



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

EVA MARIA DE SABÓIA FERNANDES PEREIRA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE EM
ADOLESCENTES EM USO DE POLIQUIMIOTERAPIA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2007**

Universidade Estadual do Ceará

Eva Maria de Sabóia Fernandes Pereira

Características Clínicas da Hanseníase em Adolescentes em Uso de Poliquimioterapia

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Criança. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda

Fortaleza-Ceará

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

P436c Pereira, Eva Maria de Sabóia Fernandes

Características clínicas da hanseníase em adolescentes em uso de poliquimioterapia / Eva Maria de Sabóia Fernandes Pereira. — Fortaleza, 2007.

55 f. ; il. 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

1. Hanseníase. 2. Efeitos adversos – adolescentes. I. Título.

CDD: 614.4

Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Título do Trabalho: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE EM
ADOLESCENTES EM USO DE POLIQUIMIOTERAPIA

Autor: Eva Maria de Sabóia Fernandes Pereira

Defesa em: 15 / 03 / 2007

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Orientadora

Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Membro Efetivo

Prof. Dr. Paulo César Almeida..
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Membro Efetivo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Raimundo Augusto Fernandes e Maria Marita de Sabóia Fernandes (*in memoriam*), pela educação que me proporcionaram, ensinando-me o real valor da vida.

Ao meu marido Jaime Alves Pereira, companheiro inseparável, pelo amor, paciência e compreensão e por ter sido o principal incentivador deste trabalho.

Aos meus filhos Jaime Alves Pereira Júnior, Thiago Sabóia Fernandes Pereira e Janaína Sabóia Fernandes Pereira, razão do meu viver.

Aos meus irmãos Eliete, Herbene, Eliane, Elianice, Edilma e Fernandes Filho, pelo carinho e dedicação.

Ao meu cunhado e amigo Rinaldo Lima Meireles, por estar sempre disponível nas horas mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante na minha vida e, sobretudo, no decorrer deste trabalho.

Aos professores doutores Karla Correa Lima Miranda (orientadora), Lúcia Duarte e Paulo César de Almeida, que não mediram esforços para a realização desta pesquisa.

A todos os professores, cujos ensinamentos abriram a minha mente e o meu coração para a pesquisa científica.

A todos os meus colegas de mestrado que se dispuseram a formar comigo uma rede de produção científica.

À minha amiga Ana Cely, pelo incentivo nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos pacientes deste estudo, sem os quais não teria sido possível realizá-lo.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a concretização de mais essa etapa na minha formação profissional.

“O alvo está sempre se afastando de nós. Quanto maior o progresso, maior é o reconhecimento do nosso imerecimento”.

Gandhi.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Percentual de adolescentes que apresentaram efeitos adversos à poliquimioterapia. CDERM, 2001-2005 30
- GRÁFICO 2 – Percentual de cada sintoma apresentado pelos adolescentes submetidos à poliquimioterapia registrados no CDERM, 2001-2005 30

TABELAS

- TABELA 1 - Distribuição do número de adolescentes por faixa etária, sexo, residência, zona e renda. CDERM, 2001-2005 29
- TABELA 2 - Distribuição da demanda dos adolescentes aos serviços de saúde por sexo. CDERM, 2001-2005 31
- TABELA 3 - Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o tempo percorrido para o diagnóstico. CDERM, 2001-2005 32
- TABELA 4 - Distribuição dos adolescentes por forma clínica e sexo. CDERM, 2001-2005 32
- TABELA 5 - Distribuição dos adolescentes por sexo e classificação operacional. CDERM, 2001-2005 33
- TABELA 6 - Distribuição dos adolescentes em relação ao grau de incapacidades no diagnóstico e tempo percorrido do diagnóstico. CDERM, 2001-2005 33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDERM - Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia

D - Dimorfa

I - Indeterminada

MB - Multibacilar

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PB - Paucibacilar

PQT - Poliquimioterapia

PSF - Programa de Saúde da Família

ROM - Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina

SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SUS - Sistema Único de Saúde

