



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA
CURSO DE MEDICINA**

ARTHUR RIBEIRO SEVERO

**DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE
2017 E 2018**

**PORTO NACIONAL- TO
2020**

ARTHUR RIBEIRO SEVERO

**DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE
2017 E 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Medicina da FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda, como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCCI.

Orientador (a): Prof.^a Esp. Bruna Mirelly Simões Vieira

**PORTO NACIONAL- TO
2020**

Sumário

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	7
1.2 HIPÓTESE	7
1.3 JUSTIFICATIVA	7
2 OBJETIVOS 9	
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 HANSENÍASE NO MUNDO	10
3.2 HANSENÍASE	12
3.3 MODO DE TRANSMISSÃO	13
3.4 SINAIS E SINTOMAS	13
3.5 DIAGNÓSTICO	15
3.6 TRATAMENTO	18
3.7 VIGILÂNCIA DOS CASOS	19
3.8 ACOMPANHAMENTO DOS CASOS	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 DESENHO DO ESTUDO	23
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
4.6 VARIÁVEIS	24
4.7 ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	24
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	26
6 ASPECTOS ÉTICOS	27
6.1 RISCOS	27
6.2 BENEFÍCIOS	27
7 DESFECHO 28	
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO	28

7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO	28
8. CRONOGRAMA	29
9. ORÇAMENTO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS	
(TCUD).....	34
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR.....	35
APÊNDICE C – JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DE TCLE	36
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE.....	37
APÊNDICE E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE	38
APÊNDICE F – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SINAN ...	39
APÊNDICE G – CARTA DE ACEITE SECRETARIA DE SAÚDE DE PORTO	
NACIONAL	40

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), apresentando grande capacidade de infectar vários indivíduos com contágio pelas vias aéreas superiores. A hanseníase é considerada um problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos e nos em desenvolvimento, devido à presença de incapacidades e estigma social (XAVIER *et al.*, 2012). Acredita-se que a transmissão da hanseníase ocorra pelo contato íntimo e prolongado de indivíduo suscetível com paciente bacilífero, através da inalação de bacilos e a melhor forma de cessar a transmissão é o diagnóstico e tratamento precoce (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

A doença acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos, mas também pode afetar os olhos e órgãos internos assim como mucosas, testículos, ossos, baço, fígado etc. Se não tratada em sua fase inicial, a doença quase sempre evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade, inclusive crianças e idosos. Essa evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas (BRASIL, 2017).

A infecção ativa pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) é caracterizada por uma grande diversificação no curso clínico da infecção, e sua classificação para fins operacionais de tratamento varia de uma doença paucibacilar nas quais poucos bacilos estão presentes, até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo quando disponível; a doença multibacilar, na qual existe uma grande carga bacilar presente nas lesões, presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva (GOULART I.M.B., PENNA G.O., CUNHA G., 2002).

Entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões facilmente visíveis na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos, hanseníase primariamente neural, ou as lesões podem se tornar visíveis somente após iniciado o tratamento diagnóstico, levando assim a utilização da classificação de Madri (1953): hanseníase indeterminada (PB) em que o grupo indeterminado caracteriza-se por máculas hipocrômicas apresentando ligeira diminuição da sensibilidade, sem espessamento neural; tuberculóide (PB) em que a doença é limitada pela resposta imunocelular do hospedeiro, as lesões cutâneas, isoladas e assimétricas, são placas eritemato-hipocrômicas ou eritematosas, bem delimitadas, frequentemente com bordas externas elevadas e centro normal, apresentando alteração importante da sensibilidade e também podem apresentar alopecia e anidrose, pelo comprometimento dos anexos cutâneos, e espessamento nervoso

próximo e alteração sensitiva, com ou sem espessamento neural evidente, é a única manifestação na forma neural pura; dimorfa (MB) em que o grupo dimorfo apresenta manifestações diversas, pelas diferentes respostas imunocelulares do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae* e o espessamento dos nervos tende a ser irregular, não tão intenso, contudo mais numeroso; e virchowiana (MB) em que o *Mycobacterium leprae* multiplica-se e dissemina-se por via hematogênica, pela ausência de resposta imunocelular do hospedeiro, as lesões cutâneas, múltiplas e simétricas, caracterizam-se por máculas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com bordas mal definidas, geralmente sem falta de sensibilidade, não há espessamento neural, exceto na evolução da forma dimorfa (BRASIL, 2017).

É comum edema dos membros inferiores, com a progressão, formam-se nódulos e a fácies leonina, com infiltração e queda dos supercílios (madarose), pode ocorrer comprometimento das mucosas, olhos, testículos e ossos, além da perda dos dentes incisivos centrais superiores, perfuração do septo nasal e manifestações viscerais (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019) no período de 2012 a 2016, foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes. Entre estes, 84.447 casos novos ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,6% do total. A análise dos indicadores por macrorregião mostrou que as regiões Centro-Oeste (37,27/100 mil hab.) e Norte (34,26/100 mil hab.) exibiram as maiores taxas médias de detecção geral no período analisado (2012-2016), enquanto as menores foram registradas nas regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes).

Com 25.218 notificações em 2016 e coeficiente de detecção de 12,2 casos/100.000 habitantes, o Brasil ocupou o segundo lugar em número de casos novos notificados no mundo (11,7% dos casos). Para o ano de 2017 foi observado um aumento no número de pessoas afetadas pela doença no país, com registro de 26.875 casos novos. Portanto, a persistência da hanseníase no Brasil mantém o desafio para seu controle (REIS et al., 2019).

Em 2016, o estado do Tocantins, localizado na Região Norte do país, ocupou o primeiro lugar entre os estados brasileiros em casos novos da doença na população geral (88,6/100 mil habitantes) e em menores de 15 anos de idade (21,7/100 mil habitantes). Essa realidade aponta a magnitude e a força de transmissão da hanseníase no Tocantins. Alguns estudos realizados vêm contribuindo para a maior compreensão da epidemiologia da hanseníase nesse território (MONTEIRO, L.D. et al, 2019).

No Estado do Tocantins no ano de 2018, 1.697 casos da hanseníase foram confirmados, sendo 122 casos de crianças. Em 2019, um levantamento parcial indica que até o mês de outubro foram 1.109 casos sendo 85 menores de 15 anos. O Tocantins está como segundo colocado no ranking de Estados brasileiros com maior quantidade de casos da doença e fica atrás somente do Mato Grosso. Segundo a área técnica de Hanseníase do Estado, os dados de 2018 colocam o Tocantins em segundo no ranking nacional de dados novos da hanseníase. O Estado do Tocantins compõe a região Norte do País como sendo uma das áreas endêmicas de Hanseníase, o município de Porto Nacional - TO segundo o Núcleo de Informação em Saúde demonstra que na região o número de casos notificados de acordo com Unidade de Saúde Notificadora no período de 2017 e 2018 foram 114 casos (JORNAL DO TOCANTINS, 2020).

