



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA PAULA PALU BALTIERI ISMAEL

**ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM HANSENÍASE NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE EM BOA VISTA/RR ENTRE JULHO 2010 E JUNHO
2012**

Boa Vista, RR
2014

ANA PAULA PALU BALTIERI ISMAEL

**ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM HANSENÍASE NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE EM BOA VISTA/RR ENTRE JULHO 2010 E JUNHO
2012**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo.
Coorientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho.

Boa Vista, RR
2014

ANA PAULA PALU BALTIERI ISMAEL

**ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM HANSENÍASE NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE EM BOA VISTA/RR ENTRE JULHO 2010 E JUNHO
2012**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidades e Modelos de Atenção à Saúde. Apresentada em 30 de maio de 2014 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo
Orientadora / Curso de Psicologia - UFRR

Prof. Dr. Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho
Coorientador / Curso de Medicina - UNICAMP

Prof. Dr. Alexander Sibajev
Curso de Medicina - UFRR

*Aos meus filhos: Isabela e Daniel,
materialização do amor de Deus por mim...
Ao meu marido Antonio, companheiro com
quem partilho esta jornada maravilhosa
chamada vida...*

AGRADECIMENTOS

À Deus, nosso criador e pai eterno, pela vida.

À Profa. Dra. Nilza Pereira de Araujo e ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Velho, a quem devo todo o reconhecimento, pelo ensino, pelo estímulo e pelas contribuições inestimáveis.

Ao Prof. Dr. Calvino Camargo, por ser meu grande incentivador.

Às mestres inesquecíveis: Profa. Dra. Aparecida Machado Moraes e Profa. Dra. Ana Maria Uthida-Tanaka, exemplos de excelência profissional e ética, por sempre acreditarem em mim.

À meus pais queridos, Maria Eli e Luiz, pela dedicação e amor incondicionais.

À minha família, Antônio, Isabela e Daniel, por me tornarem uma pessoa melhor a cada dia.

Ao meu irmão, Júlio, pela cumplicidade da infância.

À Mariana Cristina Rodrigues Camargo e Marlene Rodrigues Camargo, amigas queridas e presentes, pelo apoio constante.

À Deyse Gebert, pela valiosa contribuição estatística.

Às profissionais da SMSA: Vera Lúcia Santos de Azevedo Cruz, Coordenadora do Programa Municipal de Hanseníase, e as técnicas do Programa Municipal de Hanseníase Elaine A. Fortunato e Tamires Leandro da Silva, pela imensa contribuição.

Com estes, tendo o coração cheio de gratidão, divido todo mérito deste trabalho.

"E aconteceu que, quando estava numa daquelas cidades, eis que um homem cheio de lepra, vendo a Jesus, prostrou-se sobre o rosto, e rogou-lhe, dizendo: Senhor, se quiseres, bem podes limpar-me."

Lc 5:12

RESUMO

A hanseníase é uma moléstia infecto contagiosa, de grande morbidade e altamente estigmatizante. Apresenta no Brasil, em especial nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste elevadas prevalências consideradas muito acima daquela estabelecida pela Organização de Saúde (OMS) de menos de 1 caso/10.000hab.. A despeito do empenho do Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa Nacional do Controle da Hanseníase (PNCH), ainda são enfrentadas dificuldades operacionais para implantação em toda sua plenitude das diretrizes e ações para o controle da doença preconizadas por suas portarias. Este trabalho teve como objetivo caracterizar a população acometida por esta doença e estudar como o modelo da atenção à hanseníase têm sido instituído no município de Boa Vista (RR) no período julho de 2010 a junho de 2012. Método: Estudo quantitativo e transversal realizado por meio da análise descritiva das variáveis obtidas das fichas de notificação de pacientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e dos seus respectivos prontuários médicos. Resultados: O município foi classificado como de alta endemicidade. O modelo de atenção foi caracterizado como centralizado, com predomínio de diagnósticos tardios e precária porcentagem de contatos avaliados. Conclui-se que as normas e diretrizes preconizadas pela Portaria nº3125/MS ainda necessitam ser implementadas de forma efetiva no município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia. Hanseníase. Saúde-pública.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious contagious disease of high morbidity and highly stigmatizing. It presents in Brazil, especially in the North, Midwest and Northeast, very high prevalence that is considered above that established by Health Organization (WHO) of less than 1 case/10000 inhabitants. Despite the efforts of the Department of Health, through the National Programme of Leprosy Control (PNCH), operational difficulties are still faced for the implementation of guidelines and actions recommended by the Department through their ordinances, in all its fullness, to disease's control. This work aims to characterize the affected population and study how the model of care to leprosy has been implemented in Boa Vista (RR) in July 2010 to June 2012. Methods: Quantitative and cross-sectional study conducted by descriptive analysis of the variables obtained from the registration records of the Information System for Notifiable Diseases (Sinan), and their medical records. Results: The city was ranked as high endemicity. The care model was characterized as centralized, with a predominance of late diagnoses and poor percentage of evaluated contacts. The authors conclude that the standards and guidelines recommended by Ordinance No. 3125/MS still need to be implemented effectively in the municipality.

Keywords: Epidemiology. Leprosy. Primary Health Care. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os 10 primeiros <i>clusters</i> de casos de hanseníase identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007.	29
Figura 2 - Coeficientes de detecção geral de hanseníase por UF de residência	30
Figura 3 - Número de casos por Unidades de Saúdes de notificação, diagnóstico e acompanhamento considerando pacientes procedentes Boa Vista	74
Figura 4 - Distribuição do número de casos de hanseníase por bairros do município de Boa Vista	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de casos de hanseníase por município de residência	55
Tabela 2 - Número de casos de hanseníase notificados por unidade de saúde	57
Tabela 3 - Número de casos de hanseníase notificados por unidade de saúde	58
Tabela 4 - Número de casos por unidade de saúde considerando apenas os não residentes em Boa Vista	59
Tabela 5 - Distribuição de casos por bairros do município de Boa Vista.....	60
Tabela 6 - Distribuição de casos por zona de residência	61
Tabela 7 - Distribuição de casos em relação ao sexo	61
Tabela 8 - Distribuição de casos em relação a idade	61
Tabela 9 - Distribuição de casos em gestantes	62
Tabela 10 - Distribuição de casos em relação a raça.....	62
Tabela 11 - Distribuição de casos por grau de escolaridade.....	63
Tabela 12 - Distribuição de casos por número de lesões.....	63
Tabela 13 - Distribuição de casos em relação à forma clinica	64
Tabela 14 - Distribuição de casos por classificação operacional	64
Tabela 15 - Distribuição de casos de acordo com o grau de incapacidade	65
Tabela 16 - Distribuição de casos por modo de entrada	65
Tabela 17 - Modo de detecção do caso	65
Tabela 18 - Distribuição de casos em relação ao exame baciloscópico	66
Tabela 19 - Distribuição de casos por esquema terapêutico.....	66
Tabela 20 - Distribuição de casos em relação ao número de contatos	67
Tabela 21 - Distribuição do número de casos por número de nervos afetados	67
Tabela 22 - Distribuição do número de casos por função do avaliador	68
Tabela 23 - Distribuição de número de casos pela qualidade de preenchimento da ficha.....	68
Tabela 24 - Distribuição do número de casos por unidade de notificação	69
Tabela 25 - Distribuição de casos por unidade do diagnóstico	70
Tabela 26 - Número de casos por unidade de acompanhamento	71
Tabela 27 - Número de casos notificados/diagnosticados/acompanhados por unidade de saúde.....	73
Tabela 28 - Distribuição de casos procedentes de Boa Vista em relação a idade	75
Tabela 29 - Distribuição de casos por procedência (incluindo todos os casos)	76
Tabela 30 - Distribuição de casos procedentes de Boa Vista em relação ao tempo de moradia	77
Tabela 31 - Distribuição de casos em relação à naturalidade	78
Tabela 32 - Distribuição de casos em relação ao nível de atenção em que o diagnóstico foi realizado	79
Tabela 33 - Distribuição do número de casos em relação ao modo de entrada	79
Tabela 34 - Distribuição do número de casos associados ou não a transferência municipal	80

Tabela 35 - Distribuição do número de casos dos pacientes do interior por transferência municipal	80
Tabela 36 - Número de casos de Boa Vista procedentes das unidades de referência para atenção básica	80
Tabela 37 - Distribuição do número de casos de pacientes procedentes de Boa Vista avaliados no serviço de referência	81
Tabela 38 - Distribuição do numero de casos relativos a presença ou não de boletins de acompanhamento.....	81
Tabela 39 - Distribuição do número de casos por número de nervos afetados	82
Tabela 40 - Distribuição do número de casos em relação a presença de queixas descritas no prontuário	82
Tabela 41 - Distribuição de pacientes com queixa pelo tipo de queixa	83
Tabela 42 - Distribuição dos pacientes com queixas menos frequentes.....	83
Tabela 43 - Distribuição do número de casos de acordo com a presença de contato do paciente hanseniano	84
Tabela 44 - Distribuição de número de casos por grau de parentesco do contato....	84
Tabela 45 - Distribuição do número de casos pela presença de contato ou não avaliados no serviço de referência	85
Tabela 46 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência pelo grau de parentesco dos contatos	85
Tabela 47 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de exame físico geral	86
Tabela 48 - Distribuição do número de casos pelo tempo de início dos sintomas até o diagnóstico referido na queixa principal.	86
Tabela 49 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de exames complementares.....	87
Tabela 50 - Distribuição da frequência de exames complementares	89
Tabela 51 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de baciloscopia	90
Tabela 52 - Distribuição do número de casos por tempo de início das queixas calculado pelos dados do prontuário.....	90
Tabela 53 - Distribuição do número de casos por tempo decorrido entre a primeira avaliação e o início do tratamento.....	91
Tabela 54 - Distribuição do número de casos pela presença de exame dermatológico	91
Tabela 55 - Distribuição do número de casos pelo tipo de sintoma.	92
Tabela 56 - Distribuição do número de casos pelo tipo de sensibilidade perdida	92
Tabela 57 - Distribuição do número de casos por outros sinais e sintomas.....	93
Tabela 58 - Distribuição do número de casos pelos números de lesões	93
Tabela 59 - Distribuição do número de casos pela presença de nervos comprometidos.....	94
Tabela 60 - Distribuição do número de casos pela realização ou não do exame neurológico.....	94

Tabela 61 - Distribuição do número de casos por classificação operacional	95
Tabela 62 - Distribuição do número de casos por forma clínica	95
Tabela 63 - Distribuição do número de casos pela compatibilidade ou não entre exame físico e classificação operacional	96
Tabela 64 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliação do grau de incapacidade na primeira consulta	96
Tabela 65 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por nível de avaliação	97
Tabela 66 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por grau de incapacidade	97
Tabela 67 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por local de acometimento	98
Tabela 68 - Distribuição do número de casos por grau de incapacidade informado pela SMSA.	98
Tabela 69 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de ficha de aprazamento	99
Tabela 70 - Distribuição do número de casos por esquema indicado	99
Tabela 71 - Distribuição do número de casos paucibacilares por número de doses recebidas.....	100
Tabela 72 - Distribuição do número de casos multibacilares por número de doses recebidas.....	100
Tabela 73 - Distribuição do número de casos paucibacilares por período e que as doses foram recebidas	100
Tabela 74 - Distribuição do número de casos multibacilares por período e que as doses foram recebidas	101
Tabela 75 - Distribuição do número de casos por término do tratamento no período adequado ou não	101
Tabela 76 - Distribuição do número de casos por acompanhamento atual ou não.	102
Tabela 77 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliações mensais	102
Tabela 78 - Distribuição do número de casos por profissional avaliador	103
Tabela 79 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de abandono de tratamento	104
Tabela 80 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de visita domiciliar	104
Tabela 81 - Distribuição do número de casos pelo número de alta.....	105
Tabela 82 - Distribuição do número de casos pelo preenchimento ou não do campo de alta	106
Tabela 83 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliação do grau de incapacidade na alta	106
Tabela 84 - Distribuição do número de casos por nível de avaliação do grau de incapacidade	107

Tabela 85 - Distribuição do número de casos por grau de incapacidade avaliado na alta	107
Tabela 86 - Distribuição do número de casos avaliados por grau de incapacidade na alta por local de acometimento.....	107
Tabela 87 - Número de casos por formulário de incapacidade preenchido	108
Tabela 88 - Número de casos por formulário de incapacidade completamente preenchido ou não.....	108
Tabela 89 - Distribuição do número de casos por número de avaliações preenchidas nos formulário de incapacidade.....	109
Tabela 90 - Distribuição do número de casos por máximo grau de incapacidade atribuído	109
Tabela 91 - Distribuição do número de casos com grau de incapacidade atribuído por local de acometimento	109
Tabela 92 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de formulário de incapacidade preenchido no serviço de referência	110
Tabela 93 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades.....	111
Tabela 94 - Distribuição do número de casos de acordo com o profissional orientador	111
Tabela 95 - Distribuição de casos em relação a presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades realizada por nível de referência.....	112
Tabela 96 - Distribuição do número de casos em relação a presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades realizada no nível de referência excluídos os pacientes atendidos na atenção básica.....	112
Tabela 97 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de quadros reacionais.....	113
Tabela 98 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação	113
Tabela 99 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo número de episódios reacionais.....	114
Tabela 100 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pela realização ou não de tratamento	114
Tabela 101 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais por tipo de medicação utilizada no tratamento.....	114
Tabela 102 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação tratada no nível de referência.....	115
Tabela 103 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação tratada no nível de referência, excluídos os pacientes atendidos apenas na atenção básica	115
Tabela 104 - Número de caso pela necessidade ou não de tratamento cirúrgico...	116
Tabela 105 - Número de casos por tipo de tratamento complementar.....	116
Tabela 106 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de encaminhamento para o serviço de referência.....	117

Tabela 107 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência pelo motivo do encaminhamento.....	118
Tabela 108 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência por motivos menos frequentes	118
Tabela 109 - Distribuição do número de casos por preenchimento ou não da ficha de avaliação de contatos.....	119
Tabela 110 - Distribuição do número de casos pelo número total de contatos	119
Tabela 111 - Porcentagem de contatos avaliados entre o total de contatos	120
Tabela 112 - Porcentagens de contatos normais e suspeitos entre os contatos avaliados	120
Tabela 113 - Distribuição de números de casos por contatos não parentes de primeiro grau	120
Tabela 114 - Distribuição de número de casos pelos tipos de contatos não parentes de primeiro grau	121
Tabela 115 - Porcentagem de contatos avaliados mais de uma vez	121
Tabela 116 - Porcentagem de contatos avaliados que receberam vacina BCG	121
Tabela 117 - Distribuição do número de casos pela qualidade do prontuário	122
Tabela 118 - Números de casos em menores de 15 anos por unidade de notificação considerando todos os casos	122
Tabela 119 - Número de casos menores de 15 por município residência.....	123
Tabela 120 - Número de casos menores de 15 por município de procedência	123
Tabela 121 - Distribuição de casos em menores de 15 anos procedentes de Boa Vista por unidade de notificação	123
Tabela 122 - Número de casos de menores de 15 anos por tempo de residência na moradia atual.....	124
Tabela 123 - Número de casos de menores de 15 por tempo de sinais de sintomas antes do diagnóstico	124
Tabela 124 - Número de casos de menores de 15 em relação a realização ou não de tratamentos anteriores	124
Tabela 125 - Número de casos de menores de 15 com familiares que apresentaram doenças de pele ou não	125
Tabela 126 - Número de casos de menores de 15 com familiares com doenças de pele por número de familiares acometidos.....	125
Tabela 127 - Número de casos de menores de 15 com familiares com doenças de pele com hanseníase ou não	125
Tabela 128 - Número de casos de menores de 15 com familiares com hanseníase por número de familiares acometidos	126
Tabela 129 - Número de casos de menores de 15 por número de lesões.....	126
Tabela 130 - Número de casos de menores de 15 em relação à vacinação com BCG	126
Tabela 131 - Número de casos de menores de 15 em relação ao grau de incapacidade nos pés.....	127
Tabela 132 - Número de casos de menores de 15 por classificação operacional...	127

Tabela 133 - Casos novos de hanseníase por faixa etária de Boa Vista	128
Tabela 134 - Tabela comparativa entre os índices calculados a partir de dados dos prontuários e dados fornecidos pela SMSA.	129
Tabela 135 - Distribuição da população do estudo e de Roraima por raça.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS

CGPNCH	Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle à Hanseníase
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização mundial de Saúde
PCR	Reação de cadeia polimerase
PNCH	Programa Nacional de Controle à Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 ASPECTOS GERAIS DA HANSENÍASE	21
2.2 EPIDEMIOLOGIA	25
2.2.1 Contexto da hanseníase no mundo	26
2.2.2 Contexto da hanseníase no Brasil	27
2.3 ESTRATÉGIAS MUNDIAIS E PROGRAMA NACIONAL PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE (PNCH)	31
2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA HANSENÍASE	33
2.5 PRINCIPAIS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA HANSENÍASE	36
2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÕES	38
2.7 HANSENÍASE E MODELO DE ATENÇÃO	39
2.8 NOVAS PERSPECTIVAS	44
2.9 ASPECTOS SOCIAIS E GEOGRÁFICOS DE RORAIMA E BOA VISTA	47
3 OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4 MATERIAL E MÉTODO	51
4.1 LOCAL E PERÍODO	51
4.2 AMOSTRA	51
4.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	52
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	54
5 RESULTADOS	55
5.1 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE/SINAN	55
5.2 DADOS OBTIDOS NOS PRONTUÁRIOS	68
5.3 DADOS OBTIDOS DAS FICHAS DE "PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS"	122
5.4 DADOS OBTIDOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMSA)	128
5.5 INDICADORES OPERACIONAIS	130
6 DISCUSSÃO	131
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	131
6.2 ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO	135
6.2.1 Avaliação da implementação das diretrizes da Portaria nº 3.125/MS	135
6.2.2 Avaliação da qualidade dos prontuários/ficha de notificação	139
6.2.3 Avaliação das ações de descentralização	144
6.2.4 Avaliação da efetividade e qualidade dos serviços	149
6.2.5 Avaliação dos indicadores	164
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	169
ANEXOS	180

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa hoje o segundo lugar do mundo em número de casos detectados, logo após a Índia. Em 2012, foram detectados 33.303 casos novos no país, que está entre os 16 países do mundo do total de 115 que concentraram 95% (220.810 casos) de todos os casos novos detectados neste ano. Nestes países, a hanseníase constitui ainda hoje, importante problema de saúde pública (WHO, 2011; WHO, 2013).

Estatísticas anuais da hanseníase com informações sobre casos novos detectados, número de casos com grau 2 de incapacidade, número de crianças e mulheres acometidas e taxas de término do tratamento de pacientes com hanseníase, entre outros são relatados à OMS por países de diferentes regiões do mundo (WHO, 2013).

Trata-se de moléstia infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* que acomete principalmente pele e nervos periféricos. Possui amplo espectro de manifestações clínicas, dependendo da capacidade imunológica do hospedeiro, porém classificada para fins operacionais em paucibacilar e multibacilar (OMS, 2010).

Após alguns anos de evolução, o envolvimento de determinados nervos periféricos, além de ulcerações e lesões ósseas, resultam em padrões característicos de incapacidade e ainda em intensa estigmatização, quando o diagnóstico e tratamento não são instituídos precocemente (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Fatores socioeconômicos, climáticos, nutricionais, movimentos migratórios além de terapêutica inadequada parecem estar envolvidos na disseminação da doença (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Desde a introdução da poliquimioterapia (terapêutica que combina diversas drogas) em 1985 pela OMS, tem se observado uma surpreendente diminuição do número de casos em todo mundo. A meta da OMS de redução para menos de 1 caso para cada 10.000/hab. foi atingida a nível global no ano de 2000 (OMS, 2010).

O Brasil apresentou aproximadamente 86% do total da prevalência registrada nas Américas até 2012, sendo as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil

as mais afetadas. Nas demais regiões do país, a meta da OMS já foi alcançada há alguns anos (BRASIL, 2012; WHO, 2013)

A avaliação dos dados do Sistema de Informação de Notificação de Agravos (Sinan) a partir do ano de 2005 tem identificado áreas onde se encontram uma grande concentração de casos da doença, chamada *cluster* e onde, portanto, existe um maior risco de transmissão (BRASIL, 2008).

Diversos municípios, localizados em áreas de *cluster* (Figura 1), pertencem à área conhecida como Amazônia Legal que inclui os estados do Mato Grosso, Tocantins, Rondônia, Maranhão, Pará e Roraima (BRASIL, 2008).

Alguns aspectos referentes à Amazônia Legal que devem ser considerados são as barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, além de aspectos demográficos relativos à produção social, que a associa historicamente à doença (BRASIL, 2008).

A grande prevalência oculta (casos que permanecem vários anos sem diagnóstico) tem funcionado como fonte de contágio para a população, em especial nas áreas de grande concentração de casos (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Nas áreas onde sabidamente existe uma grande concentração de casos de hanseníase, porém, com delimitação pouco definida, existe a necessidade de dados locais mais precisos, gerados a partir da proximidade física e da vivência concreta na busca do controle da doença (BRASIL, 2008).

Observa-se ainda que as constantes mudanças políticas no âmbito municipal (observadas na maior parte do país) e suas alterações nas prioridades dos programas de saúde, aliadas muitas vezes à falta de qualificação profissional, fazem com que seja difícil a manutenção de qualquer programa, não apenas o da hanseníase (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Acredita-se que a falha no combate à doença em algumas regiões do Brasil tenha ocorrido porque a doença deixou de ter prioridade nos programas de saúde.

Outro aspecto considerado é que com a alteração do nome lepra para hanseníase em 1995, reduziu-se o estigma histórico da doença, porém em contrapartida, sua gravidade passou a ser menosprezada (SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Controle à Hanseníase (PNCH), publicou as portarias nº125 (26/03/2009), que define as ações

de controle da doença, e, posteriormente, a portaria nº 3.125, que aprova as diretrizes para vigilância e controle da mesma, como resposta à existência de transmissão ativa da doença e a ocorrência de casos novos em todas as unidades federadas do Brasil (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010a).

Atualmente, a política de integração dos programas da hanseníase na rede básica de saúde tem sido considerada a melhor estratégia para o controle da doença, para a melhora na qualidade dos serviços, para o acesso ao tratamento e para a prevenção das incapacidades (OMS, 2010).

Diante do exposto, com o objetivo de avaliar a efetividade do modelo de atenção à hanseníase e conhecer a população acometida pela doença no município de Boa Vista/RR, no período compreendido entre julho 2010 e junho de 2012, foi realizado o estudo em questão, utilizando como método uma análise quantitativa e descritiva dos dados. Os achados permitiram concluir que município apresentou alta endemicidade da doença, um modelo de atenção centralizado com predomínio de diagnósticos tardios e precária porcentagem de contatos avaliados. Finalmente, levando em consideração os dados encontrados, algumas propostas são sugeridas com a perspectiva de melhorar a situação da hanseníase no município.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 ASPECTOS GERAIS DA HANSENÍASE

A hanseníase é doença infecto - contagiosa de evolução lenta e crônica, causada por um bacilo álcool-ácido-resistente, o *M. leprae* que tem especial tropismo pela pele e pelos nervos periféricos. Quando não tratada precocemente, tem como consequência sequelas físicas, incapacidades e estigmatização (SUZUKI et al., 2012).

Embora existam relatos de sua existência há milênios, foi apenas em 1873 que um médico norueguês, Gerhard Armauer Hansen identificou o bacilo, sendo a hanseníase a primeira doença comprovadamente bacteriana descrita (SUZUKI et al., 2012).

Apesar de observada naturalmente em animais silvestres como o tatu e diversas espécies de primatas, o homem constitui principal reservatório e fonte de infecção (ALFORD et al., 1996). Um estudo genético considerou, contudo que em algumas regiões da América a doença pode se comportar como uma zoonose, uma vez que existe grande população destes animais silvestres contaminados constituindo reservatório do bacilo (TRUMAN et al., 2011).

Embora não totalmente esclarecida, acredita-se que a transmissão ocorra pela convivência próxima e prolongada com paciente que apresente qualquer forma bacilífera da doença (WHO, 2013).

Job et al. (2008) realizaram um estudo utilizando reação de cadeia polimerase (PCR), e associaram a transmissão da doença às vias aéreas superiores e superfícies expostas da pele. Ainda segundo a OMS (2010) outras possibilidades de transmissão como picadas de insetos, por exemplo, não podem ainda ser completamente descartadas.

A hanseníase possui elevada infectividade, baixa patogenicidade e baixa virulência, sendo seu desenvolvimento e apresentações clínicas dependentes de condições genéticas e ambientais. Assim, embora muitos bacilos sejam eliminados pelo portador, nem todos os contactantes desenvolvem a doença e boa parte dos pacientes (com formas paucibacilares) não transmitem a infecção. Sabe-se ainda que é necessário um longo período de incubação (de cinco a sete anos), antes que

surjam as primeiras manifestações clínicas (JOB et al., 2008; SAMPAIO; RIVITTI, 2008).

Em relação à patogenia da doença, em algumas situações, os bacilos são capazes de sobreviver dentro das células parasitadas, nos fagolisossomas, a despeito dos mecanismos microbicidas aí existentes. Caso a resposta imunológica do hospedeiro não seja adequada, haverá multiplicação dos bacilos dentro dos macrófagos teciduais e/ou nas células de Schwann e será originada a doença. Sua disseminação ocorre de forma hematogênica, em especial nas formas multibacilares (LYON; GROSSI, 2013).

Clinicamente afeta principalmente a pele, os nervos e os olhos, evoluindo quando não tratada, para diversas complicações sistêmicas. Uma ampla gama de apresentações pode ser descrita dependendo da capacidade imunológica do hospedeiro, variando desde as formas paucibacilares até as multibacilares, associada à deficiente imunidade celular ao bacilo. Esta classificação simplificada de paucibacilar e multibacilar é a atualmente utilizada pela OMS por motivo de facilidade operacional (BRASIL, 2010a; SUZUKI et al., 2012).

Para diagnosticar a hanseníase é necessário um ou mais dos seguintes critérios:

“lesão (ões) e ou área(s) de pele com alterações de sensibilidade; acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado à alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico”(BRASIL, 2010a).

De forma minuciosa, pode ser reconhecida clinicamente por sinais e sintomas característicos, tais como: manchas hipopigmentares ou eritematosas, com ou sem bordas definidas, que apresentam perda definitiva da sensibilidade, presença de nódulos e áreas infiltradas da pele, madarose, além de espessamento dos nervos periféricos. Deve ser confirmado sempre com a pesquisa das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil, nesta sequência (SAMPALIO; RIVITTI, 2008).

A inspeção criteriosa de todo corpo é importante, bem como a palpação dos nervos ulnares, medianos, auriculares, radiais, poplíteos e tibiais posteriores que em geral apresentam-se espessados e cujas áreas de inervação, acometidas com perda sensorial e motora (CROFT et al., 1999).

A forma paucibacilar apresenta até cinco lesões de pele, baciloscopia sempre negativa, sem acometimento de nervos periféricos ou com acometimento de apenas um nervo (BRASIL, 2010a).

A forma multibacilar, por sua vez, apresenta mais que cinco lesões, com potencial acometimento de mais de um nervo periférico. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa (BRASIL, 2010a).

Outra maneira de classificar os quadros clínicos foi sugerida por Ridley e Jopling em 1966, que leva em consideração o estado de resistência imunológica específica do hospedeiro ao *M. leprae*. Nela a doença é dividida em seis categorias: hanseníase indeterminada (I); tuberculóide (TT); borderline tuberculóide (BT); borderline-média (BB); borderline virchowiana (BL) e virchowiana (V).

Como ferramentas utilizadas no diagnóstico complementar estão: o exame histopatológico, pela coloração de Ziehl-Nielsen; a baciloscopia de esfregaço intradérmico, na qual é coletada a linfa com raspado dérmico de locais específicos para a pesquisa do bacilo; prova da histamina; a eletroneuromiografia (para esclarecimento do padrão da neuropatia periférica); e os testes sorológicos ainda controversos e pouco utilizados (LYON; GROSSI, 2013).

A reação de cadeia polimerase (PCR) é uma técnica de alta sensibilidade e especificidade para detecção do agente. Possui como limitações, porém, o alto custo e a positividade mesmo nos casos onde os bacilos já não são viáveis (LYON; GROSSI, 2013).

Até 1981, a única terapêutica efetivamente utilizada para o controle da hanseníase era a dapsona. Com o desenvolvimento de cepas resistentes do bacilo a esta droga, a OMS introduziu, na ocasião, a terapia com três drogas ou poliquimioterapia. A doença vem apresentando, a partir de então, um importante declínio no número de casos mundialmente, em especial nos países industrializados (SUZUKI et al., 2012).

A poliquimioterapia é constituída de um *kit* contendo as medicações necessárias para 28 dias de tratamento, indicada para cada forma clínica e fornecidas gratuitamente após a notificação do paciente. Casos paucibacilares são tratados com uma dose diária de 100mg de dapsona, e doses mensais supervisionadas de 600mg de rifampicina e 100mg de dapsona, no total de 6 *kits* dados em um período de 6 até 9 meses. Os pacientes multibacilares recebem doses

diárias de 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina e mensais supervisionadas de 600mg de rifampicina, 300mg clofazimina e 100mg de dapsona, no total de 12 *kits* dados em um período de 12 até no máximo 18 meses (BRASIL, 2010a).

A avaliação do grau de incapacidade segue critérios da OMS, sendo definida como:

Grau 0 - Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.

Grau 1 - Diminuição ou perda da sensibilidade dos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.

Grau 2 - Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 (não conta dedos a 6 m de distância). Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção. Pé caído; contratura do tornozelo (BRASIL, 2010 a).

A presença de incapacidade reflete o longo tempo de doença antes do diagnóstico e, portanto, diagnóstico tardio (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013).

Para que haja adesão ao tratamento são necessárias, além das orientações técnicas, o empenho na conquista da confiança do paciente para que este possa realmente incorporá-las à sua rotina, principalmente no que diz respeito à ingestão diária da medicação, prevenção das incapacidades e a busca de contatos familiares (VIRMOND et al., 1997).

Uma das preocupações adicionais em relação à poliquimioterapia é o aparecimento de cepas de bacilos resistentes às drogas que a compõe, o que representa uma ameaça às tentativas mundiais de controle à doença. Estas resistências decorrem em geral de mutações em diferentes genes do *M. leprae* (WILLIAN et al., 2001, HONORE et al., 1993).

Entre as complicações comuns da hanseníase estão as reações hansênicas que afetam em torno de 30 a 50% dos pacientes em tratamento ou não. São processos inflamatórios agudos recorrentes, resultantes de diferentes tipos de mecanismos imunológicos, com fatores desencadeantes ainda não totalmente esclarecidos (BECX-BLEUMINK; BERTHE, 1992).

A reação hansênica tipo I caracteriza-se por edema e eritema das lesões pré-existent, com hiperestesia, podendo evoluir para necrose e ulceração, sendo frequentemente associada às neurites. Comum nas formas tuberculóide e dimorfa

da doença, geralmente após o segundo e o sexto mês do início do tratamento (OPROMOLLA, 1994; LYON; GROSSI, 2013).

A reação tipo II ou eritema nodoso hansênico associa-se às formas que apresentam maior carga bacilar como as formas virchowiana e dimorfa. Clinicamente apresenta febre, nódulos cutâneos dolorosos, irites, neurites, linfadenites, orquites, dactalites, artrites, dores ósseas, e proteinúria. Pode surgir durante ou após o término do tratamento (OPROMOLLA, 1994; LYON; GROSSI, 2013).

No controle das reações hansênicas utilizam-se medicações como a talidomida, considerada droga de escolha para reações tipo II, exceto nas gestantes e mulheres em idade fértil, quando se utilizam corticosteroides. Estes também são indicados para reações tipo I com objetivo de diminuir as dores, os processos inflamatórios e principalmente prevenir lesões neurais, suas sequelas e a incapacidade (SUZUKI et al., 2012).

Em relação às orientações relativas ao uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), esta indicada uma dose a todos os contatos domiciliares sem sinais e sintomas de hanseníase, exceto se já possuírem duas cicatrizes da vacina ou tenham qualquer contraindicação descrita no Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2010a).

Diversas têm sido as iniciativas do MS no sentido de atingir a meta de controle da hanseníase. A intensificação da vigilância epidemiológica nas áreas de maior endemicidade e a manutenção de ações efetivas naquelas com estabilização da endemia, dependem de grande mobilização social, incluindo a vontade política dos gestores, compromisso e motivação de técnicos e controle social (OMS, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A OMS, conforme citado anteriormente, publica anualmente um relatório dos principais índices relativos ao controle da hanseníase no mundo, tais como prevalência, número de casos novos e números de casos novos com grau 2 de incapacidade, entre outros (OMS, 2013).

Apesar de otimista em relação às ações executadas pelos programas mundiais, durante o período de 2006-2010, a OMS observou que a taxa de declínio na

detecção de casos novos foi modesta neste período, em relação aos anos anteriores (OMS, 2010).

2.2.1 Contexto da hanseníase no mundo

Segundo a OMS, nos últimos 30 anos perto de 16 milhões de pacientes foram curados no mundo. Em 2012, as avaliações estatísticas mundiais mostraram que a hanseníase está gradualmente se limitando a um pequeno número de países, em torno de 20, que registraram mais de 1.000 casos novos/ano (WHO, 2013).

O número total de casos registrados nos 115 países ou territórios avaliados pela OMS foi de 189.018, no início de 2013. O coeficiente de prevalência para o mesmo período foi de 0,33 casos/10.000 hab.. Importante salientar que o coeficiente de prevalência preconizado para o controle da doença é de menos de 1 caso/10.000hab.(WHO, 2013).

Em relação à distribuição dos casos novos, 71% deles se localizam na Ásia, 16% nas Américas, 9% na África, 2% na Região do Pacífico Ocidental e 2% na Região Mediterrânea (WHO, 2013).

Chama a atenção o fato de que 95% (220.810) dos casos novos de 2012 estarem concentrados em apenas 16 países avaliados pela OMS, localizados em apenas três continentes: Ásia, América e África. A Índia continua liderando, com 134.752 casos novos detectados em 2012 e logo em seguida, o Brasil ocupando o segundo lugar mundial, com 33.303 casos novos no mesmo ano (OMS, 2013).

As Américas registraram em torno de 33.926 casos no início de 2013, com coeficiente de prevalência de 0,39 casos/10.000 hab.. Em relação aos casos novos, foram um total de 36.178 para 2012, com coeficiente de detecção de casos novos em torno de 4.14 casos/100.000hab. (WHO, 2013).

A OMS estabeleceu como metas em seu plano estratégico para 2011-2015 a redução da taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade para um terço daquele observado em 2010. Esta taxa foi de 0,23 casos/100.000 hab. em 2010 e deveria ter atingido 0,17 casos/100.000 no final de 2012. Entretanto, com 14.409 casos novos avaliados com grau 2 de incapacidade, detectados em 2012, esta taxa mostrou um aumento para 0,25 casos/100.000 hab. (WHO, 2013).

O número de casos novos registrados é importante como indicador da presença da infecção na comunidade. Em 2012, enquanto 16 países registraram

mais de 1.000 casos novos, muitos países avaliados pela OMS têm registrado poucos ou não têm registrado casos novos (WHO, 2013).

Recidivas ocorrem em período superior a cinco anos e são raras em pacientes tratados regularmente. Estão associadas a falhas de tratamento, geralmente causadas por dosagem, duração, ou ingestão inadequadas ou irregulares da poliquimioterapia (PQT). Em 2012, foram descritas 3427 recidivas em 105 dos países observados pela OMS (LYON; GROSSI, 2013; WHO, 2013).

Apesar da redução de parte dos índices, são ainda necessários o fortalecimento dos programas e a mobilização política com aumento dos recursos empregados, essenciais para a melhor efetivação das ações. Existe ainda a necessidade de adaptar as estratégias de controle aos níveis federal, estadual e municipal, a fim de adequá-las aos problemas locais que dificultam o controle da hanseníase nestes 16 países de maior acometimento (WHO, 2013).

2.2.2 Contexto da Hanseníase no Brasil

Segundo a OMS, do total de casos novos notificados durante o ano de 2012, o Brasil ocupou em segundo lugar com 33.303 casos, o que representou 14,30% do total mundial, vindo logo após a Índia com 134.752 casos (57,80%) (WHO, 2013).

Do total de casos novos notificados pelas Américas, 36.178 casos, o Brasil é responsável por 86% deles (WHO, 2013).

Em relação à proporção de crianças entre os casos novos nos países que registraram um número maior ou igual à 100 casos novos, o Brasil representou 6,7% do total (WHO, 2013).

Apesar dos números anteriores, uma série histórica realizada no Brasil entre 1994 a 2009, mostrou redução de importantes indicadores de gravidade da hanseníase, tais como coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos, coeficiente de casos novos da doença com grau e de incapacidade, entre outros. Estes ganhos foram atribuídos às ações de controle do Programa Nacional de Controle da Hanseníase implantadas nos últimos anos (OMS, 2010).

A análise do coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos mostrou uma redução de 7,8% entre os anos de 2008 e 2009 passando de 5,89 casos/100.000hab. para 5,43 casos/100.000hab.. Este índice é considerado

atualmente o principal indicador epidemiológico da hanseníase, pois se associa à tendência da endemia e a força de transmissão recente (OMS, 2010).