T - Tuberculóide

V - Virchowiana

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, envolvendo 407 pacientes de hanseníase na idade de 10 a 19 anos com o objetivo de analisar as características clínicas dos adolescentes com hanseníase em uso de poliquimioterapia (PQT) e determinar a magnitude dos efeitos adversos. O estudo foi desenvolvido em um centro de referência do Estado, na cidade de Fortaleza, com base em dados obtidos pelos formulários individuais previamente elaborados e aplicados ao prontuário do paciente. Ao ser analisado, inicialmente fez-se uma análise descritiva e univariada das variáveis quando estas foram dispostas em tabelas e gráficos. Para todas as análises inferenciais adotou-se o nível de significância de 5%. Dos 407 prontuários estudados, verificou-se que 227 (55%) pertenciam à faixa etária de 15 a 19 anos, com predominância do sexo masculino, 220 (54,1), a maioria residindo em Fortaleza e Grande Fortaleza, 324 (79,6), em zona urbana, 393 (96,6), predominando a renda de menos que um salário mínimo. Dos 407 analisados, 326 (80%) não apresentaram efeitos adversos à poliquimioterapia, enquanto 81 (20%) apresentaram. Dos sintomas manifestados, os de maiores incidências foram anorexia e náuseas (30,3), astenia (29,1), cianose (21,5), cefaléia (20,2), prurido e *rash* cutâneo (18,9). Segundo observou-se, os adolescentes chegaram ao centro de referência mediante encaminhamento dos serviços de saúde (55%). Portanto, como evidenciado, esta rede ainda não se encontra estruturada para o atendimento deste agravo. Quanto ao tempo percorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico, prevaleceu de seis meses a um ano. As formas clínicas encontradas em maior frequência foram tuberculóide (42,3) no sexo feminino e dimorfa (43%) no sexo masculino. Na forma operacional, constatou-se paucibacilares (48,2) e multibacilares (51,3). Discute-se a importância de considerar os efeitos adversos da PQT na capacitação das equipes de saúde, com vistas a colaborar para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública.

palavras chaves: hanseníase, efeitos Adversos, adolescentes.

ABSTRACT

It treats of a descriptive and retrospective study, done during the period of January 2001 to December 2005, involving 407 patients of leprosy in the age of 10 to 19 years old with the objective to analyze the clinical features of teenagers with leprosy in use of polychemotherapy (PQT) and to determine the range of adverse effects. The study was developed in a center of reference of State, in Fortaleza's city, with basis in data gotten by individual forms formerly elaborated and applied to prontuary of patient. To be analysed, initially was done descriptive and univariate analysis of variable when these are inserted in charts and graphics. To all the inferential analysis it adopted the level of significance 5%. From the 407 prontuaries studied, it verified that 227(55%) belonged to age of 15 to 19 years old, with predominance of male gender, 220(54,1%), mostly residing in Fortaleza and Great Fortaleza, 324(79,6%) in urban zone, 393(96,6%) with income less than one minimum wage. From the 407 analysed, 326(80%) do not show adverse effects to polychemotherapy, as 81(20%) do show. From the symptoms manifested, the ones of most incidence were anorexia and nausea(30.3), astenia(29.1), cyanosis(21.5), cefaléia(20.2), prurito and skin rash(18.9). According it observed, the teenagers come to the center of reference through way of health services(55%). Thus, as highlighted, this network still is not structured to attendance of this disease. Regarding the time occurred among the first symptoms and diagnosis, prevailed from six months to one year. The clinical forms found with more frequency were tuberculoid(42.3) in female gender and dimorfa(43%) in male gender. In operational form, paucibacillares(48,2) and multibacillares(51,3). It discusses the importance to deem the adverse effects of PQT in capacitation of health staff, aiming to collaborate to extinguish the leprosy as problem of public health.