Devido ao alto índice prevalente ainda hoje na comunidade mesmo através de mecanismos para cura e prevenção da doença, levanta-se a questão de como está sendo o processo de detecção e acompanhamento até a cura do paciente no município de Porto Nacional – TO, para assim avaliar de maneira efetiva se os meios de controle da doença estão efetivos.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os casos de hanseníase notificados no Município de Porto Nacional - TO no período de 2017 e 2018 foram acompanhados levando em consideração a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta por cura?

1.2 HIPÓTESE

H_0 : Os casos de hanseníase notificados no Município de Porto Nacional - TO no período de 2017 e 2018 foram acompanhados levando em consideração a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta por cura.

H_1 : Os casos de hanseníase notificados no Município de Porto Nacional - TO no período de 2017 e 2018 não foram acompanhados levando em consideração a avaliação de incapacidade no momento do diagnóstico e na alta por cura.

1.3 JUSTIFICATIVA

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que apresenta grande capacidade de infectar vários indivíduos pelas vias aéreas superiores. A hanseníase é considerada um problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos e nos

em desenvolvimento, devido à presença de incapacidades e estigma social (XAVIER *et al.*, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2018) a região Norte do Brasil dispõe de uma estatística de detecção de 34,26/100 mil habitantes; no Estado do Tocantins que faz parte da área endêmica de Hanseníase, o município de Porto Nacional - TO segundo o Núcleo de Informação em Saúde demonstra que na região o número de casos notificados de acordo com Unidade de Saúde Notificadora no período de 2017 e 2018 foram 114 casos.

Desse modo, perceber se há o devido acompanhamento dos casos e a real detecção da doença surgiu o interesse em abordar tal temática pois através da análise do perfil epidemiológico da Hanseníase no município de Porto Nacional - TO pode-se compreender e identificar os mecanismos de ações utilizadas com relação a detecção e acompanhamento deste agravo, buscando assim demonstrar através desta pesquisa a melhor forma para se direcionar e otimizar essas ações.

Dessa forma, o que se busca com este projeto é conhecer o perfil dos pacientes acometidos por Hanseníase em Porto Nacional – TO, o que permitirá sugerir políticas públicas de saúde aos setores responsáveis que possibilitem a redução da ocorrência desses casos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a detecção e acompanhamento dos casos notificados de hanseníase no Município de Porto Nacional – TO no período de 2017 e 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos casos notificados;
- Relatar o número de lesões cutâneas e a forma clínica da doença;
- Comparar o número de nervos afetados e a Classificação operacional;
- Interpretar o Modo de entrada e o Modo de Detecção do Caso Novo;
- Discriminar o Esquema Terapêutico Inicial;
- Averiguar o Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Cura.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 HANSENÍASE NO MUNDO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, são consideradas o berço da doença. Entretanto, a terminologia *hanseníase* é iniciativa brasileira para minimizar o preconceito secular atribuído à doença, adotada pelo Ministério da Saúde em 1976. Com isso, de acordo com a Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, o termo "Lepra" e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A história das políticas públicas adotadas em relação à “lepra” / hanseníase no Brasil demonstra que somente a partir do século XX houve a mobilização do aparato estatal em torno do tema. Até o início do século passado as ações eram pontuais, e sob iniciativa privada, destacando-se a Igreja Católica e suas obras assistenciais, voltadas para os Leprosários, sem assistência médica, ou para o Hospital de São Cristóvão na Capital Federal (SAVASSI, 2010).

A Hanseníase é uma das principais causas de neuropatia periférica e incapacidade funcional no mundo, tem sua identidade etiológica ao final do século XIX quando o médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, ao analisar material de lesões cutâneas, descobriu o *Bacillus leprae*, causador da doença (BRASIL, 2002)

A doença faz parte do sofrimento humano desde a Antiguidade com o termo lepra e com tradução direta em vários idiomas, leprosy, lèpre, lepra. Ao começar o século XX, a hanseníase era endêmica na maioria das regiões, porque se alastrava de forma progressiva e incontrollável, em um quadro favorecido pelas deficitárias condições de vida e agravado pela falta de conhecimentos clínicos e laboratoriais sobre a doença. Em 1903, Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública e dedica à hanseníase uma atenção maior, resultando, no ano seguinte, na publicação do Regulamento Sanitário da União, com a exigência de notificação compulsória e isolamento obrigatório em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios, hospitais e asilos (FARIA; SANTOS, 2015).

No Brasil, na década de 1920, a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas foi o primeiro órgão federal a promover a campanha contra a “lepra” e desde os primeiros

Congressos de Higiene a “Educação Sanitária” era a principal estratégia, neste período também Eduardo Rabello que ocupava o cargo de Inspetor Geral da Lepra, desenvolveu a primeira legislação brasileira da hanseníase e das doenças venéreas; na década de 1930, passava a ser um dos pilares da profilaxia da “lepra” pelo então Departamento Nacional de Saúde, para doentes, familiares, profissionais de saúde, educadores e agentes religiosos. As “Sociedades de Assistência aos Lázaros”, entidades civis, assumiriam a responsabilidade pela educação através de folhetos educativos, e em 1933, ocorreria a Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra (SAVASSI; MODENA, 2015).

Na década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, os programas de saúde pública e as medidas relacionadas à profilaxia da hanseníase eram impulsionadas pelos processos de urbanização e industrialização que contribuiu para a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública demonstrando o grande valor que a doença havia adquirido no cenário político nacional (FARIA, SANTOS, 2015).

O maior legado em relação ao combate à lepra do governo Vargas foi justamente a sua sistematização. Em abril de 1937, por ocasião da inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, em seu discurso, Gustavo Capanema afirmava que o programa federal contra a lepra consistia na organização da pesquisa e do censo de leprosos em todo o país. A terceira etapa da sistematização era a administração dos serviços, com importância para a profilaxia e da terapêutica, dividido em diagnóstico, isolamento e tratamento do infectado, vigilância sanitária e armamento antileproso, constituído por leprosários, dispensários, preventórios e órgãos de educação sanitária das massas). Afirmava ainda que o objetivo do governo Vargas era eliminar por completo a lepra no país (VICENTE, 2003).

Atualmente, desde a década de 1950, o tratamento desta moléstia é feito em nível ambulatorial e o internamento compulsório dos doentes de hanseníase foi abolido por lei, em todo o Brasil, no ano de 1954. A partir da década de 1960, houve a modificação de profilaxia para a população e nas políticas de controle da hanseníase baseadas na descentralização do atendimento e aumento da cobertura da população, tratamento ambulatorial com sulfona, controle de comunicantes e educação sanitária; e nesse período a mudança do nome lepra para hanseníase buscou distanciar o fantasma e os preconceitos sobre a moléstia, além de favorecer a educação para a saúde (EIDT, 2004).