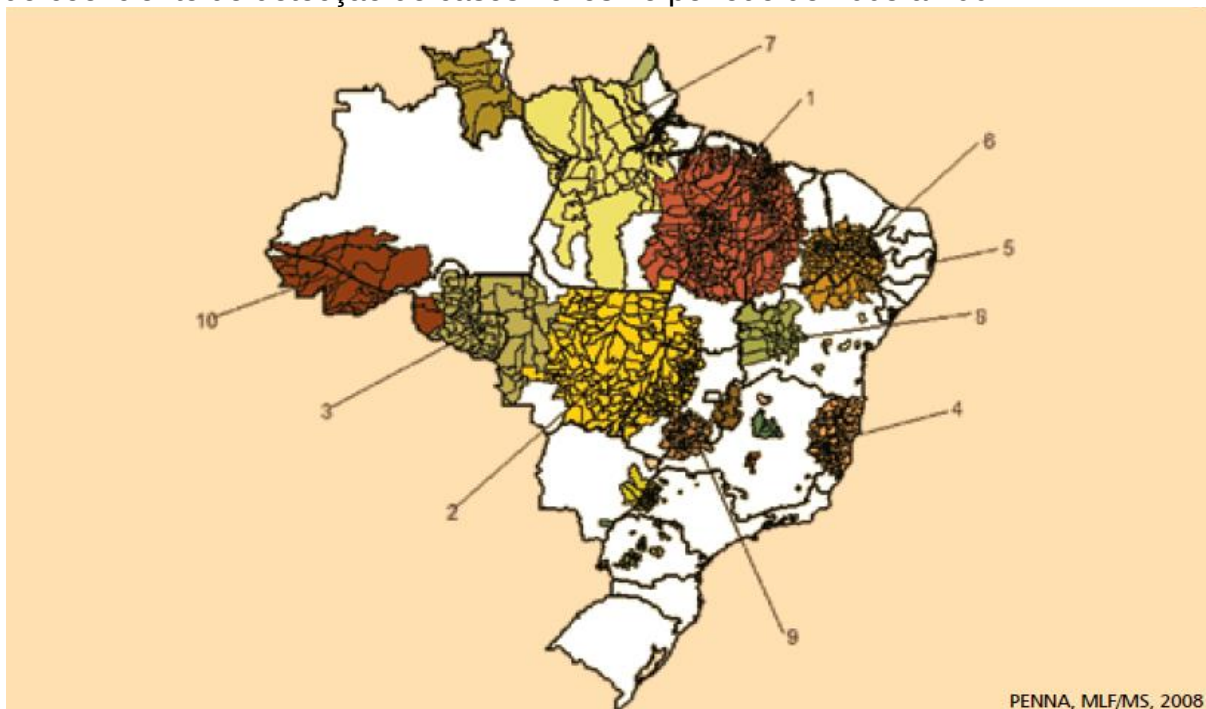
A meta de redução coeficiente de casos novos da doença com grau de incapacidade física é de 13% para o período entre 2008-2015. No Brasil este índice baixou de 1,37 em 2008 para 1,22 em 2009. Deverá atingir 1,19 até 2015 para alcançar o objetivo proposto. O coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade física, relaciona-se a capacidade de atenção integral do serviço ao paciente (OMS, 2010).

Analisando percentual de cura nas coortes, apresentou uma progressão de 81,30% em 2008 para 82,10% em 2009, devendo ter atingido 90% em 2011. Como este índice resulta da capacidade de captação dos casos e da efetividade dos serviços na conclusão do tratamento, para que a meta seja atingida, são necessários: a distribuição e efetiva administração da medicação, a adesão dos pacientes ao tratamento e a atualização dos sistemas de informação (OMS, 2010).

A despeito do elevado número de casos, e de sua segunda posição, o Brasil vem apresentando queda significativa no coeficiente de detecção em todas as regiões geográficas (em torno de 4% ao ano, e 31% em média no período dos últimos 10 anos). Apesar disso, quando se considera os coeficientes de prevalência, de detecção geral e em menores de 15 anos, as regiões Norte e Centro-Oeste do país são consideradas hiperendêmicas e o Nordeste considerado de alta endemicidade (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

A partir de 2005, a avaliação dos dados do Sinan vem identificando áreas onde se encontram uma grande concentração de casos, chamadas *cluster*, onde portanto, o risco de transmissão é maior. Diversos municípios, localizados nas áreas de *cluster* (figura 1), inclusive Boa Vista, pertencem à Amazônia Legal (BRASIL, 2008).

Figura 1 - Os 10 primeiros *clusters* de casos de hanseníase identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007.



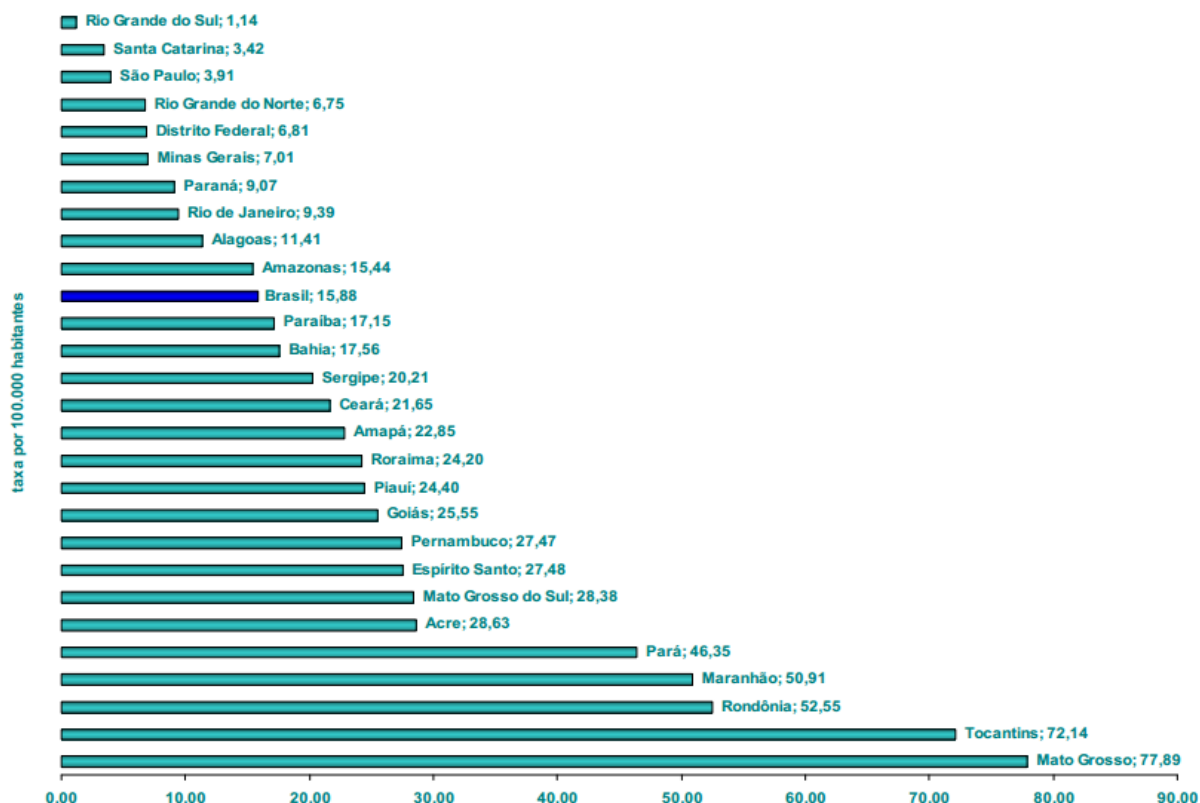
Fonte: Brasil (2008)

Diversos fatores sociais e históricos, associados à ocupação da Amazônia Legal, explicam ao menos parcialmente, o acúmulo de pessoas infectadas nesta região (BRASIL, 2008).

O Norte do Brasil apresentou 5.622 casos em seu registro ativo, o que representa 18,9% do total de casos de 2011, com coeficiente de prevalência de 3,4/10.000 hab.. Em 2012 a taxa de incidência foi de 22,23/100.000 hab.. (parâmetro de controle de prevalência de menos de 1 caso/10.000 hab.) (OMS, 2010; BRASIL, 2012b; OMS, 2010; BRASIL, 2013).

O estado de Roraima apresentou, segundo o levantamento do MS em 2011, o coeficiente geral de detecção em torno de 24,56/100.000 hab. (Figura 2), sendo considerada uma região de endemidade muito alta. Segundo dados do Datasus, no ano de 2012 a taxa de incidência foi de 30,46 casos/100.000hab. e a prevalência foi de 2,41 casos/10.000 hab. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

Figura 2 - Coeficientes de detecção geral de hanseníase por UF de residência por 100.000hab.



Fonte: BRASIL (2011)

Em relação ao coeficiente de detecção em menores de 15 anos, o estado apresentou 3,95 casos/100.000hab. em 2011, sendo o estado considerado de alta endemicidade. A detecção de casos nesta faixa etária relaciona-se com doença recente e focos de transmissão ativos (BRASIL, 2012b).

Um estudo realizado por Penna (2008) mostrou que Roraima vinha apresentando tendência ascendente do coeficiente de detecção. Observou ainda que em relação à distribuição espacial dos casos, houve notificação em apenas 5 municípios do estado (33,30%) estando, portanto, cercados de áreas silenciosas ou sem casos. Estes dados são preocupantes se considerado que diversos municípios do estado estão inseridos em áreas de elevado risco para detecção de casos novos da doença (*cluster*) (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Boa Vista, a capital do estado apresentou coeficiente geral de incidência de 22,23 casos/100.00hab. e para menores de 15 anos de 6,76 casos/100.000hab. para o ano de 2012 considerada de muito alta endemicidade (Brasil, 2013).

2.3 ESTRATÉGIAS MUNDIAIS E PROGRAMA NACIONAL PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE (PNCH)

A hanseníase é entre todas as doenças transmissíveis, uma das principais causas de incapacidade permanente. A existência de transmissão ativa, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tem motivado diversas iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de obter um melhor controle da doença (Brasil, 2009a; OMS, 2010).

As estratégias para 2006-2010 visavam garantir a sustentabilidade do programa, promover a integração do sistema geral de saúde, além de melhorar a qualidade dos serviços e o alcance das comunidades pouco assistidas (OMS, 2010).

Para o quinquênio de 2011-2015, a OMS, através de sua "Estratégia Global para a Redução de Morbidade por Hanseníase" recomenda que se mantenha o compromisso político dos governos dos países endêmicos; uso da taxa de casos novos com incapacidade grau 2 como principal indicador para avaliar o progresso da epidemia, além dos demais: melhora da qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades e reabilitação; garantir a distribuição gratuita e eficaz da PQT; iniciativas para a redução do estigma do paciente e sua família, bem como sua reabilitação social e econômica, entre outras (OMS, 2010b).

Ainda como estratégia, a OMS sugere a necessidade de formar especialistas e pessoas habilitadas no manejo da doença, bem como estimular a participação dos pacientes nos serviços, também com objetivo de reduzir o estigma associado à hanseníase (WHO, 2013).

A detecção precoce dos casos, além do término de todas as doses da PQT preconizadas para cada quadro clínico, ainda são consideradas estratégias efetivas para redução da doença mundialmente. A PQT é a responsável pela diminuição da duração da infectividade e, portanto, da redução do risco de transmissão às pessoas saudáveis da comunidade (WHO, 2013).

A medida de grau 2 de incapacidade nos casos novos detectados mede a percepção da comunidade e a capacidade do sistema de saúde de diagnosticar os casos cedo o suficiente para prevenir as incapacidades. Como uma de suas metas, a OMS fixou um alvo de redução desta taxa de 13% entre os anos de 2008 e 2015 (OMS 2010b; WHO, 2013).

As recidivas, como já citado anteriormente, indicam falhas na ingestão da PQT. A reinfecção, embora seja uma causa plausível de recidiva, costuma ser difícil de ser confirmada com a tecnologia hoje disponível nos programas de controle. Outra possibilidade também rara, porém que não deve ser esquecida é a possibilidade da resistência dos bacilos às drogas que compõe a poliquimioterapia (WHO 2013).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) do MS têm como objetivo, desenvolver ações que visem orientar a prática da atenção à hanseníase nos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, tendo como referência os princípios do SUS. Fortalecer ações de vigilância epidemiológica, promover a saúde com base na educação permanente e assistir integralmente os portadores deste agravo, estão entre seus principais objetivos (BRASIL, 2009a).

Também entre as prioridades do PNCH esta a redução de casos em menores de 15 anos de idade que têm relacionam com doença recente e focos de transmissão ativos e seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase (BRASIL, 2008).

Sendo a doença de investigação obrigatória e de notificação compulsória em todo território nacional, todos os casos diagnosticados devem ser notificados utilizando-se a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Sinan (BRASIL, 2009).

Visando definir as ações de controle da hanseníase, o MS publicou a Portaria Conjunta (de 26 de março de 2009) na forma de instrução normativa e posteriormente a Portaria nº3125 (de 7 de outubro de 2010), com o objetivo de orientar gestores, gerentes e profissionais de diferentes complexidades, à maneira pela qual estas ações devem ser implementadas. Considera para tal, o modelo de intervenção baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno dos casos diagnosticados até a alta por cura, prevenção das incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010a).

A meta da OMS, de menos de 1 caso/10.000 hab. foi alcançada no ano de 2000 na maior parte do países. Nos anos que se seguiram (2000-2005) o Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase, teve como algumas de suas metas, incentivar os países endêmicos a garantir a acessibilidade dos pacientes aos

serviços, aumentar a cobertura através de campanhas em massa e reduzir a prevalência global do registro ativo (OMS, 2010).

Com o objetivo de fortalecer a participação dos pacientes com hanseníase em serviços de saúde, e reduzir o estigma sofrido por eles na comunidade, a OMS desenvolveu um guia em que estimula o envolvimento significativo destes. A participação da comunidade pode ajudar em todos os componentes do programa, a partir da detecção de casos de forma precoce o bastante para reduzir as incapacidades, o estigma e promover a integração social (WHO, 2013).

2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM HANSENÍASE

Vigilância epidemiológica se define como conjunto de ações que levam ao conhecimento dos agravos, seus fatores determinantes, bem como dos condicionantes da saúde coletiva e/ou individual, tendo como objetivo propor medidas de prevenção e controle (BRASIL, 1998). Entre as atribuições de vigilância epidemiológica estão:

1. Obter informações atuais sobre a doença e seu comportamento epidemiológico em populações e áreas específicas, através da coleta, processamento, análise e interpretação dos dados, além do estudo de seu comportamento epidemiológico.
2. Orientar as atividades de controle da doença a avaliá-las.
3. Divulgar dados sobre a doença, seu comportamento epidemiológico, assim como suas atividades de controle (BRASIL, 2002).

A vigilância epidemiológica deve estar organizada em todos os níveis de atenção, da unidade básica à especializada, ambulatorial e hospitalar. Somente desta forma é possível garantir informações sobre a magnitude, carga de morbidade da doença e sua distribuição geográfica (BRASIL, 2010 a).

Nas doenças de notificação compulsória, como a hanseníase, após a conclusão do diagnóstico, o caso é comunicado pela ficha de notificação do Sinan ao órgão de vigilância imediatamente superior (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010c).

Os objetivos da vigilância epidemiológica, especificamente em relação à hanseníase incluem a detecção e tratamento precoce dos casos e a avaliação de todos os contatos com realização do exame dermatoneurológico visando prevenir as incapacidades e interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2010c).

Em relação ao diagnóstico precoce dos casos, a detecção pode ocorrer de forma passiva (por encaminhamentos e demanda espontânea) ou de forma ativa, pela busca dos doentes pelas equipes de saúde e exame dermatoneurológico feito de forma sistemática. São oportunidades de busca ativa: ações de investigação epidemiológica, exame da comunidade nas campanhas, exame de grupos específicos que vivem em presídios, quartéis, alunos nas escolas, entre outros (BRASIL, 2010c).

O encontro de casos em pacientes menores de 15 anos associa-se ao contato precoce com o bacilo e o aumento em sua cadeia de transmissão na comunidade. A detecção de casos novos de hanseníase nestes pacientes é um indicador adotado pelo Brasil que mostra a tendência da doença. Quando, na suspeita de um caso em menores de 15 anos, deve-se preencher o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos" (Anexo B) e se confirmado, deve-se remeter o protocolo ao serviço Municipal de Saúde, junto à ficha do Sinan, anexando cópia ao prontuário do paciente (BRASIL, 2002, BRASIL, 2010c).

Recidivas são definidas como sinais de atividade clínica da doença em paciente após alta por cura. Diante de um caso suspeito, deve ser preenchida a "Ficha de intercorrência de altas por cura" (ANEXO G) e encaminhar o caso para a unidade de referência mais próxima (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010c).

Em relação à prevenção de incapacidades, todos os casos de hanseníase devem ser avaliados no momento do diagnóstico quanto ao grau de incapacidade, independente da forma clínica (BRASIL, 2010c).

Ainda em relação às ações de prevenção das incapacidades está o tratamento integral da hanseníase, com o fornecimento de todas as doses preconizadas para cada esquema de PQT; acompanhamento mensal do paciente diagnosticando precocemente quadros de neurites, efeitos reacionais ou adversos das medicações; e orientações para prevenção das incapacidades (BRASIL, 2002).

A alta por cura acontece após o encerramento da PQT sendo observado número de dose e tempo de tratamento, de acordo com a forma operacional classificada, sempre acompanhada de avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade e orientação para os cuidados pós - alta (BRASIL, 2010a).

A orientação quanto à prática de autocuidados, deve fazer parte da rotina do atendimento mensal do paciente e ser avaliada sistematicamente com o objetivo de prevenir o dano neural por execução inadequada. Recomenda-se que seja realizada em grupos de pacientes e familiares para que estes possam auxiliá-los na execução das técnicas orientadas (BRASIL, 2010a).

A realização da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) está indicada para aplicação nos contatos intradomiciliares sem a presença de sinais e sintomas, na primeira avaliação, independente de serem contatos de pacientes paucibacilares ou multibacilares. Indica-se uma dose nos contatos sem cicatriz ou nos que possuem uma cicatriz vacinal. Naqueles que possuem duas cicatrizes não é necessária a vacinação. Este procedimento parece conferir proteção que varia de 20 a 60%, principalmente para formas multibacilares (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010c).

A fim de que o diagnóstico seja realizado de forma precoce, são necessários ações de educação em saúde, através da divulgação dos sinais e sintomas à população, treinamento dos profissionais para que a doença seja reconhecida prontamente, e a organização das unidades de saúde para facilitar o acesso (Brasil, 2002).

Ainda em relação às ações de educação em saúde, devem contemplar, além da divulgação dos sinais e sintomas, a divulgação do tratamento gratuito nos serviços de atenção básica e a possibilidade de cura; o estímulo às instituições de ensino de todos os níveis à inclusão do estudo da hanseníase; e promoção às atividades educativas direcionadas à redução do estigma social (BRASIL, 2010a; BRASIL 2010c).

Tão necessário quanto a notificação, são as informações relativas ao seguimento dos pacientes cujo objetivo é mostrar a efetividade do tratamento e monitorar a prevalência da doença. Estas informações, coletadas nas unidades de saúde dos prontuários e ficha de acompanhamento dos pacientes, são enviadas ao órgão hierarquicamente superior por um boletim de acompanhamento dos casos (BRASIL, 2002).

Deve ser observada ao longo do tratamento, assiduidade mensal do paciente ao serviço. Pacientes faltosos devem ser identificados para que se realizem os procedimentos de busca (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a).

Informações relacionadas ao acompanhamento dos casos devem ser registradas no prontuário e enviadas ao órgão de vigilância imediatamente superior. São importantes principalmente para monitoramento da prevalência e avaliação da efetividade do tratamento (BRASIL, 2002).

Segundo as normas técnicas, pacientes que completaram o tratamento devem receber alta por cura e pacientes que foram à óbito, ocorrido durante o tratamento, devem ser retirados do registro ativo, com registro no prontuário (BRASIL, 2002).

Deve ainda ser considerada a alta por multifichamento, a alta por erro diagnóstico e as transferências. Estas últimas não são consideradas altas uma vez que o paciente continua no registro do Sinan, em tratamento, em outra localidade (BRASIL, 2002).

Os pacientes paucibacilares que abandonaram o tratamento e permaneceram no registro ativo por dois anos, bem como os multibacilares que permaneceram por quatro anos, devem receber alta estatística, sendo o setor de vigilância devidamente comunicado (BRASIL, 2002).

A partir destas informações fornecidas são então calculados indicadores epidemiológicos e operacionais, fundamentais para análise epidemiológica e seus desdobramentos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010a).

2.5 PRINCIPAIS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA HANSENÍASE

Indicadores são ferramentas utilizadas para avaliar a magnitude de um problema, os progressos em relação aos objetivos pré-estabelecidos, redefinir metas, bem como avaliar a qualidade dos programas de saúde (OMS, 2010).

No caso da hanseníase, os indicadores são classificados: em epidemiológicos e operacionais (Brasil, 2002). Indicadores epidemiológicos são aqueles que medem a magnitude do problema. Relacionam-se à situação observada na população ou meio ambiente em determinado momento ou período (BRASIL, 2002; OMS, 2010).

Indicadores operacionais referem-se ao trabalho realizado, tanto em relação à quantidade quanto à qualidade (BRASIL, 2002; OMS, 2010).

Para avaliação da força da morbidade, de magnitude e do perfil epidemiológico da hanseníase são utilizados: coeficiente de detecção anual de

casos novos de hanseníase/100.000hab., coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade/100.000hab., proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade no momento do diagnóstico (entre os casos novos detectados e avaliados no ano), proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física (entre os casos avaliados no momento da alta por cura), coeficiente de grau 2 de incapacidade física dos casos novos por 100.000hab. no momento do diagnóstico e coeficiente de prevalência anual de hanseníase/10.000hab. (BRASIL, 2010a).

A fim de avaliar a qualidade das ações e serviços são utilizadas: a proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, a proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física no momento da alta por cura, a proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano, a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, a proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (BRASIL, 2010a).

Ainda a fim de avaliar a qualidade dos serviços são utilizados, como parte de um processo integrado de supervisão a proporção de casos novos que comprovadamente tiveram um diagnóstico correto; a proporção de pacientes que não completaram o tratamento (*defaulters*); o número de recidivas; a proporção de pacientes que desenvolveram incapacidades novas ou adicionais durante a PQT (BRASIL, 2010a).

Para monitorar o progresso da doença são utilizados: o número absoluto e taxa de casos novos detectados/100.000hab./ano; a taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade/100.00hab./ano e a taxa de conclusão do tratamento/cura (BRASIL, 2010a).

Na avaliação da detecção de casos, os indicadores são: proporção de casos de menores de 15 anos entre os casos novos; proporção de casos novos que apresentam grau 2 de incapacidade; proporção de paciente do sexo feminino entre os casos novos e proporção de multibacilares entre os casos novos (BRASIL, 2010a).

2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Sistemas de informações em saúde são instrumentos padronizados, utilizados para coleta e monitoramento de dados para posterior análise e compreensão da realidade de determinados problemas de saúde na população. Fornecem, portanto, subsídios para as tomadas de decisões nos três níveis: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2008b).

Para que a vigilância epidemiológica possa obter informações atualizadas e fidedignas sobre o comportamento epidemiológico de determinada doença e sobre seu controle, é necessário que o sistema de informação seja ágil e efetivo. Para isso é necessário que cada unidade de saúde mantenha um sistema organizado com a definição do fluxo de informações, atribuições de responsabilidade, periodicidade e prazos (BRASIL, 2002).

As informações procedentes dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são utilizadas para o diagnóstico e análise da situação de saúde da população, para o processo de planejamento que envolve a definição das prioridades, programação de atividades, distribuição dos recursos e avaliação das ações (BRASIL, 2002). No Brasil os principais sistemas de informações são:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos - Sinasc;
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI;
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan.

De especial interesse neste trabalho, o Sinan recebe dados fornecidos pela notificação e investigação dos casos de doenças consideradas de notificação compulsória, tendo como exemplos a hanseníase e a tuberculose, sendo, porém facultado aos estados e municípios a possibilidade de incluir agravos e doenças que considerem relevantes em sua região (BRASIL, 2008b).

O Sinan é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, órgão responsável pela elaboração das normas que orientam sua utilização em todo território nacional (BRASIL, 2002).

Os sistemas de informações mostram a ocorrência de um evento na população, e fornecem subsídios para a busca de explicações causais das doenças, além de indicar os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas. O objetivo maior é o

conhecimento da realidade epidemiológica da área geográfica que se deseja estudar (BRASIL, 2008b).

Apesar da possibilidade da análise de dados epidemiológicos de forma rápida e abrangente após a implantação do Sinan, algumas críticas têm sido feitas ao sistema, entre elas: falta da digitação dos dados, o fato dos dados serem manuscritos e algumas vezes ininteligíveis e as duplicidades das fichas que levam a erros estatísticos (PASCHOAL et al., 2011).

Outra observação é de que não existe um padrão de fonte para coleta dos dados. Podem ser procedentes dos prontuários, fichas da enfermagem, fichas de controle de comunicantes, planilhas entre outros documentos (PASCHOAL et al., 2011).

Dificuldades nos sistemas de informações têm sido observadas nos níveis federal e estadual, porém é no nível municipal que são sentidas mais intensamente. Entre os principais problemas encontrados na produção da informação em saúde encontram-se: a falta de infraestrutura na área de informática, insuficiência de pessoas qualificadas, falta de padronização ou normatização de coleta, dificuldades na definição das necessidades municipais, entre outros (BRANCO, 1996).

Segundo Vêras et al. (2007) a informação requerida deve ser mensurável e se originar em base consistente. Um dos grandes desafios dos sistemas de informação é garantir a confiabilidade das informações geradas, além da construção de indicadores sociais e de saúde.

2.7 HANSENÍASE E MODELO DE ATENÇÃO

Diversos têm sido os estudos brasileiros que procuram avaliar a partir de diferentes enfoques, como as ações e diretrizes do PNCH têm sido instituídas.

Pereira et al. (2008) realizaram um estudo descritivo, entrevistando gestores e profissionais envolvidos na assistência à hanseníase, cujo objetivo foi caracterizar as ações do PNCH nos serviços de saúde municipais. Os autores concluíram que embora no município estudado as ações do programa fossem executadas por profissionais capacitados e experientes, a busca ativa dos casos e as ações de educação em saúde para redução do estigma não eram realizadas.

Estudando a especificidade de serviços de saúde, por um estudo qualitativo e as estratégias por eles empregadas para o controle da hanseníase, Lanza et al. (2011a) verificaram que as técnicas utilizadas eram: reuniões clínicas, supervisão das atividades das equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) e a ampliação da definição de contatos familiares. Observaram ainda que estas práticas de saúde são tecnologias desenvolvidas pelo próprio processo de trabalho local.

Outro estudo, realizado por Lanza e Lana (2011a), procurou analisar o processo de descentralização das ações de controle da hanseníase para as equipes de Saúde da Família, através de pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, em nove municípios. Foram realizadas 45 entrevistas envolvendo gestores e profissionais de saúde e concluíram que os municípios se encontravam em diferentes estágios de descentralização, sendo este processo influenciado por especificidades locais e pelo nível de engajamento dos gestores e profissionais envolvidos.

Ainda realizado por Lanza e Lana (2011b), outro estudo procurou avaliar o processo de trabalho na hanseníase, suas tecnologias e a atuação da equipe da família. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa envolvendo 45 gestores e profissionais da saúde, entre 2007-2008. Concluíram que são os enfermeiros que dominam o processo de trabalho em hanseníase, os médicos mantêm uma assistência curativa e individual e os agentes de saúde são os responsáveis pelas ações educativas, busca de casos suspeitos dermatológicos, contatos e faltosos (LANZA e LANA, 2011b).

Alencar et al. (2012) realizaram um estudo transversal, com ênfase espacial, baseados em dados do Sinan, no período compreendido entre 2001-2009. Foram incluídos todos os municípios pertencentes ao principal aglomerado (*cluster*) para casos de hanseníase na região Centro-Norte do Brasil. Os autores observaram que em torno de 93,60% deles havia pelo menos um residente afetado pela hanseníase diagnosticado e notificado em outro município. Concluíram que existem lacunas no processo de descentralização do atendimento integral ao paciente, chamando atenção para as dificuldades associadas ao acompanhamento durante e após a poliquimioterapia.

O mesmo autor e seus colaboradores realizaram um estudo transversal, cujo objetivo foi analisar a ocorrência de casos de hanseníase em pacientes menores de

quinze anos, notificados pelo Sinan, no município de Fortaleza, durante o período de 1995 - 2007. Concluíram através da observação dos indicadores epidemiológicos, tratar-se de área hiperendêmica, com concentração de atendimento nas unidades de referência e predomínio de diagnósticos tardios. Os autores ressaltaram a relevância deste indicador para avaliação do controle da doença (ALENCAR et al., 2008).

Helene et al. (2008) analisaram as ações da hanseníase em nove municípios e uma coordenadoria de saúde do Estado de São Paulo, que foram selecionados a partir da população, localização geográfica e coeficiente de prevalência. Concluíram que apesar das ações de prevenção de incapacidades, busca ativa de casos novos e educação em saúde apresentarem-se pouco desenvolvidas nos municípios estudados, a prevalência da doença apresenta declínio e a detecção permanece estável.

Analizando a situação epidemiológica da hanseníase e sua relação com as ações de controle localizada em uma pequena região no estado de Minas Gerais, Lana et al. (2011b), avaliaram 343 casos de hanseníase notificados no período de 1998 a 2007. Os autores encontraram coeficiente de detecção de 28,5 casos/100.000 hab. por ano e uma proporção de 7,9% de detecção de casos com grau II de incapacidade, indicando a ocorrência de diagnóstico tardio. Concluíram que existe a necessidade de intensificar o desenvolvimento de ações de controle, como a melhora do acesso ao diagnóstico e tratamento, e a integração dos serviços de atenção básica com ênfase na abordagem coletiva.

Penna et al. (2008) realizaram um estudo relacionando a melhora do acesso à atenção primária com a taxa de detecção da hanseníase, durante o período de 1980 a 2006. O estudo sugere de forma estatisticamente significativa, que a capacidade de diagnosticar os casos existentes está relacionada ao acesso aos serviços de saúde, levando à redução da prevalência oculta.

Vieira et al. (2008), realizaram um estudo descritivo, cujo objetivo foi mensurar e resgatar contatos faltosos de pacientes com hanseníase, avaliando o prontuário de 36 casos novos, durante o período de 2003-2004. Foram identificados 92 contatos, dos quais 64,1 % foram faltosos. Os autores sugeriram como forma de assegurar a meta de eliminação: a melhora da cobertura através da descentralização das ações, estabelecimento de parcerias e educação em saúde entre outras ações.

De forma semelhante, Dessunti et al. (2008), avaliaram o controle de 3.394 contatos de doentes de hanseníase durante um período de dez anos, a partir das fichas de comunicantes do Sinan. Concluíram que a maioria deles eram pacientes jovens, constituíam-se de familiares próximos (esposo/a e filhos dos pacientes) e estiveram expostos às formas multibacilares da doença. Os autores observaram também a avaliação e indicação da BCG, além do seguimento dos contatos que não se mostraram efetivos, sugerindo a necessidade de efetivação das ações de descentralização.

Com o objetivo de avaliar os treinamentos em hanseníase realizados durante a década 1990 para capacitação dos profissionais da rede básica, Moreno et al. (2008), realizaram um estudo quantitativo com uma amostra de 101 profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. Concluíram que aqueles que cursam os treinamentos de clínica em hanseníase, avaliaram positivamente sua implementação, no entanto, salientaram a necessidade de maior envolvimento dos médicos no processo de detecção, bem como a necessidade de educação permanente junto aos profissionais da atenção básica.

Pedrazzani (1995) discute a atuação da enfermagem no PNCH e destaca como primordiais as ações assistenciais, educativas, de vigilância epidemiológica e administrativa, com necessidade constante de revisões das práticas desenvolvidas, com o objetivo de adequá-las aos novos modelos tecnológicos.

Analizando a situação epidemiológica da hanseníase em uma microrregião de Minas Gerais, segundo sua distribuição espacial e sua relação com as condições socioeconômicas da população, Amaral e Lana (2008) realizaram um estudo retrospectivo do tipo ecológico, avaliando os casos notificados e residentes nesta região entre 1998-2006. Os autores concluíram que a estrutura e organização dos serviços de saúde têm maior influência no desenho da situação epidemiológica da doença na região do que os fatores socioeconômicos.

A fim de analisar as estratégias empregadas para a redução dos índices de abandono no programa de controle da hanseníase, Claro et al. (1993), observaram que as estratégias resultaram em parte do trabalho da equipe multidisciplinar, da aplicação de estratégias de prevenção do abandono voltadas para a educação em saúde, e da busca ativa de pacientes irregulares e não controlados.

Silva e Paz (2010) realizaram uma investigação qualitativa de natureza fenomenológica buscando compreender a vivência dos profissionais de saúde na prática de atividades educativas no âmbito da atenção à hanseníase. Os autores concluíram que as atividades de educação em saúde do Programa Nacional de Controle à Hanseníase ainda se apresentam pouco sistematizadas e direcionadas ao processo de adoecimento, à adesão terapêutica e não propriamente às pessoas e suas necessidades.

Cunha et al. (2007), realizaram um estudo ecológico, exploratório, a fim de avaliar os indicadores epidemiológicos da hanseníase e descrever as estratégias de eliminação utilizadas. Foi utilizado o banco de dados do Sinan, selecionados os casos novos detectados entre 1990 a 2003 e aqueles detectados antes de 1990, que ainda se apresentavam em tratamento durante o período de estudo (em registro ativo). Os autores observaram que estratégias como a descentralização e campanhas localizadas, foram associadas à detecção precoce dos casos novos, a redução da taxa de prevalência e do tempo de permanência do paciente no registro ativo.

Bezerra et al. (2009), realizaram um estudo de caso, com o objetivo de avaliar o grau de implantação das ações da vigilância epidemiológica a nível municipal, utilizando para isso uma abordagem normativa. Os autores concluíram que a despeito da descentralização das atividades de vigilância epidemiológica, os diferentes níveis no sistema municipal possuem diferentes necessidades nos procedimentos padrão e normas, incluindo a elaboração de um guia que possa definir suas responsabilidades e atribuições de forma mais clara.

Com o objetivo de avaliar a hanseníase na população indígena da Amazônia, Imbiriba et al. (2009), realizaram uma análise descritiva das características epidemiológicas dos casos notificações pelo Sinan e as compararam na população indígena e não indígena. Os autores observaram predomínio de formas paucibacilares na população indígena, embora um terço delas fosse formas dimorfas. Chama a atenção também para a necessidade de preenchimento adequado campo raça/cor com objetivo de possibilitar estudos mais robustos associados à etnia.

Procurando avaliar a atuação dos agentes comunitários de saúde no programa de controle da hanseníase em um município do Paraná, Cruz e Oda

(2009), realizaram uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório, através de entrevistas com 33 profissionais, entre junho e julho de 2009. Concluíram que no município estudado existe comprometimento dos profissionais nas práticas educativas, imprescindíveis para que a população tenha acesso às informações sobre a doença e para que seja implementada a detecção precoce.

2.8 NOVAS PERSPECTIVAS

Há alguns anos, autores vêm questionando a atual classificação da hanseníase que a divide em grupos paucibacilar e multibacilar. Segundo Parkash (2009), como esta classificação determina a duração do tratamento, erros no diagnóstico de casos multibacilares aumentam o risco de recidivas, além de prolongar o tempo de infectividade dos pacientes (GALLO et al., 2003; PARKASH, 2009).

Ainda segundo o mesmo autor, a classificação atual leva em consideração critérios como índice bacteriológico e o número de lesões, critérios estes cuja confiabilidade tem sido questionada. (PARKASH, 2009).

Na tentativa de desenvolver novos métodos diagnósticos, com o objetivo de ampliar a capacidade de detecção precoce da hanseníase e sua erradicação, a OMS tem empreendido esforços na tentativa de desenvolver testes diagnósticos aplicáveis em larga escala como uma de suas prioridades (STEFANI, 2008).

Até 2001, quando então se concluiu o sequenciamento genômico do *M. leprae*, pouco se conhecia a seu respeito, pelas dificuldades inerentes ao seu cultivo *in vitro*. Este fato restringia o desenvolvimento de novas possibilidades diagnósticas (COLE et al., 2001).

Como não existe ainda um teste sorológico sensível e específico que possa ser utilizado em larga escala, o diagnóstico da hanseníase até o momento é basicamente clínico. Casos iniciais da doença, onde o quadro pode ser oligoassintomático, podem muitas vezes passar despercebidos ou ser erradamente diagnosticados. Como consequência, as ações de diagnóstico precoce, prevenção das incapacidades e a redução das fontes de infecção ficam prejudicadas (STEFANI, 2008).

Em relação ao exame baciloscópico, são questionadas a viabilidade e acessibilidade das instalações, e quando disponíveis, os resultados podem estar sujeitos a vieses de interpretação; quando o bacilo álcool-ácido resistente está presente em baixas densidades, pode, às vezes, não ser detectado ao microscópio óptico; a sensibilidade do exame é maior quando pesquisado em tecidos mais profundos do que quando apenas nas camadas superficiais da pele; e pacientes com quadros reacionais apresentam flutuações em sua imunidade celular, e, portanto, em sua carga bacteriana (CROFT et al., 1998; OPROMOLLA, 2005; PARKASH, 2009).

Desta maneira, a baciloscopia das lesões de pele não reflete a verdadeira situação no que diz respeito à presença de bactéria no hospedeiro, podendo subestimar sua carga bacteriológica (PARKASH, 2009).

Preconizado pela OMS, em 1994, o sistema de contagem das lesões de pele é utilizado até hoje para classificação operacional dos pacientes em multibacilares e paucibacilares (WHO, 1994).

Entretanto, a "contagem de lesões" apresenta como limitações: a necessidade de profissionais bem treinados para conduzir o exame; nem sempre o tegumento todo é examinado, (às vezes por razões culturais); as lesões nem sempre são claramente visíveis; outras lesões dermatológicas podem ser confundidas com a hanseníase; o exame pode ser particularmente difícil em crianças; e este sistema de classificação não leva em consideração o tamanho das lesões, aspecto bastante relevante no diagnóstico (PARKASH, 2009).