Keywords: leprosy, adverse effects, teenagers.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	7
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.....	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	26
4.1 Tipo e abordagem do estudo.....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 População e amostra.....	27
4.4 Coleta dos dados.....	28
4.5 Análise dos dados.....	28
4.6 Aspectos éticos.....	28
5 RESULTADOS.....	29
5.1 Caracterização dos sujeitos	29
6 DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS	45
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	50
APÊNDICE	51
Apêndice I: Cronograma de atividades.....	52
ANEXO	54
Anexo I: Análise de Projeto de Pesquisa.....	55

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda se constitui um sério problema de saúde pública. Como mostram os dados, até o final do século XX, o número de pessoas afetadas pela doença chegou a mais de dois milhões. Entre as áreas de maiores prevalências desta doença encontram-se o Sudeste Asiático, a América do Sul e as regiões da África. A Índia ocupa o primeiro lugar no mundo, no total de 265.781 casos, com coeficiente de prevalência de 2,4 no início de 2004 (GLOBAL LEPROSY ELIMINATION PROGRAMME WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Em virtude da sua vasta extensão geográfica, o Brasil possui grande variabilidade na prevalência dessa doença, onde os casos detectados e distribuídos por região indicam que as mais afetadas são a Norte e a Centro-Oeste, as quais possuem padrão de hiperendemicidade em decorrência de taxas de detecção de 6,87 e 5,64 casos por 10.000 habitantes, respectivamente. Quanto ao Nordeste, a taxa de detecção encontrada é de 2,76 casos. Portanto, esta é uma área de alta endemicidade, contrapondo-se à região Sul, que apresenta padrão médio, com taxa de 0,75 caso por 10.000 habitantes (CEARÁ, 2003).

Estudo realizado por Crispim (2003) verificou no Estado do Ceará coeficiente de prevalência, variando para alguns municípios como Crato, Caucaia, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Sobral, com taxas de 8,6, 5,0, 6,6, 16,1, 6,8 e 12,21 por 10.000 habitantes, respectivamente. Mencionadas taxas colocam esses municípios entre os 300 mais endêmicos do país.

De acordo com dados do boletim epidemiológico da Secretaria da Saúde do Estado, a evolução da hanseníase no Ceará, de 1991 a 2004, previa uma tendência de expansão e uma taxa de detecção de 2,5/10.000 habitantes em 1991, para 3,4/10.000 habitantes em 2004. Segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde, essa taxa é considerada alta, com aumento na detecção de 36%. Como mostra a análise dos dados, em 1991 foram notificados 1.580 casos de hanseníase pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), enquanto em 2004 constatou-se uma notificação de 2.675 casos (CEARÁ, 2005).

Quanto à prevalência avaliada no referido período, os dados revelam uma queda significativa, pois, em 1991, registrou-se uma taxa de 11,6/10.000 habitantes (prevalência do período), e, em 2004, uma taxa de 2,20/10.000 habitantes (prevalência pontual), com um decréscimo de 81% (até 2003, utilizava-se a prevalência do período). Apesar deste decréscimo, não foi possível alcançar a meta de eliminação da hanseníase prevista pela Organização Mundial da Saúde, então postergada para dezembro de 2005, que seria de alcançar um coeficiente de prevalência de menos de um doente para cada 10.000 habitantes (CEARÁ, 2005).

Como sabemos, esta meta não foi cumprida pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Para isto acontecer faz-se necessária mais participação nas ações de saúde, tanto na atenção primária, como na secundária e terciária, uma política de educação em saúde atuante e participação popular.

Como enfermeira do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, com ênfase em hanseníase desde 2001, podemos observar melhor o atendimento ao usuário. Na consulta de enfermagem percebemos a maneira e o comportamento como os adolescentes enfrentavam o diagnóstico de hanseníase. Esse momento é dominado por uma reação imediata de medo do contágio, do preconceito, sentimento de exclusão e abandono.

Desse modo, a doença torna-se ainda mais visível e acarreta profundos sofrimentos para o adolescente. Além de ter de conviver, ao mesmo tempo, com as transformações próprias da idade, o jovem defronta-se com as transformações advindas da hanseníase e seu mundo desmorona. As marcas provocadas pela doença evidenciam o drama vivido e denunciam o mal tão temido. Elas trazem a público o segredo dolorosamente guardado, mas impossível de ser mantido, pois não há como ocultá-lo. Como afirma Santos (1999), as marcas da hanseníase trazem à amostra o seu atributo, expondo-se aos outros de uma forma impactante.

Diante da situação e ao cursar o mestrado profissional em saúde da criança e do adolescente da Universidade Estadual do Ceará, tivemos a idéia de realizar uma pesquisa sobre o assunto na faixa etária de 10 a 19 anos, de acordo com o critério da OMS, em virtude de ser essa a idade na qual ocorrem grandes transformações biopsicosociais. Nosso intuito é de responder aos seguintes

questionamentos: Quais as características clínicas da hanseníase no adolescente? Qual o tempo percorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico? Existem reações adversas ao tratamento poliquimioterápico nesta faixa etária? Existe correlação entre o grau de incapacidade física no diagnóstico?