Em 1964, com o término da Campanha Nacional de Lepra, o governo federal transferiu a responsabilidade do Programa para os Estados do Brasil. No ano de 1976, novas políticas para o controle da hanseníase determinam ações que visavam a educação em saúde, acompanhamento de comunicantes e aplicação vacina BCG como prevenção da doença,

detecção de casos novos, tratamento dos doentes e prevenção e tratamento das incapacidades físicas que a doença pode causar. No início da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde passou a recomendar a poliquimioterapia (PQT), com esquema terapêutico apropriado a cada forma clínica da doença, para o controle e cura da hanseníase. Além dos medicamentos da PQT, medidas como diagnóstico precoce, prevenção e tratamento das incapacidades físicas, vigilância dos comunicantes e educação para a saúde fazem parte das políticas atuais (EIDT, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) considera a Atenção Primária a Saúde (APS) como o nível de cuidado primordial para o diagnóstico e tratamento da Hanseníase, por seu grande alcance e ações mais próximas com a comunidade. Com a expansão dos serviços de APS esperava-se que a meta junto a OMS fosse cumprida, algo que não ocorreu até os últimos boletins epidemiológicos (SAVASSI; MODENA, 2015).

O Brasil ocupa a 2ª posição do mundo, entre os países que registram casos novos. Em virtude do elevado fardo, a doença permanece como um importante problema de saúde pública no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Brasil tem uma distribuição espacial de casos heterogênea da hanseníase, com áreas de maior risco localizadas nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Os 10 aglomerados com maior ameaça de ocorrência de casos novos estão localizados principalmente nos estados de Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia; juntos, totalizam 44% dos casos diagnosticados em 2013 (SOUZA *et al.*, 2018).

Ao estudar a história da hanseníase e da busca da erradicação, percebemos a complexidade de aspectos envolvidos, que alcançam os níveis da política, da ciência, da cultura e da sociedade desde os tempos retróados. Não diferente de hoje esse é o esquema vigente em todo o território nacional na atualidade.

3.2 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional devido à sua importância e seu alto poder de incapacidade. Possui como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, em forma de bastonete; é um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria tendo capacidade de infectar grande número de indivíduos, e atinge principalmente a pele e os nervos periféricos especificamente as células

de Schwann, tendo capacidade de ocasionar lesões neurais e manifestar-se como uma doença sistêmica que pode comprometer articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Se não tratada na forma inicial da doença, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade. Entretanto, é necessário um longo período de exposição à bactéria para infectar com o bacilo, sendo que apenas uma pequena parcela da população infectada realmente adoece, pois, sua evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas (BRASIL, 2008; 2017).

3.3 MODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente e sem tratamento que elimina o bacilo para o meio externo infectando outras pessoas o qual se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural ou imunidade contra o *M. leprae*, e que a vulnerabilidade tem influência genética. A principal via de eliminação e contaminação pelo bacilo se dá pelas vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), através de contato íntimo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença. A hanseníase não é de transmissão hereditária e não há evidências de transmissão nas relações sexuais (BRASIL, 2017).

Pelo fato de a hanseníase ter um longo período de incubação e um risco acrescido para adoecimento das pessoas que convivem e/ou conviveram com um caso ativo da doença, o risco pode ser até 14 vezes maior entre contatos intradomiciliares de casos multibacilares e até 2 vezes maior entre os contatos intradomiciliares de casos paucibacilares (REIS *et al.*, 2019).

3.4 SINAIS E SINTOMAS

Na doença há diversas manifestações clínicas vistas por meio dos sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos, como: Manchas esbranquiçadas, acobreadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade da pele, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, diminuição ou queda de pelos e pele seca. As mudanças neurológicas podem evoluir para as impossibilidades físicas até deformidades. Tais alterações são exteriorizadas através da algia, adensamentos dos nervos periféricos e perda de sensibilidade nas áreas afetadas, com preferência na região dos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2008).

Na clínica a hanseníase é classificada mediante a característica, quantidade de lesões e nível de gravidade das mesmas em: Indeterminada, Tuberculoíde, Dimorfa e Virchowiana (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para fins de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico positiva). Entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões visíveis facilmente na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos (hanseníase primariamente neural), ou as lesões podem se tornar visíveis após o início do tratamento. As formas manifestadas como Tuberculoíde e Indeterminada são classificadas como paucibacilares, ao passo que a forma Virchowiana e Dimorfa são classificadas como multibacilares (VELÔSO *et al.*, 2018).

Na Hanseníase indeterminada apresenta uma lesão única na pele, mais clara do que a pele ao seu redor, sem presença de relevo, as bordas são mal delimitadas, e pele seca no local acometido. Há perda da sensibilidade térmica e/ou dolorosa, mas a sensação tátil geralmente mantém preservada, a biópsia de pele não confirma o diagnóstico e a baciloscopia é negativa. No entanto, o diagnóstico clínico pode ser dado mesmo com exames negativos. Para tanto os pacientes relatam no momento da consulta formigamentos nos pés e mãos, câimbras, e na palpação dos nervos frequentemente se observa espessamentos (BRASIL, 2017).

A Hanseníase Tuberculoide caracteriza-se com lesões dérmicas, com presença de bordas elevadas, geralmente são únicas, e com formas assimétricas. Apresenta-se mancha hipocrômica ou eritematosa na pele, limitado por micropápulas, e ao evoluir para placa a lesão se torna eritematosa ou de cor acobreada, infiltrada, e limites bem definidos. As lesões se limitam a 10 cm de diâmetro, e há uma rápida evolução quanto aos danos neurais, o que resulta em mudanças na sensibilidade, anestesia, pele seca e com diminuição ou ausência de pelos. Os nervos acometidos são o cubital, mediano, radial, peroneal comum, tibial posterior, auricular e supraorbitário. Nesta forma clínica pode-se encontrar apenas dano neural, sem lesões de pele, denominada hanseníase tuberculoide neural pura. Na forma tuberculoide, ao avaliar a resposta imune ao *M. leprae*, através da intradermorreação de Mitsuda, é observado uma reação fortemente positiva, sempre maior que 5 mm, atingido até 8 a 15 mm de diâmetro, em geral com ulceração central, sendo que a baciloscopia é negativa (SOUZA, 1997).

A Hanseníase dimorfa é apresentada por apresentar inúmeras manchas de pele ruborizadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas, ou por múltiplas lesões semelhantes à lesão tuberculoide, porém com pouca borda externa, nesta forma há perda parcial

a total da sensibilidade, com abaixamento de funções autonômicas, como sudorese. A baciloscopia da borda infiltrada é positiva, exceto em alguns casos raros. Não obstante quando o paciente recebe uma boa avaliação clínica, os exames laboratoriais quase sempre são desnecessários (BRASIL, 2017).