Outro estudo realizado anteriormente por Gallo et al. (2003) já questionava a validade da mesma classificação. Segundo estes autores, pelos resultados demonstrados, caso se utilize apenas este método, haverá um número epidemiologicamente importante de casos que receberão tratamento inadequado.

Assim, diante destas limitações, o uso das lesões de pele na classificação da hanseníase pode em alguns casos diagnosticar erroneamente pacientes multibacilares como paucibacilares, tratá-los com o esquema inadequado, com grande chance de recidiva (PARKASH, 2009).

Já há algum tempo, têm se utilizado análises genômicas comparativas, entre outras ferramentas de biologia molecular na busca de proteínas exclusivas do *M.*

leprae, que possam ser utilizados no desenvolvimento de novos métodos diagnóstico (STEFANI, 2008).

Dentre os vários estudos realizados, apenas dois anticorpos se mostraram suficientemente específicos para produção em larga escala de novos testes: o anti-PGL1 e o epítipo da proteína 35kDa (SENGUPTA, 2000).

Sabe-se que as micobactérias contêm em sua estrutura antígenos que lhe conferem especificidade. Em relação ao *M. leprae*; são os glicopeptídeos fenólicos, em especial o PGL-1, responsáveis pela especificidade e pelo desencadeamento da resposta imunológica no hospedeiro (HUNTER et al.,1981).

Desenvolvidos a partir de antígenos semissintéticos, os seguintes testes sorológicos são utilizados para a detecção do anti-PGL-1, entre eles: imunoabsorção ligada a enzimas (ELISA), teste de aglutinação de partículas (MPLA), teste *dipstick* ou teste de fita simples e teste *ML Flow*: teste do fluxo lateral (LYON; GROSSI, 2013).

ROCHE et al. (1990) mostraram que a frequência de soropositividade e os níveis de anticorpos tenderam a aumentar de acordo com a tendência do quadro ao polo virchowiano. A carga bacilar (medida pelo índice bacteriano) se correlacionou moderadamente aos anticorpos, a sensibilidade dos anticorpos anti-PGL-IgM para detectar a forma multibacilar foi de 91% e dos anticorpos anti-35 KDA foi de 92%.

Buhrer-Sekula et al. (2000) compararam a sensibilidade diagnóstica de contagem de lesões quando usada como único método e quando associado ao teste sorológico. Neste último caso a sensibilidade (94%) e especificidade (77%) encontradas são notadamente superiores. Os autores concluíram que a abordagem que emprega conjuntamente o sistema de contagem de lesões com sorologia, parece uma melhor ferramenta para a classificação operacional do que os métodos são usados isoladamente.

Outro estudo realizado pelos mesmos autores utilizou o método sorológico ML-flow em todos os pacientes considerados paucibacilares, em três países. Houve aumento do número de pacientes no grupo multibacilar, ou seja, que estavam erroneamente classificados como paucibacilares. Este método sorológico pode segundo os autores, reforçar a classificação, reduzir o risco de subtratamentos e recidivas sendo uma alternativa em países que não possuam estrutura para realização de outros métodos diagnósticos (BUHRER - SEKULA et al. 2007).

Importante lembrar, que apesar dos estudos promissores, em algumas situações a sorologia pode ser negativa a despeito da presença do bacilo no hospedeiro: quando os anticorpos não estiverem livres (e sim formando complexos antígeno-anticorpos), para serem detectados ou quando a resposta antígeno-anticorpo no hospedeiro é fraca ou ausente devido a fatores genéticos (PARKASH, 2009).

Em relação às contribuições dos testes sorológicos, é importante lembrar que podem ser inicialmente testados em contatos próximos de pacientes multibacilares com o objetivo de identificar precocemente aqueles infectados, reduzindo futuras transmissões e prevenindo as incapacidades dos pacientes longamente infectados (LYON; GROSSI, 2017 apud BEERS; KLATSER, 1996).

Em uma revisão sistemática realizada por Moura et al. (2008) sobre os testes sorológicos para detecção de Ig-M contra o PGL-1, os autores concluíram que embora possam ser utilizados para a classificação dos pacientes, monitoramento da terapia ou como teste preditivo nas reações hansênicas, devem ser considerados apenas quando associados às informações clínicas. Seu uso para diagnóstico precoce e acompanhamento da população de risco, não demonstrou ser favorável, embora alguns estudos indiquem que poderão contribuir positivamente nos programas de controle da hanseníase.

As melhores indicações dos testes sorológicos parecem ser, portanto: classificação dos pacientes nos grupos paucibacilar ou multibacilar para tratamento, o diagnóstico da infecção subclínica, o mapeamento soro-epidemiológico, o acompanhamento terapêutico e a detecção precoce de recidiva da doença. Apesar disso, como a soro-prevalência nem sempre apresenta uma correlação direta com a prevalência populacional da hanseníase, sua utilidade nos programas de controle ainda é controversa (PARKASH, 2009; LYON; GROSSI, 2013).

2.9 ASPECTOS SOCIAIS E GEOGRÁFICOS DE RORAIMA E BOA VISTA

Localizado na Amazônia Ocidental, Roraima é o estado mais setentrional da região Norte e ocupa uma área de aproximadamente 224.300,506 km². Tem como limites: a Guiana a leste, a Venezuela a norte/noroeste, o estados do Amazonas a oeste/sudoeste e o estado do Pará a sudeste (IBGE, 2010a).

Roraima compõe, juntamente com mais sete estados (Amazonas, Maranhão, Acre, Amapá, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins) a chamada Amazônia Legal, área que ocupa aproximadamente 5.217.423 km² (BRASIL, 2010b).

Criada através da Lei 1.806 de 06.01.1953, a Amazônia Legal surge com um conceito não apenas geográfico, mas político para a Amazônia. Seu objetivo foi a partir de então, planejar e promover o desenvolvimento da região, além da integração nacional (BRASIL, 2010b).

Com uma população estimada para 2013 de 488.072 hab., e uma baixa densidade demográfica (de 2,01 hab./km²), Roraima possui apenas 15 municípios, sendo dentre os estados brasileiros o que apresenta o menor número (IBGE, 2010a).

Considerado um dos estados mais remotos do Brasil, possui dinâmicas sociais, políticas e territoriais caracteristicamente centralizadas. Apesar disso, sua localização estratégica o torna relevante na expansão econômica internacional e na integração nacional com países vizinhos (KANAI et al., 2012).

Antigo Território Federal, só obteve sua autonomia político-administrativa no final da década de 1980, durante o processo de redemocratização brasileira (TOMIO, 2002).

Apesar de todo incentivo após sua emancipação política, seus 15 municípios contam com poucos recursos públicos disponíveis para suprir suas necessidades populacionais e obrigações fiscais. Dependem, portanto, economicamente, em grande parte, das transferências de recursos federais (KANAI et al., 2012).

De especial interesse é a questão das migrações na região, principal fator de crescimento demográfico no estado, em especial nas últimas três décadas. Estes deslocamentos ocorreram tanto a partir de outros estados, quanto do interior para capital. Os estados de procedência que se destacam pelo número de migrantes são: Maranhão, Pará, Amazonas e Ceará (SOUZA, 2009).

Entre os fatores que justificam as migrações, estão: a facilidade de acesso a terra, decorrente de projetos de colonização e assentamentos governamentais com o objetivo de estimular o desenvolvimento regional, bem como a exploração mineral da região (SOUZA, 2009).

Outra peculiaridade do estado, diz respeito a população indígena. São 55.922 pessoas, das quais, 9.417 vivem fora das terras indígenas, segundo o último censo (IBGE, 2010a).

Em relação à participação relativa da população indígena no total da população do estado, Roraima detém o maior percentual nacional, que é de 11,0%. Interessante observar que apenas seis Unidades da Federação possuem população autodeclarada indígena acima de 1% (IBGE, 2010a; IBGE, 2012).

Importante destacar ainda que a distribuição espacial da população indígena observada tem sido resultado, não só do processo histórico de ocupação socioeconômica do Brasil, como também da tendência à crescente afirmação da identidade cultural e territorial dessa população ao longo do tempo, reflexo do crescimento do número de pessoas que, em censos anteriores se declaravam pertencer a outras categorias, e que a partir de 2000, passaram a se identificar como indígena (IBGE, 2012).

Apesar da representatividade da população indígena na região, foi encontrado apenas um artigo recente correlacionando a hanseníase às populações indígenas (IMBIRIBA et al., 2009). Boa Vista, a capital do estado, possui população estimada para 2013 de 308.996 hab., o que representa mais da metade da população de Roraima (em torno de 63,3%). Seu IDHM (índice de desenvolvimento humano municipal que leva em conta para seu cálculo, a expectativa de vida ao nascer, educação e renda per capita), é de 0,070, considerado médio pelos padrões da OMS (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b; OMS, 2010).

Apesar da expansão econômica ocorrida nos últimas décadas pelo incentivo à pecuária, à mineração e ao agronegócio da soja, Boa Vista segue o padrão dos demais municípios do estado no que diz respeito à necessidade dos financiamentos federais, sua principal fonte de renda (KANAI, et al. 2012).

Em relação à saúde, Boa Vista conta, segundo registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2012), com 266 estabelecimentos de saúde, entre públicos e privados. Entre os serviços públicos são dois hospitais, dois serviços de referência (Policlínicas), 41 unidades de saúde com 51 Equipes de Saúde da Família. O município apresentou uma proporção de cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em torno de 52,21% para janeiro/2013, considerada média (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012c).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o modelo de atenção à hanseníase proposto pelo MS e normatizado pelas Portarias nº 125 (03/2009) e n.º 3.125 (10/2010), no município de Boa Vista/RR, entre julho de 2010 e junho de 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população com hanseníase notificada durante o período de julho/2010 a junho/2012 tendo como base os dados coletados diretamente das fichas do Sinan arquivados na Vigilância Epidemiológica Estadual;
- Avaliar o modelo de atenção à hanseníase no município pela análise dos dados obtidos diretamente das mesmas fichas e de dados obtidos nos prontuários dos pacientes, à luz das orientações contidas na Portaria nº 3125 (10/2010) do MS;
- Analisar a situação epidemiológica da hanseníase no município no mesmo período, por cálculos e análise dos principais indicadores operacionais e epidemiológicos preconizados pelo MS e compará-los aos parâmetros da OMS.

4 MATERIAL E MÉTODO

O estudo pode ser caracterizado como quantitativo, epidemiológico, retrospectivo, transversal, a partir de dados primários (prontuários) e secundários (fichas do Sinan).

4.1 LOCAL E PERÍODO

O período estudado foi de 01 de julho de 2010 a 30 de junho de 2012. A razão da escolha do período foi a possibilidade de incluir os dados dos pacientes multibacilares, que em uma situação normal já teriam concluído a PQT, cuja duração mínima é de 12 meses.

Os dados foram coletados das fichas do Sinan, localizadas nos arquivos da Vigilância Epidemiológica Estadual, dos respectivos prontuários que estavam distribuídos em dois serviços de referência e em 29 unidades básicas de saúde; e na Coordenação da Hanseníase da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Boa Vista/RR.

4.2 AMOSTRA

Foi constituída por todas as fichas e prontuários dos pacientes notificados pelo Sinan durante o período de 01 de julho de 2010 a 30 de junho de 2012, no município de Boa Vista. A princípio foram selecionadas 256 fichas, destas foram excluídas 72 fichas que apresentavam duplicidade.

Durante a pesquisa de prontuários em uma das unidades de referência, foram encontradas mais 12 fichas do Sinan de pacientes com hanseníase, notificados durante o período estudado, porém que não constavam nos arquivos da Vigilância Epidemiológica Estadual, fichas estas que foram incluídas na amostra.

O número total, portanto da amostra foi 196 pacientes estudados. Observar que quando se considerou apenas a população de Boa Vista, os valores informados pelas fichas do Sinan foram 146 e pelos prontuários 153 casos.

4.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi elaborado um questionário que constituiu o instrumento da pesquisa (ANEXO H), cujas questões foram divididas em seis grandes grupos. O objetivo foi analisar os seguintes aspectos relativos ao modelo de atenção à hanseníase: dados gerais do paciente e sua admissão, diagnóstico, tratamento; vigilância e avaliação dos contatos; prevenção e tratamento das incapacidades e qualidade do prontuário (HOCHMAN et al., 2005; GIL, 2010).

Os dados coletados prontuários dos pacientes e das respectivas fichas do Sinan (dados primários e secundários) foram registrados em três tabelas diferentes para organização de um banco de dados utilizando o aplicativo Microsoft Office Excel (versão 2007).

Os seguintes documentos do Sinan foram utilizados na coleta dos dados:

1. ficha de notificação/investigação (Anexo A): idade; sexo; raça/cor; escolaridade; procedência/bairro; área rural/urbana, município de procedência, unidade de saúde de notificação, dados clínicos tais como: número de lesões, número de troncos nervosos acometidos, avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico, forma clínica classificação operacional para tratamento; modo de entrada no serviço; modo de detecção do caso novo; baciloscopia; esquema terapêutico, número de contatos registrados; data do diagnóstico. Outros dados coletados foram a função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha e a qualidade de seu preenchimento;
2. protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos (Anexo B): unidade de saúde, município de residência, tempo de residência no município, início dos sintomas, tratamentos anteriores para os sintomas atuais, contatos com sintomas cutâneos, contatos com hanseníase, dados clínicos, cicatriz de BCG, avaliação do grau de incapacidade e classificação operacional;
3. boletim de acompanhamento (Anexo C): classificação operacional da doença atualizada, avaliação da incapacidade física no momento da cura, esquema atual, número de doses supervisionadas e episódios reacionais durante o tratamento;

4. formulário da vigilância dos contatos intradomiciliares da hanseníase (Anexo D): contatos, idade, grau de parentesco, exame dermatoneurológico, conduta, se foi ou não realizada vacinação com BCG;
5. formulário para a avaliação do grau de incapacidade (ANEXO E);
6. avaliação simplificada das funções neurais e complicações (ANEXO F).

A análise foi realizada por meio da estatística descritiva das variáveis categóricas e numéricas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007. Foram obtidos dados de frequência relativa e absoluta, taxas e proporções. Para variáveis numéricas foram calculadas medidas de tendência central como média, mediana e desvio padrão.

Para a análise epidemiológica, foram utilizados além dos dados acima, o cálculo dos principais coeficientes preconizados pelo MS, tais como: coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000hab., coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000hab., proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico, proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada, proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano de 2011. A população de referência, utilizada para o cálculo dos coeficientes foi pesquisada no banco de dados do Datasus, para o ano em questão.

Foram ainda calculados proporção de pacientes com lesão única no momento do diagnóstico, detecção de casos novos em relação ao gênero, proporção de casos multibacilares entre os casos novos e tempo médio entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico.

Os resultados encontrados foram analisados tomando como referência dados oficiais fornecidos nos bancos de dados do MS, a portaria com diretrizes do MS (Portarias nº 125, 26/03/2009), bem como outros estudos realizados em contextos semelhantes, que constam na literatura. Os dados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima em 13/07/2012 conforme item VII. 13.d. resolução 196/06-CNS/MS, com nº de protocolo 120701.

5 RESULTADOS

A população total considerada nesta avaliação, como referido na metodologia, foi de 196 pacientes. A população de Boa Vista informada pelas fichas do Sinan foi de 146 casos e pelos prontuários de 153.

Os dados relativos a estes casos foram apresentados nos seguintes subitens:

5.1 Dados das fichas de notificação e investigação hanseníase/Sinan;

5.2 Dados obtidos nos prontuários;

5.3 Dados obtidos das fichas de “Protocolo Complementar de Investigação de casos de hanseníase em menores de 15 anos”;

5.4 Dados obtidos na SMSA;

5.5 Indicadores Operacionais.

5.1 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE/SINAN

Em relação à procedência dos pacientes notificados, 74,49% deles foi procedente de Boa Vista. A distribuição dos casos por município é também apresentada na (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos de hanseníase por município de residência

Município de Residência	Nº de casos	%
Boa Vista	146	74,49
Caroebe	8	4,08
Cantá	7	3,57
Caracaraí	7	3,57
Mucajai	7	3,57
Amararí	4	2,04
Bonfim	3	1,53
Iracema	3	1,53
São João da Baliza	3	1,53
Rorainópolis	2	1,02
São Luiz do Anauá	2	1,02
Itaituba	1	0,51
Pacaraima	1	0,51
Suriname	1	0,51
NC	1	0,51
Total	196	100,00

Legenda: NC=não consta dado.

As unidades de saúde que apresentaram maior número de casos notificados foram o Centro de Especialidades Mecejana (9) com 32,14% dos casos, o Hospital Coronel Mota (32) com 18,88 % dos casos e Centro de Saúde Asa Branca (18) com 8,16%. As demais unidades de saúde somaram 40,82% dos casos notificados (Tabela 2).

Dentre as unidades de saúde que mais notificaram casos, 75,81% dos casos notificados pelo CE Mecejana eram de Boa Vista e 24,19% deles do interior. O Hospital Coronel Mota por sua vez teve 40,54% de seus casos de Boa Vista e 59,46% deles de outros municípios (Tabela 3).

Considerando apenas os indivíduos que não residiam em Boa Vista, as unidades que mais atenderam esses casos foram o Hospital Coronel Mota e CE Mecejana com 44% e 32% dos casos, respectivamente (Tabela 4).

Considerando apenas pacientes de Boa Vista, as unidades de saúde que apresentaram maior número de casos notificados foram o Centro de Especialidades Mecejana com 32,19% dos casos, o Hospital Coronel Mota com 10,27% dos casos, e o Centro de Saúde Asa Branca com 9,59% dos casos. As demais unidades de saúde somaram 47,95% dos casos notificados (Tabela 4).

Dentre os bairros de Boa Vista os que mais apresentaram casos de hanseníase foram o Senador Hélio Campos com 21 casos (14,48%), seguido do bairro Asa Branca com 9 casos (6,21%) e Silvio Leite com 8 casos (5,52%) (Tabela 5).

Do total dos casos de Boa Vista, 68,49% são de indivíduos que moram na zona urbana. Esse número pode ser maior, pois 30,14% dos casos não apresentaram essa informação (Tabela 6).

Em Boa Vista, 69,18% dos casos ocorreram em homens (Tabela 7).

A idade dos casos variou de 6 a 94 anos de idade. Entre os pacientes, 78,06% tinham entre 21 e 65 anos. A faixa etária que mais apresentou casos foi de 21 a 30 anos, representado quase 21,23% dos casos. A idade média foi de 41,22 anos com desvio padrão de 17,79 anos, e coeficiente de variação de 43,16%. As idades que ocorreram mais casos foram 25 e 28 anos (sete indivíduos notificados em cada uma dessas idades) (Tabela 8).

Tabela 2 - Número de casos de hanseníase notificados por unidade de saúde

Unidade de Saúde	Nº de casos	%
CE Mecejana	63	32,14
Hospital Coronel Motta	37	18,88
CS Asa Branca	16	8,16
CSF Alvorada	5	2,55
CSF Equatorial	7	3,57
CSF Raiar Do Sol	6	3,06
CS Hélio Campos II	6	3,06
CS Silvio Botelho	6	3,06
CSF Jardim Primavera	5	2,55
CSF Silvio Leite	5	2,55
CS Olenka	5	2,55
PS Lupércio Lima Ferreira	5	2,55
Consultório Particular	5	2,55
CS Caranã	3	1,53
PS São Vicente	3	1,53
Policlínica Cosme e Silva	3	1,53
CSF Cambará	2	1,02
CSF Cinturão Verde	2	1,02
CSF Santa Luzia	2	1,02
PS de 31 de setembro	2	1,02
PS Pricumã	2	1,02
CSF Santa Tereza	1	0,51
CSF União	1	0,51
CS Helio Campos I	1	0,51
CS Délio Tupinanbá	1	0,51
Hospital Geral de Roraima	1	0,51
CSF Sayonara Maria Dantas	1	0,51
CSF Caranã	0	0,00
CSF Cauamé	0	0,00
CSF Jardim Floresta	0	0,00
CSF Pintolândia	0	0,00
CS Buritis	0	0,00
PS Ayagara Motta Pereira	0	0,00
PS 11 de setembro	0	0,00
PS P L Rabelo	0	0,00
PS São Pedro	0	0,00
TOTAL	196	100,00

Legenda: CE=centro de especialidades, CS=casa de saúde, CSF=casa de saúde da família, PS=posto de saúde.

Tabela 3 - Número de casos de hanseníase notificados por unidade de saúde

US	BV	%	OM	%	T
CE Mecejana	47	75,81	15	24,19	62
Hospital Coronel Motta	15	40,54	22	59,46	37
CS Asa Branca	14	87,50	2	12,50	16
CSF Equatorial	7	100,00	0	0,00	7
CS Silvio Botelho	4	66,67	2	33,33	6
CSF - Raiar Do Sol	6	100,00	0	0,00	6
CS Hélio Campos II	6	100,00	0	0,00	6
Consultório Particular	2	40,00	3	60,00	5
CS Olenka	4	80,00	1	20,00	5
PS Lupércio Lima Ferreira	4	80,00	1	20,00	5
CSF Alvorada	5	100,00	0	0,00	5
CSF Jardim Primavera	5	100,00	0	0,00	5
CSF Silvio Leite	5	100,00	0	0,00	5
CS Caranã	3	100,00	0	0,00	3
PS São Vicente	3	100,00	0	0,00	3
Policlínica Cosme e Silva	3	100,00	0	0,00	3
CSF Cambará	1	50,00	1	50,00	2
CSF Santa Luzia	1	50,00	1	50,00	2
CSF Cinturão Verde	2	100,00	0	0,00	2
PS de 31 de setembro	2	100,00	0	0,00	2
PS Pricumã	2	100,00	0	0,00	2
Hospital Geral de Roraima	0	0,00	1	100,00	1
CSF Santa Tereza	1	100,00	0	0,00	1
CSF União	1	100,00	0	0,00	1
CS Hélio Campos I	1	100,00	0	0,00	1
CS Délio Tupinanbá	1	100,00	0	0,00	1
CSF Sayonara Maria Dantas	1	0,00	0	0,00	1
CSF Caranã	0	0,00	0	0,00	0
CSF Cauamé	0	0,00	0	0,00	0
CSF Jardim Floresta	0	0,00	0	0,00	0
CSF Pintelândia	0	0,00	0	0,00	0
CS Buritis	0	0,00	0	0,00	0
PS Ayagara Motta Pereira	0	0,00	0	0,00	0
PS 11 de setembro	0	0,00	0	0,00	0
PS P L Rabelo	0	0,00	0	0,00	0
PS São Pedro	0	0,00	0	0,00	0
Total	146		49		195

Legenda: CE=centro de especialidades, CS=casa de saúde, CSF=casa de saúde da família, PS=posto de saúde, US=unidade de saúde, BV=Boa Vista, OM=outros municípios, T=total de casos notificados na unidade de saúde. Obs: Em um caso da unidade Centro de Especialidades Mecejana não foi informado o município de residência, por isso o total é 195 e não 196.

Tabela 4 - Número de casos por unidade de saúde considerando apenas não residentes em Boa Vista

US	BV	%	I	%	T
CE Mecejana	47	32,19	16	32,00	63
Hospital Coronel Motta	15	10,27	22	44,00	37
CS Asa Branca	14	9,59	2	4,00	16
CSF Equatorial	7	4,79	0	0,00	7
CSF - Raiar Do Sol	6	4,11	0	0,00	6
CS Hélio Campos II	6	4,11	0	0,00	6
CS Silvio Botelho	4	2,74	2	4,00	6
CSF Jardim Primavera	5	3,42	0	0,00	5
CSF Silvio Leite	5	3,42	0	0,00	5
CS Olenka	4	2,74	1	2,00	5
PS Lupércio L. Ferreira	4	2,74	1	2,00	5
Consultório Particular	2	1,37	3	6,00	5
CS Caranã	3	2,05	0	0,00	3
PS São Vicente	3	2,05	0	0,00	3
Policlínica Cosme e Silva	3	2,05	0	0,00	3
CSF Cinturão Verde	2	1,37	0	0,00	2
CSF Santa Luzia	1	0,68	1	2,00	2
PS de 31 de setembro	2	1,37	0	0,00	2
PS Pricumã	2	1,37	0	0,00	2
CSF Santa Tereza	1	0,68	0	0,00	1
CSF União	1	0,68	0	0,00	1
CS Helio Campos I	1	0,68	0	0,00	1
CS Délio Tupinanbá	1	0,68	0	0,00	1
Hospital Geral/RR	0	0,00	1	2,00	1
CSF S. Maria Dantas	1	0,68	0	0,00	1
CSF Caranã	0	0,00	0	0,00	0
CSF Cauamé	0	0,00	0	0,00	0
CSF Jardim Floresta	0	0,00	0	0,00	0
CSF Pintolândia	0	0,00	0	0,00	0
CS Buritis	0	0,00	0	0,00	0
PS A. Motta Pereira	0	0,00	0	0,00	0
PS 11 de setembro	0	0,00	0	0,00	0
PS P L Rabelo	0	0,00	0	0,00	0
PS São Pedro	0	0,00	0	0,00	0
Total	146		50		196

Legenda: CE=centro de especialidades, CS=casa de saúde, CSF=casa de saúde da família, PS=posto de saúde, US=unidade de saúde, BV=Boa Vista, OM=outros municípios, T=total de casos notificados na Unidade de Saúde.

Tabela 5 - Distribuição de casos por bairros do município de Boa Vista

Bairros	Nº de casos	%
Senador Hélio Campos	21	14,48
Asa Branca	9	6,21
Silvio Leite	8	5,52
Alvorada	6	4,14
Silvio Botelho	6	4,14
Santa Tereza	5	3,45
São Vicente	5	3,45
Aparecida	4	2,76
Caimbé	4	2,76
Caranã	4	2,76
Conjunto Cidadão	4	2,76
Pintolândia	4	2,76
Buritis	3	2,07
Canaã	3	2,07
Cidade Nova	3	2,07
Cidade Satélite	3	2,07
Jardim Equatorial	3	2,07
Jóquei Clube	3	2,07
Liberdade	3	2,07
Raiar do Sol	3	2,07
Santa Luzia	3	2,07
Santa Tereza II	3	2,07
Bela Vista	2	1,38
Calunga	2	1,38
Equatorial	2	1,38
Jardim Floresta	2	1,38
Jardim Primavera	2	1,38
Mecejana	2	1,38
Santa Tereza I	2	1,38
São Bento	2	1,38
Tancredo Neves	2	1,38
Araceles	1	0,69
Bela Vista	1	0,69
Caçari	1	0,69
Cadeia Pública	1	0,69
Centenário	1	0,69
Centro	1	0,69
Cidade Jardim	1	0,69
Cinturão Verde	1	0,69
Jardim Olímpico	1	0,69
Nova Canaã	1	0,69
Nova Cidade	1	0,69
Nova Esperança	1	0,69
Paraviana	1	0,69
Pricumã	1	0,69
Primavera	1	0,69
São Francisco	1	0,69
União	1	0,69
TOTAL	145	100,00

Obs: Em um caso não foi informado o município de residência, por isso o total é 145 e não 146.

Tabela 6 - Distribuição de casos por zona de residência

Zona	Nº de casos	%
Urbana	100	68,49
Não Informado	44	30,14
Rural	1	0,68
Periurbana	1	0,68
TOTAL	146	100,00

Tabela 7 - Distribuição de casos em relação ao sexo

Sexo	Nº de casos	%
Masculino	101	69,18
Feminino	42	28,77
Não Informado	3	2,05
TOTAL	146	100,00

Tabela 8 - Distribuição de casos em relação a idade

Idade	Nº de casos	%
5 a 10	5	3,42
11 a 15	4	2,74
16 a 20	10	6,85
21 a 25	15	10,27
26 a 30	16	10,96
31 a 35	11	7,53
36 a 40	13	8,90
41 a 45	13	8,90
46 a 50	12	8,22
51 a 55	11	7,53
56 a 60	12	8,22
61 a 65	11	7,53
66 a 70	6	4,11
71 a 75	2	1,37
76 a 80	4	2,74
81 a 85	0	0,00
86 a 90	0	0,00
91 a 95	1	0,68
TOTAL	146	100,00

Em um total de 42 mulheres notificadas, apenas 34 possuíam informação sobre gestação. Duas delas estavam grávidas: uma delas estava no terceiro trimestre e a outra teve idade gestacional ignorada (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição de casos em gestantes

Gestante	Nº de casos	%
Não	32	76,19
Não informado	8	19,05
Sim	2	4,76
Total	42	100,00

Em relação à raça, em ordem decrescente de casos, 50,68% deles ocorreram em pardos, seguidos dos brancos (35,62%), negros (9,59%) e amarelos (1,37%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição de casos em relação a raça

Raça/Cor	Número de casos	%
Pardos	74	50,68
Brancos	52	35,62
Negros	14	9,59
Não informado	4	2,74
Amarelos	2	1,37
Total	146	100,00

Quando se avalia a escolaridade, 5,48% mencionaram ser analfabetos, 16,44% cursaram da 1ª a 4ª série de forma incompleta, 10,96% completaram a 4ª série e 12,33% cursaram da 5ª a 8ª séries de forma incompleta (Tabela 11).

Em relação ao número de lesões, em torno de 50% dos casos apresentavam até cinco lesões. Apenas 0,68% dos pacientes apresentavam lesão única (Tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição de casos por grau de escolaridade

Escolaridade	Número de casos	%
Analfabeto	8	5,48
1ª a 4ª série incompleta do EF (1º grau)	24	16,44
4ª série completa do EF (primário ou 1º grau)	16	10,96
5ª à 8ª série incompleta do EF (ginásio ou 1º grau)	18	12,33
Ensino fundamental completo (ginásio ou 1º grau)	11	7,53
Ensino médio incompleto (colegial ou 2º grau)	14	9,59
Ensino médio completo (colegial ou 2º grau)	17	11,64
Educação superior incompleta	6	4,11
Educação superior completa	4	2,74
Não informado	28	19,18
TOTAL	146	100,00

Tabela 12 - Distribuição de casos por número de lesões

Nº de lesões	Nº de casos	%
0	1	0,68
1	35	23,97
2	15	10,27
3	9	6,16
4	4	2,74
5	10	6,85
6	7	4,79
7	5	3,42
8	4	2,74
9	6	4,11
10	5	3,42
11	3	2,05
12	2	1,37
15	2	1,37
18	2	1,37
20	3	2,05
21	1	0,68
27	1	0,68
30	3	2,05
31	3	2,05
32	1	0,68
35	1	0,68
42	1	0,68
50	3	2,05
51	8	5,48
100	2	1,37
130	1	0,68
160	1	0,68
Não informado	7	4,79
Total	146	100,00

Em relação à forma clínica, apenas 18,49% dos casos notificados apresentaram a forma indeterminada. Formas multibacilares (dimorfas e virchowianas) representaram 53,43%. e paucibacilares (indeterminadas e paucibacilares) foram 41,78%. Estes dados podem ser maiores tendo em vista em 4,79% das fichas, não possuíam esta informação (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição de casos em relação à forma clínica

Forma Clínica	Nº de casos	%
Dimorfa	66	45,21
Tuberculóide	34	23,29
Indeterminada	27	18,49
Virchowiana	12	8,22
Não informado	5	3,42
Não classificado	2	1,37
Total	146	100,00

Quanto à classificação operacional, as formas multibacilares representaram a maioria (58,22%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição de casos por classificação operacional

Classificação Operacional	Nº de casos	%
Multibacilares	85	58,22
Paucibacilares	58	39,73
Não informado	3	2,05
Total	146	100,00

Em relação ao grau de incapacidade, 46,58% não apresentavam qualquer incapacidade no momento da notificação, 32,19% apresentam grau 1 e 11,64% grau 2 de incapacidade. Estes números podem estar subnotificados, uma vez que em cerca de 10% dos casos não houve avaliação ou informação sobre esta variável (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição de casos de acordo com o grau de incapacidade

Grau de Incapacidade	Nº de casos	%
0 Grau Zero	68	46,58
1 Grau I	47	32,19
2 Grau II	17	11,64
3 Não Avaliado	7	4,79
Não informado	7	4,79
Total	146	100,00

O modo de entrada predominante foram os casos novos, em torno de 71,92% e as transferências foram 24,65% (Tabela 16). Não houve recidivas descritas nas fichas do Sinan.

Tabela 16 - Distribuição de casos por modo de entrada

Modo de Entrada	Nº de casos	%
Caso Novo	105	71,92
Transferência do mesmo município (outra unidade)	31	21,23
Transferência de Outro Estado	5	3,42
Não informado	3	2,05
Outros Reingressos	2	1,37
Transferência de Outro Município (mesma UF)	0	0
Transferência de Outro País	0	0
Recidiva	0	0
Total	146	100,00

Em relação a maneira como os casos novos foram detectados, a maioria (61,64%) ocorreu por meio de encaminhamentos, 26,71% por demanda espontânea, e apenas 3,42 % por formas ativa de busca (Tabela 17 - Modo de detecção).

Tabela 17 - Modo de detecção dos casos novos

Modo de Detecção do Caso Novo	Nº de casos	%
Encaminhamento	90	61,64
Demanda Espontânea	39	26,71
Não Informado	7	4,79
Outros Modos	4	2,74
Exame de Coletividade	3	2,05
Exame de Contatos	2	1,37
Ignorado	1	0,68
Total	146	100,00

O exame baciloscópico foi realizado em 72,61% dos casos, sendo positivo em 26,03% e negativo em 46,58% deles. Não foi realizado em 19,86% dos casos (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição de casos em relação ao exame baciloscópico

Baciloscopia	Nº de casos	%
Negativa	68	46,58
Positiva	38	26,03
Não realizada	29	19,86
Não Informado	10	6,85
Ignorado	1	0,68
Total	146	100,00

Considerando o esquema terapêutico inicial, para 26,17% dos casos foi indicada a PQT/PB para paucibacilar (seis doses), 45,64% receberam a PQT/MB para multibacilar (12 doses), 20% necessitaram de outros esquemas e nos demais informação não estava presente (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de casos por esquema terapêutico

Esquema Terapêutico	Nº de casos	%
PQT/MB/12 doses	90	45,64
PQT/PB/6 doses	52	26,17
Outros esquemas substitutos	1	20,13
Não Informado	3	7,38
Total	146	100,00

Em relação ao número de contatos: 60,26% dos casos tinham até cinco contatos, 17,80% tinham entre 6 e 10 contatos e em torno de 4,09% tinham mais do que 10 contatos (Tabela 20).

Quanto ao número de nervos afetados, a maioria (36,99%) não apresentou acometimento neural. Acometimento de um nervo ocorreu 8,90% dos pacientes e dois nervos em 9,59% deles. Importante observar que alguns pacientes apresentaram diversos nervos acometidos: com três ou mais nervos acometidos são 21 casos ou 14,36% dos notificados. Em 30,14% das fichas, esta informação não estava presente (Tabela 21).

Tabela 20 - Distribuição de casos em relação ao número de contatos

Nº de Contatos Registrados	Nº de casos	%
0	12	8,22
1	13	8,90
2	13	8,90
3	17	11,64
4	16	10,96
5	17	11,64
6	14	9,59
7	6	4,11
8	4	2,74
9	1	0,68
10	1	0,68
11	2	1,37
12	1	0,68
15	1	0,68
20	1	0,68
36	1	0,68
Não informado	26	17,81
Total	146	100,00

Tabela 21 - Distribuição do número de casos por número de nervos afetados

Nº de nervos afetados	Nº de casos	%
0	54	36,99
1	13	8,90
2	14	9,59
3	10	6,85
4	5	3,42
5	2	1,37
6	1	0,68
7	1	0,68
8	1	0,68
9	1	0,68
Não informado	44	30,14
Total	146	100,00

Em relação à função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha, a maioria foram médicos (47,26%), seguidos dos enfermeiros (25,34%) (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição do número de casos por função do avaliador

Função	Nº de casos	%
Médico	69	47,26
Enfermeiro	37	25,34
Aux. Enfermagem	20	13,70
Tec.Enfermagem	11	7,53
Não informado	5	3,42
Investigador	3	2,05
Diretora	1	0,68
Total	146	100,00

Em relação à qualidade de preenchimento da ficha, a maioria (64,38%) possuía de cinco a oito itens não preenchidos (do total de 43 itens), 24,66% apresentaram mais do que oito itens dos 43, sem preenchimento e 10% delas foram consideradas mais completas com no máximo quatro itens sem preenchimento (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição de número de casos pela qualidade de preenchimento da ficha

Qualidade da Ficha	Nº de casos	%
I: 0-4 itens não preenchidos	16	10,96
II: 5-8 itens não preenchidos	94	64,38
III: Mais de 8 itens não preenchidos	36	24,66
Total	146	100,00

5.2 DADOS OBTIDOS NOS PRONTUÁRIOS

Em relação às notificações, considerando todos os casos, as unidades de saúde que mais notificaram casos foram: Centro de Especialidades Mecejana com 55 casos (28,06%), Hospital Coronel Mota com 35 casos (17,86%) e Unidade de Saúde Asa Branca com 16 casos (8,16%). As três unidades juntas somaram 54,08% do total. Os demais 90 casos (45,92%) foram notificados pelos 25 estabelecimentos de saúde restantes (Tabela 24). Importante salientar que entre estes, existe uma unidade que está cadastrada (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) e trata-se na verdade de um consultório particular que está habilitado a acompanhar e realizar PQT (Tabela 24 e Tabela 25)

Tabela 24 - Distribuição do número de casos por unidade de notificação

US de notificação	Nº de casos	%
CE Mecejana	55	28,06
HCM	35	17,86
Asa Branca	16	8,16
Equatorial	8	4,08
Hélio Campos II	7	3,57
Olenka	7	3,57
Consultório Particular	6	3,06
Lupércio Lima Ferreira	6	3,06
Raiar do Sol	6	3,06
Silvio Botelho	6	3,06
Silvio Leite	6	3,06
Alvorada	5	2,55
Jardim Primavera	5	2,55
Cambará	3	1,53
Cosme e Silva	3	1,53
São Vicente	3	1,53
31 de março	2	1,02
Aygara Motta Pereira	2	1,02
Caranã	2	1,02
Cinturão Verde	2	1,02
Hélio Campos I	2	1,02
Pricumã	2	1,02
Santa Luzia	2	1,02
Buritis	1	0,51
Délio Tupinanbá	1	0,51
HGR	1	0,51
PSF Mecejana	1	0,51
Santa Tereza	1	0,51
13 de setembro	0	0,00
NC	0	0,00
Total	196	100,00

Legenda: NC=não consta a informação, HCM=Hospital Coronel Mota, HGR=Hospital Geral de Roraima.