Na nossa opinião, as respostas a estes questionamentos diminuirão a lacuna de pesquisas relativas à hanseníase em adolescentes, pois, por diversas vezes, tentamos localizar algum trabalho científico nesta faixa etária, mas sem sucesso. Após procurarmos na internet, nas universidades, no Ministério da Saúde, e em outros centros de referência, encontramos apenas alguns trabalhos. Entre esses, sobressaem os de Ferreira e Alvarez (2005); Andrade et al. (1999); Santos et al. (1996); Goulart et al. (2002); Opromolla (1997); Barbosa et al. (2000); Pettit e Rees (1966); Rodrigues, Woronik e Abdulkader (2000); Pimentel et al. (2004); Oliveira, Bermudez e Sousa (1999); Cabrera et al. (1997) Leta et al. (2003); Bucarechi et al. (2004); Duncan (1985) e Hammond (1999).

Diante dessa lacuna, a nosso ver, este trabalho, além de contribuir com a literatura sobre a temática, irá possibilitar um mapeamento destes adolescentes atendidos em um serviço de referência desde os aspectos clínicos às reações adversas ao tratamento quimioterápico. Poderá, também, propiciar a sensibilização e reflexão dos profissionais de saúde a atenderem, sobretudo essa clientela, de forma mais adequada. É preciso perceber as singularidades que a faixa etária requer, e nesta a imagem corporal torna-se primordial no equilíbrio emocional do adolescente. Segundo Santos e Varela (1999), a hanseníase é historicamente estigmatizante, pois as deformidades marcam significativamente o doente.

É importante ressaltar que nosso interesse sobre o tema encontra eco também nas Políticas de Eliminação da Hanseníase recomendadas pelo Ministério da Saúde com o novo plano de eliminação em nível municipal 2006-2010.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as características clínicas e as reações adversas ao tratamento poliquimioterápico em adolescentes com hanseníase atendidos no período de 2001 a 2005, em um Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, unidade vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará na cidade de Fortaleza.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar características clínicas de adolescentes com hanseníase atendidos nos anos de 2001 a 2005, em um Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, situado no centro de Fortaleza.
- Estimar a incidência de reações adversas ao tratamento poliquimioterápico.
- Analisar a existência de associação entre tempo percorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico.
- Verificar o grau de incapacidade física no diagnóstico e o tempo percorrido para o diagnóstico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de lepra, parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem e acredita-se que seja originária da Ásia (JOPLING; McDOUGALL, 1991; BRASIL, 1989). Outros autores apontam também a África como berço desta doença (BRASIL, 1989).

Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão já existia no Egito há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II (SERVIÇO NACIONAL DA LEPROSA, 1960). Há também evidências objetivas da doença em esqueletos descobertos no Egito, datados do segundo século antes de Cristo (BRASIL, 1989).

Conforme Opromolla, (1981, p. 2), há referências segundo as quais a hanseníase existia em muitos outros lugares da terra nestes tempos antigos, mas na verdade o que houve foram traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias. Nos tempos babilônicos, por exemplo, a hanseníase é referida como lepra, mas seu significado era de uma doença escamosa. A palavra "epqu", traduzida como lepra no Dicionário Assírio, também significa escamoso. Ainda conforme este autor, a hanseníase existia em épocas remotas no Egito e era citada no "Papiro de Ebers" (1300 – 1800 a.C.). Contudo o que foi traduzido como lepra no referido documento era uma queixa de sintomas externos para a qual eram prescritos unguentos. Na tradução grega de textos hebraicos, a palavra "tsasaater" foi traduzida como lepra (leprós=escama). Esta palavra também foi usada pelos gregos para designar doenças escamosas do tipo psoríase e eles se referiam à hanseníase como elefantíase.

Na Grécia a doença de Hansen disseminou-se lentamente para a Europa, carregada por soldados infectados, comerciantes e colonizadores. Ela prevaleceu, particularmente, entre os séculos X e XV (JOPLING; McDOUGALL, 1991).