A Hanseníase virchowiana é caracterizada como multibacilar. Manifesta-se em indivíduos que apresentam depressão em sua imunidade celular para o bacilo *Mycobacterium leprae* o que pode evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar desde o início suas características. A evolução crônica é caracterizada pela infiltração da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, o fígado, baço e ainda os linfonodos. Na região cutânea apresentam pápulas, nódulos e máculas. A pele torna-se iluminada, seca, com aspecto enrugada e com tonalidade acobreada. Há diminuição dos pelos nos membros, cílios e supercílios, contribuindo para a infiltração da face e os pavilhões auriculares o que forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento dos nervos ocorre nos ramos cutâneos, na inervação vascular e nos troncos nervosos (ARAÚJO, 2003).

3.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese, exame geral e exame dermatoneurológico para identificar lesões pele com alteração de sensibilidade, motoras e autonômicas. O diagnóstico da hanseníase deve se basear, essencialmente, na história clínica colhida juntamente com exames físicos específicos. Quando há disponibilidade de exames laboratoriais como baciloscopia e biopsia de pele podem ser usados como meio de confirmação laboratorial do bacilo (BRASIL, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) deve-se iniciar o exame clínico pelos nervos da pele, iniciando pelos nervos da faciais, observar a simetria dos movimentos palpebrais e de sobrancelhas, adensamento visível ou palpável dos nervos do pescoço, do punho , e dos pés; palpando os nervos do cotovelo, do joelho e do tornozelo. É indispensável verificar anormalidade com o teste da sensibilidade no território innervado. Se caso a sensibilidade esteja intacta, mas ainda há dúvidas, é importante encaminhar o paciente para a referência e fazer o acompanhamento do caso.

Quadro 1 – Descrição dos nervos, técnicas de palpação, funções e consequências do dano devido à hanseníase.

Nervo	Local/técnica	Função	Consequências
Trigêmeo	Fio dental/tocar sobre quadrante inferior lateral da íris e nariz	Sensibilidade corneana e nariz	Irritabilidade, triquiíase, ulceração corneana, diminuição acuidade visual
Facial	Mímica, elevação de sobrancelhas e abertura/fechamento dos olhos; inspeção nasal	Expressão facial, proteção ocular, função autonômica glândulas lacrimais, salivares e nasais	Paresia ocular – lagofalmo, irritação, ressecamento ocular e nasal (ulcerações), diminuição da acuidade visual
Auricular	Lateralização da cabeça, hiperextensão do esternocleidomastóide	Desconhecida	Espessamento e dor do nervo
Radial	Póstero-inferior à região de inserção do músculo deltoide	Sensibilidade dorso lateral da mão até metade lateral do 4º dedo, exceto falanges distais, região anterior braço; motor: extensão dos dedos, flexão punho	Hipoestesia/anestesia, mão caída
Ulnar	Braço em flexão, palpação na goteira epitroclear seguindo trajeto do nervo superior até 6 cm	Sensibilidade e autonômica em toda face medial do antebraço, 5º e metade medial do 4º dedos; adução e abdução dos dedos, adução do polegar	Hipoestesia/anestesia, amiotrofia, garra ulnar, diminuição força de função de pinça, atrofia hipotênar
Mediano	Região do punho sob tendões flexores, percussão para avaliar dor	Sensibilidade e autonômica em toda face lateral do antebraço, região palmar, polegar, 2º, 3º e metade lateral do 4º dedos. Oponência e abdução do polegar	Hipoestesia/anestesia, amiotrofia de interosseos, garra mediana, atrofia tenar
Fibular comum	Joelho em flexão, palpação 2 cm abaixo da cabeça da fíbula	Sensibilidade e função da parte lateral da perna e dorso do pé. Motor: inervação de parte da musculatura da perna	Hipoestesia/anestesia acima do 1º espaço metatarsiano e alteração dos movimentos de extensão do hálux, dedos e dorsiflexão do pé. Lesão do fibular superficial altera eversão do pé
Tibial posterior	Pés sob o chão, palpação na metade ao terço anterior da linha imaginária entre inserção do tendão calcâneo e o maléolo medial	Sensibilidade e autonômica da região plantar. Motor – inervação dos músculos intrínsecos do pé	Hipoestesia/anestesia, alteração na abdução e adução do hálux e artelhos, flexão dos metatarsianos (garra de artelhos)

Fonte: BRASIL, 2016

É essencial haver a avaliação da integridade neural e o nível de incapacidade física no momento do diagnóstico. Deve-se realizar a avaliação neurológica logo no início do tratamento; se não houver queixas por três meses consecutivos, quando houver queixas de dor em nervos, miastenia, parestesias; deve haver o acompanhamento de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias (BRASIL, 2016).

O teste da sensibilidade térmica deve ser em lesões de pele não elevadas ou elevadas, áreas de pele secas ou locais relatados pelo paciente como local de baixa sensação, nervos ulnar, nervo radial, nervo fibular e nervo tibial evitando áreas com calosidades. Os tubos são testados primeiro no examinador e depois na face do paciente para verificar se a temperatura dos tubos está adequada, perguntando ao paciente qual está morno, frio ou quente. Logo após, deve-se realizar o teste nas áreas com lesões comparando com a pele normal. Se houver diferença na percepção da temperatura nas lesões circundada, é sinal de alteração da sensibilidade térmica. Há então a confirmação do diagnóstico, não necessitando assim outros tipos de teste na pele (BRASIL, 2017).

Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein compostos por 6 tipos de diferentes de espessuras que são de 0,05 g, 0,2 g, 2 g, 4 g, 10 g e 300 g para avaliação de sensibilidade em mãos e pés e o fio dental, sem sabor, para os reflexos nos olhos. Quando não há disponibilidade do

estesiômetro, o teste de sensibilidade de mãos e pés pode ser aplicado ao toque de forma suave da ponta da caneta esferográfica. Para a avaliação da força motora analisa a força muscular do músculo tendinoso através força da gravidade e resistência manual. Os critérios de medição da força muscular podem ser considerados como forte, diminuída e paralisada, ou de zero a cinco (BRASIL, 2016).

O teste da sensibilidade dolorosa também pode ser feito com uma agulha de insulina encostando a ponta nas lesões de pele de forma leve, tendo o cuidado de não perfurar o paciente, nem sangrar, feita na área interna e externa à lesão, observando expressão facial e queixa de picada na pele. Para assim certificar que a sensibilidade sentida é de dor através da manifestação retirada imediata da região que é estimulada pela agulha. Pode-se ainda avaliar a sensibilidade dolorosa alternando a ponta da agulha e o cabo da agulha, notando se o paciente percebe a diferença entre a ponta da agulha e o cabo caso isso não ocorra, é sinal de alteração da sensibilidade dolorosa naquela área da pele, esse teste também pode confirmar diagnóstico. A hanseníase pode levar a alteração da função sudoral, percebida pela pele seca, que se tornam mais evidentes por não acumular de poeira (BRASIL, 2017).