Considerando todos os casos, as unidades que mais diagnosticaram foram Centro de Especialidades Mecejana com 67 casos (34,18%), Hospital Coronel Mota com 60 casos (30,61%) e Unidade de Saúde Asa Branca com 13 casos (6,63%) (Tabela 25). Juntas somam 71,42% do total. Entre os demais casos, apenas três não contavam essa informação (1,57%). Sendo assim, 27,05% dos casos restantes (53) foram diagnosticados em 18 unidades de saúde (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição de casos por unidade do diagnóstico

US de diagnóstico	Número de casos	%
CE Mecejana	67	34,18
HCM	60	30,61
Asa Branca	13	6,63
Consultório Particular	7	3,57
Raiar do Sol	7	3,57
Equatorial	5	2,55
Alvorada	4	2,04
Hélio Campos II	4	2,04
Jardim Primavera	4	2,04
Silvio Botelho	4	2,04
São Vicente	3	1,53
Silvio Leite	3	1,53
NC	3	1,53
31 de março	2	1,02
Cambará	2	1,02
Délio Tupinanbá	2	1,02
13 de setembro	1	0,51
Cinturão Verde	1	0,51
Cosme e Silva	1	0,51
Hélio Campos I	1	0,51
Olenka	1	0,51
Pricumã	1	0,51
Aygara Motta Pereira	0	0,00
Buritis	0	0,00
Caranã	0	0,00
HGR	0	0,00
Lupércio Lima Ferreira	0	0,00
PSF Mecejana	0	0,00
Santa Luzia	0	0,00
Santa Tereza	0	0,00
Total	196	100,00

Legenda: NC=não consta a informação, HCM=Hospital Coronel Mota, HGR=Hospital Geral de Roraima.

Em relação ao acompanhamento dos casos, 36 casos (18,37%) foram reencaminhados para acompanhamento no interior, 16 casos (8,16%) foram acompanhados na Unidade de Saúde Asa Branca e 11 casos (5,61%) na Unidade de Saúde Raiar do Sol. Os restantes 128 casos (65,31%) foram acompanhados nas 27 unidades de saúde restante, exceto a Unidade de Saúde Lupércio Lima Ferreira

e o Hospital Geral de Roraima não acompanharam nenhum caso. Apenas cinco casos não tinham essa informação (Tabela 26).

Tabela 26 - Número de casos por unidade de acompanhamento

US de acompanhamento	Nº de casos	%
Interior	36	18,37
Asa Branca	16	8,16
Raiar do Sol	11	5,61
Hélio Campos II	10	5,10
Olenka	10	5,10
Silvio Botelho	9	4,59
Jardim Primavera	8	4,08
Silvio Leite	8	4,08
Buritis	7	3,57
Cosme e Silva	7	3,57
Equatorial	6	3,06
Santa Luzia	6	3,06
São Vicente	6	3,06
Cambará	5	2,55
Hélio Campos I	5	2,55
Santa Tereza	5	2,55
NC	5	2,55
Alvorada	4	2,04
Aygara Motta Pereira	4	2,04
CE Mecejana	4	2,04
Consultório Particular	4	2,04
HCM	3	1,53
PSF Mecejana	3	1,53
13 de setembro	2	1,02
Caranã	2	1,02
Délio Tupinanbá	2	1,02
outro estado	2	1,02
31 de março	1	0,51
Cinturão Verde	1	0,51
Pricumã	1	0,51
outro país	1	0,51
União	1	0,51
Pintolândia	1	0,51
HGR	0	0,00
Lupercio Lima Ferreira	0	0,00
Total	196	100,00

Legenda: NC=não consta a informação, HCM=Hospital Coronel Mota, HGR=Hospital Geral de Roraima.

As unidades que mais notificaram e diagnosticaram foi Centro de Especialidades Mecejana, Hospital Coronel Mota e Unidade de Saúde Asa Branca. Nas duas primeiras unidades de saúde, o número de diagnósticos é maior que o número de notificações, já na unidade de saúde Asa Branca, o número de notificações, acompanhamentos e diagnósticos são muito próximos. Em relação ao acompanhamento dos procedentes do interior, a maior parte (36 casos) foi reencaminhada para o interior. Em Boa Vista a unidade com maior número de acompanhamentos foi a Asa Branca com 16 casos acompanhados (Tabela 27; Figura 3).

Em relação aos casos notificados por unidades de saúde (Tabela 27), considerando apenas os procedentes de Boa Vista as três unidades de saúde que mais notificaram foram: o Centro de Especialidades Mecejana (27,45% dos casos), seguida pela Unidade de Saúde Asa Branca (9,8%) e Hospital Coronel Mota (com 7,84% dos casos). As três juntas somaram 45,09% do total de notificações. As 25 demais unidades de saúde notificaram os 54,91% restantes (Tabela 27).

Os diagnósticos foram feitos por: Centro de Especialidades Mecejana (35,29%), Hospital Coronel Mota (24,18 %) e Unidade de Saúde Asa Branca (7,84%). As três juntas somaram 67,31% do total de notificações. As 18 demais unidades de saúde restantes diagnosticaram 32,04%, pois um caso não continha essa informação (Tabela 27).

O acompanhamento, considerando apenas pacientes procedentes de Boa Vista, foi realizado predominantemente pelas unidades de saúde Asa Branca (10,46 %), Raiar do Sol (7,19%), Hélio Campos II (6,54%) e Olenka (6,54% dos casos). As quatro unidades foram responsáveis por 30,73% do total dos acompanhamentos (Tabela 27)

Por sua vez o Centro de Especialidades Mecejana e Hospital Coronel Mota, unidades de referência, acompanharam apenas 1,96% e 1,31% dos casos respectivamente (Tabela 27).

Em relação aos casos notificados, diagnosticados e acompanhados por unidade de saúde, considerando apenas os procedentes de Boa Vista: o Centro de Especialidades Mecejana, Unidade de Saúde Asa Branca e Hospital Coronel Mota, foram os que mais diagnosticaram e notificaram casos. Em relação ao

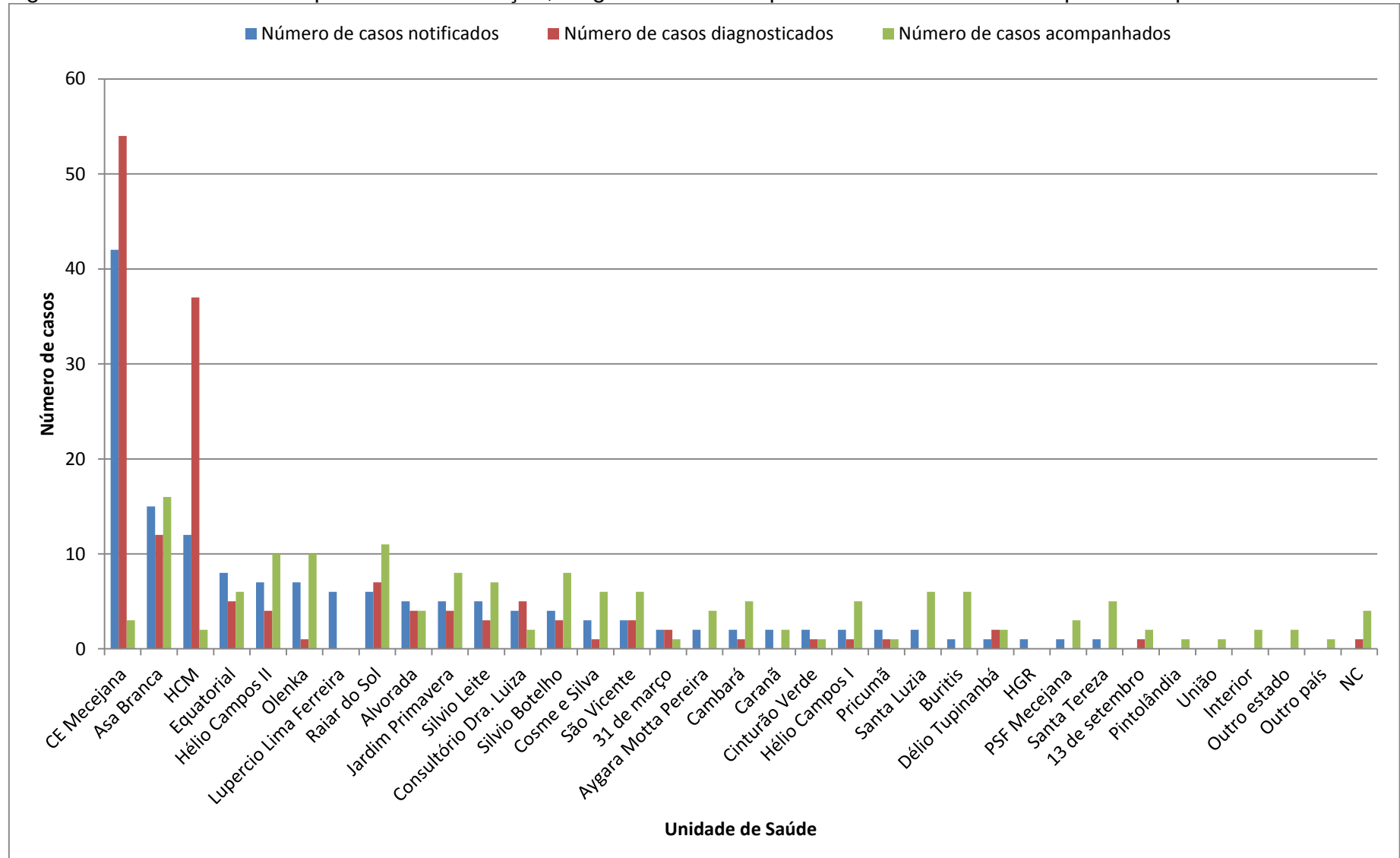
acompanhamento, as unidades que mais se destacaram foram a Asa Branca, Hélio Campos II e Olenka (Tabela 27).

Tabela 27 - Número de casos notificados/diagnosticados/acompanhados por unidade de saúde.

US	CN	%	CD	%	CA	%
CE Mecejana	55	43,65	67	53,17	4	3,17
HCM	35	35,71	60	61,22	3	3,06
Asa Branca	16	35,56	13	28,89	16	35,56
Equatorial	8	42,11	5	26,30	6	31,58
Hélio Campos II	7	33,33	4	19,05	10	47,62
Olenka	7	38,89	1	5,56	10	55,56
Raiar do Sol	6	25,00	7	29,17	11	45,83
Silvio Botelho	6	31,58	4	21,05	9	47,37
Silvio Leite	6	35,29	3	17,6	8	47,06
Consultório Part.	6	35,29	7	41,18	4	23,53
Lupercio L. Ferreira	6	100,00	0	0,00	0	0,00
Jardim Primavera	5	29,41	4	23,53	8	47,06
Alvorada	5	38,46	4	30,77	4	30,77
Cosme e Silva	3	27,27	1	9,09	7	63,64
São Vicente	3	25,00	3	25,00	6	50,00
Cambará	3	30,00	2	20,00	5	50,00
Santa Luzia	2	25,00	0	0,00	6	75,00
Hélio Campos I	2	25,00	1	12,50	5	62,50
Aygara Motta Pereira	2	33,33	0	0,00	4	66,67
Caranã	2	50,00	0	0,00	2	50,00
31 de Março	2	40,00	2	40,00	1	20,00
Cinturão Verde	2	50,00	1	25,00	1	25,00
Pricumã	2	50,00	1	25,00	1	25,00
Buritis	1	12,50	0	0,00	7	87,50
Santa Tereza	1	16,67	0	0,00	5	83,33
PSF Mecejana	1	25,00	0	0,00	3	75,00
Délio Tupinanbá	1	20,00	2	40,00	2	40,00
HGR	1	100,00	0	0,00	0	0,00
Interior	0	0,00	0	0,00	36	100,00
13 de setembro	0	0,00	1	33,33	2	66,67
outro estado	0	0,00	0	0,00	2	100,00
outro país	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Pintolândia	0	0,00	0	0,00	1	100,00
União	0	0,00	0	0,00	1	100,00
NC	0	0,00	3	37,50	5	62,50
Total	196		196		196	

Legenda: US=unidade de saúde, CN=casos notificados, CD=casos diagnosticados, CA=Casos acompanhados, NC=não consta.

Figura 3 - Número de casos por US de notificação, diagnóstico e acompanhamento considerando pacientes procedentes BV.



Considerando apenas pacientes procedentes de Boa Vista, as idades variaram entre 6 e 94 anos (Tabela 28). A idade média dos indivíduos foi de 40,56 anos, com desvio padrão de 17,86 e coeficiente de variação de 44,03%. A faixa de idade com maior número de casos foi de 26 a 30 anos com 12,42% do total (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição de casos procedentes de Boa Vista em relação a idade

Idade	Nº de casos	%
5 a 10	5	3,27
11 a 15	5	3,27
16 a 20	10	6,54
21 a 25	15	9,80
26 a 30	19	12,42
31 a 35	13	8,50
36 a 40	11	7,19
41 a 45	13	8,50
46 a 50	14	9,15
51 a 55	14	9,15
56 a 60	11	7,19
61 a 65	11	7,19
66 a 70	6	3,92
71 a 75	2	1,31
76 a 80	3	1,96
81 a 85	0	0,00
86 a 90	0	0,00
91 a 95	1	0,65
Total	153	100,00

Em relação aos bairros de procedência (Tabela 29), quando se considera apenas pacientes de Boa Vista, a maior parte dos casos foi procedente dos bairros: Senador Hélio Campos 13,73% e Asa Branca 7,19%.

Quando são considerados todos os casos, incluindo os procedentes do interior, os mesmos bairros apresentam da mesma forma as maiores procedências. Os demais 40 bairros tiveram todos menos de oito casos cada (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição de casos por procedência (incluindo todos os casos)

Procedência	Nº de casos	%
Senador Hélio Campos	22	11,22
Asa Branca	11	5,61
Mucajaí	8	4,08
Caroebe	7	3,57
Alvorada	6	3,06
Cantá	6	3,06
Caracaraí	6	3,06
Dr. Silvio Leite	6	3,06
Silvio Botelho	6	3,06
Aparecida	5	2,55
Equatorial	5	2,55
Pintolandia	5	2,55
Santa Tereza II	5	2,55
São Vicente	5	2,55
Amajari	4	2,04
Bela Vista	4	2,04
Bonfim	4	2,04
Buritis	4	2,04
Conjunto Cidadão	4	2,04
Raiar do Sol	4	2,04
Santa Luzia	4	2,04
Santa Tereza	4	2,04
Caimbé	3	1,53
Caranã	3	1,53
Cidade Satelite	3	1,53
Iracema	3	1,53
Jd. Primavera	3	1,53
Joquei Clube	3	1,53
Liberdade	3	1,53
Pacaraima	3	1,53
Rorainópolis	3	1,53
São João da Baliza	3	1,53
Calungá	2	1,02
Canaã	2	1,02
Jd. Floresta	2	1,02
Mecejana	2	1,02
Nova Cidade	2	1,02
Paraviana	2	1,02
Pricumã	2	1,02
São Bento	2	1,02

Continua

Conclusão Tabela 30 - Distribuição de casos por procedência (incluindo todos os casos)

São Luiz do Anauá	2	1,02
Tancredo Neves	2	1,02
Araceles	1	0,51
Caimbé II	1	0,51
Cambará	1	0,51
Cidade Jardim	1	0,51
Cinturão Verde	1	0,51
Jd. Olimpico	1	0,51
Olenka	1	0,51
São Francisco	1	0,51
Silvio Leite	1	0,51
Tancredo Neves II	1	0,51
União	1	0,51
Total	196	100,00

Em relação ao tempo de moradia, considerando apenas pacientes procedentes de Boa Vista, as maior concentrações de casos ou vivia há menos de 1 ano (3,92%) ou de 6 a 10 anos no local de residência (3,92%) (Tabela 31). Estes achados podem não ser significativos, uma vez que este dado não constou em 62,09% dos prontuários avaliados e não foi acessível em 20,91% deles.

Tabela 31 - Distribuição de casos procedentes de Boa Vista em relação ao tempo de moradia

Tempo de moradia (anos)	Nº de casos	%
<1 ano	6	3,92
1 a 5 anos	3	1,96
6 a 10 anos	6	3,92
11 a 15 anos	3	1,96
16 a 20 anos	4	2,61
21 a 25 anos	2	1,31
26 a 30 anos	1	0,65
31 a 35 anos	1	0,65
I	3	1,96
NC	95	62,09
OE	2	1,31
OP	1	0,65
PNA	3	1,96
PNE	23	15,03
Total	153	100,00

Legenda: I=interior, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Em relação à naturalidade dos pacientes, a maior parte era maranhense (22,45%), seguidos dos roraimenses (11,73%) e paraenses (6,12%). Considerando apenas os prontuários em que as informações sobre os estados brasileiros de procedência puderam ser encontradas: 42,31% eram maranhenses, roraimenses 21,12% e paraenses 11,54% (Tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição de casos em relação à naturalidade

Naturalidade	Nº de casos	%
MA	44	22,45
NC	39	19,90
I	28	14,29
RR	23	11,73
PNE	17	8,67
PA	12	6,12
PNA	5	2,55
CE	4	2,04
MG	4	2,04
AM	3	1,53
TO	3	1,53
PB	2	1,02
PI	2	1,02
RN	2	1,02
SC	2	1,02
OE	2	1,02
BA	1	0,51
MS	1	0,51
RO	1	0,51
Venezuela	1	0,51
Total	196	100,00

Legenda: NC=informação não consta no prontuário, I=interior, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado.

Em relação ao nível de atenção em que o diagnóstico foi realizado, a maior parte deles ocorreu no nível de atenção secundário (64,71%). Apenas 33,33% dos casos foram diagnosticados no nível de atenção primário (Tabela 33).

Tabela 33 - Distribuição de casos em relação ao nível de atenção em que o diagnóstico foi realizado

Nível de atenção onde foi realizado o diagnóstico	Nº de casos	%
Secundário	99	64,71
Primário	51	33,33
Terciário	3	1,96
Total	153	100,00

Em relação ao modo de entrada (Tabela 34), considerando apenas pacientes de Boa Vista, a maior parte deles (41,18%) foram transferidos. Casos novos foram 33,99% dos casos. Houve apenas dois casos de recidiva relatados (1,31%), diferente do dado informado pela fichas do Sinan. Em 21,57% dos casos as anotações foram consideradas equivocadas, pois casos de transferência foram denominados novos.

Tabela 34 - Distribuição do número de casos em relação ao modo de entrada

Modo de entrada	Nº de casos	%
Transferência	63	41,18
Caso novo	52	33,99
Recidiva	2	1,31
Anotação equivocada	33	21,57
PNA	3	1,96
Total	153	100,00

Legenda: Anotação equivocada=Casos registrados como casos novos que na verdade eram casos transferidos, PNA=prontuário não acessível.

Considerando todos os casos, inclusive os procedentes do interior, 20,92% deles foram transferidos para outros municípios após o diagnóstico (Tabela 35). Dos 43 pacientes do interior, 40 foram reencaminhados para seus municípios de origem (93,02%) (Tabela 36).

Tabela 35 - Distribuição do número de casos associados ou não a transferência municipal

Transferência Município	Nº de casos	%
Não	149	76,02
Sim	41	20,92
OE	2	1,02
PNA	2	1,02
OP	1	0,51
PNE	1	0,51
Total	196	100,00

Legenda: OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OP=paciente transferido para outro país, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Tabela 36 - Distribuição do número de casos dos pacientes do interior por transferência municipal

Transferência de município	Nº de casos	%
Sim	40	93,02
Não	1	2,33
OP	1	2,33
PNA	1	2,33
Total	43	100,00

Legenda: OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular).

Em relação à transferência das unidades de referência para a atenção básica, considerando apenas pacientes residentes em Boa Vista, 62,75% dos casos foram transferidos (Tabela 37). Quando são considerados apenas pacientes de Boa Vista, a amostra considerada passa a ser então de 153 pacientes.

Tabela 37 - Número de casos de Boa Vista procedentes das unidades de referência para atenção básica

Transferência UB	Número de casos	%
Sim	96	62,75
Não	50	32,68
OE	2	1,31
PNA	1	0,65
PNE	1	0,65
NC	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=não consta, OP=paciente transferido para outro país

Dos pacientes residentes em Boa Vista 63,40% foram avaliados em serviços de referência (atenção secundária), destes, 38,56% no Centro de Especialidades Mecejana (municipal) e 24,84% no Hospital Coronel Mota (estadual) (Tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição do número de casos de pacientes procedentes de Boa Vista avaliados no serviço de referência

Avaliação secundária	Nº de casos	%
Sim M	59	38,56
Não	52	33,99
Sim H	27	24,84
PNA	4	2,61
Total	153	100,00

Sim M=Centro de Especialidades Mecejana, Sim H=Hospital Coronel Mota; PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular).

Em relação aos "Boletins de acompanhamento de hanseníase", quando considerados apenas os pacientes procedentes de Boa Vista, 94,77% dos pacientes foram acompanhados por unidades de saúde que enviavam os boletins mensais de acompanhamento à Coordenação Municipal de Hanseníase (Tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição do numero de casos relativos a presença ou não de boletins de acompanhamento

Boletins	Nº de casos	%
Sim	145	94,77
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OE	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país.

A maioria dos pacientes não apresentou acometimento neural (36,99%). Acometimento de um nervo ocorreu em 8,90% e dos nervos em 9,59% dos casos. Cerca de 30% dos pacientes tinham pelo menos um nervo acometido. Importante salientar o fato de existir pacientes com diversos nervos acometidos: com três ou mais nervos acometidos foram 21 casos ou 14,36% dos casos notificados.

. Em 30,14% dos prontuários, esta informação não estava presente (Tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição do número de casos por número de nervos afetados

Nº de nervos afetados	Nº de casos	%
0	54	36,99
1	13	8,90
2	14	9,59
3	10	6,85
4	5	3,42
5	2	1,37
6	1	0,68
7	1	0,68
8	1	0,68
9	1	0,68
Não informado	44	30,14
Total	146	100,00

Em 54,25% dos prontuários as queixas dos pacientes estavam descritas. Mas não foi possível ter acesso aos dados em 23,53% dos casos (Tabela 41).

Tabela 41 - Distribuição do número de casos em relação à presença de queixas descritas no prontuário

Queixa	Nº de casos	%
Sim	83	54,25
Não	34	22,22
PNE	27	17,65
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Os 83 indivíduos (54,25%) que possuíam a queixa descrita no prontuário, foram analisados em relação ao tipo de queixa da seguinte forma: a maior parte deles referiu alteração de sensibilidade e manchas (não especificadas). Importante lembrar que nesta análise, os mesmos pacientes podem ter referido mais de um tipo de queixa (Tabela 42).

Tabela 42 - Distribuição de pacientes com queixa pelo tipo de queixa

	M	%	MV	%	AS	%	DN	%	N	%
Não	38	45,78	71	85,54	31	37,35	71	85,54	78	93,98
Sim	45	54,22	11	13,25	51	61,45	11	13,25	4	4,82
NP	0	0,00	1	1,20	1	1,20	1	1,20	1	1,20
TOTAL	83	100,00	83	100,00	83	100,00	83	100,00	83	100,00

Legenda: M=número de casos com manchas, MV=número de casos com manchas vermelhas, AS=Alteração de sensibilidade, DN=dores nos nervos, N=Nódulos, NP=não procede.

“Dezesseis desses pacientes apresentaram outras queixas que estão apresentadas a seguir: as mais frequentes foram ‘dormência” nos MMII com 31,25% dos casos e dores articulares com 18,75% deles (Tabela 43).

Tabela 43 - Distribuição dos pacientes com queixas menos frequentes

Queixa	Nº de casos	%
Dormência nos MMII	5	31,25
Dores articulares	3	18,75
Inchaço	2	12,50
Atrofia muscular	1	6,25
Dores MMII	1	6,25
Edema MMII	1	6,25
Mãos garra	1	6,25
Nariz entupido	1	6,25
Queimação MMII	1	6,25
Total	16	100,00

Legenda: MMII=Membros inferiores.

Em relação à presença nos prontuários sobre contatos prévios com outros pacientes hansenianos ou não: a informação estava presente em apenas 13,07%

dos prontuários. Não foi questionada em 64,71% e foi inacessível em 22,22% deles. Quando a informação sobre contato ou não estava presente no prontuário 80% referia que haviam tido contato prévio com outro paciente hanseniano (Tabela 44).

Tabela 44 - Distribuição do número de casos de acordo com a presença de contato com paciente hanseniano

Contato MH	Nº de casos	%
NQ	99	64,71
PNE	24	15,69
Sim	16	10,46
Não	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NP	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: NQ=não questionado, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, NP=não precede, OP=paciente transferido para outro país.

Dos 16 casos que tiveram contato com MH, os graus de parentesco mais frequentes dos contatos foram: irmão (31,25%) e pai (18,75%) (Tabela 45).

Tabela 45 - Distribuição de número de casos por grau de parentesco do contato

Parentesco	Nº de casos	%
Irmão	5	31,25
NC	5	31,25
Pai	3	18,75
Esposo	1	6,25
Filho	1	6,25
Mãe	1	6,25
Total	16	100,00

Legenda: NC=não consta

Em relação ao antecedente de contato com pacientes hansenianos nos prontuários do nível de atenção secundário: em 15,31% houve referência de contato e 14,29% deles negaram contato. A informação não foi questionada em 65,31% dos

prontuários. Houve casos de um paciente presidiário e outro garimpeiro, cujos contatos não foram avaliados (Tabela 46).

Tabela 46 - Distribuição do número de casos pela presença de contato ou não avaliados no serviço de referência

Contato com MH (secundário)	Nº de casos	%
Sim	15	15,31
Não	14	14,29
NQ	64	65,31
OP	1	1,02
Presidiário	1	1,02
Garimpeiro	1	1,02
Total	98	100,00

Legenda: NQ=informação, OP=paciente transferido para outro país.

Dos 15 pacientes do nível de atenção secundário que tiveram contato com hanseníase, apenas sete tinham a informação sobre o grau de parentesco do contato. Neste caso, a mãe foi o grau de parentesco mais frequente.

Tabela 47 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência pelo grau de parentesco dos contatos

Parentesco	Nº de casos	%
Mãe	3	42,86
Irmão	2	28,57
Esposo	1	14,29
Total	7	100,00

Dos 117 prontuários de pacientes procedentes de Boa Vista disponíveis, 68,63% deles não possuíam informações descritas sobre o exame físico geral (Tabela 48).

Dentre os pacientes procedentes de Boa Vista, considerando o tempo referido na queixa principal entre o início dos sintomas até o diagnóstico, em torno de 25,49% dos pacientes levaram até um ano para serem diagnosticados. Destes, em torno de 15,03% levaram menos de seis meses. Em 45,75% dos prontuários este dado não estava presente e foi inacessível em 15,67% deles (Tabela 48).

Considerando apenas os prontuários que dispunham desta informação, 67,25% dos casos foram diagnosticados em até um ano. Destes, 39,66% em até seis meses. Importante é o fato de 8, 26% dos casos levarem mais do que cinco anos para serem diagnosticados (Tabela 48).

Tabela 48 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de exame físico geral

Exame físico geral	Nº de casos	%
Não	105	68,63
PNE	27	17,65
Sim	12	7,84
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Tabela 49 - Distribuição do número de casos pelo tempo de início dos sintomas até o diagnóstico referido na queixa principal.

Tempo Sintomas (meses)	Nº de casos	%
<1 a 6	23	15,03
7 a 12	16	10,46
13 a 18	0	0,00
19 a 24	6	3,92
25 a 30	0	0,00
31 a 36	3	1,96
37 a 42	0	0,00
43 a 48	2	1,31
49 a 54	0	0,00
55 a 60	3	1,96
mais que 60	5	3,27
I	1	0,65
NC	70	45,75
OE	2	1,30
OP	1	0,65
PNA	3	1,96
PNE	18	11,76
Total	153	100,00

Legenda: I=interior, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Considerando os exames complementares básicos (hemograma, dosagem de transaminases, dosagens de uréia e creatinina, exame de urina tipo I, protoparasitológico de fezes): em 71,24% dos prontuários estavam presentes de forma parcial (pelo menos um dos exames considerados), em 3,27% deles havia a presença de todos os exames, e em 11,11% não havia nenhum dos exames citados. Em 14,38% dos casos os dados não foram disponíveis (Tabela 50).

Tabela 50 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de exames complementares

Exames Complementares	Nº de casos	%
Parcialmente	109	71,24
Não	17	11,11
PNE	16	10,46
Sim	5	3,27
PNA	3	1,96
OE	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país.

Em relação aos exames básicos, os mais frequentemente pedidos foram: hemograma e exames de função renal (dosagens de uréia e creatinina). A biopsia só foi realizada em 7,19% dos casos e o Mitsuda, que possui apenas valor prognóstico, não foi realizado em nenhum caso (Tabela 51).

A baciloscopia foi realizada em 74,51% dos casos. Sendo negativa em 48,37% delas. Em 13,07% dos prontuários avaliados esta informação não constava e em 12,42% dos casos foi inacessível (Tabela 52).

Não foi possível determinar o tempo entre o início das queixas e a primeira avaliação médica dos pacientes procedentes de Boa Vista em 50,33% dos prontuários. Em apenas 37,25% deles foi possível calcular este período. Destes, em

11,76% o período encontrado foi de até seis meses e em 11,11% de sete a 12 meses. Aproximadamente 25% dos pacientes tinham queixas há mais de 6 meses. Em 12,42% dos prontuários este dado foi inacessível (Tabela 53).

Tabela 51 - Distribuição de frequência de exames complementares

	Hemograma		Função Hepática		Função renal		Exame de fezes		Biópsia		Mitsuda	
		%		%		%		%		%		%
Sim	30	19,61	20	13,07	21	13,73	8	5,23	11	7,19	0	0,00
Não	87	56,86	97	63,40	96	62,75	109	71,24	113	73,86	122	79,74
OP	1	0,65	1	0,65	1	0,65	1	0,65	1	0,65	1	0,65
I	2	1,31	2	1,31	2	1,31	2	1,31	1	0,65	2	1,31
OE	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96
PNA	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96	3	1,96
PNE	27	17,65	27	17,65	27	17,65	27	17,65	21	13,73	22	14,38
Total	153	100,00	153	100,0	153	100,00	153	100,00	153	100,00	153	100,00

Legenda - OP=paciente transferido para outro país, I=interior, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Tabela 52 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de baciloscopia.

Baciloscopia	Nº de casos	%
Negativa	74	48,37
Positiva	40	26,14
NC	20	13,07
PNE	14	9,15
PNA	3	1,96
OE	2	1,31
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado.

Tabela 53 - Distribuição do número de casos por tempo de início das queixas calculado pelos dados do prontuário.

Tempo de Queixas sint./meses	Nº de casos	%
até 6	18	11,76
7 a 12	17	11,11
13 a 24	5	3,27
25 a 36	6	3,92
37 a 48	4	2,61
49 a 60	2	1,31
61 a 72	2	1,31
73 a 84	1	0,65
mais de 85	2	1,31
NC	77	50,33
OE	2	1,31
PNA	3	1,96
PNE	14	9,15
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas,

Quando se avaliou o tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento, em 58,82% dos casos este período foi de até seis meses. Esta informação não constou em 22,88% dos prontuários e foi inacessível em 12,42% deles (Tabela 54).

Tabela 54 - Distribuição do número de casos por tempo decorrido entre a primeira avaliação e o início do tratamento

Tempo 1ª Av./Tratamento	Nº de casos	%
até 6	90	58,82
7 a 12	6	3,92
13 a 18	1	0,65
19 a 24	1	0,65
25 a 30	1	0,65
NC	35	22,88
OE	2	1,31
PNA	3	1,96
PNE	14	9,15
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Em 52,94% dos prontuários havia presença do exame dermatológico descrito no prontuário. Este dado foi inacessível em 24,18% dos casos (Tabela 55).

Tabela 55 - Distribuição do número de casos pela presença de exame dermatológico

Exame Dermatológico	Nº de casos	%
SIM	81	52,94
NÃO	35	22,88
PNE	27	17,65
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NC	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, NC=informação não consta no prontuário, OP=paciente transferido para outro país.

Os sinais e sintomas mais encontrados foram: perda de sensibilidade em 71,60% e manchas em 66,67% dos casos. Importante lembrar que estes achados podem estar sobrepostos em um mesmo paciente.

Tabela 56 - Distribuição do número de casos pelo tipo de sintoma.

	M	%	MV	%	N	%	DN	%	PS	%
N	27	33,33	67	82,72	73	90,12	75	92,59	23	28,40
S	54	66,67	14	17,28	8	9,88	6	7,41	58	71,60
	81	100,00	81	100,00	81	100,00	81	100,00	81	100,00

Legenda: N=não, S=sim, M=mancha, MV=manchas vermelhas, N=Nódulos, DN=dores nos nervos, PS=perda de sensibilidade.

Em 48,28% dos prontuários onde constava a perda de sensibilidade no exame dermatológico, esta não foi especificada. Em aproximadamente 50% dos casos houve perda da sensibilidade térmica, sendo 18,97% perda das sensibilidades térmica e dolorosa simultaneamente e em 15,52% perda das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil (Tabela 57).

Tabela 57 - Distribuição do número de casos com perda de sensibilidade pelo tipo de sensibilidade perdida

Sensibilidade perdida	Nº de casos	%
NC	28	48,28
Térmica/dolorosa	11	18,97
Térmica	9	15,52
Térmica/dolorosa/tátil	9	15,52
Tátil	1	1,72
Total	58	100,00

Legenda: NC=Não consta

Outros sinais e sintomas observados no exame dermatológico não foram relatados em 82,72% dos prontuários. Por ordem de frequência apareceram: mãos em garra, infiltração da pele. Os demais apresentaram a mesma frequência de 1,23% (Tabela 58).

Em relação ao número de lesões, 37,25% dos pacientes possuíam até cinco lesões. Em aproximadamente 70,58% dos prontuários, este dado foi encontrado. Não constou em 16,34% deles e foi inacessível em 13,07% (Tabela 59).

Tabela 58 - Distribuição do número de casos por outros sinais e sintomas

Outros	Nº de casos	%
Não relatados	67	82,72
Mãos em garra	3	3,70
Infiltração	2	2,47
Parestesia	2	2,46
Atrofia	1	1,23
Atrofia mão	1	1,23
Edema MMII	1	1,23
Entupimento nasal	1	1,23
Infiltração difusa	1	1,23
Úlcera tornozelo D	1	1,23
Úlceras e alopecia	1	1,23
Total	81	100,00

Legenda: MMII=membros inferiores

Tabela 59 - Distribuição do número de casos pelos números de lesões

Nº de lesões	Nº de casos	%
1 a 5	57	37,25
6 a 10	25	16,34
11 a 15	5	3,27
16 a 20	4	2,61
21 a 25	0	0,00
26 a 30	5	3,27
31 a 35	0	0,00
36 a 40	0	0,00
41 a 45	0	0,00
46 a 50	10	6,54
>50	2	1,31
NC	25	16,34
OE	2	1,31
PNA	3	1,96
PNE	15	9,80
Total	153	100,00

Legenda: NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Houve registro sobre o comprometimento neural em 47,71% dos prontuários. Porém, em 39,22% dos prontuários, esta informação não constava. Não houve acesso a 13,07% deles. Em 12,42% dos casos não havia comprometimento nervoso e em 35,29% deles houve pelo menos um tronco nervoso acometido (Tabela 60).

Tabela 60 - Distribuição do número de casos pela presença de nervos comprometidos

Nº nervos comprometidos	Nº de casos	%
0	19	12,42
1	18	11,76
2	18	11,76
3	10	6,54
4	7	4,58
8	1	0,65
NC	60	39,22
OE	2	1,31
PNA	3	1,96
PNE	15	9,80
Total	153	100,00

Legenda: NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Quanto ao exame neurológico e sua descrição no prontuário, foi realizado em apenas 32,68% dos casos e não realizado em 42,48% deles. Estes valores podem ser maiores, uma vez que 24,83% dos prontuários não foram acessíveis. (Tabela 61).

Tabela 61 - Distribuição do número de casos pela realização ou não do exame neurológico

Exame Neurológico	Nº de casos	%
não	65	42,48
sim	50	32,68
PNE	28	18,30
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NC	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular),

I=interior, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país.

Em relação à classificação operacional dos pacientes, 62,09% foram classificados como multibacilares pelas anotações dos prontuários (Tabela 62).

Tabela 62 - Distribuição do número de casos por classificação operacional

Classificação Operacional	Nº de casos	%
Multibacilar	95	62,09
Paucibacilar	58	37,91
Total	153	100,00

Avaliando a forma clínica, a mais frequente foi a forma dimorfa (50,98%). Apenas 13,73% apresentaram a forma inicial da doença, a hanseníase indeterminada (Tabela 63).