Podemos estimar a magnitude da hanseníase na Europa no século XIII pela existência de quase 20.000 leprosários, ou lazaretos, naquele continente. Da mesma forma, é possível acompanhar o declínio da endemia européia, a partir do século

XVII, pela desativação gradual desses asilos, que prosseguiu ao longo do século XVIII e primeira metade do século XIX (MAURANO, 1944).

Ao mesmo tempo em que a hanseníase tendia ao desaparecimento na Europa, mantinham-se os focos endêmicos na Ásia e na África e introduzia-se a doença no novo mundo, a partir das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos. Durante o período da colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova área endêmica mundial (SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA, 1960).

Na atualidade, todos os países sul-americanos têm hanseníase. Desses, o Brasil destaca-se com as mais altas taxas de incidência e prevalência desta doença neste continente (OPS/OMS, 2001).

No Ceará, nos últimos cinco anos, em média, 145 crianças são diagnosticadas com hanseníase a cada ano. Destas, 60% são provenientes do interior e 40% da capital. Isso demonstra falta de controle no tratamento dos adultos acometidos pela doença e constitui motivo de preocupação diante da gravidade desta doença (CEARÁ, 2005a).

Para Queiroz e Puntel (1997), o estudo de tendência de hanseníase no país fornece elementos suficientes para fazer supor que a endemia hanseníase encontra-se em fase de expansão. Segundo os autores relatam, o crescimento da endemia também está ligado a diversos fatores, entre os quais, o diagnóstico incompleto, a ausência de conhecimento dos profissionais da área de saúde nas ações assistenciais e educativas, aliado aos preconceitos dos profissionais, que constituem barreiras para o desenvolvimento de um programa mais efetivo junto ao doente.

Apesar de ter baixa letalidade e baixa mortalidade, a hanseníase pode ocorrer em qualquer idade, raça ou sexo. Como anunciado pelo Governo Federal, Portaria nº 4.052/GM/MS, de 23/12/1998 (BRASIL, 2004), esta é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional.

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase, cuja transmissão se dá através de uma pessoa doente portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior infectando outras pessoas, pelas vias

aéreas ou por lesões de pele. Quanto ao período de incubação, varia de acordo com a resposta imunológica do indivíduo, mas pode atingir todas as idades. No entanto, os menores de 15 anos constituem um indicador de alta endemicidade da doença. (BRASIL, 2001).

Matos et al. (1999) apontam a existência de portadores assintomáticos como fonte de infecção, principalmente para contatos com o teste de Mitsuda inicial negativo, não vacinado com BCG e que tenham casos primários com formas clínicas multibacilares de hanseníase, constituindo um grupo de risco para o adoecimento.

Como, ainda, não se dispõe de vacina, a detecção precoce e o tratamento dos casos são os únicos métodos utilizados tanto para o combate da hanseníase quanto para a interrupção da cadeia de transmissão.

A hanseníase já foi objeto dos mais diversos tipos de tratamento. No final de década de 1940, foram publicados dois relatos de experiência de tratamento, com a sulfona-mãe, com bons resultados terapêuticos e baixos custos. A dapsona firmou-se, então, como a principal droga anti-hanseníca e estratégica para o controle da doença na década de 1950. Posteriormente, em 1962, a clofazimina e a rifampicina começaram a ser utilizadas no tratamento da hanseníase (YAWALKAR, 1992).

Em 1986, o tratamento poliquimioterápico começou a ser implantado no Brasil (OMS, 1986) e em 1991, foi adotado oficialmente pelo Ministério da Saúde. Este tratamento é recomendado para todos os casos de hanseníase. Todavia, sua administração chegou a ser questionada pelos centros de saúde espalhados pelo país, em decorrência dos muitos casos de efeitos adversos (GALLO; NERY; GARCIA, 1995).

Tais efeitos colaterais variam desde transtornos cutâneos até hepáticos, gastrointestinais, entre outros, como mostra a literatura (OPROMOLLA, 1997; ANDRADE et al., 1999; FERREIRA; ALVAREZ, 2005).