A baciloscopia de raspado dérmico pelo método de Ziehl-Neelsen de lesão nos lóbulos das orelhas e cotovelos, avalia os índices baciloscópico e morfológico. Na hanseníase indeterminada bacilos (BAAR) é quase sempre negativa. Na hanseníase tuberculóide a procura de bacilos é negativa, na virchowiana a pesquisa de bacilos são incontáveis e são organizados em grânulos, já a hanseníase dimorfa a baciloscopia da biópsia é positiva (LÁSTORIA, ABREU, 2012).

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico sua execução é fácil e de custo baixo. É colhido o material nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen. Outros exames podem ser necessários ao diagnóstico, realiza-se o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação. A reação de Mitsuda é um teste intradérmico e de análise tardia, com 28 dias. É utilizado na classificação da doença e na definição do prognóstico. A identificação do *Micobacterium leprae* pela reação em cadeia da polimerase (PCR) tem sido estudada em centros de pesquisa, mas ainda não é utilizada como os outros exames disponíveis (ARAÚJO, 2003)

3.6 TRATAMENTO

A Atenção Primária a Saúde (APS) é considerada como o nível de cuidado primordial para o diagnóstico e tratamento da Hanseníase devido a sua capilaridade, alcance e ampla gama de ações (SAVASSI; MODENA, 2015).

O tratamento é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o acompanhamento da doença. O tratamento da hanseníase é ambulatorial utilizando-se de esquemas terapêuticos padronizados; a Poliquimioterapia (PQT) uma associação de antibimicrobianos constituída por rifampicina, dapsona e clofazimina. Sua administração é associada a passo em que o paciente deve tomar sua primeira dose mensal supervisionada por um profissional de saúde, e as demais são auto administradas (BRASIL, 2017).

Seu tratamento compreende um esquema específico para as formas paucibacilares com duração de seis meses e outro para os casos multibacilares com duração de um ano; o que interfere na adesão ao tratamento devido ao caráter longo. O tratamento também tem como objetivo identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença, assim como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas, e sua alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico. (BRASIL, 2002).

Com o início do tratamento a doença deixa de ser transmitida, porém é necessário o acompanhamento dos familiares, colegas de trabalho e amigos que ao serem examinados e apresentarem um ou mais dos seguintes sinais cardinais necessitam também iniciar o tratamento com PQT (BRASIL, 2008; 2016).

A Poliquimioterapia (PQT) é recomendada pela OMS desde 1970 com o objetivo da mudança no perfil epidemiológico da doença no mundo, porém sua magnitude e seu alto poder incapacitante a colocam como problema de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil (MENEZES *et al.*, 2019).

Quadro 2: Esquemas terapêuticos utilizados para Multibacilar: 12 cartelas e Paucibacilar: 6 cartelas.

Esquemas terapêuticos utilizados para Multibacilar: 12 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (02 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg auto-administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (03 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (01 cápsula de 150mg e 01 cápsula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150mg (03 cápsulas de 50mg) com administração supervisionada e uma dose de 50mg auto-administrada em dias alternados.
Duração: 12 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.	

Esquemas terapêuticos utilizados para Paucibacilar: 6 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (02 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (01 cápsula de 150mg e 01 cápsula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada.
Duração: 06 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (06) doses supervisionadas em até 09 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

Fonte: (Ministério da Saúde, 2019)

3.7 VIGILÂNCIA DOS CASOS

A vigilância epidemiológica da Hanseníase é composta pela coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos da doença e seus contatos. É organizada em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde para garantir informações

sobre a distribuição, magnitude e carga da doença, nas diversas áreas geográficas (BRASIL, 2008)

A investigação de casos novos, paciente que nunca recebeu qualquer tratamento específico para a doença, e; caso de hanseníase, a pessoa que apresenta os sinais cardinais, é feita por meio da detecção ativa, uma investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas; e passiva, através da demanda espontânea e encaminhamento (BRASIL, 2016).

A hanseníase por ser considerada uma doença infecciosa crônica os casos notificados necessitam de atualização das informações do acompanhamento pela unidade de saúde ao nível hierárquico superior informatizado através do preenchimento mensal do Boletim de Acompanhamento de Hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) contendo as seguintes informações: data do último comparecimento; classificação operacional atual; esquema terapêutico atual; número de doses de PQT/OMS administradas; episódio reacional durante o tratamento; número de contatos registrados e examinados; e, em caso de saída, tipo, data e grau de incapacidade na alta por cura. Para a notificação dos casos de saída por "abandono" deverá ser informada quando o doente que ainda não concluiu o tratamento não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, tanto nos casos PB quanto nos MB (BRASIL, 2010).

A Ficha de Notificação/Investigação do SINAN deve ser preenchida por profissionais das unidades de saúde onde o paciente foi diagnosticado na semana epidemiológica do diagnóstico, sejam estes serviços públicos ou privados, dos três níveis de atenção à saúde. A notificação deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. A Vigilância Epidemiológica do município enviará os dados para a Vigilância Estadual que após verificação de inconsistências e de duplicidades enviará os dados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). As alterações dos dados referentes aos casos de hanseníase no SINAN só podem ser realizadas estritamente pelos municípios (BRASIL, 2008; 2016).

A busca ativa de casos é uma ferramenta importante para o controle da hanseníase em áreas hiperendêmicas e as visitas domiciliares devem ser rotineiramente aplicadas como uma oportunidade para examinar os membros dessas comunidades a fim de promover o diagnóstico precoce, o tratamento, a prevenção de deformidades, a interrupção da cadeia de transmissão e o estigma da doença (MONTEIRO *et al.*, 2019).

As unidades de atenção básica têm papel crucial na detecção precoce, promoção de ações preventivas e curativas para a doença (MENEZES *et al.*, 2019). O acesso ao diagnóstico e tratamento reduz o sofrimento da pessoa acometida e de sua Rede de Convívio Domiciliar (RCD), e favorece a interrupção da transmissão, principalmente em áreas de maior endemicidade e vulnerabilidade. Dessa forma, a cobertura e a qualidade das ações de vigilância e controle de contatos intra e extradomiciliares (contatos sociais) têm sido estratégias importantes para a redução da carga da doença assim como a vigilância de contatos, atividades que necessitam serem priorizadas como atividades rotineiras e longitudinais na atenção básica em especial (REIS *et al.*, 2019).

3.8 ACOMPANHAMENTO DOS CASOS

O acompanhamento do paciente com hanseníase deve ser realizado de forma contínua após a alta do tratamento e também ao completar o esquema da PQT no pós-alta (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Muitos profissionais e usuários confundem alta da PQT com alta do tratamento, dificultando a continuidade e manutenção do usuário na rede de atenção, dessa maneira, o acompanhamento no período de alta envolve três grupos de condições clínicas: incapacidades físicas, recidiva e reação hansênica (PINHEIRO *et al.*, 2019).