Tabela 63 - Distribuição do número de casos por forma clínica

Forma Clínica	Número de casos	%
MHD	78	50,98
MHI	21	13,73
MHT	34	22,22
MHV	15	9,80
NC	5	3,27
Total	153	100,00

Legenda: MHD=moléstia de Hanseníase dimorfa, MHI=moléstia de Hanseníase indeterminada, MHT=moléstia de Hanseníase tuberculóide, MHV=moléstia de Hanseníase wircioviana, NC=dado não consta no prontuário.

Houve compatibilidade entre a classificação operacional e o exame descrito nos prontuários em 35,95% dos casos. Em pelo menos 37,25% não havia dados de exame que permitissem avaliar esta compatibilidade. Houve incompatibilidade entre os dados de exame e a classificação em 4 casos (2,61%) e o dado foi inacessível em 24,18% dos casos (Tabela 64).

Tabela 64 - Distribuição do número de casos pela compatibilidade ou não entre exame físico e classificação operacional

Classificação Operacional compatível	Nº de casos	%
Exame físico não descrito	57	37,25
Sim	55	35,95
PNE	28	18,30
Não	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior,, OP=paciente transferido para outro país.

Houve avaliação na primeira consulta sobre o grau de incapacidade em 70,59% dos casos. Este dado foi inacessível em 15,03 % deles (Tabela 65).

Tabela 65 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliação do grau de incapacidade na primeira consulta

Avaliação Grau de Incapacidade. 1ª Consulta	Nº de casos	%
sim	108	70,59
não	22	14,38
PNE	17	11,11
PNA	3	1,96
OE	2	1,31
I	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado, I=interior.

Considerando os 108 pacientes avaliados na primeira consulta, o nível de avaliação foi o seguinte: 70,37% dos pacientes fizeram a avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico nos serviços de atenção secundários (Tabela 66).

Tabela 66 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por nível de avaliação

Nível de avaliação	Nº de casos	%
Secundário	76	70,37
Primário	31	28,70
NC	1	0,93
Total	108	100,00

Legenda: NC=não consta

Considerando os 108 pacientes avaliados, quanto ao grau de incapacidade encontrada na primeira consulta: em 45,37% dos casos não foram encontradas incapacidades, em 54,63% dos casos foi encontrada algum grau de incapacidade. Destes, 38,89% apresentaram grau 1 de incapacidade e 13,89% grau 2 (Tabela 67).

Tabela 67 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por grau de incapacidade

GI 1ª consulta	Nº de casos	%
0	49	45,37
1	42	38,89
2	15	13,89
3	1	0,93
NC	1	0,93
Total	108	100,00

Legenda: NC=não consta

Considerando os mesmos 108 pacientes avaliados, os locais mais frequentemente acometidos foram os membros inferiores em 17,59% dos casos. Em 21,30% dos prontuários esta informação não estava presente (Tabela 68).

Em relação ao grau de incapacidade fornecida pela SMSA: em 39,22% não foi encontrada qualquer incapacidade (Tabela 69). Pelo menos em 30,07% foi descrito algum grau de incapacidade, sendo 22,88% grau 1 e 7,19% grau 2. Estas frequências podem ser maiores tendo em vista que em 30,72% dos casos, estes dados não foram acessíveis.

Tabela 68 - Distribuição do número de casos avaliados na primeira consulta quanto ao grau de incapacidade por local de acometimento

Locais acometidos	Nº de casos	%
nenhum	48	44,44
NC	23	21,30
MMII	19	17,59
MSD	4	3,70
MMSS/MMII	3	2,78
MSD/MMII	3	2,78
MMSS	2	1,85
olhos	2	1,85
MID	1	0,93
MSD/MID	1	0,93
olhos/MMII	1	0,93
não realizado	1	0,93
Total	108	100,00

Legenda: NC=não consta MMII=membros inferiores, MSD=membro superior direito, MMSS=membros superiores, MID=membro inferior direito.

Tabela 69 - Distribuição do número de casos por grau de incapacidade informado pela SMSA.

Grau de Incapacidade		
Sensa	Nº de casos	%
0	60	39,22
1	35	22,88
NC	32	20,92
NA	14	9,15
2	11	7,19
OE	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta, NA=não avaliado, OE=paciente transferido para outro estado=outro estado.

Em relação à presença ou não de ficha de aprazamento preenchida no prontuário: em 14,38% não foram preenchidas. Em 58,82% foram preenchidas de forma completa. Uma delas foi preenchida de forma incompleta, em 2,61% dos prontuários havia as fichas, porém não estavam preenchidas. Em 23,53% dos casos esta informação foi inacessível (Tabela 70).

Tabela 70 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de ficha de aprazamento

Ficha de Aprazamento	Nº de casos	%
sim	90	58,82
PNE	26	16,99
não	22	14,38
PNA	4	2,61
sim, mas não preenchida	4	2,61
OE	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
sim, mas incompleta	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado, I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Em relação ao esquema poliquimioterápico indicado: em 44,44% dos casos foi indicado o esquema de 12 doses/multibacilar e em 28,76% o esquema de seis doses/paucibacilar. Em 1,96% dos casos não constou o esquema indicado e em 24,18% dos casos, esta informação foi inacessível (Tabela 71).

Tabela 71 - Distribuição do número de casos por esquema indicado

Esquema Indicado	Nº de casos	%
multibacilar	68	44,44
paucibacilar	44	28,76
PNE	27	17,65
NC	3	1,96
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
anotação equivocada	1	0,65
NP	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, NP=informação não procede, OP=paciente transferido para outro país.

Em relação ao número de doses recebidas pelos pacientes de Boa Vista, para os 44 pacientes classificados como paucibacilares: 11,36% receberam menos que 6 doses, a maioria (84,09%) recebeu o número de doses adequado e 4,55% receberam mais do que 6 doses (Tabela 72).

Tabela 72 - Distribuição do número de casos paucibacilares por número de doses recebidas

Nº de doses	Nº de casos	%
Menos de 6	5	11,36
6	37	84,09
Mais que 6	2	4,55
Total	44	100,00

Para os 68 pacientes em esquema multibacilar, 72,06% receberam as 12 doses, 17,65% necessitaram de mais doses e 10,29% receberam menos de 12 doses (Tabela 73).

Tabela 73 - Distribuição do número de casos multibacilares por número de doses recebidas

Nº de doses	Nº de casos	%
Menos que 12	12	17,65
12	49	72,06
Mais que 12	7	10,29
Total	68	100,00

Quando se considera o período em que as doses foram administradas: para os paucibacilares, 56,91% dos pacientes receberam as doses dentro de período de 6 meses. Para os multibacilares, 45,59% deles receberam as 12 doses no período de um ano (Tabela 74; Tabela 75).

Tabela 74 - Distribuição do número de casos paucibacilares por período e que as doses foram recebidas

Período de Doses	Nº de casos	%
Menos de 6	9	20,45
6	25	56,82
Mais de 6	7	15,91
NC	3	6,82
Total	44	100,00

Legenda: NC=não consta

Tabela 75 - Distribuição do número de casos multibacilares por período e que as doses foram recebidas

Período de Doses	Nº de casos	%
Menos de 12	20	29,41
12	31	45,59
Mais de 12	16	23,53
NC	1	1,47
Total	68	100,00

Legenda: NC=não consta

Em relação ao término da poliquimioterapia no período adequado, 45,74% dos casos concluíram a PQT no prazo preconizado. Em 22,88% dos casos o tempo foi considerado inadequado. Este dado não constou em 7,84% dos prontuários e 24,53% deles foram inacessíveis, ou seja, não foram obtidos em 32,37% dos casos (Tabela 76).

Tabela 76 - Distribuição do número de casos por término do tratamento no período adequado ou não

Término no período adequado	Nº de casos	%
sim	69	45,10
não	35	22,88
PNE	27	17,65
NC	12	7,84
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NP	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, NP=informação não procede, OP=paciente transferido para outro país.

Apenas 5,23% dos casos permaneceram ainda em acompanhamento após o fim da PQT. Esta informação não foi acessível em 26,79% dos casos (Tabela 77)

Tabela 77 - Distribuição do número de casos por acompanhamento atual ou não

Em acompanhamento ainda	Nº de casos	%
não	104	67,97
PNE	27	17,65
sim	8	5,23
NC	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NP	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular) I=interior, NP=questão não procede, OP=paciente transferido para outro país.

Em relação à avaliação mensal no retorno dos pacientes, 67,32% foram avaliados mensalmente pelo menos por um profissional da área de saúde. Este número pode ser maior tendo em vista que este dado foi indisponível em 26,8 % dos prontuários (Tabela 78).

Tabela 78 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliações mensais

Avaliações Mensais	Nº de casos	%
sim	103	67,32
PNE	27	17,65
não	9	5,88
NC	5	3,27
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

A maior parte dos casos foi avaliada por médicos e enfermeiros alternadamente (24,84%) e em segundo lugar enfermeiros e técnicos. Estes números podem ser maiores, pois em 28,75% dos casos os prontuários foram inacessíveis (Tabela 79).

Tabela 79 - Distribuição do número de casos por profissional avaliador

Profissional Avaliador	Nº de casos	%
ME	38	24,84
PNE	27	17,65
ET	16	10,46
E	15	9,80
M	9	5,88
A	7	4,58
MT	6	3,92
NC	6	3,92
EA	5	3,27
T	5	3,27
Nenhum	5	3,27
MA	3	1,96
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
NP	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: ME=médico e enfermagem, PNE=prontuário não encontrado, ET=enfermagem e técnico em enfermagem, E=enfermagem, M=médico, A=auxiliar de enfermagem, MT=médico e técnico em enfermagem, NC=não consta em prontuário, EA=enfermagem e auxiliar, T=técnico em enfermagem,, MA=médico e auxiliar, OE=transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível, I=paciente do interior em acompanhamento no município, NP=não procede a questão, OP=transferido para outro país.

Houve 11,76% de abandonos. Este dado pode ser maior tendo em vista que 22,22% dos prontuários foram inacessíveis (Tabela 80).

Tabela 80 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de abandono de tratamento

Abandono de tratamento	Número de casos	%
Não	97	63,40
PNE	25	16,34
Sim	18	11,76
NC	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular) I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Visitas domiciliares foram realizadas em 25,49 % dos casos. Os quatro casos que não receberam visita domiciliar, tinham indicação de sua realização. Em 48,37% dos prontuários não havia qualquer referência sobre visita domiciliar e 23,53% deles foram inacessíveis (Tabela 81).

Tabela 81 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de visita domiciliar

Visita Domiciliar	Nº de casos	%
NC	74	48,37
Sim	39	25,49
PNE	27	17,65
Não	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: NC=informação não consta no prontuário, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Em 57,52% dos casos as altas foram por cura/término da PQT. Em 0,65% delas foram por óbito, 3,27% de altas por transferência intramunicipal, 0,65%

recebeu alta por transferência intermunicipal, 1,31% por transferência provisória e 9,15% não havia recebido alta até o final do estudo. Em 23,54% dos prontuários foram inacessíveis e em 1,31% deles não contava essa informação (Tabela 81).

Tabela 82 - Distribuição do número de casos pelo número de alta

Tipo de Alta	Nº de casos	%
1	88	57,52
PNE	27	17,65
s/alta	14	9,15
3	5	3,27
5	4	2,61
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
9	2	1,31
I	2	1,31
NC	2	1,31
2	1	0,65
4	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: 1=alta por cura, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, 3=transferência intramunicipal, 4=transferência intermunicipal, 5=transferência interestadual, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), 6=transferência para outros países, 9=transferência provisória, I=interior, NC=informação não consta no prontuário, 2=óbito, 4=transferência intermunicipal, OP=paciente transferido para outro país.

Apenas 24,18% dos campos de alta nas "Fichas de aprazamento e controle de hanseníase" estavam preenchidos. Em 44,44% dos casos não estavam preenchidos. Em torno de 23% dos prontuários não puderam ser avaliados (Tabela 83).

Apenas 25,49% dos pacientes foram avaliados na alta quanto ao grau de incapacidade. Em 43,79% dos casos não houve avaliação. Estes dados podem variar já que em 20,25% dos casos, os prontuários não foram acessíveis (Tabela 84).

Tabela 83 - Distribuição do número de casos pelo preenchimento ou não do campo de alta

Campo de Alta preenchido	Nº de casos	%
não	68	44,44
sim	37	24,18
PNE	27	17,65
NP	12	7,84
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NP=questão não procede, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Tabela 84 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de avaliação do grau de incapacidade na alta

Av. Grau de Incapacidade na Alta	Nº de casos	%
não	67	43,79
sim	39	25,49
PNE	23	15,03
NP	16	10,46
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NP=questão não procede, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Dos 39 (25,49%) pacientes que foram avaliados quanto ao grau de incapacidade na alta, a maior parte deles (71,79%) foi avaliada no nível da atenção secundária (Tabela 85).

Tabela 85 - Distribuição do número de casos por nível de avaliação do grau de incapacidade

nível de avaliação	Nº de casos	%
secundário	28	71,79
primário	9	23,08
não avaliado	1	2,56
NC	1	2,56
Total	39	100,00

Legenda: NC=não consta.

Em relação às frequências encontradas de cada grau de incapacidade nos 39 pacientes avaliados, 76,92% apresentava algum grau de incapacidade. Destes, a maior parte, 51,28% apresentava grau 1 de incapacidade (Tabela 86).

Tabela 86 - Distribuição do número de casos por grau de incapacidade avaliado na alta

Grau de Incapacidade na alta	Nº de casos	%
1	20	51,28
2	10	25,64
0	7	17,95
I	1	2,56
não avaliado	1	2,56
Total	39	100,00

Dos 39 pacientes que foram avaliados, os locais de maior acometimento foram os membros inferiores (33,33%). Em 30,77% dos prontuários não constava o local de acometimento (Tabela 87).

Tabela 87 - Distribuição do número de casos avaliados por grau de incapacidade na alta por local de acometimento

local acometimento alta	Nº de casos	%
MMII	13	33,33
NC	12	30,77
nenhum	8	20,51
MMSS/MMII	3	7,69
MIE	1	2,56
MSD	1	2,56
olhos/MMII	1	2,56
Total	39	100,00

Legenda: MMII=membros inferiores, NC=não consta, MMSS=membros superiores, MIE=membro inferior esquerdo, MSD=membro superior direito.

Em 50,33% dos casos não houve preenchimento do "Formulário de Incapacidade". Apenas 26,14% deles estavam preenchidos. Estes dados podem ser maiores, pois em 23,53% dos prontuários os dados não foram acessíveis (Tabela 88).

Tabela 88 - Número de casos por formulário de incapacidade preenchido

Formulário de Incapacidade preenchido	Nº de casos	%
não	77	50,33
sim	40	26,14
PNE	27	17,65
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Entre os 40 prontuários com formulários de incapacidade preenchidos, apenas 10% estavam completamente preenchidos (Tabela 89).

Tabela 89 - Número de casos por formulário de incapacidade completamente preenchido ou não

Completamente preenchido	Nº de casos	%
não	35	87,50
sim	4	10,00
NC	1	2,50
Total	40	100,00

Legenda: NC=não consta

Em relação ao número de avaliações dos formulários do total de três avaliações, a maior parte (65%) apresentou apenas uma de três avaliações. Apenas 10 tinham as três avaliações preenchidas (Tabela 90).

Tabela 90 - Distribuição do número de casos por número de avaliações preenchidas nos formulário de incapacidade

Quantas avaliações	Nº de casos	%
1 de 3	26	65,00
2 de 3	9	22,50
3 de 3	4	10,00
NC	1	2,50
Total	40	100,00

Legenda: NC=não consta

Ainda em relação aos formulários de incapacidade preenchidos, em torno de 50% deles apresentaram algum grau de incapacidade, sendo 27,50% grau 1 e 22,50% grau 2. Em 40,00% dos casos não apresentaram qualquer incapacidade e em 10% dos prontuários com formulários, não constava o grau de incapacidade avaliado (Tabela 91).

Tabela 91 - Distribuição do número de casos por máximo grau de incapacidade atribuído

Max. grau atribuído	Nº de casos	%
0	16	40,00
1	11	27,50
2	9	22,50
NC	4	10,00
Total	40	100,00%

Legenda: NC=não consta

Em relação aos locais de acometimento, os membros inferiores foram os mais acometidos, com 17,50% do total. Em 5% dos prontuários esta informação não estava presente (Tabela 91).

Em relação ao preenchimento do formulário "Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações" realizado no nível de atenção secundário: 49,02% não foram preenchidos, 29,77% foram preenchidos (destes, 11,11% de forma completa), 7,19% dos dados não foram acessíveis e 14,38% foram atendidos apenas pela atenção primária (Tabela 93).

Tabela 92 - Distribuição do número de casos com grau de incapacidade atribuído por local de acometimento

Locais acometidos	Nº de casos	%
nenhum	15	37,50
MMII	7	17,50
MMSS/MMII	2	5,00
MSD/MMII	2	5,00
olhos/MMII	2	5,00
NC	2	5,00
NP	2	5,00
mão D/MMII	1	2,50
mão/MMII	1	2,50
MID	1	2,50
MMSS	1	2,50
MSD/MIE	1	2,50
olhos	1	2,50
olhos/MMSS/MMII	1	2,50
não	1	2,50
Total	40	100,00

Legenda: MMII=membros inferiores, MMSS=membros superiores, MSD=membro superior direito, NC=não consta, NP=não procede, MID=membro inferior direito, MIE=membro inferior esquerdo.

Tabela 93 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de formulário de incapacidade preenchido no serviço de referência

Formulário incap. Secundário	Nº de casos	%
não	75	49,02
sim/incompleto	28	18,66
prim.	22	14,38
sim/completo	17	11,11
PNE	7	4,58
PNA	3	1,96
OE	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: prim.=avaliação ocorrida no nível de atenção primária, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado.

Em 60,13% dos prontuários não constaram as orientações dos autocuidados para prevenção das incapacidades. Em apenas 16,99% deles existia referência às orientações e em 22,87% dos casos, o prontuário foi inacessível (Tabela 94).

Tabela 94 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades

Orientação para prevenção	Nº de casos	%
sim	26	16,99
não	92	60,13
I	2	1,31
OE	3	1,96
OP	1	0,65
PNA	3	1,96
PNE	26	16,99
Total	153	100,00

Legenda: I=interior, OE=paciente transferido para outro estado, OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas.

Quando se analisou qual profissional de saúde mais frequentemente orientou os autocuidados, observou-se que em 59,48% dos casos não houve nenhum orientador. Em 22,22% dos casos, esta informação foi inacessível. Apenas 9,81% dos pacientes foram orientados por algum profissional. De maneira geral foram os enfermeiros (3,92%) e médicos (3,27%) os que mais orientaram os pacientes. Em 8,50% houve orientação, porém, não constava o profissional responsável (Tabela 95).

Tabela 95 - Distribuição do número de casos de acordo com o profissional orientador

Profissional orientador	Nº de casos	%
Nenhum	91	59,48
PNE	27	17,65
NC	13	8,50
E	6	3,92
M	5	3,27
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
A	2	1,31
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, NC=informação não consta no prontuário, E=enfermeiro, M=médico, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), A=auxiliar de enfermagem, I=interior, OP=outro país.

Em 24,19% dos casos houve orientação de autocuidados para prevenção das incapacidades realizadas no nível secundário. Os fisioterapeutas foram os responsáveis por 20,92% delas (Tabela 95).

Tabela 96 - Distribuição de casos em relação a presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades realizada por nível de referência

Orientação prev. de incapacidade 2º	Nº de casos	%
Não	67	43,79
prim.	46	30,07
sim/fisioterapeuta	32	20,92
Sim	5	3,27
PNA	3	1,96
Total	153	100,00

Legenda: prim.=avaliação no nível de atenção primária, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular).

Quando se considera pacientes avaliados no nível de atenção secundário, houve orientação de autocuidados para prevenção de incapacidades em 34,58% dos casos. Destes, 29,09% foi realizada por fisioterapeuta (Tabela 97).

Tabela 97 - Distribuição do número de casos em relação a presença ou não de orientação para prevenção de incapacidades realizada no nível de referência excluídos os pacientes atendidos na atenção básica

Orientação prev. de incapacidade 2º	Nº de casos	%
Não	67	62,62
sim/fisioterapeuta	32	29,91
Sim	5	4,67
PNA	3	2,80
Total	107	100,00

Legenda: PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular).

Quadros reacionais foram descritos em 18,30% dos prontuários. Este dado pode ser maior tendo em vista que em 23,52% dos prontuários foram inacessíveis (Tabela 97).

Tabela 98 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de quadros reacionais

quadros reacionais	Nº de casos	%
não descrito	89	58,17
sim	28	18,30
PNE	27	17,65
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas OP=paciente transferido para outro país, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OE=paciente transferido para outro estado.

Dos 28 pacientes que apresentaram quadros reacionais, 25,00% apresentavam reação tipo I, 14,29% reação tipo II, 28,57% quadro descrito apenas como neurite. Em 46,43% o quadro reacional não foi especificado no prontuário. Lembrando que quadros de neurites podem estar presentes nos dois tipos de reação (Tabela 99).

Tabela 99 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação

	T I	%	T II	%	N	%	NE	%
sim	7	25,00	4	14,29	8	28,57	13	46,43
não	21	75,00	24	85,71	20	71,43	14	50,00
NP	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,57
Total	28	100,00	28	100,00	28	100,00	28	100,00

Legenda: T=Tipo, N=neurite, NE=não especificado, NP=questão não procede.

Quando as reações foram presentes, o número de episódios foi dois em 28,57% dos prontuários avaliados e um em 25,00% deles. Em 35,71% dos prontuários, esta informação não constava (Tabela 100).

Tabela 100 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo número de episódios reacionais

Nº episódios reacionais	Nº de casos	%
NC	10	35,71
2	8	28,57
1	7	25,00
3	2	7,14
NP	1	3,57
Total	28	100,00

Legenda: NC=não consta, NP=questão não procede.

Em 75% dos prontuários onde havia descrição de quadros reacionais, foi mencionado tratamento para estes episódios (Tabela 101).

Tabela 101 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pela realização ou não de tratamento

Realizou tratamento?	Nº de casos	%
Sim	21	75,00
não	6	21,43
NC	1	3,57
Total	28	100,00

Legenda: NC=não consta.

Dos 21 pacientes que foram tratados, 90,48% deles receberam corticóides orais e 14, 29% receberam talidomida (Tabela 102).

Tabela 102 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais por tipo de medicação utilizada no tratamento

	Corticoides	%	Anti-Inflamatório	%	Talidomida	%
sim	19	90,48	1	4,76	3	14,29
não	2	9,52	19	90,48	17	80,95
NC	0	0,00	1	4,76	1	4,76
Total	21	100,00	21	100,00	21	100,00

Legenda: NC=não consta

Em relação aos pacientes avaliados no nível de atenção secundária, em 13,07% dos prontuários existe a descrição de tratamento de quadros reacionais e em 7,19% tratados apenas episódios de neurites. Em 48,37% dos prontuários, não houve menção do tratamento de quadros reacionais (Tabela 103).

Tabela 103 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação tratada no nível de referência

trata. Reação sec.	Nº de casos	%
não descrita	74	48,37
prim.	45	29,41
sim/neurites	11	7,19
sim/tipo I/neurite	8	5,23
sim/tipo II/neurite	8	5,23
sim/tipo I	4	2,61
PNA	3	1,96
Total	153	100,00

Legenda: prim.=paciente atendido no nível de atenção básica, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular).

Quando se considera apenas pacientes avaliados no nível de atenção secundária, em 68,52% dos prontuários não existe descrição dos tratamentos de quadros reacionais e em 18,52% esta descrição esta presente. Quadros de reação tipo I associado à neurites são tratados com a mesma frequência que quadros de reação tipo II associado à neurites (7,41%) (Tabela 104).

Tabela 104 - Distribuição de casos de pacientes com quadros reacionais pelo tipo de reação tratada no nível de referência excluído os pacientes atendidos apenas na atenção básica

Trata. Reação sec.	Nº de casos	%
não descrita	74	68,52
sim/neurites	11	10,19
sim/tipo I/neurites	8	7,41
sim/tipo II/neurites	8	7,41
sim/tipo I	4	3,70
PNA	3	2,78
Total	108	100,00

Legenda: PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular)

Apenas seis casos (3,93%) foram encaminhados para tratamento cirúrgico, cuja indicação foi a neurolise. Este encaminhamento foi encontrado apenas em prontuários da atenção secundária. Em 22,87% dos casos este dado for foi indisponível (Tabela 105).

Tabela 105 - Número de caso pela necessidade ou não de tratamento cirúrgico

Trat. Cirúrgico	Nº de casos	%
Não	112	73,20
PNE	25	16,34
sim/2	6	3,92
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
NP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, sim/2=paciente encaminhado a partir do serviço de referência, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país, NP=não procede.

Em relação ao encaminhamento para tratamentos complementares, 16,34% dos casos necessitaram de encaminhamentos. As maiores frequências foram para fisioterapia (7,19%). Estes encaminhamentos foram feitos, sobretudo pelo nível de atenção secundário. Estes números podem ser maiores tendo em vista que em 21,56% dos casos, esta informação não foi acessível (Tabela 105).

A Tabela 106 mostra a frequência de encaminhamentos para o nível de atenção secundário. Mais da metade dos pacientes foram encaminhados. Este número pode ser maior tendo em vista que em 13,73% dos casos ou o prontuário não foi acessível ou a informação não constou nele.

Tabela 106 - Número de casos por tipo de tratamento complementar

Trat. Complementares	Nº de casos	%
não	95	62,09
PNE	23	15,03
fisioterapia/2º	7	4,58
ortopedista/2º	7	4,58
fisioterapia	3	1,96
PNA	3	1,96
OE	3	1,96
oftalmologista/2º	2	1,31
ortopedista	2	1,31
I	2	1,31
fisioterapia/oftalmologista	1	0,65
gastroclinico	1	0,65

Continua

Conclusão Tabela 107 - Número de casos por tipo de tratamento complementar

obstetra	1	0,65
oftalmologista	1	0,65
NP	1	0,65
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, 2º=paciente encaminhado para tratamento complementar pelo nível de atenção secundário, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OE=paciente transferido para outro estado, I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

Tabela 108 - Distribuição do número de casos pela presença ou não de encaminhamento para o serviço de referência

Encaminhamentos Nível		
Secundário	Nº de casos	%
Sim	79	51,63
não encaminhado	53	34,64
PNE	14	9,15
PNA	3	1,96
NC	2	1,31
OE	2	1,31
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), NC=informação não consta no prontuário, OE=paciente transferido para outro estado.

Dos 79 (51,63%) pacientes que foram encaminhados para o nível secundário, em 75,95% deles houve dúvida diagnóstica, 29,11% para tratamento de quadro reacional, ou efeito em adverso à medicação em 3,80 dos casos. Importante salientar que o mesmo paciente pode ser encaminhado por dois ou mais motivos diferentes. Outros motivos de encaminhamentos menos frequentes foram: falha terapêutica, recidiva, retratamento, transferência, encaminhamento para neurolise, ou para confirmação de alta (8,86%) dos casos (Tabela 109; Tabela 110).

Tabela 109 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência pelo motivo do encaminhamento

	DD	%	QR	%	EF	%
sim	60	75,95	23	29,11	3	3,80
não	13	16,46	49	62,03	69	87,34
NC	6	7,59	7	8,86	7	8,86
Total	79	100,00	79	100,00	79	100,00

Legenda: DD=dúvida diagnóstica, NC=não consta, QR=quadro reacional, EF=efeito adverso ao tratamento

Tabela 110 - Distribuição do número de casos avaliados no serviço de referência por motivos menos frequentes

Outros	Nº de casos	%
não	55	69,62
p/alta	7	8,86
NC	6	7,59
recidiva	3	3,80
falha terapêutica	2	2,53
retratamento	2	2,53
sim	1	1,27
transferência	1	1,27
neurolise	1	1,27
NP	1	1,27
Total	79	100,00

Legenda: NC=não consta, NP=não procede.

Em relação à presença de ficha de vigilância de contatos nos prontuários: em 56,21% dos casos ela estava presente, porém apenas 42,48% delas estavam preenchidas. Em 23,53% dos casos, este dado foi inacessível (Tabela 111).

O número de contatos variou de 0 a 36 contatos. A maior parte dos pacientes referiu de 0 a 9 contatos (88,89%). Esta informação não constou em 9,15% dos prontuários examinados. Nos prontuários não acessíveis, esta informação foi obtida na SMSA (Tabela 112).

Tabela 111 - Distribuição do número de casos por preenchimento ou não da ficha de avaliação de contatos

Ficha de Vigilância de contatos	Nº de casos	%
sim	65	42,48
não	31	20,26
PNE	27	17,65
sim/não preenchido	21	13,73
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), OP=paciente transferido para outro país,

Tabela 112 - Distribuição do número de casos pelo número total de contatos

Total de Contatos	Nº de casos	%
3	37	24,18
4	22	14,38
2	20	13,07
5	15	9,80
0	14	9,15
NC	14	9,15
1	9	5,88
6	8	5,23
7	7	4,58
8	2	1,31
9	2	1,31
10	1	0,65
12	1	0,65
36	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta.

Em relação à existência de contatos domiciliares, 125 (81,70%) pacientes referiram ter contatos. O total de contatos dos 125 pacientes foram 517. Do total, há referência de 44,87% terem sido avaliados (Tabela 113).

Tabela 113 - Porcentagem de contatos avaliados entre o total de contatos

	CA	%
Não	259	50,10
Sim	232	44,87
NC	26	5,03
Total	517	100,00

Legenda: CA=contatos avaliados, NC=não consta.

Dos 517 contatos, 232 foram avaliados. Desses 232, 75 não apresentavam doença, houve quatro suspeitos e em 153 dos prontuários, estas informações não foram encontradas (Tabela 114).

Tabela 114 - Porcentagens de contatos normais e suspeitos entre os contatos avaliados

	Nº de contatos	%
NC	153	65,95
Normais	75	32,33
Suspeitos	4	1,72
Total	232	100,00

Legenda: NC=não consta.

Em 24,84% dos casos, os contatos não eram parentes de primeiro grau (Tabela 115). Em 62,09% dos prontuários não havia referência ao parentesco dos contatos.

Tabela 115 - Distribuição de números de casos por contatos não parentes de primeiro grau

Contato não parente 1ª grau	Nº de casos	%
NC	95	62,09
sim	38	24,84
não	20	13,07
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta.

O tipo do contato não parente de primeiro grau mais frequente foi o esposo (7,84%). Lembrando que cada paciente pode ter tido mais de um tipo de contato a soma do total de número de casos poderá ser maior que o número total de indivíduos (Tabela 116).

Tabela 116 - Distribuição de número de casos pelos tipos de contatos não parentes de primeiro grau

Tipo de contato	Nº de casos	%
esposo	20	40,82
sobrinho	11	22,45
neto	9	18,37
cunhado	5	10,20
enteado	3	6,12
tio	1	2,04
Total	49	100,00

Em relação às avaliações, dos contatos apenas 1,31% deles foram avaliados mais de uma vez. Em 55,55% dos prontuários não existe qualquer referência às avaliações dos contatos. A maior parte dos contatos não foi avaliada 43,14% mais de uma vez (Tabela 117).

Tabela 117 - Porcentagem de contatos avaliados mais de uma vez

Existe mais de uma avaliação?	Nº de casos	%
NC	85	55,55
não	66	43,14
sim	2	1,31
Total	153	100,00

Legenda: NC=não consta.

Dos 517 contatos, foi realizada BCG em apenas 58 pacientes (11,22%). Em 41,97% dos prontuários não havia referência sobre a aplicação de BCG (Tabela 118). Quanto à aplicação de mais de uma dose de BCG, do total de 58 contatos que receberam a BCG, 16 deles (27,59%) deles receberam duas doses.

Tabela 118 - Porcentagem de contatos avaliados que receberam vacina BCG

BCG em quantos contatos?	%
não	46,81
NC	41,97
sim	11,22
Total	100,00

Legenda: NC=não consta.

Em relação à qualidade do prontuário, a maioria ofereceu pouca dificuldade para ser avaliado em relação à escrita e à organização. Em 25,49% dos casos, os prontuários foram indisponíveis (Tabela 117).

Tabela 119 - Distribuição do número de casos pela qualidade do prontuário

Qualidade do prontuário	Nº de casos	%
PD	53	34,64
ND	31	20,26
PNE	30	19,61
MD	22	14,38
GD	8	5,23
OE	3	1,96
PNA	3	1,96
I	2	1,31
OP	1	0,65
Total	153	100,00

Legenda: PD=pouca dificuldade, ND=nenhuma dificuldade, PNE=prontuário não encontrado nas unidades básicas, MD=média dificuldade, GD=grande dificuldade, OE=paciente transferido para outro estado, PNA=prontuário não acessível (paciente acompanhado em consultório particular), I=interior, OP=paciente transferido para outro país.

5.3 DADOS OBTIDOS DAS FICHAS DE "PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS"

Em relação à unidade de saúde de notificação, considerando todos os casos, 92,31% dos casos ocorreram nas unidades de atenção secundárias (Tabela 120).

Tabela 120 - Números de casos em menores de 15 anos por unidade de notificação considerando todos os casos

Unidade de Notificação	Nº de casos	%
CE Mecejana	11	84.62
US Asa Branca	1	7.69
HC Mota	1	7.69
Total	13	100.00

Quando se considera o município de residência (Tabela 121) a maior parte dos pacientes foi procedente de Boa Vista (53,85%). Os outros municípios apresentaram igual frequência quanto à procedência. Esta informação estava ausente em 23,08% das fichas (Tabela 122).

Tabela 121 - Número de casos menores de 15 por município residência

Município de Residência	Nº de casos	%
Boa Vista	7	53.85
Outros Municípios	3	23.08
Não informado	3	23.08
Total	13	100.00

Tabela 122 - Número de casos menores de 15 por município de procedência

Município de Residência	Nº de casos	%
Boa Vista	7	53.85
Não informado	3	23.08
Amajari	1	7.69
Caroebe	1	7.69
São João da Baliza	1	7.69
Total	13	100.00

O Centro de Especialidades Mecejana foi a unidade de saúde que notificou o maior número de casos procedentes de Boa Vista e do interior em menores de 15 anos (Tabela 123).

Tabela 123 - Distribuição de casos em menores de 15 anos procedentes de Boa Vista por unidade de notificação

US	BV	%	OM	%	TN
CE Mecejana	6	66.67	3	33.33	9
US Asa Branca	1	100.00	0	0.00	1

Legenda: US=unidade de saúde, BV=Boa Vista, OM=outros municípios, TN=total de casos notificados por unidade de saúde.

OBS: Em dois casos do CE Mecejana e um do Hospital Coronel Mota não foram informados os municípios de residência.

Em relação ao tempo de residência na moradia atual (Tabela 122), a maiores frequências foram igualmente: até seis anos e 14 anos. Sendo assim pelo menos dois pacientes estão no mesmo endereço desde que nasceram. Em 14,29% das fichas estas informações não estavam presentes.

Tabela 124 - Número de casos de menores de 15 anos por tempo de residência na moradia atual

Tempo de residência	Nº de casos	%
6 anos	2	28.57
7 anos	1	14.29
8 anos	1	14.29
14 anos	2	28.57
Não informado	1	14.29
Total	7	100.00

Em relação ao tempo de sinais e sintomas, a maioria (85,71%) apresentou sinais e sintomas há menos de um ano. Destes, 57,14% dos casos apresenta o quadro há menos de seis meses (Tabela 125).

Tabela 125 - Número de casos de menores de 15 por tempo de sinais de sintomas antes do diagnóstico

Tempo de sinais e sintomas	Nº de casos	%
menos de 6 meses	4	57.14
6 meses a 1 ano	2	28.57
mais de 1 ano	1	14.29
Total	7	100.00

Em relação à realização de tratamentos anteriores (Tabela 126), a maior parte dos casos, 57,14%, realizou algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual. Entre os quatro casos que tiveram algum tratamento anterior, três deles trataram o quadro atual como micose.

Tabela 126 - Número de casos de menores de 15 em relação a realização ou não de tratamentos anteriores

Tratamento anterior	Nº de casos	%
Sim	4	57.14
Não	3	42.86
Total	7	100.00

Entre os sete pacientes de Boa Vista, quatro deles tinham outros familiares com doença de pele (Tabela 127). Dois desses pacientes tinham um familiar doente,

outro apresentou três familiares doentes e o último apresentou seis familiares doentes (Tabela 128).

Tabela 127 - Número de casos de menores de 15 com familiares que apresentaram doenças de pele ou não

Outros familiares com doença de pele	Nº de casos	%
sim	4	57,14
não	3	42,86
Total	7	100,00

Tabela 128 - Número de casos de menores de 15 com familiares com doenças de pele por número de familiares acometidos

Nº de familiares que apresentaram doença	Nº de casos	%
Um familiar	2	50,00
Três familiares	1	25,00
Seis familiares	1	25,00
Total	4	100,00

Quatro pacientes apresentaram familiares com hanseníase, sendo que dois pacientes tinham apenas um familiar com hanseníase, um paciente tinha três familiares e um paciente apresentou seis familiares com a doença (Tabela 129; Tabela 130).

Tabela 129 - Número de casos de menores de 15 com familiares com doenças de pele com hanseníase ou não

Doentes de hanseníase na família	Nº de casos	%
sim	4	57,14
não	3	42,86
Total	7	100,00

Tabela 130 - Número de casos de menores de 15 com familiares com hanseníase por número de familiares acometidos

Nº de familiares que apresentaram hanseníase	Nº de casos	%
Um familiar	2	50,00
Dois familiares	1	25,00
Seis familiares	1	25,00
Total	4	100,00

Três pacientes apresentaram apenas uma lesão, cinco pacientes apresentaram até cinco lesões e os dois restantes mais do que cinco lesões (Tabela 131).

