraíso de Goiás - GO, 72870-508. Disponível em: <www.senaaires.com.br/wp/05/INCIDÊNCIA-DA-HANSENÍASE-NO-BRASIL.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2016.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da. Perfil De Conhecimentos Sobre Hanseníase Entre Moradores De Uma Estratégia Saúde Da Família. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Desktop/v37n2a04.pdf>>. Acesso em:21/10/2017.

TARDIN, Rachel Tebaldi. et al. Linha de Cuidados da Hanseníase. **Saúde e Defesa Civil.** 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/487.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

VIEIRA, Gabriel de Deus. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2002. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.23. n.2. Brasília Jun. 2014. Disponível em:

<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a08.pdf>>. Acesso em: 02 de outubro de 2016.

ANEXO A:



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
Instituto Superior de Educação – ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

CARTA DE ANUÊNCIA

Senhora Maria Arlete da Gama Baldez

Solicitamos autorização institucional da pesquisa, que será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (CEP FAEMA), em cumprimento das diretrizes estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS). Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Esta pesquisa é intitulada, "Detecção de Casos Novos de Hanseníase no Estado de Rondônia a partir do Exame de Contato no Período de 2010 a 2015", a ser realizada no (a) Estado de Rondônia, pelo(a) Josimari Lima Santos Ferreira, sob orientação da professora Mestre Sonia Carvalho de Santana, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Demonstrar como o exame de contato tem contribuído para detecção de casos novos de hanseníase no estado de Rondônia; Definir hanseníase e suas características; Discorrer sobre as diretrizes para o diagnóstico, prevenção e controle da hanseníase; Conceituar e descrever sobre o exame de contato; Apresentar dados epidemiológicos através de informações online do sistema de vigilância em saúde (SVS) e sistema de informações de agravos e notificações (SINAN), necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/AGEVISA. Ao mesmo tempo, solicitamos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que a pesquisa terá início após a apresentação do Parecer Consubstanciado Aprovado, emitido pelo do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FAEMA. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Josimari L. Santos Ferreira. 1
2

ANEXO B:



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
 Instituto Superior de Educação – ISE/FAEMA

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ariquemes, 31 de Janeiro de 2017

Sonia Carvalho de Santana

**Pesquisador(a) Responsável do Projeto
 (CARIMBO)**

Josimari Lima Santos Ferreira

Membro/Equipe da Pesquisa (acadêmico)

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Maria Arlete da Gama Baldez
 Diretora Geral

Maria Arlete da Gama Baldez

**Diretoria da Instituição onde será realizada a pesquisa
 (CARIMBO)**

ANEXO C:



Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu Sonia Carvalho de Santana pesquisador responsável pelo projeto "Detecção de Casos Novos de Hanseníase no Estado de Rondônia a partir do Exame de Contato no Período de 2010 a 2015", solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para realização deste projeto tendo em vista que o mesmo utilizará somente (dados secundários obtidos a partir do estudo de material já coletado, revisão de prontuários ou outras justificativas).

(Colocar como os dados foram coletados, como são armazenados, quem são os responsáveis pelos documentos e etc.).

Saliento que respeitarei a privacidade e o sigilo tanto dos sujeitos como dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e asseguro que os dados não serão divulgados.

Nestes termos, comprometo-me a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Ariquemes, 31 de Janeiro de 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sonia Carvalho de Santana', written over a horizontal line.

Sonia Carvalho de Santana
Pesquisadora
Responsável do Projeto

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Josimari Lima Santos Ferreira', written over a horizontal line.

Josimari Lima Santos Ferreira
Membro/Equipe da Pesquisa

ANEXO D:



Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Instituto Superior de Educação - ISE

Portaria MEC de Recredenciamento Nº. 857, de 11/09/2013, D.O.U. de 12/09/2013.

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE
PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Detecção de Casos Novos de Hanseníase no Estado de Rondônia a partir do Exame de Contato no Período de 2010 a 2015"

Pesquisador (a) Responsável: Sonia Carvalho de Santana

Pesquisador (a) Responsável: Josimari Lima Santos Ferreira

Como pesquisador (a) acima qualificado (a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para utilização de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da instituição no Estado de Rondônia que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.q das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12 e Diretrizes 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para pesquisa Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da FAEMA e pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP/FAEMA).

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/FAEMA

Josimari L. Santos Ferreira

ANEXO E:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		N°		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENIASE						
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		3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Data do Diagnóstico	
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante: 1 - 1ª Gravidez 2 - 2ª Gravidez 3 - 3ª Gravidez 4 - Não se aplica 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica
Dados de Residência	13	Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	14	E escolaridade				
	15	Número do Cartão SUS		16		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	
	19	Distrito		Código		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		Código		
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP		Código		
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
Dados Complementares do Caso						
Dados Clínicos	31	N° do Prontuário		32		
	33	N° de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	
Atendimento	35	Classificação Operacional		36		
	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				
	38	Modo de Entrada				
Dados Lab.	39	Modo de Detecção do Caso Novo				
	40	Baciloscopia				
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42		
	43	Número de Contatos Registrados				
Observações adicionais:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007	

ANEXO F:



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NO ESTADO DE RONDÔNIA A PARTIR DO EXAME DE CONTATO NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Pesquisador: Sonia Carvalho de Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65997517.2.0000.5601

Instituição Proponente: UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.192.087

Apresentação do Projeto:

Este projeto destina-se a apresentar os possíveis novos casos de Hanseníase que podem ter surgidos entre os anos de 2010-2015 no Estado de Rondônia.

Objetivo da Pesquisa:

Demonstrar como o exame de contato tem contribuído para detecção de casos novos de hanseníase no Estado de Rondônia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por ser pesquisa em base de dados, considera-se risco mínimo, embora possa haver mau uso dos dados. O principal benefício será a descrição do controle da Hanseníase no estado de Rondônia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito relevante, não apenas para nível regional, mas principalmente nacional, pois possibilitará a constatação da evolução da política pública de combate à Hanseníase, evidenciando ou não o sucesso nas ações preventivas da patologia, além de evidenciar também os novos casos que possam ter surgidos no período, em Rondônia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos conforme normativa do CEP.

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

Bairro: SETOR 06

CEP: 78.932-125

UF: RO

Município: ARIQUEMES

Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

CEP**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E
MEIO AMBIENTE FAEMA**

Continuação do Parecer: 2.192.087

ARIQUEMES, 28 de Julho de 2017

Vera Lúcia Matias Gomes Geron
Coordenadora do CEP/FAEMA
Portaria nº. 022/2015/GDG/FAEMA

Assinado por:
Vera Lúcia Matias Gomes Geron
(Coordenador)

Endereço: Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C
Bairro: SETOR 06 CEP: 78.932-125
UF: RO Município: ARIQUEMES
Telefone: (69)3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br