Os pacientes podem apresentar as reações hansênicas e/ou recidivas, as primeiras responsáveis pelo comprometimento neural e por gerar incapacidades físicas nos seus portadores, mas também podem surgir durante o tratamento e levar o paciente ao seu abandono se não forem bem orientados (RIBEIRO *et al.*, 2017).

O paciente de hanseníase deve ser agendado para consultas médica ou de enfermagem a cada trimestre e em casos de intercorrências para orientações e avaliações da dose supervisionada a cada 28 dias e nova cartela com os medicamentos para doses auto-administradas no domicílio, assim como, monitoramento clínico, terapêutico, convocação dos contatos, realização do exame clínico e administração da primeira dose ou reforço da vacina BCG (BRASIL, 2008).

Nas orientações aos pacientes e suas famílias é importante abordar sobre as técnicas de autocuidado revisando mensalmente a realização destas para evitar consequências nas lesões neurológica e identificar quaisquer anormalidades clínicas que requeiram intervenção como reações hansênicas, efeitos adversos ao medicamento da PQT em uso como anemia hemolítica,

hepatite medicamentosa, metahemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa, plaquetopenia e presença de dano neural.

Os pacientes deverão ser orientados a comparecer ao serviço de saúde em casos de febre, mal-estar, dores no trajeto dos nervos e ou alguma intercorrência clínica. A gravidez e o aleitamento não contra-indicam o tratamento PQT e pacientes que apresentem outras doenças como AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias e/ou endocrinopatias e quem tenham efeitos adversos às drogas da PQT associadas deverão ser encaminhados para avaliação em serviços de maior complexidade (BRASIL, 2016).

Outro ponto importante a ser discutido é sobre as visitas domiciliares. Estas deverão ser realizadas com o objetivo de se obter uma relação intra e extrafamiliares para a melhor compreensão do processo saúde-doença e para intervenções de maior impacto e significação social direcionadas à vigilância em saúde; esse modelo de atenção à saúde estabelecido pela implantação da Estratégia Saúde da Família em que o foco de atenção passou ser a família e seu ambiente de vida é propício para as informações e oferta da PEP com mobilização familiar aponta a família como objeto do cuidado e a valorização das particularidades de cada núcleo residencial (CORTELA *et al.*, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Será realizado um estudo observacional, retrospectivo e transversal, na cidade de Porto Nacional -TO, no período compreendido entre os anos de 2017 e 2018, de uma série de casos de pacientes notificados com Hanseníase, através dos dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), gerido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nos estudos observacionais a investigação ocorre através do estudo, observação e registro do agravo, das suas características e a forma como está se relaciona com outras condições, sem a intervenção ou modificação de qualquer que seja o aspecto atuando apenas como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, podendo apenas nesse intervalo realizar análises e outros procedimentos para a sua pesquisa e coleta de dados (FONTELLES *et al.*, 2009).

Os estudos retrospectivos, também chamados de casos e controles, realiza-se a partir de registros do passado, uma vez que o investigador busca, no passado, uma determinada causa (exposição) para a doença ocorrida, ou seja, quando os dados fazem referência ao passado (BONITA, 2010).

Os estudos transversais referem-se a um ponto no tempo ou a um curto intervalo de tempo, sendo geralmente utilizados para estimar a prevalência do agravo para determinada população, comumente para fins de planejamento de saúde pública e fornecem um "instantâneo" do resultado e das características associadas a ele, em um ponto específico no tempo (LEVIN, 2006).

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa será realizada no município de Porto Nacional -TO, através dos dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), gerido pela Secretaria Municipal de Saúde onde os dados serão coletados após aprovação do CEP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra será todos os pacientes notificados com HANSENÍASE, no período compreendido entre os anos de 2017 E 2018.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos todos os casos notificados de HANSENÍASE no Município de Porto Nacional – TO no período de 2017 e 2018.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos da pesquisa os casos notificados de HANSENÍASE que apresentarem dados em branco e/ou ignorados nos relatórios do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

4.6 VARIÁVEIS

As variáveis abordadas na pesquisa serão:

- Bairro;
- Sexo;
- Escolaridade;
- Faixa etária;
- Ocupação;
- Números de lesões cutâneas;
- Forma clínica da doença;
- Número de nervos afetados;
- Classificação operacional;
- Modo de entrada
- Modo de Detecção do Caso Novo;
- Esquema Terapêutico Inicial;
- Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Cura.

4.7 ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A pesquisa será realizada através dos dados extraídos do programa SINAN referente aos casos notificados de HANSENÍASE no período compreendido entre os anos de 2017 e 2018.

Os dados serão coletados através de relatórios emitidos pelo programa SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) municipal onde esse consolidado apresenta todas as variáveis referentes ao perfil demográfico e clínico dos pacientes notificados no período.

Será realizada uma abordagem quali-quantitativa das variáveis em estudo. Para as variáveis quantitativas, será empregada a técnica de estatística descritiva, utilizando o *software BioEst 5.0*, disponível gratuitamente na internet.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa será executada no município de Porto Nacional -TO, através de um estudo observacional, retrospectivo e transversal, no período compreendido entre os anos de 2017 e 2018, de uma série de casos de pacientes notificados com HANSENÍASE, onde os dados obtidos do SINAN serão coletados após aprovação do CEP, tendo como amostragem somente as notificações de HANSENÍASE no período acima e incluídos todos os casos notificáveis no referido município. Apenas serão excluídos da pesquisa os casos notificados de HANSENÍASE que apresentarem dados em branco e/ou ignorados nos relatórios do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

As principais variáveis abordadas na pesquisa serão: Bairro; Sexo; Escolaridade; Faixa Etária; Ocupação; Números de lesões cutâneas; Forma clínica da doença; Número de nervos afetados, Classificação operacional, Modo de entrada. Modo de Detecção do Caso Novo; Esquema Terapêutico Inicial; Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Cura. O instrumento utilizado será a Ficha de Investigação da HANSENÍASE do SINAN, tendo como estratégia de aplicação por meio de estatística simples e descritiva apresentada através de gráficos e/ou tabelas Excel.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do ITPAC-PORTO para apreciação e análise. Somente após a aprovação pelo CEP será realizada a coleta de dados. Por se tratar de uma pesquisa que utilizara dados secundários públicos, disponíveis no SINAN e por não conter variáveis que possibilitem a identificação dos sujeitos estudados, o presente estudo dispensa a autorização do Comitê de Ética conforme estabelece a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), segundo está descrito no TCUD.