Tabela 131 - Número de casos de menores de 15 por número de lesões

Nº de lesões	Nº de casos	%
1	3	42,86
2	1	14,29
5	1	14,29
9	1	14,29
51	1	14,29
Total	7	100,00

Em relação à vacinação com BCG (Tabela 132), três pacientes (42,86%) receberam uma dose, dois pacientes não receberam nenhuma dose, e um recebeu duas doses. Em 14, 29% das fichas não havia esta informação.

Tabela 132 - Número de casos de menores de 15 em relação à vacinação com BCG

BCG	Nº de casos	%
uma	3	42,86
nenhuma	2	28,57
duas	1	14,29
Não informado	1	14,29
Total	7	100,00

Nenhum dos pacientes apresentou áreas com rarefação de pelos.

Do total de pacientes menores de 15 anos com acometimento neural, três apresentaram nervos acometidos. Entre os três pacientes que apresentaram nervos

acometidos, um deles apresentou dois nervos acometidos, o outro apresentou três nervos e o último apresentou sete nervos acometidos.

Em nenhum dos pacientes foi realizado o teste de histamina.

Entre os sete casos de Boa Vista, quatro deles foram grau 0 de incapacidade para avaliação ocular (sem incapacidades). Os demais não apresentaram esta informação no prontuário.

Em relação à incapacidade nos pés (Tabela 133), dos cinco avaliados, dois tinham incapacidade grau 1 nos dois pés, e três não apresentaram incapacidade nestes locais. Em dois casos esta informação estava ausente.

Tabela 133 - Número de casos de menores de 15 em relação ao grau de incapacidade nos pés

Incapacidade nos pés	Nº de casos	%
0	3	42.86
1	2	28.57
Não informado	2	28.57
Total	7	100.00

Em relação à confirmação dos casos de hanseníase, do total de sete pacientes seis foram confirmados e um não.

Quanto à classificação operacional, quatro pacientes foram multibacilares e três paucibacilares (Tabela 134).

Tabela 134 - Número de casos de menores de 15 por classificação operacional

Classificação Operacional	Número de casos	%
MB	4	57.14
PB	3	42.86
Total	7	100.00

Legenda: MP=multibacilares, PB=paucibacilares.

Em relação ao diagnóstico, todos os casos foram realizados por médicos.

5.4 DADOS OBTIDOS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMSA).

A Tabela 135 mostra os dados da SMSA dos anos de 2010 a 2012. O ano de 2011 foi utilizado para os cálculos abaixo por compreender a informação de 12 meses de acompanhamento.

Tabela 135 - Casos novos de hanseníase por faixa etária de Boa Vista

ANO	<15 anos	> 15 anos	TOTAL
2010	7	74	81
2011	3	65	68
2012	6	60	66

Fonte: SINANNET-SMSA/P

A Tabela 136 mostra os dados comparativos entre os dados obtidos na SMSA e índices calculados a partir dos dados dos prontuários.

Os indicadores: porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento da cura e porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico não puderam ser calculados neste estudo, pois possuem como condição para seu cálculo que a porcentagem de casos com grau de incapacidade física avaliado seja maior ou igual a 75% (BRASIL, 2010a). Neste trabalho foi observado que apenas 44,50% dos casos foram avaliados quanto ao grau de incapacidade na primeira consulta e apenas 14,10% na alta (BRASIL, 2010a).

Tabela 136 - Tabela Comparativa entre os índices calculados a partir de dados dos prontuários e dados fornecidos pela SMSA.

Ano 2011	Dados estudo	Dados fornecidos pela SMSA
Número casos novos	92	68
Nº casos novos<15 anos	3	3
Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase/100.000hab.	32,3	23,3
Coeficiente de prevalência/100000hab. Coeficiente de Detecção de hanseníase em < 15 anos	3,4	3,4
Porcentagem de casos novos com grau de incapacidade física II no momento da cura	-	92%
Porcentagem de casos novos com grau de incapacidade física II no momento do diagnóstico	-	14,7%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos	31,6%	57,1%

Legenda: (-) dados não calculados seguindo orientações do MS

5.5 INDICADORES OPERACIONAIS

Tomando como base os dados obtidos, foi possível o cálculo dos seguintes indicadores para o ano de 2011:

- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase: 32,3 casos/100.000hab. (muito alto: 20 a 39,99/100.000hab.);
- Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos: 3,45 casos/100.000hab. (alto: 3,50 a 4,99/100.000hab.);
- Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico: 59,70% (precário < 75%);
- Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada: 28,2% (precário < 75%);
- Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes: 11,96% (regular: 10 a 24,9%);
- Proporção de examinados entre contatos intradomiciliares registrados, dos casos de hanseníase no ano: 31,60% (precário < 50%);
- Proporção de casos com lesão única: 29,30% (excluídos casos onde este dado não foi preenchido);
- Proporção de casos em relação ao gênero: 72,10% de homens (excluídos casos onde este dado não foi preenchido);
- Proporção de casos multibacilares entre os casos novos: 63,00%;
- Tempo médio entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico: 24,91 meses (2 anos e 8 meses). Mediana: 12 meses (um ano). Mínimo de tempo: um mês e máximo de tempo: 216 meses (18 anos).

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Quanto ao perfil da população estudada, observou-se que quase 75% foi procedentes de Boa Vista. Os demais foram provenientes de outros municípios principalmente Caroebe, Cantá, Caracaraí e Mucajaí e um deles de outro país, Suriname (Tabela 1).

Entre os pacientes menores de quinze anos, pouco mais da metade foi procedente de Boa Vista. Os demais foram procedentes igualmente de Caroebe, Amajari, e São João da Baliza, todos com um caso apenas por município. A informação quanto à procedência estava ausente em quase um quarto das fichas do Sinan (Tabela 121 e Tabela 122).

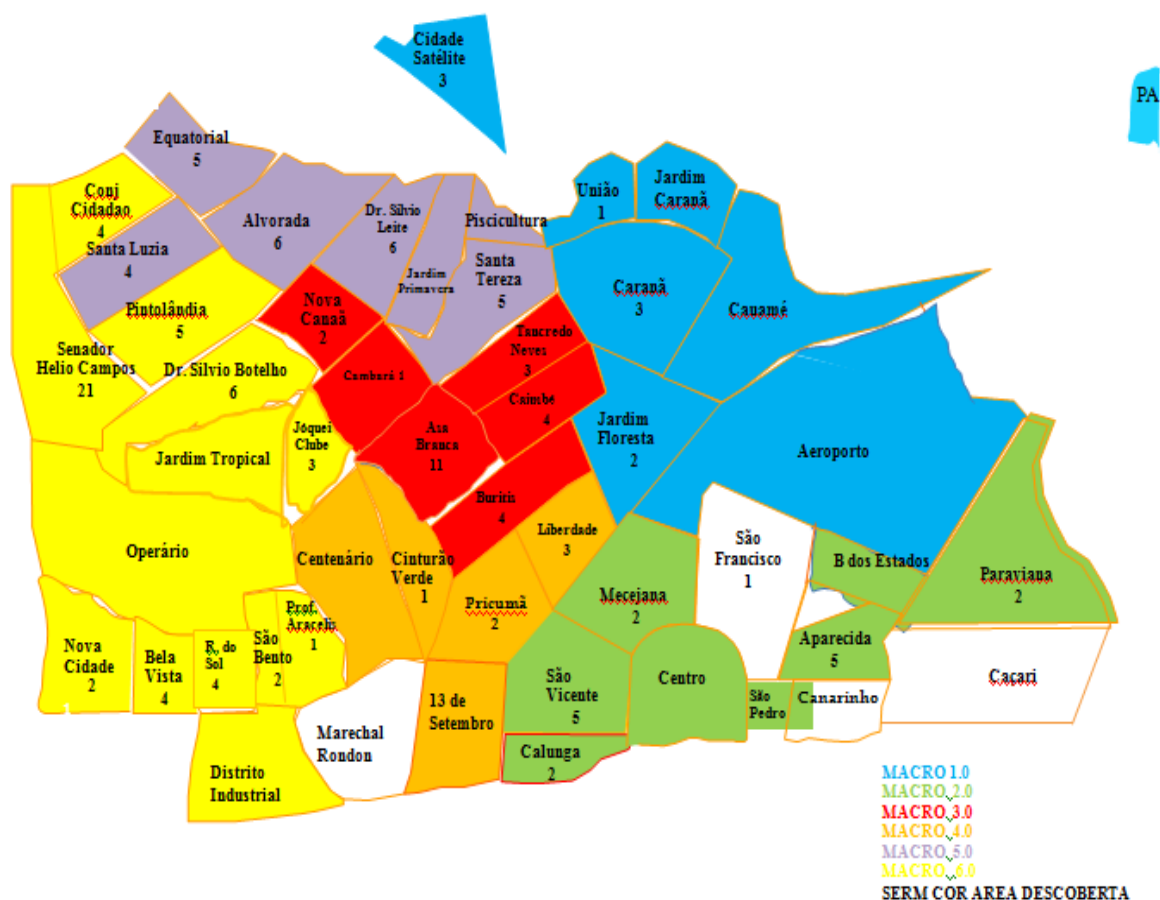
A maior parte dos pacientes com hanseníase notificados no estado de Roraima era maranhense, em torno de 20%; seguida de roraimenses e paraenses. Do Maranhão procederam mais de 40% dos casos, entre os casos brasileiros notificados em Roraima no período do estudo (Tabela 32). Esta distribuição pode ser explicada principalmente pelos fluxos migratórios que ocorreram para o estado de Roraima nos últimos anos provenientes dos estados do Maranhão, Pará, predominantemente, além de Amazonas e Ceará (SOUZA, 2009).

Os pacientes de Boa Vista foram procedentes, por ordem decrescente dos bairros: Senador Hélio Campos com quase 15% dos casos, Asa Branca e Silvio Leite. Os casos restantes foram procedentes de 45 bairros restantes (Tabela 5). Apesar do maior número de casos procederem do bairro Senador Hélio Campos, o maior número de notificações, diagnósticos e acompanhamento não aconteceram na unidade de saúde responsável pelo atendimento desta região, e sim nas unidades de referência e na unidade Asa Branca.

Quando recuperada dos prontuários, esta variável apresenta os mesmos bairros como principais locais de procedência dos casos: Senador Hélio Campos e Asa Branca (Tabela 29). Segundo dados fornecidos pela Coordenação Municipal de Endemias (2013), os bairros citados, juntamente com os bairros Buritis, Caranã e Pintolândia são os que apresentam maior número de habitantes no município (Figura 4), o que em parte poderia justificar estes números.

A maior parte dos pacientes procedentes de Boa Vista, vivia há menos de um ano ou de 6 a 10 anos no mesmo local de residência. Estes achados podem não ser significativos, uma vez que o dado não foi acessível em mais de 80% dos prontuários. Questiona-se se os deslocamentos dos habitantes entre municípios ou entre os bairros de Boa Vista poderiam estar influenciando estes valores ou se muitos migrantes chegam já chegam doentes.

Figura 4 - Distribuição do número de casos de hanseníase por bairros do município de Boa Vista



Fonte: Adaptado da SMSA.

A população estudada mostrou predomínio masculino em quase 70% (Tabela 7). Segundo o último censo (IBGE, 2010a), a população de Boa Vista foi constituída por 49,30% de mulheres e 50,70% de homens. O predomínio da doença entre os homens está de acordo com a literatura onde em geral os homens são acometidos com maior frequência, por possível maior exposição ao agente. Outros estudos têm

mostrado resultados diferentes com predomínio em mulheres (Lana et al., 2000; Lana et al., 2003; BRASIL, 2008; Budel et al. 2011; Pinheiro et al. 2012).

Do total de 42 mulheres notificadas, 34 foram questionadas quanto à gravidez. Destas, duas estavam grávidas. Uma delas estava no terceiro trimestre e a outra teve idade gestacional ignorada. Uma proporção de quase 20% das fichas não possuía informação considerada relevante sobre gravidez (Tabela 9).

A gravidez na hanseníase deve ser sempre lembrada, pois embora não exista contraindicação ao tratamento, com relativa frequência os quadros reacionais são as primeiras manifestações da doença. Além disso, o risco da teratogenicidade associado ao uso da talidomida em gestantes, bem como a necessidade de monitorização no uso do corticoide, principais drogas utilizadas nos quadros reacionais, devem ser lembrados (BRASIL, 2002; LYON; GROSSI, 2013)

Poucos são os estudos que associam gravidez à hanseníase. PALACIOS et al., 2013, realizaram um estudo com enfoque epidemiológico, onde avaliaram o coeficiente de detecção da hanseníase associada à gravidez. Este índice pode ser utilizado de forma indireta para medir a endemicidade local. Por exemplo: mais de 2 casos para cada 10.000/hab., a região pode ser considerada hiperendêmica.

Praticamente todos os pacientes com hanseníase no município foram registrados como moradores da zona urbana (Tabela 6). Existe em Boa Vista, uma expressiva concentração da população do município nesta área (IBGE, 2010a, SOUZA, 2009). Outras hipóteses que poderiam justificar o predomínio de casos são o maior acesso aos serviços de saúde na zona urbana em relação à rural, com maior possibilidade diagnóstica, bem como uma maior concentração de pessoas vivendo na mesma moradia, aumentando a possibilidade de transmissão. Observa-se, por exemplo, entre prontuários acompanhados pelo Programa de Saúde da Família, moradias com 20 ou 36 pessoas cadastradas no mesmo endereço. Contudo, chama atenção que, de 102 casos em que foi possível recuperar a informação, 100 sejam registrados como moradores da zona urbana. Questiona-se a necessidade de busca ativa entre os moradores da zona rural do município.

Quanto à idade obtida das fichas do Sinan, as faixas etárias foram divididas a cada cinco anos. A idade dos pacientes variou de seis a 94 anos. Houve casos em todas as faixas etárias, exceto em menores de seis anos. A faixa etária que mais apresentou casos foi de 21 a 30 anos, com um quinto deles. A idade média dos

pacientes foi de aproximadamente 40 anos (Tabela 8). Um estudo semelhante realizado por Budel et al., 2011, encontrou a idade média de 50 anos para os casos estudados. Importante observar as idades compreendidas entre 21 aos 65 anos correspondem à faixa da população considerada economicamente ativa.

Tendo em vista que aproximadamente metade dos pacientes desenvolvem quadros reacionais durante o tratamento, um terço deles mantêm quadros reacionais após um período de até cinco anos após a alta (LYON; GROSSI, 2013) e que estes quadros são em geral incapacitantes, pode-se considerar a extensão do prejuízo econômico e social da doença.

Quanto aos dados obtidos dos prontuários, a idade média coincidiu com aquela das fichas, em torno de 40 anos. A faixa de idade com maior número de casos foi de 26 a 30 anos. O encontro de grande número de casos nesta faixa etária pode ser explicado pela hanseníase ser doença de longo período de incubação, evolução insidiosa, e diagnóstico tardio (Lana et al., 2000).

Embora a hanseníase possa ser observada em qualquer idade, em geral acomete adulto-jovens e adultos, em especial faixa etária que varia de 20 a 50 anos (Lana et al., 2000). Foram encontrados 13 casos do total em menores de 15 anos e coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase nesta população de 3,45 casos/100.000hab., considerado alto. O encontro de casos em menores de 15 anos de idade tem importante valor epidemiológico, uma vez que se associa à exposição precoce a contatos multibacilares, persistência da transmissão da doença e áreas de maior endemidade (Lana et al, 2000; Brasil, 2008).

Em relação à escolaridade, em torno de 45% da população não completou o ensino fundamental, destes aproximadamente 5% eram analfabetos (Tabela 11). Apesar das melhorias observadas no nível de escolaridade da população brasileira nos últimos anos, alguns trabalhos ressaltam a associação entre hanseníase, baixos níveis de escolaridade e exclusão social (BRASIL, 2008; SANTOS, et al. 2008).

Em relação à raça dos casos notificados, aproximadamente 50% deles ocorreram em pardos, 35,00% em brancos, 9,00% em negros e 2,00% em amarelos (Tabela 10). Apesar de existir o campo relativo à raça indígena, não houve caso descrito ou autodenominado como tal. Importante salientar que segundo o último censo existem diferenças na distribuição raciais no Brasil e Roraima, apresentando

respectivamente: brancos 48,20% e 26,40%, negros 6,90% e 6,10%, pardos 44,20% e 66,65% e indígenas 0,70% e 1,90% (Tabela 137) (IBGE, 2010a).

Tabela 137 - Distribuição da população do estudo e de Roraima por raça.

	Brancos(%)	Negros(%)	Pardos(%)	Amarelos(%)
Roraima	26,40	6,10	66,65	1,90
População do Estudo	35,00	9,00	50,00	2,00

Fonte: IBGE/2010

Um estudo realizado por Santos et al. (2008) em um município do Espírito Santo, encontrou um discreto predomínio da raça parda, seguido da raça negra Batista et al. (2011) observaram no Rio de Janeiro predomínio de brancos, seguido de negros e pardos. As diferenças na distribuição talvez sejam explicadas por diferenças nas distribuições raciais nos diferentes estados do país (IBGE, 2010a).

6.2 ESTUDO DO MODELO DE ATENÇÃO

6.2.1 Avaliação da implementação das diretrizes da Portaria nº 3.125/MS

Segundo a Portaria nº 3.125 do Ministério da Saúde, já citada anteriormente, para que o controle da endemia ocorra são necessários: o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno de todos os casos, a prevenção e tratamento das incapacidades e a vigilância dos contatos domiciliares (BRASIL, 2010 a).

Na maior parte dos prontuários, não foi possível determinar o período compreendido entre o início dos sintomas e o diagnóstico, ou porque este dado estava ausente, em torno de 45% casos, ou porque os prontuários foram inacessíveis (Tabela 49). Apesar disso, outros dados avaliados a seguir mostram que o diagnóstico parece estar ocorrendo tardiamente.

A hanseníase caracteriza-se por um longo e insidioso período de evolução (em torno de 2 a 7 anos), e em alguns casos até 10 anos. Sendo assim, formas polares da doença e a presença de incapacidade mostram que os pacientes permaneceram longo tempo sem serem diagnosticados (BRASIL, 2010c). Detectar o

caso precocemente tem por objetivo interromper a cadeia de transmissão, iniciar a PQT precocemente e com isso prevenir as incapacidades.

A porcentagem de casos classificados como multibacilares em torno de 60% (Tabela 62), a maior frequência da forma clínica dimorfa e apenas a pequena porcentagem dos casos corresponderem à forma inicial da doença hanseníase (indeterminada) (Tabela 63), parecem apontar para um diagnóstico tardio.

O grau de incapacidade avaliado na primeira consulta, mostrou que em mais de 50% dos casos foi encontrado algum grau de incapacidade. Destes, em torno de 39% apresentaram grau 1 de incapacidade e quase 14% grau 2 (Tabela 65 e Tabela 67). Como o grau de incapacidade relaciona-se também ao tempo de doença, este dado permite uma avaliação indireta do diagnóstico tardio (BRASIL, 2008).

Quando se considera aspectos relativos à prevenção de incapacidades, a orientação dos autocuidados e o tratamento adequado dos quadros reacionais são imprescindíveis (BRASIL, 2010a).

Autocuidados são procedimentos, técnicas e exercícios realizados diariamente pelos pacientes, sozinhos ou com auxílio de familiares com o objetivo de prevenir as lesões dos nervos periféricos e o surgimento ou a piora das incapacidades (Brasil, 2010a).

A orientação dos autocuidados para prevenção de incapacidades foi encontrada em menos de 17% dos prontuários (Tabela 94). De maneira geral, quando ocorreram, foram os enfermeiros e os médicos, praticamente com a mesma frequência, os responsáveis pelas orientações (Tabela 95).

O tratamento precoce dos casos, uma das diretrizes do MS, se relaciona diretamente também à precocidade do diagnóstico, e tem como objetivo, impedir que a forma inicial da doença (indeterminada) evolua para formas polares ou para formas transmissíveis (multibacilares). Objetiva ainda, que a prevenção das incapacidades seja realizada tão prontamente quanto possível, para que se possa minimizar danos físicos, emocionais ou socioeconômicos (VIRMOND; VIETH, 1997; BRASIL, 2010).

Foi observado que em média o período entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de até seis meses para mais da metade dos pacientes. Esta porcentagem pode ainda ser maior tendo em vista que não houve acesso ao dado aproximadamente 35% dos prontuários (Tabela 54). Assim, embora o tempo

observado entre o início dos sintomas e o diagnóstico pareça ter sido longo, o mesmo não parece ser verdade em relação ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento (menor que seis meses).

Tendo em vista que os quadros de hanseníase possuem uma evolução insidiosa, questiona-se se esta alta porcentagem de pacientes diagnosticados dentro deste período de seis meses não sejam pacientes que buscaram o serviço como decorrência de quadros reacionais, ou ainda tratar-se de um viés de tempo. Para comprovação desta afirmação, entretanto, seria necessário análises estatísticas mais aprofundadas.

A PQT foi concluída no período adequado, em aproximadamente apenas 46% dos casos. Em pouco mais de um quarto dos casos, este período não foi considerado adequado. Apesar de bastante relevante, este dado não pode ser obtido em pouco mais de 30% dos casos (Tabela 76). Sabe-se que casos de recidivas, embora raras, associam-se aos casos que não realizaram o tratamento de forma regular e completa (BRASIL, 2010a).

Quadros reacionais são processos inflamatórios agudos ou subagudos, associados a alterações do sistema imune e têm como uma de suas consequências as lesões dos troncos neurais. Quando não tratados adequadamente levam ao surgimento de sequelas e estigma social (BRASIL, 2010a).

Sabe-se que em torno de 50% dos pacientes com hanseníase apresentam episódios reacionais durante o tratamento e que 30% deles mantêm reações após a alta por um período médio em torno de cinco anos (ANDRADE et al., 2007; BRASIL, 2010).

Os quadros reacionais estiveram presentes em torno de 18% dos pacientes segundo anotações dos prontuários (Tabela 98). Dos 28 pacientes que apresentaram quadros reacionais, um quarto apresentou reação tipo I, pouco mais de 14% reação tipo II, e em torno de 28% quadro descrito apenas como neurite. Não houve especificação do tipo de reação em pouco mais de 46% dos prontuários que citavam a presença de quadros reacionais (Tabela 99). Importante lembrar que quadros de neurites podem estar presentes nos dois tipos de reação ou isoladamente. Estes dados parecem estar incompatíveis com a literatura onde os quadros reacionais estão presentes em aproximadamente 50% dos casos durante o tratamento (LYON; GROSSI, 2013).

Quanto ao tratamento, em aproximadamente 75% dos prontuários onde havia descrição de quadros reacionais, foram mencionados tratamentos (Tabela 101). Dos 21 pacientes que foram tratados, pouco mais de 90% receberam corticoides orais e 14% receberam talidomida (Tabela 102). Esta distribuição parece coerente na medida em que os corticoides são utilizados com maior frequência nas neurites isoladas ou associadas aos quadros reacionais, já a talidomida é contraindicada em mulheres na idade fértil, e usada apenas nas reações tipo II (BRASIL, 2010a).

Nos pacientes atendidos na atenção secundária, em mais de 68% dos prontuários não havia descrição de tratamentos de quadros reacionais, que foi observada em pouco mais de 18% dos prontuários, apenas. Quadros de reação tipo I associado a neurites foram tratadas com a mesma frequência que quadros de reação tipo II associado à neurite (Tabela 103 e Tabela 104).

Como os quadros reacionais foram diagnosticados em geral nos serviços de referência, e foi observada uma baixa frequência destes quadros descritos, questiona-se se os pacientes estão tendo acesso ao serviço de referência ou talvez se os diagnósticos/encaminhamento não estejam ocorrendo pela atenção básica.

Não foi possível determinar o número de pacientes que necessitavam de tratamento cirúrgico pela falta deste dado nos prontuários daqueles que apresentam maior grau de incapacidade ou sequelas. Este dado seria necessário para que se pudesse avaliar a porcentagem de pacientes operados entre aqueles que possuíam esta indicação. Sabe-se apenas que seis do total de casos foram encaminhados para tratamento cirúrgico (neurolise) (Tabela 105). Esta informação foi encontrada apenas nos prontuários da atenção secundária.

Considerando as ações de vigilância dos contatos, a investigação deve ser realizada por meio do exame dermatoneurológico em todos os contatos dos casos novos diagnosticados, independente de sua forma clínica. Considera-se contato todo aquele que residiu com paciente hansênico nos últimos cinco anos (BRASIL, 2010a). O período de incubação da doença pode ser maior que cinco anos, assim, apenas uma avaliação dos contatos parece ser insuficiente.

O objetivo desta ação é diagnosticar o mais precocemente possível casos novos que tenham convivido com paciente fonte de infecção. Na ocasião da avaliação dos contatos, devem ser dadas orientações relevantes sobre o período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2010a).

A proporção de examinados entre contatos intradomiciliares registrados dos casos de hanseníase no ano de 2011 foi de 31,60%. O MS considera valores abaixo de 50% como precários (BRASIL, 2010a). A baixa avaliação dos contatos ocorreu em outro estudo realizado no estado do Amazonas (FUAM, 2011) que também mostrou resultados precários (42%). O mesmo índice avaliado no Brasil durante o período compreendido entre 2001 e 2007, mostrou que a proporção média de contatos examinados foi de aproximadamente 50%, considerado regular pelo MS (LOBO et al., 2011)

De maneira geral, a baixa proporção de avaliação dos contatos não é uma limitação que se restringe apenas ao município de Boa Vista. Esforços precisam ser feitos no Brasil para mudar especificamente esta realidade (FUAM, 2011; LOBO et al., 2011).

Tendo em vista que a transmissão ocorre após anos de convivência próxima aos portadores e considerando fatores genéticos predisponentes, alguns estudos tem mostrado risco de 5 a 9 vezes maior dos comunicantes familiares contraírem a doença. Devem ser, portanto, prioritárias as ações de vigilância com ampliação da proporção de contatos examinados, para a efetiva interrupção da cadeia de transmissão (VAN BEERS et al., 1999; SANTOS et al., 2008).

6.2.2 Avaliação da qualidade dos prontuários/fichas de notificação

Como referido anteriormente, para que a vigilância epidemiológica possa obter informações atualizadas e fidedignas sobre o comportamento epidemiológico de determinada doença, é necessário que cada unidade de saúde mantenha um sistema organizado de informações (BRASIL, 2002).

A produção e divulgação de dados pela vigilância epidemiológica dependem da coleta, processamento e interpretação dos dados dos pacientes e seus contatos; que são obtidos de prontuários, fichas da enfermagem, fichas de controle de comunicantes, planilhas entre outros documentos (BRASIL, 2002; PASCHOAL et al., 2011).

Assim, do adequado preenchimento das fichas e envio para o órgão de vigilância hierarquicamente superior, dependem as análises que subsidiarão a

avaliação da efetividade, o planejamento e a adequação de novas ações (BRASIL, 2010a).

O preenchimento do "Formulário de Incapacidade", não foi realizado em pouco mais de 50% dos casos. Estes dados podem ser maiores, pois quase um terço dos prontuários não foi acessível. Entre os 40 prontuários com formulários de incapacidade preenchidos, apenas 10% deles foram completamente preenchidos (Tabela 88, Tabela 89, Tabela 90).

Entre os formulários de incapacidade preenchidos, 40% não apresentaram qualquer incapacidade. Em torno de 50% deles apresentaram algum grau de incapacidade, sendo em torno de 27% grau 1 e 22 % grau 2. Em 10% dos prontuários com formulários, não constavam o grau de incapacidade (Tabela 91).

As fichas de "Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações" avaliadas no nível de atenção secundário, não foram preenchidas em quase metade dos casos. Quando preenchidas, em apenas 11% ocorreram de forma completa (Tabela 93).

Fichas de agendamento/aprazamento devem ser utilizadas para verificar a adesão do paciente ao tratamento, através do registro do retorno para a tomada da dose supervisionada da PQT, a cada 28 dias (BRASIL, 2010a).

As fichas de aprazamento foram preenchidas em mais da metade dos prontuários e em 2% dos casos estavam em branco (Tabela 70).

O campo de alta nas "Fichas de aprazamento e controle de hanseníase", foi preenchido em apenas 24% dos casos. Este valor pode ser maior tendo em vista em quase um quarto dos prontuários não houve acesso á esta informação (Tabela 83).

Quanto ao modo de entrada dos pacientes, a maior parte foram transferências em pouco mais de 40% dos casos, seguidos dos casos novos, em um terço deles (Tabela 34). Houve apenas dois casos de recidiva relatados (1,31%), diferente do dado informado pelas fichas do Sinan onde não foram relatados casos de recidiva. Em pouco mais de um quinto dos casos, as anotações foram consideradas equivocadas uma vez que se tratava de transferências e foram classificadas como casos novos.

A presença de queixas dos pacientes descritas nos prontuários foi encontrada em mais da metade deles. Este valor pode variar tendo em vista que os prontuários não foram acessíveis em pouco mais 20% dos casos (Tabela 41).

A confirmação diagnóstica da hanseníase ocorre pelos antecedentes epidemiológicos e pelos exames clínico e dermatoneurológico a fim de identificar lesões de pele, áreas com alteração da sensibilidade e/ou comprometimento dos nervos (BRASIL, 2010a).

Em relação à presença do exame físico geral descrito no prontuário, mais de 60% deles não possuíam exame físico geral descrito (Tabela 48).

Quando se considera a presença do exame dermatológico descrito nos prontuários, em mais da metade deles esteve presente. Este dado foi inacessível em torno de 24% dos prontuários. Entre os sinais e sintomas mais encontrados estão a perda de sensibilidade em mais de 70% e manchas em mais de 66% dos casos. Importante lembrar que vários sinais e sintomas podem estar sobrepostos em um mesmo paciente (Tabela 55).

Em quase 60% dos prontuários constavam perda de sensibilidade como sintoma descrito no exame dermatológico. Em mais de 48% deles, não foi especificado qual foi a sensibilidade perdida. Naqueles cuja perda de sensibilidade foi descrita, em torno de 15% houve perda das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil simultaneamente (Tabela 57).

A avaliação da sensibilidade deve ser realizada de forma sistemática, seguindo a ordem de progressão das perdas: sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. O hábito de testar apenas da sensibilidade tátil, por questão de praticidade, pode levar a um resultado falso negativo, uma vez que não exclui que as outras sensibilidades (térmica e dolorosa) tenham sido perdidas anteriormente, mas que não foram especificamente testadas.

A informação sobre a presença de nervos comprometidos esteve presente em quase 48% dos prontuários, mas não constaram em cerca 39% e foi inacessível em quase 13% deles. Em torno de 35% deles houve pelo menos um tronco nervoso acometido (Tabela 60).

Em seu estudo, Santos et al. (2008), como citado anteriormente, chamam a atenção para o fato de existir uma associação significativa entre o aparecimento da hanseníase e o contato presente ou antigo com parentes consanguíneos com a doença.

A avaliação da presença de questionamento de contatos prévios com outros pacientes hansenianos nos prontuários de referência mostrou que não foi

questionado em mais de 64% dos casos. Entre os prontuários que possuíam a informação, 80% referiam que haviam tido contato prévio com outro paciente hanseniano. O grau de parentesco mais frequente dos contatos foi: irmão (31,25%) e pai (18,75%) (Tabela 44 e Tabela 45).

Foram encontrados dois pacientes, um presidiário e outro garimpeiro, que requereriam especial atenção em relação à avaliação dos contatos, tendo em vista o grande potencial de transmissão, mas que, porém não apresentaram contatos avaliados ou referência às ações de busca ativa.

Uma das peculiaridades da região é a presença de muitos garimpeiros entre a população. Habitualmente exercem sua profissão, porém não a informam, por ser considerada atualmente ilícita no Brasil. Situações como esta favorecem a manutenção da prevalência oculta, ou seja, casos que permanecem longo período sem serem diagnosticados e funcionam como fontes de infecção.

Dos 15 pacientes que tiveram contato com a doença, apenas sete tinham a informação sobre o grau de parentesco. Neste caso, a mãe foi o grau de parentesco mais frequente (Tabela 46 e Tabela 47).

A ficha de vigilância de contato estava presente nos prontuários dos casos em mais de 50% dos casos, porém em pouco mais de 40% estavam preenchidas (Tabela 111).

O número de contatos variou de 0 a 36 contatos. A maior parte referiu de 0 a 9 contatos. Esta informação não constou em pouco mais de 9% dos prontuários examinados. Nos prontuários não acessíveis, esta informação foi obtida na SMSA (Tabela 112).

Nos prontuários dos serviços de referência, em um quinto dos casos, os contatos não eram parentes de primeiro grau. Em mais de 60% dos prontuários não havia referência do grau de parentesco dos contatos. O tipo do contato não parente de primeiro grau mais frequente foi o esposo (Tabela 115 e Tabela 116).

A avaliação do grau de incapacidade na primeira consulta, esteve descrita em cerca de 70 % dos prontuários. Destes, em 70% dos casos, foi realizada no nível de atenção secundário e em pouco mais de 28% delas no nível primário (Tabela 65 e Tabela 66). A avaliação do grau de incapacidade na alta ocorreu em pouco mais de 25% dos pacientes apenas (Tabela 84).

Quanto a qualidade de preenchimento das fichas do Sinan, quase 90% das fichas de notificação tinham mais de 4 itens sem preenchimento. Quase um quarto das fichas apresentaram mais do que 8 itens dos 43, sem preenchimento (Tabela 23).

A maioria dos prontuários ofereceu pouca dificuldade para ser avaliação, quando à legibilidade e organização. Em pouco mais de um quarto dos casos, os prontuários foram indisponíveis (Tabela 117).

Em resumo, alguns formulários e fichas tais como “Formulário de Incapacidades” e “Fichas de avaliação simplificada das Funções neurais e complicações” não foram preenchidas na metade dos casos e 100% das fichas do Sinan estavam incompletas. As fichas de aprazamento, embora estivessem preenchidas em mais da metade dos prontuários, em aproximadamente 75% não possuíam campo de alta preenchido.

Houve divergências em questões fundamentais como a classificação operacional e forma clínica das fichas do Sinan, quando comparadas às do prontuário, mesmo se tratando da mesma população. Enquanto nas fichas do Sinan, as formas multibacilares representaram aproximadamente 53% das formas clínicas e 58 % da classificação operacional; nos prontuários foram encontrados em torno de 60% de multibacilares nas formas clínicas e 62% na classificação operacional.

Outra incongruência observada foi entre o número de lesões apresentadas nas fichas do Sinan (com 50% dos casos com até 5 lesões caracterizados como paucibacilares), e a classificação operacional das mesmas mostrando predomínio de formas multibacilares da doença em mais da metade dos casos (Tabela 12 e Tabela 14).

O mesmo problema foi observado na avaliação dos menores de 15 anos, onde em cinco de sete pacientes (em torno de 71%) foram observadas menos que 5 lesões, porém houve predomínio de multibacilares na classificação operacional (mais que 57% dos casos) (Tabela 131 e Tabela 133).

Considerando que as formas dimorfas apresentam um amplo espectro de quadros clínicos, variando entre as formas polares da doença e observando que a baciloscopia, como recurso auxiliar diagnóstico, nem sempre foi realizada; é provável que tenham ocorrido erros quanto à classificação dos pacientes em paucibacilares e multibacilares, classificados como dimorfos.

Outra possibilidade é que no momento de preenchimento da ficha, tenha sido considerado apenas o número de lesões relatadas pelo paciente e não aquele decorrente da enumeração das lesões realizada por meio do exame dermatológico.

Quando à compatibilidade entre a classificação operacional e os exames descritos no prontuário (dermatológico e baciloscópico), houve compatibilidade em aproximadamente 36%, deles, apenas. Em quase 37% dos prontuários não havia dados suficientes que permitissem avaliar esta compatibilidade.

Outra incongruência foi observada no número de casos descritos como procedentes de Boa Vista. Nas fichas do Sinan, esta população foi constituída de 146 pessoas e nos prontuários 153. É possível que alguns pacientes tenham referido nos prontuários serem residentes em Boa Vista ao invés do interior, para que pudessem garantir o atendimento no município.

O estudo corrobora com as afirmações de Alencar et al. 2012, que considera um fator limitante a utilização de dados secundário uma vez, que as informações podem estar ausentes ou preenchidas de forma incorreta levando a erros nos resultados e nas conclusões dos trabalhos.

6.2.3 Avaliação das ações de descentralização

Segundo Alencar et al. (2012) por meio da descentralização dos serviços e, portanto, da proximidade do paciente ao serviço de atenção básica, existe maior facilidade de acesso ao tratamento, da avaliação dos contatos, da prevenção das incapacidade e da exclusão social provocada pelo estigma da hanseníase.

As unidades que mais notificaram foram respectivamente: Centro de Especialidades Mecejana, Hospital Coronel Mota e Unidade de Saúde Asa Branca. As três unidades juntas somaram mais de 50% do total dos casos notificados. Os demais 90 casos foram notificados pelos 25 estabelecimentos de saúde restantes (Tabela 24).

Os diagnósticos foram realizados pelas mesmas unidades na mesma ordem de frequência: Centro de Especialidades Mecejana, Hospital Coronel Mota e Centro de Saúde Asa Branca. As demais unidades de saúde somaram pouco mais de 40% dos casos diagnosticados (Tabela 25).

Importante observar que o Centro de Especialidades Mecejana e o Hospital Coronel Mota são unidades de referência respectivamente municipal e estadual. Nestes locais atuavam na ocasião médicos especialistas em hansenologia. Observou-se, portanto que a atenção secundária foi responsável por mais de 40% das notificações e mais de 50% dos diagnósticos, respectivamente.

A atenção básica parece ter apresentado dificuldades quanto ao reconhecimento e a confirmação diagnóstica de hanseníase, estando ainda dependente dos serviços de referência na maior parte dos casos, para concluí-los.

Algumas das justificativas para as dificuldades no diagnóstico da hanseníase podem estar associadas às deficiências na formação dos profissionais, à falta de educação permanente com cursos de reciclagem para equipes de saúde e à dificuldade de fixação dos profissionais aos serviços de atenção básica.

Entre as três unidades de saúde que mais notificaram a que atendeu maior número de indivíduos residentes em outros municípios foi o Hospital Coronel Mota e em segundo lugar Centro de Especialidades Mecejana (Tabela 4). Estes números podem ser justificados pelo fato do Hospital Coronel Mota ser a unidade de referência estadual com atendimento ambulatorial especializado, recebendo grande parte dos encaminhamentos dos outros municípios.

As unidades de saúde que apresentaram maior número de casos notificados procedentes de Boa Vista foram respectivamente o Centro de Especialidades Mecejana, Centro de Saúde Asa Branca e Hospital Coronel Mota (Tabela 27). Interessante observar que quando se considera apenas casos notificados procedentes do município, a unidade de atenção básica Asa Branca passa a preponderar sobre o serviço de referência estadual, em relação às notificações. Mesmo assim, as duas unidades de referência juntas ainda são responsáveis por aproximadamente 35% das notificações do município. Ou seja, mesmo excluindo pacientes do interior que naturalmente seriam encaminhados para a referência estadual, ainda assim os serviços de atenção secundária notificaram mais de um terço dos casos.

Um trabalho realizado por Alencar et al., 2012, encontrou entre 2007 e 2008 que em torno de 30% dos casos foram diagnosticados nos centros de referência e que no ano seguinte este número passou para quase 40% deles. Segundo os autores, o mesmo padrão foi encontrado em diversos outros municípios, com um

valor de até 100% dos casos sendo diagnosticados nos serviços de referência por meio dos encaminhamentos.

Em relação aos menores de 15 anos, a unidade municipal de referência Centro de especialidades Mecejana foi a maior responsável pelas notificações tanto dos casos procedentes de Boa Vista quanto do interior (11 casos do total de 13), os outros dois casos foram diagnosticados pela unidade Asa Branca e Hospital Coronel Mota (Tabela 120 e Tabela 123). Esta unidade (Mecejana) possuía na ocasião um médico dermatologista especialista em hansenologia, o que talvez possa explicar a grande diferença no número de diagnósticos em menores de 15 anos realizados por esta unidade em relação às demais.

O diagnóstico da hanseníase em menores de 15 anos é considerado difícil pela pouca objetividade dos testes de sensibilidade quando realizados em crianças, particularmente menores. Exigi, portanto maior experiência dos profissionais em sua confirmação.

Outro estudo de Alencar et al. 2008, demonstrou que em torno de 70% dos casos em menores de 15 anos, foram diagnosticados apenas nos centros de referência, o que indica falhas no processo de descentralização das ações para os serviços de saúde da atenção básica.

Para Alencar et al. (2012) e Lanza et al.(2011a), as policlínicas devem ser organizadas como referência na assistência às complicações e na promoção da educação continuada das equipes de saúde da atenção básica.

O encaminhamento para o nível de atenção secundário aconteceu em mais de 51% dos casos. Este número pode ser maior tendo em vista que em torno de 13% dos casos este dado não foi acessível (Tabela 108). Do total de encaminhamentos, a grande maioria, quase 76% deles, foi por dúvida diagnóstica. Os outros encaminhamentos ocorreram para tratamento de quadros reacionais em 29% dos casos ou efeitos adversos à medicação numa pequena porcentagem. Importante salientar que o mesmo paciente pode ser encaminhado por dois ou mais motivos diferentes. Outros motivos de encaminhamento menos frequentes foram: falha terapêutica, recidiva, retratamento, transferência, encaminhamento para neurolise, ou para confirmação de alta (Tabela 109; Tabela 110).

Embora boa parte dos encaminhamentos viesse com a suspeita de hanseníase, a rede básica não foi capaz de concluir o diagnóstico e achou

necessária a confirmação pelo especialista. Este aspecto pode refletir deficiências formação profissional quanto à hanseníase e falhas no processo de descentralização.

Segundo a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle a Hanseníase (CGPNCH/MS), problemas relacionados à qualificação das equipes de saúde, à falta de recursos materiais e de integração entre os serviços de atenção primária e especializada, comprometem o resultado das ações de controle da doença (BRASIL, 2011).

Ainda segundo Alencar et al. 2012, é necessário aumentar a resolubilidade da atenção básica para o diagnóstico, acompanhamento dos casos e vigilância epidemiológica da doença.

Apesar resultados descritos por Penna (2008) que observou notificação em apenas cinco municípios do estado (33,30%), neste estudo apesar de serem excluídos pacientes notificados em outros municípios, foram observados pacientes procedentes de pelo menos doze outros municípios do estado (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Aproximadamente um quarto dos casos notificados no período em Boa Vista foi de procedentes de outros municípios do estado (Tabela 1).

Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que o diagnóstico inicial de um paciente em outro município no qual não reside pode não só dificultar o acompanhamento e a prevenção das incapacidades, como também influenciar indicadores operacionais como proporção de contatos examinados, por exemplo. (ALENCAR et al.,2012)

Muitos municípios apresentam uma baixa cobertura da estratégia de saúde da família, o que pode levar a necessidade da busca de outros municípios para a realização dos diagnósticos (ALENCAR et al. 2012).

Outro aspecto considerado por Simões et al. (2004) é que a busca pelo atendimento fora do município de residência pode significar deficiências nas ofertas de serviços, ou a procura por um atendimento de melhor qualidade.

Por outro lado, em relação à contrarreferência, dos 43 pacientes notificados procedentes do interior, 40 foram reencaminhados, ou seja, mais de 93% deles passaram a ser acompanhados em seus municípios de origem (Tabela 36).

A transferência das unidades de referência para a atenção básica, considerando apenas pacientes residentes em Boa Vista, ocorreu em quase 63% dos casos que passaram a ser acompanhados em de suas respectivas áreas de cobertura. Apenas 5% dos casos permaneceram em acompanhamento nas unidades de referência (Tabela 37 e Tabela 77). É provável que esta pequena porcentagem de casos que permaneceram nas unidades de referência, sejam pacientes com complicações e/ou quadros reacionais que necessitaram de especialistas.

O acompanhamento, considerando apenas pacientes procedentes de Boa Vista, conforme o esperado foi realizado predominantemente pelas unidades de atenção básica. As unidades que acompanharam maior número de casos foram respectivamente: Asa Branca e Raiar do Sol. Por sua vez o Centro de Especialidades Mecejana e Hospital Coronel Mota, unidades de referência, acompanharam uma pequena porcentagem muito pequena dos casos (Tabela 27).

Uma análise dos bairros de maiores procedências mostrou que embora o bairro Senador Hélio Campos tenham apresentado o maior número de casos (22), notificou em suas duas unidades nove casos, diagnosticou cinco e acompanhou 15. O bairro Asa Branca por sua vez, apresentou 11 casos, notificou em sua unidade 16 diagnosticou 13 e acompanhou 16 casos. Estas diferenças podem ser explicadas por diferenças estruturais das unidades: o bairro Senador Hélio Campos contava com três equipes do Programa de Saúde da Família PSF para sua cobertura, e o Asa Branca com quatro equipes. Outro aspecto interessante é que a unidade Asa Branca é uma das três unidades que realiza exames de baciloscopia no município (juntamente com o CE Mecejana e a unidade de saúde do Olenka) o que pode ter influenciado no número e notificações e diagnóstico desta unidade.

Para Feenstra e Visschedijk (2002), a principal estratégia para o controle da doença é atualmente a integração dos programas de saúde na atenção básica, o que leva à facilidade de acesso, melhora da qualidade do atendimento, diagnóstico precoce e prevenção das incapacidades.

É necessário lembrar que a possibilidade de atendimento dos pacientes em unidades mais próximas reduz a migração para outras unidades ou outros municípios, além de aumentar a adesão ao tratamento e, portanto, a chance de sucesso terapêutico (ALENCAR et al., 2012).

Finalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de seu processo de descentralização e municipalização, procura uma aproximação à realidade social e às especificidades locais, ao mesmo tempo em que buscar qualificar a gestão para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde (BRASIL, 2006).

6.3.4 Avaliação da efetividade e qualidade dos serviços

A fim de avaliar a qualidade, monitorar as ações e serviços, pode ser utilizado indicadores operacionais, tais como: proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico; proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada; proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano e proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (BRASIL, 2010a).

A proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos encontrada de foi 31,60%, considerado precário pelo MS quando menor que 50%. Este índice relaciona-se à capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares para a detecção de casos novos (BRASIL, 2010a).

Para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até o término do tratamento foi calculado a proporção de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, cujo resultado encontrado de 11,96%, considerado regular pelo MS (BRASIL, 2010a).

A proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico teve como resultados 59,70% e a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada de 28,20%, ambas tem como objetivo medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e foram consideradas precárias pelo parâmetros do MS (BRASIL, 2010a).

Alguns outros indicadores relevantes tais como a porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento da cura e porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico não puderam ser calculados, com já citado anteriormente por terem como condição para

seu cálculo, a porcentagem mínima de 75% de pacientes avaliados (BRASIL, 2010a).

Outros índices não preconizados pelo MS foram calculados a fim de avaliar de forma indireta a qualidade dos serviços tais como: proporção de casos com lesão única, proporção de casos em relação ao gênero, proporção de casos multibacilares entre os casos novos.

A proporção de lesão única entre os casos novos em 2011 foi de 29,3% (excluídos casos onde este dado não foi preenchido). Um estudo realizado em Boa Vista pela Fundação Alfredo da Matta/OPAS em julho de 2005 encontrou resultado semelhante de 29,1% de casos com lesão única. Alguns estudos têm demonstrado que a proporção de pacientes com lesão única de pele pode ser utilizada como indicador na avaliação do progresso da eliminação da hanseníase em áreas hiperendêmicas ao mesmo tempo em que múltiplas lesões cutâneas associam-se a estágios avançados da doença, pacientes bacilíferos e diagnóstico tardio (BRASIL, 2005, IGNOTTI et al., 2007; SOBRINHO e MATHIAS, 2008).

Quando se avalia as fichas do Sinan em relação ao número de lesões, em torno de 50% dos casos apresentavam até cinco lesões. Apenas 0,68% dos pacientes apresentavam lesão única (Tabela 12). Nos menores de 15 anos, cinco de sete paciente ou aproximadamente 71% deles foram descritos como tendo até cinco lesões (Tabela 131). Dados considerados incongruentes como já discutido anteriormente quando comparados aos dados da classificação operacional (Tabela 13, Tabela 14 e Tabela 134).

Outro indicador avaliado foi a proporção de casos multibacilares entre os casos novos que foi de 63%. O mesmo cálculo foi realizado no município pela Fundação Alfredo da Matta/OPAS em 2004, e mostrou como resultado o valor de 55,2%. Houve, portanto um aumento da proporção de multibacilares nos últimos nove anos.

O tempo médio encontrado entre o início das queixas e a primeira avaliação médica dos pacientes procedentes de Boa Vista, foi calculado por informações do prontuário. Na metade deles, não foi possível determinar este período. Aproximadamente um quarto dos pacientes tinham queixas há mais de seis meses (Tabela 53). Como a doença possui uma evolução insidiosa, o diagnóstico precoce se realiza por meio de: campanhas de busca ativa, avaliações de contatos, quando a

população é informada acerca dos sinais e sintomas da doença, ou através de educação em saúde que leva ao aumento da demanda espontânea.

Apesar disso, quando se avalia conjuntamente a proporção de pacientes com grau de incapacidade na primeira avaliação, e a avaliação do grau de incapacidade (por meio da qual foi observado algum grau de incapacidade presente em mais da metade dos casos), pode-se inferir que os dados apresentados anteriormente foram incompatíveis com a realidade da população estudada (Tabela 67).

O tempo médio encontrado nos prontuários, entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico, quando pôde ser calculado, foi de 24,91 meses (dois anos e oito meses). A mediana foi de 12 meses (um ano). O mínimo de tempo foi um mês e máximo 216 meses (16 anos). Estes valores podem não ser significativos tendo em vista que em uma grande parte (em torno de 50%) dos prontuários este dado não esteve presente ou foi inacessível.

Nas crianças, nem sempre o diagnóstico é simples pelas dificuldades inerentes à realização e interpretação dos testes de sensibilidade, exigindo anamnese e exame minuciosos (BRASIL, 2010a).

A confirmação dos casos de hanseníase nesta faixa etária ocorreu em seis dos sete pacientes notificados no município, todos realizados por médicos e quase na totalidade, num serviço de referência. Em nenhum caso foi realizado teste de histamina.

O teste de histamina é usado para demonstrar a integridade dos pequenos ramos nervosos da pele e é útil em casos onde a pesquisa de sensibilidade se mostra inconclusiva, principalmente em crianças ou pacientes com distúrbios mentais (RIVITTI; SAMPAIO, 2008).

Ainda em relação aos menores de 15 anos, a maior parte deles, mais de 50%, realizou algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual. Entre os quatro casos que tiveram sintomatologia anterior, três trataram de "micoses" (Tabela 126). Estes dados nos levam a pensar que talvez a formação médica não esteja contemplando de forma suficiente o conhecimento da hanseníase, levando a erros diagnósticos.

A literatura tem mostrado em muitas regiões endêmicas um predomínio do número de casos em homens em relação ao de mulheres, embora não se conheça ao certo a razão destas diferenças. Acredita-se que em algumas sociedades ainda

ocorra discriminação das mulheres, tendo como consequência, um menor acesso aos bens e serviços. Neste trabalho foi encontrada uma proporção de casos em relação ao gênero de 72,10% de homens (Brasil, 2010c). Como já citado anteriormente, a proporção de homens em Boa Vista foi semelhante a de mulheres acordo com o ultimo censo (IBGE, 2010a), não havendo preponderância masculina na população normal, diferente da distribuição hanseníase que nitidamente maior na população masculina.

A prevenção das incapacidades físicas e deformidades consequentes da hanseníase dependem de técnicas simples, denominadas autocuidados, que devem ser realizadas de forma regular pelos pacientes, auxiliados por seus familiares, e ser orientadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010a).

Quanto aos autocuidados, em apenas 10% dos prontuários havia alguma referência às orientações aos pacientes. Na avaliação do nível de atenção secundário, houve registro sobre a orientação em apenas 23% dos casos sendo que realizada de forma mais frequente pelo fisioterapeuta (Tabela 96 e Tabela 97).

Quadros reacionais com ou sem neurites, devem ser consideradas como urgência e encaminhadas para o serviço de referência para que possam ser tratadas por profissionais mais experientes, preferencialmente nas primeiras 24 horas, com o objetivo de prevenir sequelas (BRASIL, 2010a). Embora esta orientação conste na portaria em estudo como uma das justificativas para o encaminhamento para os serviços de referência, o médico da atenção básica, quando bem familiarizado com a doença, poderia diagnosticar e tratar quadros de reações mais leves. O encaminhamento para a serviço de referência deveria ser reservado para os casos de reações subintrantes ou de difícil controle.

Neste estudo, quadros reacionais foram descritos em aproximadamente 18% dos prontuários. Quase um quarto dos prontuários foi inacessível. Dos 28 pacientes que apresentaram quadros reacionais aproximadamente 25% apresentavam reação tipo I, pouco mais de 14% reação tipo II, e 28% quadro descrito apenas como neurites. Em pouco mais de 46% dos prontuários, o quadro reacional referido não foi especificado (Tabela 98). Estes dados diferem de literatura que mostram as reações presentes em metade dos pacientes, em média, durante o tratamento (LYON; GROSSI, 2013)

Em relação ao número de episódios reacionais, na maior parte dos prontuários avaliados são descritos apenas dois episódios. Em mais de 35% dos prontuários, esta informação não constou (Tabela 100 e Tabela 112). Importante lembrar que existem quadros reacionais subintrantes, cujos surtos são sucessivos e tão frequentes, que se torna difícil determinar quando se inicia ou termina, ou numerá-los (BRASIL, 2010a).

No estudo em 75% dos prontuários onde havia descrição de quadros reacionais, foi realizado tratamento. Dos 21 pacientes que foram tratados, 90% deles receberam corticoides orais e 14% receberam talidomida. Pensando que a reação tipo II ou eritema nodoso hansênico associa-se às formas multibacilares da doença, e como observado anteriormente, as formas multibacilares foram predominantes, seria esperado encontrar um número maior de pacientes com este tipo de reação. Estes valores poderiam ser justificados no caso de uma grande proporção de casos multibacilares serem constituídos da forma clínica dimorfa tuberculóide. Outra possibilidade é que os quadros reacionais não estejam sendo corretamente diagnosticados e tratados (Tabela 101 e Tabela 102)

O tratamento cirúrgico para as neurites somente será indicado após esgotarem-se todos os recursos clínicos para redução da compressão do nervo periférico por estruturas anatômicas próximas. São as seguintes as indicações de encaminhamento para o nível secundário: abscesso de nervo, neurite não responsiva após tratamento por quatro semanas, neurites subintrantes, neurite do nervo tibial silenciosa não responsiva e dor neural não responsiva (BRASIL, 2010a).

Pacientes que após completarem a PQT, não apresentem estados reacionais há um ano, mas apresentem incapacidade instalada (mãos em garra, pé caído, etc), podem ser encaminhados para centro de atenção terciário para cirurgias de reabilitação (BRASIL, 2010a).

Apenas seis casos foram encaminhados para tratamento cirúrgico (neurolise). Esta referência foi encontrada apenas nos prontuários da atenção secundária. Não houve referência à encaminhamentos para outras cirurgias de reabilitação apesar de três pacientes apresentarem mãos em garra (Tabela 105).

Em caso de intercorrências clínicas, reabilitação cirúrgica, reações hansênicas ou adversas às drogas, dúvidas diagnósticas e de conduta e recidivas, o paciente será encaminhado para os serviços de referência. Para que o paciente

possa ser atendido de forma integral nos serviços da rede de saúde, é necessário que se estructurem referências estaduais e municipais, além de um sistema de contra referências efetivo, que possam receber oportunamente os pacientes, conforme os princípios preconizados pelo SUS (BRASIL, 2010a).

O encaminhamento para tratamentos complementares foi necessário em pouco mais de 16% dos casos. As maiores frequências foram para as especialidades de fisioterapia e ortopedia igualmente. Estes encaminhamentos partiram de forma mais frequente do nível de atenção secundário (Tabela 106). As especialidades indicadas foram compatíveis com o relato de casos que necessitaram de neurolise (seis casos).

Santos et al. (2008) analisando os fatores de risco para transmissão de hanseníase através de um estudo de caso controle, concluíram que quando presentes casos atuais de hanseníase na família existe um aumento de 2,9 vezes no risco de contrair a doença. Tendo casos antigos o risco sobe para 5,0 vezes mais. Com isso sugerem que sejam realizadas novas avaliações dos contatos intradomiciliares, mesmo após o familiar com hanseníase encerrar o tratamento.

O número de contatos variou de 0 a 36 contatos, sendo que maior parte dos pacientes referiu de 0 a 9 contatos. Esta informação esteve ausente em pouco mais de 9% dos casos dos prontuários avaliados. Nos prontuários não acessíveis, esta informação foi obtida na SMSA (Tabela 112).

O número de 125 pacientes referiu ter contatos. O total da soma dos contatos foi de 517. Desses 232 foram avaliados, sendo 75 foram considerados normais e quatro suspeitos. Para 153 pacientes, não estava presente a informação (Tabela 113 e Tabela 114). Importante lembrar que porcentagens de avaliação de contatos abaixo de 50% são consideradas precárias pelo MS.

Os contatos não eram parentes de primeiro grau não eram parentes de primeiro grau em quase um quarto dos casos. Não houve referência do parentesco dos contatos em mais de 60% dos casos. O tipo do contato não parente de primeiro grau mais frequente foi o esposo (Tabela 116). Cada paciente pode ter tido contato com mais de um tipo de familiar.

Apenas 1,31% dos contatos foram avaliados mais de uma vez (Tabela 117).

Na avaliação de contatos dos sete pacientes menores de 15 anos, quatro deles apresentavam familiares com hanseníase. Entre estes quatro pacientes, dois

deles tinham apenas um familiar com hanseníase, um paciente tinha três familiares e um paciente apresentou seis familiares com hanseníase (Tabela 129 e Tabela 130).

Uma observação pertinente à avaliação dos contatos é que em geral, quando avaliados, a avaliação ocorre uma única vez. Essa conduta é inadequada, uma vez que, como foi dito anteriormente, o período de incubação da hanseníase pode chegar a até 10 anos, podendo o contato quando infectado, apresentar sinais e sintomas em qualquer momento deste período (BRASIL, 2010c; Santos, et al., 2008).

Em um boletim epidemiológico publicado pela Fundação Alfredo da Matta em 2011 sobre a hanseníase no Estado do Amazonas, foi encontrado 41,60 % de paucibacilares e 58,20% de casos multibacilares. Predomínio de formas multibacilares representa diagnóstico tardio, persistência de fontes de infecção oculta na comunidade, além de maior risco de evolução com incapacidades (MIRANZI, et al., 2010, FUAM, 2011).

Em relação à forma clínica, pelos dados encontrados nas fichas do Sinan, apenas pouco mais de 18% foram indeterminadas. Mais da metade dos pacientes foram classificados como multibacilares (Tabela 14). A mesma variável obtida dos prontuários dos mesmos pacientes mostrou aproximadamente 13% dos casos da forma indeterminada. Em torno de 60% de formas multibacilares (MHV e MHD) e quase 36% de formas paucibacilares (Tabela 62).

Quando se considera os pacientes menores de 15 anos, quatro pacientes foram multibacilares e três foram paucibacilares (Tabela 134).

Quanto ao número de nervos afetados, quase 37% não apresentou acometimento neural. Em torno de 14% dos casos apresentaram três ou mais nervos acometidos. Quase um terço dos prontuários não continha esta informação (Tabela 40).

Segundo a portaria nº 3.125/MS, é imprescindível que a integridade da função neural seja avaliada na ocasião do diagnóstico, nos quadros de reações e no momento da alta, bem como seja determinado o grau de incapacidade física nestes momentos (BRASIL, 2010a). O exame dermatoneurológico deve ser realizado em todo paciente com suspeita hanseníase não só com o objetivo de testar a sensibilidade para confirmação diagnóstica, como também para avaliar a integridade

dos troncos nervosos. A ausência deste dado nos prontuários pode significar não só a falta da anotação como também a não realização do exame preconizado.

Nos pacientes menores de 15 anos, por outro lado, os sete pacientes notificados foram submetidos a avaliação neural, sendo o acometimento encontrado em três dos sete pacientes avaliados. Um dos pacientes apresentou dois nervos acometidos e outro, três e o último sete nervos acometidos. A melhor qualidade da avaliação destes pacientes deve estar associada ao fato de terem sido examinados pelo especialista do serviço de referência em quase sua totalidade.

Sabe-se que o acometimento de um ou mais nervos na avaliação inicial tem sido apontado como fator de risco para desenvolvimento de neurites ao longo do tratamento medicamentoso e de maior associação com incapacidades já no momento do diagnóstico (ROSE; WATERS, 1991; PIMENTEL et al., 2003).

A avaliação do grau de incapacidade, obtido a nas fichas do Sinan, esteve ausente em 10% dos prontuários. Quase 44% dos casos apresentaram algum grau de incapacidade, sendo grau 1, em torno de 32% e grau 2 em torno de 11%, valores considerados altos quando maiores que 10% pelos parâmetros do MS (Tabela 15). (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013). A mesma avaliação realizada pela Fundação Alfredo da Matta no estado do Amazonas em 2011, mostrou uma alta porcentagem de pacientes avaliados quanto ao grau de incapacidade, em torno de 94%, sendo encontrado grau 1 em torno de 22% e grau 2 de incapacidade de 11%. Outro estudo mostrou grau de incapacidade 1 em torno de 19% e 2 em torno de 8% no Rio de Janeiro (BATISTA, 2011; FUAM, 201).

Entre os sete casos menores de 15 anos, em relação à avaliação ocular, quatro não apresentaram nenhum acometimento (grau 0). Em relação à avaliação de incapacidades nos pés, dois (em torno de 28%) apresentaram grau 1 de incapacidade em ambos os pés, e três (em torno de 43%) não apresentaram incapacidades nos membros. Os demais não apresentaram este dado preenchido na ficha do Sinan (Tabela 133).

Nos dados obtidos dos prontuários houve avaliação do grau da incapacidade em mais de 70% dos casos. Dos 108 pacientes avaliados na primeira consulta, mais de 70% deles fizeram a avaliação do grau de incapacidade nos serviços de referência no momento do diagnóstico (Tabela 65). Houve algum grau de incapacidade em mais de 45% dos casos, sendo aproximadamente 39% grau 1 e

em torno de 14% grau 2 (Tabela 66 e Tabela 67). Os locais mais frequentemente acometidos foram os membros inferiores (Tabela 68). Em 21% dos prontuários esta informação não estava presente.

A avaliação do grau de incapacidade fornecida pela SMSA mostrou que na maior parte dos casos, em torno de 39% dos casos, não foi encontrada qualquer incapacidade. Em aproximadamente um terço dos casos, foi descrito algum grau de incapacidade, sendo em torno de 23% grau 1 e 7% grau 2 (Tabela 63).

A comparação entre as avaliações descritas nas fichas do Sinan, prontuários e pela SMSA mostram respectivamente: grau 1, em torno de 32% e grau 2 em torno de 11%; aproximadamente 39% grau 1 e em torno de 14% grau 2; e em torno de 23% grau 1 e 7% grau 2. Os valores apresentados pela SMSA são inferiores às duas avaliações realizadas no trabalho, estando portanto aparentemente subnotificados.

Segundo boletim epidemiológico publicado pela Fundação Alfredo da Matta, do total de pacientes avaliados em relação ao grau de incapacidade: 21,8% de casos apresentaram grau 1 e 11% grau 2 de incapacidade. O grau de incapacidade correlaciona-se com o tempo de doença e pode medir indiretamente a prevalência oculta e a efetividade das ações para o diagnóstico precoce dos casos (BRASIL, 2008; FUAM, 2011).

Na alta, em pelo menos 43% dos casos, não houve avaliação quanto ao grau de incapacidade (Tabela 84). Dos pacientes que foram avaliados quanto ao grau de incapacidade nesta ocasião, a maior parte deles (mais de 70%) foi avaliada no nível da atenção secundária (Tabela 85). Quase 77% apresentava algum grau de incapacidade, sendo que a maior parte (mais de 50%) apresentava grau 1 de incapacidade (Tabela 86). Os locais de maior acometimento foram os membros inferiores em um terço dos casos. Em quase um terço dos prontuários não constava o local de acometimento (Tabela 87).

A maior parte da avaliação quanto ao grau de incapacidade ocorreu no nível de atenção secundário, tanto no diagnóstico, quanto na alta. Em parte dos casos não houve avaliação do grau de incapacidade: na primeira avaliação em torno de 14% e em aproximadamente 43% dos casos, na alta. Houve um aumento na proporção de pacientes com grau 1 de incapacidade da primeira avaliação de 39%

para 50% na avaliação da alta; e em relação ao grau 2 de aproximadamente 13% para 18%.

Pode-se observar que boa parte dos diagnósticos e avaliações ainda estão predominantemente sob-responsabilidade do nível da atenção secundário, descaracterizando o processo de descentralização das ações. Boa parte das avaliações quanto ao grau de incapacidade não foi realizada em nenhum dos níveis de atenção, em especial as da alta.

Supondo que as avaliações quanto o grau de incapacidade estejam corretas, parte dos pacientes que apresentam grau 0 de incapacidade no diagnóstico evoluíram para grau 1 de incapacidade ou grau 2 o que pode significar que as medidas de prevenção não foram orientadas de forma efetiva, talvez por dificuldades na condução dos casos pelos profissionais do nível da atenção primário. Outra possibilidade é que os quadros reacionais não estejam sendo diagnósticos ou tratados adequadamente.

O indicador de grau de incapacidade relaciona-se à precocidade diagnóstica e à melhoria de acesso do paciente aos serviços de saúde, bem como à qualidade do atendimento ao paciente. (BRASIL, 2011).

O modo de entrada predominante nas fichas do Sinan foram os casos novos em quase 72% dos casos, seguido das transferências em torno de 25% (intramunicipal, extramunicipal, interestadual ou de outros países) e pouco mais de 1% de outros reingressos. Não houve notificação de recidivas nas fichas do Sinan (Tabela 16).

Considerando a mesma variável, analisada a partir dos prontuários, aproximadamente 40% dos pacientes foram transferidos, em torno de 33% de casos novos, 1,31% recidivas, e em pouco mais de 21% dos casos, a anotação foi considerada equivocada (Tabela 34).

Como se pôde observar, a mesma população analisada no mesmo período mostrou diferenças quanto à classificação no modo de entrada. Isso pode ser justificado, pois os pacientes foram muitas vezes acompanhados em unidades diferentes das de notificação o que pode gerar divergências na interpretação quanto ao modo de entrada. Um paciente pode ser considerado caso novo no serviço por estar iniciando seu acompanhamento, porém em relação à hanseníase já ter sido avaliado em outra unidade anteriormente, sendo, portanto considerado como

transferência. Importante salientar a existência dois casos de recidiva descritos nos prontuários, mas não nas fichas do Sinan.

Um estudo realizado no estado do Amazonas em 2011 encontrou 84,40% de casos novos, 9% de recidivas, 5% de reingressos e 1% de transferências de outros estados (FUAM, 2011).

Em relação à maneira como os casos novos foram detectados, mais de 61% ocorreu por meio de encaminhamentos, quase 27% através de demanda espontânea, e apenas pouco mais de 3% através das formas ativas de busca (2% exame da coletividade, 1% exame dos contatos) (Tabela 16).

Miranzi et al. (2010) encontraram resultados semelhantes, porém outros estudos mostram a demanda espontânea como principal modo de diagnóstico (LANA et al., 2003; FUAM 2011).

Estes achados demonstram que a maior parte dos casos está sendo diagnosticados nos níveis de atenção secundários, e que apenas uma pequena parte dos casos é diagnosticada por formas ativas de busca, demonstrando fragilidade na implementação das ações de descentralização, busca ativa, exame da coletividade e dos contatos, além de educação em saúde. O padrão do modo de entrada encontrado compromete a possibilidade do diagnóstico precoce nesta população (LANA et al., 2003; MIRANZI et al., 2010).

Embora a baciloscopia esteja indicada como exame complementar para a classificação das formas paucibacilar e multibacilar, nem sempre existe disponibilidade ou condições técnicas para a sua realização. Desta forma, este exame não é considerado obrigatório para o diagnóstico pelo MS (BRASIL, 2010a).

Quando foram avaliadas as fichas do Sinan, observou-se que o exame baciloscópico foi realizado em pouco mais de 72% dos casos, sendo positivo em aproximadamente 26% deles. Em torno de 7% das fichas esta informação estava ausente (Tabela 18).

Em relação aos achados dos prontuários, a baciloscopia foi realizada em pouco mais de 74% dos casos, sendo positiva em aproximadamente 26%. Em quase as 13% dos prontuários avaliados esta informação não constava (Tabela 52).

Os dados encontrados nas fichas e prontuários parecem próximos e foram realizados na maior parte dos casos. Apesar de a baciloscopia ter sido positiva em aproximadamente 26% dos casos, a classificação operacional mostrou predomínio

de formas multibacilares. Este dado parece ser coerente tendo em vista que as formas dimorfas, embora consideradas multibacilares para fins operacionais, possuem muitas vezes a baciloscopia negativa.

MIRANZI et al. (2010) encontraram em seu estudo resultados diferentes com baciloscopia positiva em 34% dos casos e negativa em 52% deles, não realizada em 21% e em 11% dos casos não constava. Pacientes com baciloscopia positiva são considerados fontes de infecção para a comunidade e refletem a demora na captação dos casos.

Outros dados pesquisados nos prontuários diziam respeito ao índice bacilar e morfológico. O índice baciloscópico (IB) é um método de avaliação quantitativo utilizado na leitura da baciloscopia, expresso numa escala que varia de 0 a 6+ (RIDLEY; JOPLING, 1966).

O índice morfológico por sua vez, é utilizado para avaliar a viabilidade dos bacilos, se estão sólidos ou íntegros e sua porcentagem em relação ao total de bacilos examinados (LYON; GROSSI, 2013).

Neste estudo, tanto o índice bacilar quanto o índice morfológico foram descritos de forma não padronizada, sendo os resultados considerados inconsistentes.

Considerando o esquema terapêutico inicial, em aproximadamente 26% dos casos foi indicada a PQT para paucibacilar (seis doses), pouco mais de 45% receberam a PQT para multibacilar (12 doses), e 20% necessitaram de esquemas substitutos. Em 7% dos prontuários esta informação estava ausente (Tabela 71).

Estes dados apresentam-se incompatíveis com aqueles encontrados nas tabelas (Tabela 62 e Tabela 63), que mostram predomínio da forma multibacilar. Seria esperada neste caso uma maior proporção de esquema inicial com 12 doses, indicado para quadros multibacilares.

Quanto ao término da poliquimioterapia no período adequado, pouco mais de 45% dos casos concluíram a PQT no prazo preconizado. Em 23% dos casos o tempo foi considerado inadequado. Este dado não constou em quase 8% dos prontuários e em torno de 24% deles foram inacessíveis (Tabela 76). Foram considerados inadequados termos antes da data prevista (quando respeitado o prazo de retorno de 28 dias) ou esquemas que se estenderam além do período considerado: nove meses para esquemas paucibacilares e 18 meses para

multibacilares. Outra observação é a presença de abandonos em quase 12% dos casos que poderia influenciar este cálculo (Tabela 80).

Estes dados parecem incongruentes quando comparados à Tabela 81. Nesta tabela se observa de altas por cura em pelo menos 57% dos casos, valor incompatível com o achado de apenas 45% de conclusão da PQT no período adequado (Tabela 75).

Os pacientes devem retornar cada 28 dias para receber as doses supervisionadas e nesta ocasião ser avaliados por médico e/ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico. Esta avaliação tem por objetivo, diagnosticar precocemente reações hansênicas, prevenir danos neurais, bem como efeitos adversos medicamentosos (BRASIL, 2010a).

Quando se considera os retornos mensais para avaliação, em torno de 67% foram avaliados mensalmente por pelo menos um profissional da área de saúde (Tabela 78). Os avaliadores mais frequentes foram os médicos e enfermeiros conjuntamente em quase 25% dos casos (Tabela 79).

Visitas domiciliares devem ocorrer no máximo 30 dias após a falta, sempre que os pacientes não comparecerem à dose supervisionada, com o objetivo de evitar o abandono (BRASIL, 2010a).

Abandono é considerado quando o paciente que não concluiu o tratamento e não esteve presente no serviço no ultimo ano, independente da classificação operacional da doença (BRASIL, 2010a). Houve aproximadamente 12% de abandonos, como já citado anteriormente, valor que pode ser maior tendo em vista que o prontuário não foi acessível em aproximadamente 22% dos casos (Tabela 80).

Importante salientar que como referido anteriormente, os pacientes que abandonaram tratamento devem além de serem buscados, após o período de dois anos (paucibacilares) e após quatro anos (multibacilares) receber alta estatística para que estes pacientes não permaneçam no registro ativo (BRASIL, 2002).

No estudo em questão as visitas domiciliares foram realizadas em pouco mais de um quarto dos casos. Em pelo menos 2,61% deles onde havia indicação (abandono) não foram realizadas. Em torno de 48% dos prontuários não havia qualquer referência sobre visitas domiciliares (Tabela 81).

Quando se considera apenas pacientes procedentes de Boa Vista, a análise dos prontuários do nível da atenção secundário mostrou que em mais de 68% deles não havia exame físico descrito (Tabela 48).

O exame dermatológico descrito no prontuário esteve presente em quase 53% dos casos (Tabela 55). Os sinais e sintomas mais encontrados foram: perda de sensibilidade e manchas. Outros sinais e sintomas observados no exame dermatológico encontrados em menor frequência foram: mãos em garra e infiltração da pele (Tabela 58).

O exame neurológico deve ser realizado, segundo a Portaria Nº3125/MS: no início do tratamento; durante o tratamento a cada três meses; sempre que houver queixas neurológicas; no controle dos pacientes em tratamento de quadros reacionais ou neurites; no pós-operatório de descompressão e na alta (BRASIL, 2010 a). Considerando o exame neurológico descrito no prontuário, foi realizado em apenas pouco mais de 32% dos casos (Tabela 61).

Houve compatibilidade entre a classificação operacional e os dados de exame clínico descritos no prontuário em quase 36% dos casos; em pelo menos 37% não havia dados de exame que permitissem avaliar esta compatibilidade. Houve incompatibilidade entre os dados de exame e a classificação em quatro casos (2%) (Tabela 64).

Segundo a Portaria nº 3125, os exames laboratoriais complementares (hemograma, dosagem de transaminases, e dosagem de creatinina) quando disponíveis podem ser solicitados no início do tratamento para servirem de referência no acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2010a).

Importante lembrar que há fatores desencadeantes de reação hansênica como, por exemplo, infecções e infestações e que os pacientes podem ao longo do tratamento desenvolver alterações laboratoriais secundárias às drogas que compõem a PQT, o que justifica a solicitação inicial de exames complementares (BRASIL, 2010a).

Em relação aos exames complementares considerados (hemograma, dosagem de transaminases, dosagem de uréia e creatinina, protoparasitológico de fezes, análise de urina tipo I), em pouco mais de 71% dos prontuários estavam presentes de forma parcial (pelo menos um dos exames), em torno de 3% dos

prontuários apenas apresentaram todos os exames, e em torno de 11% não estava presente qualquer exame (Tabela 50).

Em relação à função do profissional responsável pelo preenchimento da ficha do Sinan, a maioria foram médicos com pouco mais de 47%, seguidos de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos. (Tabela 22).