6.1 RISCOS

Observa-se que existem para os participantes riscos de quebra de sigilo na realização desta pesquisa, mesmo tratando-se apenas de dados coletados no SINAN, não envolvendo diretamente pessoas. No entanto para minimizar estes riscos será utilizado somente os dados das variáveis em estudo retirados da ficha de investigação do SINAN das variáveis descritas no item 4.6, sendo que essas variáveis não identificam o sujeito.

6.2 BENEFÍCIOS

Considerando-se que os estudos epidemiológicos podem trazer contribuições relevantes para as atividades de informação sanitária, controle e prevenção da HANSENÍASE, junto ao público alvo, o conhecimento acerca das características epidemiológicas da doença, pode ajudar, orientar e até direcionar na elaboração de estratégias para prevenção, tratamento e acompanhamento do agravo.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Identificar as características epidemiológicas dos casos notificados de HANSENÍASE, no período compreendido entre os anos de 2017 e 2018.

7.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Compreender e identificar os mecanismos de ações utilizadas com relação ao controle e prevenção da Hanseníase, buscando assim demonstrar através desta pesquisa a melhor forma para se direcionar e otimizar ações para sensibilizar o público mais acometido por essa doença.

Considerando-se que os estudos epidemiológicos podem trazer contribuições relevantes para as atividades de informação sanitária, controle e prevenção desta doença, junto a população, o conhecimento acerca das características epidemiológicas da Hanseníase pode ajudar, orientar e até direcionar na elaboração de estratégias para prevenção, controle tratamento e acompanhamento do acidente.

O que se busca com este projeto é conhecer o perfil dos pacientes notificados com Hanseníase em Porto Nacional – TO, o que permitirá sugerir políticas públicas de saúde aos setores responsáveis que possibilitem a redução da ocorrência de novos casos.

8. CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma de atividades da pesquisa.

2021/1										
Etapa / Mês	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Nov	Dez
Escolha do tema	X									
Pesquisa bibliográfica		X	X							
Elaboração do projeto		X	X	X						
Submissão ao CEP					X	X				
Coleta de dados							X	X	X	
Análise e discussão dos dados									X	X
Elaboração do artigo										X
Revisão do artigo										X
Submissão do artigo										X
Enviar o Relatório Final ao CEP										X

Fonte: Elaborado pelo autor.

9. ORÇAMENTO

Quadro 2 - Cronograma sobre o Projeto Detecção e Acompanhamento dos casos notificados de Hanseníase no Município de Porto Nacional - TO no Período De 2017 e 2018.

CATEGORIA: Gastos com Recursos Materiais			
ITENS	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Resma de folha A4	01	30,00	30,00
Canetas	06	2,00	12,00
Xerox/Impressão	300	0,15	45,00
Encadernação	03	3,50	10,50
SUBTOTAL			97,50

CATEGORIA: Gastos com Recursos Humanos			
ITENS	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Combustível	20 Litros	4,70	94,00
SUBTOTAL			94,00

FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA	
CATEGORIAS	VALOR TOTAL (R\$)
Gastos com Recursos Materiais	97,50
Gastos com Recursos Humanos	94,00
TOTAL GERAL DO INVESTIMENTO	191,50

Fonte: Elaborado pelo autor.

As despesas para a realização do projeto de pesquisa serão custeadas pelo acadêmico pesquisador da graduação de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional - TO.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil, Leprosy in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 36. n. 3. p. 373-382. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>. Acesso em: 30 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 197 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf Acesso em: 30 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf. Acesso em: 30 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 49. 2018. Disponível em: Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 30 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Portaria Nº 3.125, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010 Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 30 mar 2020.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia básica. 2ª Edição. São Paulo: Santos Editora, 2010.

CORTELA, D.C.B. et al. Aceitabilidade da Quimioprofilaxia na Hanseníase. **Cad. Saúde Pública**. ; v.36. n. 3. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00068719.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Rev Saúde e Sociedade** v.13,

n.2, p.76-88, maio-ago 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

FARIA, L., SANTOS L.A.C. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional” História. **Rev Ciências, Saúde**. v.22, n.4, out.-dez. p.1491-1495. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1491.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

GOULART I.M.B., PENNA G.O., CUNHA G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev Soc Bras Med. Trop.** v. 4, n. 35, p. 363-75, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n4/a14v35n4.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

JORNAL DO TOCANTINS. Tocantins é o segundo estado do País com mais casos de hanseníase - Jornal do Tocantins. Disponível em: <https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/tocantins-%C3%A9-o-segundo-estado-do-pa%C3%ADs-com-mais-casos-de-hansen%C3%ADase-1.1966975>. Acesso em: 04 mar 2020.

LASTÓRIA, J.C. ABREU, M. A. M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Rev. Diagn Tratamento**. v.17. n.4. p.173-9. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>. Acesso em: 30 abr 2020.

LEVIN, Kate Ann. Desenho do estudo III: Estudos transversais. Odontologia baseada em evidências, v. 7, n. 1, p. 24-25, 2006.

MENEZES V.M. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com hanseníase. **Medicina (Ribeirão Preto. Online.)** v.52.n.1.p:7-15. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/159620/154330/>. Acesso em: 04 mar 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hanseníase: o que é, causas, sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniaze>. Acesso em: 30 mar 2020.

MONTEIRO, L.D. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no estado do Tocantins, Brasil, 2001–2012: padrão epidemiológico e tendência temporal. **Rev Bras Epidemiol**. v. 22. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190047.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

REIS, A.S. et al. Sobreposição de casos novos de hanseníase em redes de convívio domiciliar em dois municípios do Norte e Nordeste do Brasil, 2001-2014. **Rev. Cad. Saúde Pública**. v.35. n.10. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n10/1678-4464-csp-35-10-e00014419.pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

RIBEIRO, M.D.A., CASTILLO, I.S., SILVA, J.C.A., OLIVEIRA, S.B. Visão do enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase. **Rev Bras Promoç Saúde**. V.30. n.2. p. 221-228. Fortaleza, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6349/pdf>. Acesso em: 04 mar 2020.

SAVASSI, L.C.M. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva. – Belo Horizonte, 2010. xvii, 179 p. Disponível em: http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf. Acesso em: 28 abr 2020.

SAVASSI, L. C. M. MODENA, C. M. Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas. **Rev. Hansen Int.** v.40 n.2. p. 2-16. 2015. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/v40n2a02.pdf>. Acesso em: 28 abr 2020.

SOUZA E.A. et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Rev Saude Publica.** v.52, n.20, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000335.pdf. Acesso em: 04 mar 2020.

SOUZA, C.S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto.** V. 30. P. 325-334, jul./set. 1997. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniase formas clinicas diagnostico diferencial..pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniase%20formas%20clinicas%20diagnostico%20diferencial..pdf). Acesso em: 28 abr 2020.

VELÔSO, D. S. et al. Perfil Clínico Epidemiológico da Hanseníase: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde.** v.10, n.1, p. 1429-1437. 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/27219/ve_Dilbert_V%c3%aaloso_et_al_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 30 mar 2020.

VICENTE, S.M.S. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. Researching documents on the history. **Rev. História, Ciências, Saúde.** v. 10. p. 415-26. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s1/a19v10s1.pdf>. Acesso em: 28 abr 2020.

XAVIER E.M.; FERREIRA J.; RANIERO, L.J.; BATISTA, J.R.X.; FREITAS, M.L.L.; SOUSA, M.; ARISAWA, E.A.L. Cicatrização de feridas decorrentes da hanseníase utilizando Laser de baixa intensidade. **Rev. Hansenol. int. (Online).** v.37 n.1. Bauru, 2012. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198251612012000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 mar 2020.



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Prof.^a Esp. Bruna Mirelly Simões Vieira, professora do curso de Medicina do ITPAC PORTO, pesquisador responsável no âmbito do projeto de pesquisa intitulado DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE 2017 E 2018, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no SINAN a fim de obtenção dos objetivos previstos neste projeto de pesquisa. Ratifico, que o acesso as informações, somente será realizado após aprovação deste projeto no Comitê de Ética e Pesquisa.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários bem como a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a aspectos e informações de dados obtidos do SINAN onde serão coletados após aprovação do CEP, tendo como amostragem somente as notificações de HANSENÍASE no período acima e incluídos todos os casos notificáveis no referido município. de decorrentes de procedimentos realizados no período de 2017 e 2018.

Declaro entender que é minha responsabilidade cuidar da integridade das informações e garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha responsabilidade não repassar as informações coletadas, em sua íntegra ou mesmo que parcial a pessoas alheias a este projeto de pesquisa.

Por fim comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações, apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa.

Porto Nacional, 25 de Junho de 2020.

Pesquisador Responsável



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

TÍTULO DO PROJETO: DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE 2017 E 2018.

ORIENTADORA: Prof.^a Esp. Bruna Mirelly Simões Vieira

PESQUISADOR: Arthur Ribeiro Severo

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto, acima identificados, assumem os seguintes compromissos:

- 1- Preservar a privacidade e integridade dos prontuários e dados que serão coletados.
- 2- Manter sob estrito sigilo as informações ofertadas, ou seja, serão utilizadas exclusivamente para execução do projeto e divulgação de resultados estatísticos com finalidades científicas, sem comprometer o direito de confidencialidade dos pacientes.
- 3- Respeitar todas as normas e recomendações da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Porto Nacional, 25 de junho de 2020.

Orientadora Responsável

Pesquisador



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

APÊNDICE C – JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DE TCLE

O estudo intitulado DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE 2017 E 2018, justifica a dispensa de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal, no período compreendido entre os anos de 2017 e 2018, de uma série de casos de pacientes notificados com HANSENÍASE, onde os dados obtidos do SINAN serão coletados após aprovação do CEP, tendo como amostragem somente as notificações de HANSENÍASE no período acima e incluídos todos os casos notificáveis no referido município, que empregará apenas informações de sistemas de informação institucionais disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico.

Todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa. Os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes. Trata-se de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente com de riscos ou prejuízos limitados.

O investigador principal se compromete, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Porto Nacional, 25 de junho de 2020.

Pesquisador responsável



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Declaramos estar de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL - TO NO PERÍODO DE 2017 E 2018, do pesquisador Arthur Ribeiro Severo do curso de Medicina sob orientação do Prof. Prof.^a Esp. Bruna Mirelly Simões Vieira.

Declaro ter lido, concordar e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaro que esta Instituição de Ensino está ciente de suas responsabilidades como **PROPONENTE** deste projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados. Responsabilizamos-nos pelas etapas a serem realizadas pelas pesquisadoras e que os dados coletados serão analisados dentro dos princípios éticos.

Estamos cientes de que a pesquisa somente será iniciada **APÓS** aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Porto Nacional, 25 de junho de 2020.

Assinatura e Carimbo

Responsável pela Instituição Proponente



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A



Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64



www.itpacporto.edu.br

APÊNDICE E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO HANSENÍASE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE				
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	HANSENÍASE		3 Código (CID10) A 3 0. 9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	15 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	29 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso				
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
	38 Modo de Entrada			
	39 Modo de Detecção do Caso Novo			
Dados Lab.	40 Baciloscopia			
	41 Data do Início do Tratamento			
Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial			
	43 Número de Contatos Registrados			
Med. Contr.	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Hanseníase	Sinan NET	SVS 30/10/2007	

APÊNDICE F – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SINAN

ITPAC
PORTO NACIONAL - TO

FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Gal. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 - CNPJ 10.261.569/0001 - 64
www.itpacporto.edu.br

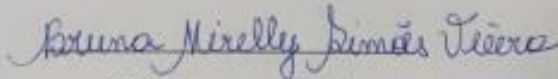
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Eu, Arthur Ribeiro Severo, acadêmico (a) do 6º Período do curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, em Porto Nacional - TO, solicito acesso aos dados públicos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, junto à Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional, referente a dados de hanseníase em Porto Nacional do período de 2017 e 2018, para a produção de trabalho acadêmico sobre a situação epidemiológica de Porto Nacional.

Asseguro que a utilização desses dados será restrita para fins acadêmicos.

Porto Nacional, 01 de Junho de 2020.


Acadêmico (a)


Orientador responsável

**APÊNDICE G – CARTA DE ACEITE SECRETARIA DE SAÚDE DE
PORTO NACIONAL – TO**

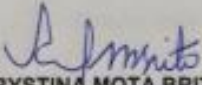
 **PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL**
GOVERNANDO PARA TODOS
Estado do Tocantins
Prefeitura Municipal de Porto Nacional
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Educação Permanente - NEP

Porto Nacional - TO, 04 de Junho 2020.

CARTA ACEITE

Declaro para os devidos fins, que aceito que o acadêmico do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC, Arthur Ribeiro Severo, tenha acesso aos dados do SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação, junto à Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional, referente a dados de hanseníase no período de 2017 e 2018. O mesmo deverá manter a utilização dos dados exclusivamente para fins acadêmicos, respeitando os princípios éticos e legais.

Atenciosamente,


ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA
Secretária Municipal de Saúde

Anna Crystina Mota Brito Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto: 06/2017

Av. Presidente Kennedy, nº 1055, Centro, CEP: 77.500-000 Porto Nacional Tocantins.
Fone (63) 3363-7888



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
Rua 02, Qd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos- ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ____/____/____

Devido ao afastamento social, proveniente da Pandemia com a Covid-19, as bancas de TCC foram suspensas no semestre 2020/1, sendo assim, assina pela aprovação a professora titular da disciplina, no Curso de Medicina.

Msc. Nelzir Martins Costa
Professora Titular da Disciplina TCC

PORTO NACIONAL – TO

2020