O Boletim de acompanhamento do Sinan preenchido mensalmente pelas unidades básicas é a maneira por meio da qual ocorrem atualizações dos casos notificados e acompanhados. Este boletim deve ser encaminhado para o nível hierárquico informatizado imediatamente superior contendo informações tais como: data do último comparecimento, classificação operacional atual, esquema terapêutico atual, número de doses de PQT administradas, episódios reacionais durante tratamento, número de contatos registrados e examinados, e em caso de saída grau de incapacidade na alta por cura (BRASIL, 2010a).

Quando se analisa os "Boletins de acompanhamento de hanseníase", considerados apenas os pacientes procedentes de Boa Vista; quase 95% dos pacientes foram acompanhados por unidades de saúde que enviavam os boletins mensais à Coordenação Municipal de Hanseníase (Tabela 39). Apesar disso, o não preenchimento dos dados de forma adequada, pode levar à subnotificações, erros estatísticos e consequentemente interpretações equivocadas, como se pode observar nas diferenças encontradas entre dados do trabalho e aqueles fornecidos pela SMSA relativos ao ano de 2011 (Tabela 69 e Tabela 136).

Os pacientes podem permanecer em acompanhamento após alta em casos de reações hansênicas, suspeitas de recidivas ou falhas terapêuticas. As recidivas são em geral raras em pacientes que foram tratados de forma regular com os esquemas terapêuticos geralmente ocorrem em um período superior a cinco anos após a cura (BRASIL, 2010a). Do total de casos avaliados, em torno de 5% deles permaneceram em acompanhamento após a alta (Tabela 77).

Tendo em vista que foram descritos apenas 1,31% de casos de recidiva, não houve descrição de falhas terapêuticas, o mais provável é que esta porcentagem seja relativa à pacientes com quadros reacionais erroneamente diagnosticados.

A alta por cura deve seguir critérios de regularidade do tratamento, associando número de doses dadas dentro de um período determinado para cada esquema terapêutico. Além disso, devem ser realizados na ocasião da alta: a

avaliação neurológica simplificada e grau de incapacidade e a orientação aos autocuidados (BRASIL, 2010a)

A maior parte das altas ocorreu por cura/término da PQT (em torno de 57%), as demais ocorreram por transferência intramunicipal, transferência intermunicipal, transferências provisórias e óbitos em menos de 1% dos casos. Em torno de 9% dos pacientes não havia recebido alta até o final do estudo embora não estivessem mais em acompanhamento, permanecendo no registro ativo. Em torno de 23% dos prontuários foram inacessíveis (Tabela 81).

Como já citado anteriormente, a vacina BCG esta indicada nos contatos não doentes da hanseníase assim que forem avaliados, independente dos pacientes com os quais tiveram contato serem paucibacilares ou multibacilares. Pacientes sem cicatriz prévia ou com uma cicatriz recebem uma dose e pacientes com duas cicatrizes não recebem a vacina (BRASIL, 2010a). Dos 517 contatos registrados, foi realizado BCG em 58 deles ou pouco mais de 11% deles. A aplicação de duas doses foi realizada em 16 pacientes dos 58 contatos avaliados ou aproximadamente 3% deles (Tabela 118), possivelmente seguindo ainda orientação anterior à atual.

Quanto à vacinação com BCG em pacientes menores de 15 anos, dois dos sete pacientes não receberam nenhuma dose, três deles receberam uma dose e um recebeu duas doses. Em 14% das fichas não havia esta informação (Tabela 132).

6.2.5 Avaliação dos indicadores

Quando se compara alguns índices fornecidos pela SMSA para o ano de 2011 e os valores encontrados no trabalho no mesmo período há diferenças no número de casos novos, no coeficiente de detecção anual de casos novos e na proporção de contatos intradomiciliares registrados dos casos novos. Importante salientar que para o cálculo do coeficiente de detecção foi utilizada a mesma população de referência do banco de dados do Datasus, para o ano em questão.

A razão das diferenças no coeficiente de detecção pode ser explicada em parte pelo encontro de 12 fichas de notificação arquivadas numa das unidades de referência que foram incluídas na amostra do estudo, mas que não constavam nos arquivos da Vigilância Epidemiológica Estadual, onde os prontuários foram inicialmente pesquisados. Estas fichas provavelmente não foram incluídas nos

cálculos da SMSA na ocasião, nem, portanto, enviadas para o nível hierarquicamente superior (estadual) gerando subnotificação dos casos.

Em relação à proporção maior de contatos intradomiciliares registrados dos casos novos fornecido pela SMSA, é possível que nem todos os contatos avaliados e informados à secretaria constassem dos prontuários.

Foi observado de maneira geral que em praticamente todos os dados avaliados na pesquisa, uma proporção ou não foram acessíveis pela falta dos prontuários ou quando o prontuário estava presente, os dados procurados não constavam. Algumas variáveis estudadas relevantes estiveram ausentes algumas vezes, em mais da metade dos casos.

Apesar dos elevados coeficientes, apenas um relatório do OPAS/OMS sobre o monitoramento da hanseníase no município do ano de 2005, foi encontrado na literatura (OMS, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população estudada em Boa Vista durante o período de julho 2010 e junho de 2012 pôde ser caracterizada como predominantemente masculina, parda, constituída de adultos jovens e adultos, com escolaridade relativamente baixa e procedente em sua maioria da zona urbana da cidade.

Conhecer melhor o perfil da população, por meio de sua caracterização, pode contribuir na elaboração de programas e estratégias de ação municipais adaptadas de forma mais específica à realidade local, tornando-os mais efetivos.

Quanto à avaliação epidemiológica, o estudo mostrou um coeficiente de detecção de casos novos/100.000hab. para o ano de 2011 de 32,3% e coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos de 3,4 casos/10.000hab., para o mesmo ano, considerados respectivamente de muito alta e de alta endemicidade pelos parâmetros fornecidos pelo MS. O primeiro resultado diferiu notadamente daquele informado pela SMSA para o ano em questão, confirmando a observação da subnotificação dos casos.

Partindo do pressuposto que Boa Vista está inserida numa área conhecidamente considerada *cluster* e que o risco de um contato de hanseníase contrair a doença é significativamente maior do que a população não contactante, a precária porcentagem de contatos examinados pode contribuir para a manutenção da prevalência oculta dos casos e a alta magnitude da doença no município.

A maioria dos diagnósticos ocorreu através de encaminhamentos, e em sua maior parte pelo nível de atenção secundário. O paciente foi, portanto, consultado por pelo menos dois profissionais antes que seu diagnóstico fosse realizado. A demora no período entre o início dos sintomas e o diagnóstico leva a manutenção das fontes de transmissão na comunidade por grandes períodos e aumenta a chance de sequelas, como observado no estudo.

De maneira geral, o modelo de atenção do município, ainda apresenta padrão centralizado no que diz respeito ao diagnóstico, investigação epidemiológica, avaliação e prevenção das incapacidades por meio da orientação dos autocuidados. Estes últimos, ainda que estejam sendo feitos pelo serviço de referência, ocorrem de forma modesta e numa proporção insatisfatória. Apesar disso a contrarreferência, parece ter ocorrido de forma adequada.

Outros dois índices usados com o objetivo de medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico e proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada, foram considerados precários.

A observação de que apenas menos da metade dos pacientes foi avaliado na alta quanto ao grau de incapacidade, restringiu a análise quanto à progressão das incapacidades. Apesar disso, foi notório que boa parte dos pacientes evoluiu para graus 1 e 2 de incapacidade durante o período de acompanhamento, o que pode revelar falhas quanto ao tratamento das reações e a efetiva realização das medidas de prevenção através dos autocuidados.

Outros índices como a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico e a proporção de casos curados no ano com a mesma avaliação, ambas com o objetivo medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, foram consideradas precárias pelos parâmetros do MS.

A proporção de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes contribuiu para avaliação da qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até o término do tratamento. Foi observado um resultado regular de acordo com os mesmos parâmetros.

Alguns outros indicadores relevantes tais como porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento da cura e porcentagem de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico não puderam ser calculados pois dependiam de uma porcentagem mínima de 75 % de avaliação de incapacidade dos pacientes, o que não foi observado. Por outro lado, estes indicadores foram apresentados pela SMSA para o ano de 2011.

O diagnóstico foi tardio para a maioria dos casos. Esta conclusão foi baseada na pequena quantidade de diagnóstico encontrado na forma inicial da doença, indeterminada em contraste com a maior parte de formas polares da doença, em especial as multibacilares. Outro aspecto foi o fato da maioria dos pacientes apresentarem algum grau de incapacidade já na primeira avaliação.

A avaliação do tratamento mostrou que em média foi instituído num prazo de seis meses após o diagnóstico. Apesar disso, houve um longo tempo anterior até que os pacientes fossem diagnosticados, para a maioria dos casos (média, dois

anos e oito meses). Como a maior porcentagem dos pacientes foram multibacilares, durante este período permaneceram na comunidade como fontes de infecção. Além disso, não foi possível avaliar de forma segura se o término da PQT ocorreu no período adequado, pois numa parcela dos prontuários, este dado não foi acessível.

Outros estudos realizados com objetivos semelhantes em outros estados e mencionados durante a discussão, têm mostrado que as dificuldades citadas no controle da doença não são exclusivas do município de Boa Vista, embora alguns apresentem melhores resultados em relação ao controle da doença (LANA et al., 2003; MIRANZI et al., 2010; BATISTA et al., 2011; FUAM, 2011; LOBO et al., 2011).

Diversas análises foram prejudicadas, por falta dos dados preenchidos nas fichas do Sinan ou ausentes nos prontuários; pela falta de digitação das fichas tornando algumas ininteligíveis; bem como pela ausência dos prontuários nas unidades de saúde. Estas dificuldades foram observadas em maior ou menor medida, algumas vezes em mais da metade dos prontuários/fichas, em todas as variáveis estudadas, o que constituiu uma limitação para o encontro dos resultados.

"No Brasil, os pequenos municípios enfrentam dificuldades comuns na administração da saúde pública. As mudanças políticas locais e a constante inversão de prioridades a cada novo governo têm como consequência a desestruturação de alguns serviços e programas de saúde; aliado a isso está a falta de profissionais qualificados. Neste contexto, a manutenção dos serviços de hanseníase assim como de outros programas de saúde, requer um esforço contínuo de todos os profissionais envolvidos (DIAS e PEDRAZZI 2008)."

A razão para a grande magnitude da doença no município pode ser explicada talvez, por algumas fragilidades encontradas no modelo de atenção estudado, tais como diagnósticos tardios com manutenção de fontes ativas de transmissão e precária proporção de contatos examinados, favorecendo a prevalência oculta.

Facilitar o acesso da população à atenção básica através da descentralização do atendimento, capacitar os profissionais da atenção básica no atendimento à hanseníase por meio de educação médica continuada, implementar as formas ativas de busca, e conscientizar a população acerca dos sinais e sintomas da doença podem levar à mudanças significativas no controle da doença.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. H. M. et al. Diagnóstico da Hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial 2001-2009. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 28, p.1685-1698, set. 2012.

ALENCAR, C. H. M. et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: Aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995 - 2006). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 61, p.694-700, nov. 2008.

ALFORD, P. L. et al. Naturally acquired leprosy in two wild-born chimpanzees. **Journal of the American Association for Laboratory Animal Science**, Memphis, v. 46, n. 3, p.341-346, jun. 1996.

AMARAL, E. P; LANA, F. C. F. Análise espacial da Hanseníase na microrregião da Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 61, p.701-707, nov. 2008.

ANDRADE, A. R. C. et al. **Como reconhecer e tratar as reações hansênicas**. 2ªed. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

BECX-BLEUMINK, M.; BERTHE, D. Occurrence of reactions, their diagnosis and management in leprosy patients treated with multidrug therapy; experience in the leprosy control of the ALL Africa Leprosy and Rehabilitation Training Center (ALBERT) in Ethiopia. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v. 60, n. 2, p.173-184, jun. 1992.

BEERS, S.M.; MADELEINE, Y.L.; KLATSER, P. R. The epidemiology of Mycobacterium leprae: Recent insight. **Fems Microbioloy Letters**. v. 136, n. 3, p.221-30, mar. 1996.

BATISTA, E. S. et al. Perfil sócio-demográfico e clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.101-106, mar/abr. 2011.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.267-270, abr/jun 1996.

BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.827-839, abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: **Departamento de informática do SUS**. Indicadores de Morbidade. Brasília. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2011/d0206>> Acesso em: 18 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de eliminação - CGHDE. **Situação Epidemiológica Hanseníase Brasil-2011**. Brasília: SVS, jan. 2012 (a). 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Distribuição da Hanseníase no Brasil 2011**. Brasília: SVS, 24 abr. 2012 (b). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_operacionais_epimieologicos_hans_br_2011.pdf> Acesso 19 fev. 2013

Brasil, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica: Município - Boa Vista/RR Competência: Janeiro de 2012 a Dezembro de 2012 Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 10 dez. 2012 (c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle à Hanseníase. **Relatório executivo do PNCH: Período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010**. Brasília: MS, 2011. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 3125 de 7, de outubro de 2010. **Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase**. Brasília, 2010 (a). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 13 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. SUDAM. Superintendência do desenvolvimento da Amazônia. **Legislação sobre a criação da Amazônia Legal. Pará**, 2010 (b). Disponível em: <www.sudam.gov.br/amazonia-legal>. Acesso em: 18 fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, 2010 (c). 444p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Define as ações de controle da hanseníase**. Portaria de n. 125, de 26 de março de 2009. Brasília, 2009(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. DEVEP/PNCH. **Situação da Hanseníase no Mundo e no Brasil**. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Salvador, maio 2009 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle à Hanseníase. **Hanseníase no Brasil: Dados e indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009(c). Disponível em http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a_08_atual.pdf. Acesso em: 27 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento Nacional de Vigilância Epidemiológica/Programa Nacional de Controle de Hanseníase. **Vigilância em Saúde: Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil**. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniase.pdf Acesso em: 20 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Áreas temáticas **Boletim de Vigilância em Saúde: Informações estratégicas**. Brasília, 2008 (b). Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php Acesso: 18 fev. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada: Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006(a). 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998**, Brasília: MS, 2006(b). 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília: MS, 2002. 87p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância epidemiológica**. 4. ed. Brasília. 1998. 523p.

BUDEL, A. R. et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n.5, p.942-946, set./out. 2011.

BUHRER-SEKULA, S. et al. Use of ML dipstick as a tool to classify leprosy patients. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v.68, n. 4 p.456-463. dez. 2000.

BUHRER-SEKULA, S. et al. The ML Flow test as a point of care for leprosy control programmes: potential effects on classification of leprosy patients. **Leprosy Review Journal**, Colchester, v. 78, n. 1, p.271-279, mar. 2007.

COLE S.T. et al. Massive gene decay in the leprosy bacillus. **Nature**, v. 409, p.1007-1011, fev. 2001.

CLARO, L. B. L; MONNERAT, G. L.; PESSOA, V. L. R. Redução dos índices de abandono no programa de controle da Hanseníase. A experiência de um serviço de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 9, n. 9, p.504-507, out./dez. 1993.

CROFT, R. P. et al. Nerve function impairment in leprosy: design, methodology, and intake status of prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh (The Bangladesh Acute Nerve Damage Study). **Leprosy Review**. v. 70, n. 2, p.140-159, jun. 1999.

CROFT, R. et al. Sensitivity and specificity of methods of classification of leprosy without use of skin-smears examination. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v. 66, n. 4, p.445-450, out. 1998.

CRUZ, P. C.; ODA, J. Y. Atuação dos agentes comunitários de saúde no Programa de controle da Hanseníase em um município do noroeste do Paraná. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama: v. 13, n. 3, p.217-222, set. 2009.

CUNHA, M. D. et al. Os indicadores da Hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em municípios endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 23, n. 5, p.1187-1197, mai. 2007.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília; v. 61, n. esp, p.689-693, nov.2008.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas Públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, n. esp, p. 753-756, nov. 2008.

FEENSTRA, P., VISSCHEDIJK, J. Leprosy control through general health services: revisiting the concept of integration. **Leprosy Review Journal**, Colchester, v. 73, n. 2, p.111-22, jun.2002.

FUAM. FUNDAÇÃO ALFREDO da MATTA. **Boletim epidemiológico: Hanseníase no Estado do Amazonas**. p.2,5,6.. jan./dez. 2011.

GALLO, M. E. N. et al. Alocação do paciente hanseniano na poliquimioterapia: correlação baseada no número de lesões cutâneas com exames baciloscópicos. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p.415 - 424, jul./ag. 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed Atlas, 2010. 200 p.

HELENE, L. M. F. et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, n. esp, p.744-752, nov. 2008.

HOCHMAN, B., et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgica Brasileira**. São Paulo. v. 20, n. supl.2, 2005.

HONORE, N; COLE, S.T. Molecular basis of rifampicin resistance in *Mycobacterium leprae*. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**. Washington D. C., v. 37, n. 3, p.414-418, mar.1993.

HUNTER, W.; BRENNAN, P.J. A novel phenolic glycolipid from *Mycobacterium leprae* possibly involved in immunogenicity and pathogenicity. **Journal of Bacteriology**, Washington D. C., v. 147, n. 3, p.728-35, set. 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) .Ministério do Planejamento e Orçamento. Diretoria de pesquisas. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 16 fev. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) .Ministério do Planejamento e Orçamento. Diretoria de pesquisas. **Censo demográfico 2010** (a).

Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010RgaAdAgsn.asp>> Acesso em: 15 fev. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) .Ministério do Planejamento e Orçamento. Diretoria de pesquisas. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e socioeconômica n. 27**, Rio de Janeiro, 2010 (b). 310.p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) .Ministério do Planejamento e Orçamento. Diretoria de pesquisas. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2012. 31p.

IGNOTTI, E. et al. Lesão única como indicador de monitoramento de tendência de eliminação da hanseníase em áreas hiperendêmicas. **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, v.10, n.3, p.421-431, set. 2007.

IMBIRIBA, E. B. et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 5, p.972-984, maio 2009.

JOB, C. K. et al. Transmission of leprosy: a study of skin and nasal secretions of household contacts of leprosy patients using PCR. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 78, n. 3, p.518-521, mar. 2008.

KANAI, J. M.; OLIVEIRA, R. S.; SILVA, P. R. F.; Pavimentando Roraima: A BR-174 como exemplo das lógicas neoliberais de transnacionalização do território na Amazônia Ocidental. **Sociedade e Natureza**, Uberlândia, v. 24, n. 1, p.67-82, jan/abr. 2012.

LANZA, F. M. et al. Ações de controle da Hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 1, n. 2, p.164-175, abr./jun., 2011.(a).

LANA, F. C. F; CRVALHO, A. P. M; DAVI, R. F. L. Perfil Epidemiológico da Hanseníase na microrregião da Araçuaí e sua relação com ações de controle.

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro. v 15, n. 1, p.62-67. jan./mar., 2011(b).

LANA, F.C.F. et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 25, n. 2, p.121-132, 2000.

LANA, F.C.F. et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 28, n. 2, p.131-137, 2003.

LANZA, F. M; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da Hanseníase na microrregião de Almemara, Minas Gerais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 19, n. 1, p.187-194, jan./fev. 2011(a).

LANZA, F. M; LANA, F. C. F. Processo de trabalho em Hanseníase: Tecnologias e atuação da equipe da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. esp, p.238-46. 2011 (b)

LOBO, J. R. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v. 9, n. 4, p.283-287, 2011.

LYON, S.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. São Paulo: Medbook 2013, 6ed, 43-46 p.

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. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 1, p.62-67, jan./fev. 2010.

MORENO, C. M. C; ENDERS, B. C; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de Hanseníase: Opinião de médicos e enfermeiros de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 61, n. esp, p.671-675, nov. 2008.

MOURA, R. S. et al. Sorologia da hanseníase utilizando PGL-I: revisão sistemática. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, vol. 41, supl. 2, p.11-18, 2008.

OPROMOLLA, D. V. Some considerations on the origin of type 1 reactions in leprosy. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v. 73, n. 1, p.33-34. mar. 2005.

OPROMOLLA, D. V. A. Recidiva ou reação reversa? **Hansenologia Internationalis**. Bauru, v. 19, n. 1, p.10-16,1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **OMS Divulga situação mundial da hanseníase**. Brasília:OMS, 2010. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1477&Itemid=1> Acesso em: 15 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: OPAS, 2010 (b). 44p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. LEM. Monitoramento da eliminação da Hanseníase/Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, julho, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Ranking IDHM Municípios 2010**. 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>> Acesso em: 15 dez. 2013.

PASCHOAL, V. D. A. et al. Criação de banco de dados para sustentação da pós-eliminação em hanseníase. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1201-1210, 2011.

PALACIOS, V. R. C. M. et al. Hanseníase e gravidez no estado do Pará: uma perspectiva epidemiológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 46, n. 4, p.453 - 460. 2013.

PARKASH, O. Classification of leprosy into multibacilar and paucibacilar groups: an analysis. **FEMS Immunology and Medical Microbiology**, v. 55, n. 1, p.1-5, jan. 2009.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da Hanseníase no Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 3, n. 1, p.109-115, 1995.

PENNA, M. L. F. **Tendência da taxa de detecção da Hanseníase por 100.000 habitantes nas regiões e unidades federadas do Brasil, 1980-2006.** 2008 Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/postertrend.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2013.

PENNA, M. L. F.; et al. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de Hanseníase de 1980 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Uberaba, v. 41, n. 2, p.6-10, 2008.

PINHEIRO I. C. et al. Hanseníase em Homens e Mulheres. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA**, 3, 2012, Ribeirão Preto. Universidade Federal do Rio de Janeiro,, 24 a 26 de outubro de 2012, , Ribeirão Preto - SP - Brasil

PEREIRA, A. J. et al. Atenção Básica de saúde e assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília. v. 61, n. esp, p.716-725, nov. 2008.

PIMENTEL, M. I. F. et al. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **Anais brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p.561-568, set./out. 2003.

RIDLEY, D.S.; JOPLING, M.J. Classification of leprosy according to immunity A five group system. **Int J Lepr.** v. 34, p. 255-273., 1966

ROCHE, P. W. et al. Operational value of serological response in multibacillary leprosy patients and bacteriological correlates of antibody response. **The International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v. 58, n. 3, p.480-490, 1990.

ROSE, P.; WATERS, M. F. R. Reversal reactions in leprosy and their management. **Leprosy Review Journal**, Colchester, v.62, p.113-121, 1991.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia.** São Paulo, Artes Médicas, Hanseníase 2008; p. 625-51

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista Brasileira Enfermagem. Brasilia**, v. 61, n. esp, p.738-43, 2008

SEGUNPTA, U. Experience and lessons from the use of lepomin and Mycobacterium leprae-specific sorology. In: **International Leprosy Congress**, 15., 2000, Paris. v. 66, n. 4, Paris, jun. 2000, p.2-162.

SOBRINHO, R. A. S.; MATHIAS, T. A. F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.303-314, fev. 2008.

SILVA, M. C. D; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da Hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p.223-229, abr./jun. 2010.

SIMÕES, R. et al. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise espacial multivariada para Minas. IN: **Seminário sobre economia mineira**, 1., 2004, Belo Horizonte: Belo Horizonte: Centro de desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidades Federal de Minas Gerais; 2004. p 1-27.

SOUZA, C. M. Boa Vista/RR e as migrações: mudanças, permanências, múltiplos significados. **Revista Acta Geográfica**, Roraima, v. 3, n. 5, p.39-62, Jan./Jun. 2009.

STEFANI, M. M. A. Desafios na era pós genômica para o desenvolvimento de testes laboratoriais para o diagnóstico da hanseníase. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 41, supl. II, p.89-94, 2008.

SUZUKI, K. et al. Current status of leprosy: Epidemiology, basic science an clinical perspectives. **Journal of Dermatology**. v. 39, n. 2, p.121-129, fev. 2012.

TOMIO, F. R. L. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n.48, p.61-90, 2002.

TRUMAN R. W. et al. Probable Zoonotic Leprosy in the Southern United States. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts. v. 364, n. 17, p.1626-1633, abril, 2011.

VAN BEERS, S. M. et al. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases**, v. 67, n. 2, p.119-128, jun. 1999.

VÉRAS, M. M. S. et al. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.165-171, jan./apr. 2007.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com Hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. esp, p 682-188, 2008.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIRMOND, M; VIETH, H. **Prevenção de incapacidade na Hanseníase: uma análise crítica**. In: SIMPÓSIO HANSENÍASE, 1997, Ribeirão Preto, Med Ribeirão Preto. 1997, v. 30, p. 358-363.

WILLIAMS, D. L, et al. Dihydropteroate synthetase of *Mycobacterium leprae* and dapsone resistance. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**. Washington. v.37, n. 6, p.414 - 418. jun. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy: update on the 2012 situation**. The Weekly Epidemiological Record. v.35, p. 365-380, ago. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy situation, 2010**. The Weekly Epidemiological Record. v.87, p. 317-328, ago. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global leprosy situation, 2010**. The Weekly Epidemiological Record. v.85, p. 337-348, ago. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guia para eliminação da hanseníase como problema saúde pública**. Who/CDS/CPE/CEE/2000.14. Genebra, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2013 **Transmission of leprosy**. Disponível: <www.who.int/lep/transmission/en/index.html> Acesso em: 27 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Leprosy update, 2011. **Weekly Epidemiological Record**. v. 86, n. 36, p.389-400. 02 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Technical Advisory Group on Leprosy Control. Report of the Tenth meeting of The Technical Advisory Group on Leprosy Control**. World Health Organization Regional Office for South - East Asia. New Delhi 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Chemotherapy of leprosy: Technical report series 847**. Geneva: OMS, 1994.

ANEXOS

ANEXO A

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		N°
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		Código (CID 10) A30.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
Dados Complementares do Caso	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Dados Clínicos	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 N° do Prontuário	
	32 Ocupação		33 N° de Lesões Cutâneas	
Atendimento	34 Forma Clínica		35 Classificação Operacional	
	36 N° de Nervos afetados		37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	
	38 Modo de Entrada		39 Modo de Detecção do Caso Novo	
Tratamento	40 Baciloscopia		41 Data do Início do Tratamento	
	42 Esquema Terapêutico Inicial		43 Número de Contatos Registrados	
	Observações adicionais:			
Med. Contr.	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			

ANEXO B



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

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

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematosas com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

☐ não ☐ sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

☐ não ☐ sim Quantos? _____

21 - Teste de Histamina:

☐ não realizado ☐ realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

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

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.

SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

ANEXO C



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES - ALAGOAS

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

Página: 1

UF: AL Município: MACEIO

Unidade: I CENTRO DE SAUDE- DR AUGUSTO DIAS CARDOSO

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Mun. de Residência Atual	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Data mudança esquema	Contatos examinados	Tipo saída	Data da alta
0005129	20/04/2007	HANSENILDO DE SOUZA E SILVA	270430		LEVADA	20/08/07	1		1	6	4	/ /	4	1	20/08/07

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

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

ET: Esquema Terapêutico Atual

NC: Número de Contatos Examinados

ND: Número de Doses recebidas

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

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

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

Emitido em: 28/03/2008

ANEXO D

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

PNCH/SVS-MS	FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENIASE		
REGIONAL DE SAÚDE _____	N.º REG. DO CASO DE HANSENIASE NO SINAN: _____		
MUNICÍPIO: _____ UF _____	N.º PRONTUÁRIO: _____		
UNIDADE DE SAÚDE: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO _____ UF _____			
DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO PB ☐ MB ☐			
CONTATOS INTRADOMICILIARES			
NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1) _____	_____	____/____/____	____/____/____
2) _____	_____	____/____/____	____/____/____
3) _____	_____	____/____/____	____/____/____
4) _____	_____	____/____/____	____/____/____
5) _____	_____	____/____/____	____/____/____
6) _____	_____	____/____/____	____/____/____
7) _____	_____	____/____/____	____/____/____
8) _____	_____	____/____/____	____/____/____
9) _____	_____	____/____/____	____/____/____
10) _____	_____	____/____/____	____/____/____

ANEXO E

HANSENÍASE

Formulário para avaliação do grau de incapacidade

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

Maior Grau atribuído: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ NA ☐

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

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

ANEXO F

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

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

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

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

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

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	2ª	3ª
D E	D E	D E

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

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Fenda:

ANEXO G

PNCH/SVS-MS		Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura	
Regional de Saúde: _____		N.º Reg. Sinan: _____	
Mun. Notificação: _____ UF: _____		N.º Prontuário: _____	
Unidade de Saúde: _____			
Identificação do Paciente			
Nome: _____			
Idade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M) Masc F) Fem ☐	
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____			
Município de Residência: _____ UF: _____			
História Anterior			
1. Exame Dermatoneurológico:			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não			
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ N.º De Lesões _____			
Outras _____			
1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não			
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐			
2. Classificação		3. Baciloscopia	
1) PB 2) MB ☐		1) Positiva I b _____ ☐	
1) L, 2) T, 3) D, 4) V, ☐		2) Negativa	
Data do Diagnóstico ____/____/____		3) Não Realizada/Não informada	
		4. Grau Incapacidade ☐	
		0) Zero	
		1) Um	
		2) Dois	
		3) Não Avaliado/Não Informado	
5. TRATAMENTO			
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____			
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ ☐			
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não ☐			
Data do Término do Tratamento: ____/____/____			
Observações: _____			
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:			
1) Sim, 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐ NEURITES ☐ N.º DE EPISÓDIOS _____			
Conduta (Medicamentos usados): _____			

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA			
1. Exame Dermatoneurológico			
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim 2) Não			
Áreas hipoanestésicas ☐		Infiltrações ☐	
Manchas ☐		Lesão residual ☐	
Placas ☐		Sem lesão cutânea ☐	
Nódulos ☐		N.º de lesões _____	
1.2 Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não			
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐			
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐			
Conduta (Medicamentos usados): _____			

3. Grau De Incapacidade:			
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐			

Continua

Continuação Anexo G

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA	
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva ____/____/____	
1. EXAME DERMATONEUROLÓGICO	
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não	
Manchas ☐	Infiltrações ☐
Placas ☐	Outras ☐
Nódulos ☐	No De Lesões _____
1.2 Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não	
Auricular ☐	Ulnar ☐
Mediano ☐	Radial ☐
Fibular ☐	Tibial ☐
2. BACILOSCOPIA ☐ IB _____	
1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada/Não informada	
3. GRAU DE INCAPACIDADE ☐	
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado	
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não ☐	
Condução (Medicamentos usados): _____	
TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I/II ☐ NEURITES ☐	
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não	
☐ Aparecimento súbito e inesperado	☐ Lento e insidioso
☐ Acompanhado de febre e mal estar	☐ Sem febre e mal estar
☐ Aparecimento de várias lesões novas	☐ Poucas lesões novas
☐ Ulceração das lesões	☐ Sem ulceração
☐ Envolvimento de muitos nervos	☐ Nenhum ou algum nervo envolvido
☐ Boa resposta aos esteróides	☐ Resposta não pronunciada aos esteróides
6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não	
☐ Estado reacional de hanseníase	
☐ Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)	
☐ Recidiva de hanseníase	
☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase	
☐ Suspeita de resistência medicamentosa	
☐ Outros (especificar) _____	
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não	
Data ____/____/____	☐ Introduzida medicação anti-reacional
	☐ Introduzida PQT/PB
	☐ Introduzida PQT/MB
	☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa/retirado material para inoculação
	☐ Outros (especificar) _____
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA	
1) I, 2) T 3) D 4) V ☐ 1) PB 2) MB ☐ Data diagnóstico da recidiva ____/____/____	

_____, ____ DE _____ DE _____

NOME (CRM)

NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

ANEXO H

Instrumento de pesquisa:

1-Nome:

2-Unidade de Saúde:

3-N. do Prontuário:

4-Data de Nascimento:

5-Idade:

6-Procedência(local de moradia: bairro e cidade):

7-Há quanto tempo mora na cidade de procedência:

8-Naturalidade

9-Diagnóstico realizado a nível ☐ primário

☐ secundário

10-Modo de entrada no serviço(☐caso novo ☐ recidiva (

)transferência ☐outros ingressos - Qual?

11-Paciente transferido para o município de procedência? ☐sim

☐ não ☐ não consta

Qual:

12-Paciente transferido para a unidade básica de atendimento ? ☐ sim. Qual:

☐não foi transferido

☐ não consta

11-Esta unidade de saúde realiza boletins de acompanhamento mensais do SINAM:

☐sim ☐não

I-Diagnóstico:

1 - Consta queixa principal do paciente ? ☐sim ☐não ☐ilegível

Qual(s):

-mancha(s) branca(s): ☐sim ☐não

-mancha(s) avermelhada: ☐ sim ☐não

Antecedentes de contato com MH -

-Perda de sensibilidade: ☐ sim ☐não

- dores nos trajetos nervosos:☐ sim ☐não

-nódulo(s): ☐ sim ☐não

-outros?Quais:

2-Realizado e exame físico geral na primeira ou em pelo menos uma das avaliações mensais ? ☐ sim ☐não ☐ilegível

3-Tempo do início dos sintomas antes da primeira avaliação:

4-Solicitados exames complementares na primeira avaliação: ☐Sim ☐ não

☐parcialmente

Quais: ☐hemograma, ☐TGP/TGO ☐ ureia/creatinina PPF ☐

baciloscopia: ☐ positiva ☐ negativa IB: IM:

☐ biopsia ☐mitsuda

Descrever laudo biopsia:

5-Data da primeira avaliação (relativa a MH):

6-Data do encaminhamento:

7-Data da primeira avaliação nível secundário:

8--Data do diagnóstico:

9--Data do início da poliquimioterapia:

10--Tempo decorrido entre início das queixas e início do tratamento (em meses):

11-Tempo decorrido entre o encaminhamento e o início da poliquimioterapia (em meses):

12 - Exame dermatológico: ☐ sim/☐ não ☐ não consta ☐ ilegível

-mancha(s) branca(s): ☐ sim ☐ não

-mancha(s) avermelhada: ☐ sim ☐ não

-Perda de sensibilidade: ☐ sim ☐ não

- dores nos trajetos nervosos: ☐ sim ☐ não

-nódulo(s): ☐ sim ☐ não

-outros?Quais:

Número de lesões:

Número de nervos comprometidos:

13 - Exame neurológico ou teste de sensibilidade realizados ☐ sim ☐ não

14 - Classificação operacional: - Paucibacilar ☐ Multibacilar ☐

15-A classificação operacional é compatível com exame físico ? ☐ sim ☐ não ☐ exame físico não descrito ☐ exame físico ilegível

16 - Ficha de avaliação simplificada das funções neurais e complicações preenchida: ☐ sim ☐ não

.Avaliação grau de incapacidade na primeira consulta: ☐ sim ☐ não

Grau de incapacidade -

II-Tratamento:

1-Possui ficha de aprazamento e controle da hanseníase: ☐ sim/☐ não

2-Esquema terapêutico indicado: ☐ paucibacilar ☐ multibacilar

3-Número de doses recebidas:

4-Período total (meses) em que as doses foram recebidas:

5-Completo o tratamento no período adequado? ☐ sim ☐ não

6-Em acompanhamento ainda? ☐ sim/☐ não

7-Possui avaliações mensais? ☐ sim/☐ não

8-Em caso afirmativo as avaliações são realizadas por: ☐ médicas ☐ enfermagem mensais

9-Abandonou tratamento: ☐ sim/☐ não.

Considerar abandono: Pacientes que não concluíram tratamento e não retornaram nos últimos 12 meses.

10-Tipo de alta: ☐ utilizar código da ficha de aprazamento

☐ campo não preenchido na ficha de aprazamento

11 - Foi realizada avaliação do grau de incapacidade na alta: ☐ sim/ ☐ não-
Qual grau incapacidade:

III - Prevenção e tratamento das Incapacidades:

1-Possui formulário para avaliação de incapacidades preenchido: ☐ sim/ ☐ não

2-Esta completamente preenchido: ☐ sim/ ☐ não quantas:

3-Máximo grau de incapacidade atribuído: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Não citado no prontuário

4 - Possui alguma orientação para prevenção de incapacidades descrita no prontuário: ☐ sim/ ☐ não

5 - Apresentou quadros reacionais durante acompanhamento: ☐ sim/ ☐ não/ ☐ não há descrição.

6-Em caso afirmativo tipo de reação:

☐ tipo I (exacerbação das lesões pré-existentes)

☐ tipo II (eritema nodoso hansênico)

☐ neurite

☐ possui reação, mas não especificada no prontuário.

7 - Quantos episódios reacionais referidos:

8-Realizou tratamento para quadro reacional ☐ sim ou ☐ não

9-Em caso positivo, quais foram as medicações utilizadas:

☐ corticoides orais

☐ Anti - inflamatórios não hormonais

☐ talidomida

10-Necessitou de tratamento cirúrgico: ☐ sim ☐ não

Qual?

11 - Realiza outros tratamentos complementares: ☐ sim ☐ não

Qual ?

12 - Paciente encaminhado para nível secundário por:

☐ dúvida diagnóstica.

☐ tratamento de quadro reacional diagnosticado.

☐ suspeita de efeitos adversos a poliquimioterapia.

☐ outros:

IV - Vigilância e Avaliação dos Contatos:

1-Possui ficha de vigilância de contatos: ☐ sim/ ☐ não

2-Total de contatos:

3-Número de contatos avaliados:

4-Possui algum contato que não seja parente de primeiro grau?

☐ sim ☐ não

5 - Em caso afirmativo qual tipo de contato?

6-Existe referência na ficha de que algum contato tenha sido avaliados mais de uma vez ?

7 - Em caso afirmativo, quantos contatos foram avaliados mais de uma vez ?

8-Número mínimo e máximo de avaliações (considerando todos os contatos):

9-Realizado BCG em quantos contatos:

10 - Algum contato recebeu 2 doses: ☐sim ☐ não

11 - Em caso afirmativo quantos contatos receberam mais de uma dose de BCG:

V - Qualidade do prontuário:

Qual foi o grau de dificuldade de leitura do prontuário considerado em sua maioria:

☐ nenhuma dificuldade

☐ pouca dificuldade

☐ média dificuldade

☐ grande dificuldade