O tratamento adotado pelo Ministério da Saúde especifica determinado esquema, assim definido:

ESQUEMA ADOTADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

- a) Esquema Paucibacilar (PB) em pacientes com até cinco lesões na pele, onde se utiliza a combinação da rifampicina e da dapsona, acondicionados em uma cartela com o seguinte esquema:
- Rifampicina – uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg) com administração supervisionada
 - Dapsona – uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária administrada.
 - O tratamento tem duração de seis doses mensais de rifampicina supervisionada.
- b) Esquema Multibacilar (MB) em pacientes com mais de cinco lesões de pele:
- Utiliza-se uma combinação de rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados em uma cartela no seguinte esquema:
 - > Rifampicina – uma dose mensal de 600mg (duas cápsulas de 300mg), com administração supervisionada.
 - > Dapsona – uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada.
 - Clofazimina – uma dose mensal de 300mg (três cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
 - O tratamento tem duração de doze doses mensais, supervisionada.
- c) Esquema Alternativo – este esquema é conhecido como ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) e deve ser usado exclusivamente para o tratamento de pacientes com PB com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos:
- Rifampicina – 600mg, em dose única supervisionada.
 - Ofloxacina – 400mg em dose única supervisionada.

- Minociclina – 100mg em dose única supervisionada

O diagnóstico dos efeitos colaterais é fundamentalmente baseado nos sinais e sintomas por eles provocados. Portanto, a equipe da unidade precisa estar sempre atenta para essas situações, devendo encaminhar a pessoa à unidade de referência para receber o tratamento adequado.

- Efeitos colaterais da rifampicina:
 - > Cutâneos: rubor de face e pescoço, prurido e *rash* cutâneo generalizado;
 - > Gastrointestinais: diminuição do apetite e náuseas. Ocasionalmente, pode haver vômitos, diarréias e dor abdominal leve;
 - > Hepáticos: mal-estar, perda de apetite, náuseas, além de possível icterícia. São descritos dois tipos de icterícia: a leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos importantes. Se as transaminases ou as bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal, a medicação deve ser suspensa e o paciente encaminhado à unidade de referência.
 - > Hematopoiéticos: trombocitopenia; púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Poderão, também, se manifestar hemorragias gengivais e uterinas. Nestes casos, o paciente deve ser encaminhado ao hospital;
 - > Anemia hemolítica: tremores, febre, náuseas cefaléia e às vezes choque. Pode, também, ocorrer icterícia leve, mas raramente;
 - > Síndrome pseudogripal: febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia, dores ósseas. Pode também acontecer eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque. A síndrome ocorre raramente, e quando surge se dá principalmente na segunda ou quarta doses supervisionadas devido à hipersensibilidade por formação de anticorpos anti-rifampicina, quando o medicamento é utilizado em dose intermitente;
- Efeitos colaterais da clofazimina:
 - > Cutâneos: ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Nas pessoas de pele escura a

cor pode se acentuar, e em pessoas claras a pele pode ficar com uma coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado em virtude da impregnação e do ressecamento. Tais efeitos verificam-se mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regridem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento.

- > Gastrointestinais: diminuição da peristalse e dor abdominal, devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e linfonodos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Estes paraefeitos poderão ser encontrados com maior freqüência na utilização de doses de 300 mg por períodos prolongados, superiores a 90 dias.
- Efeitos colaterais da dapsona:
 - > Cutâneos: síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia;
 - > Hepáticos: icterícias, náuseas e vômitos;
 - > Hemolíticos: tremores, febre, cefaléia, às vezes choque, podendo também ocorrer icterícia leve, metahemoglobinemia, cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos;
 - > Outros efeitos colaterais raros podem se manifestar, tais como insônia e neuropatia motora periférica.

Ferreira e Alvarez (2005) relatam casos de hanseníase em menores de 15 anos. Segundo citam, a introdução do esquema padronizado produziu significativa redução na prevalência da doença em crianças. Conforme esses autores observaram, 24% das crianças tratadas com o esquema poliquimioterápico apresentaram reações adversas durante o tratamento.

Ao estudar o assunto, Andrade et al. (1999) verificaram que o uso da dapsona e da rifampicina pode levar a transtornos cutâneos e hepáticos significativos e mencionam um caso de paciente leucodérmico com 12 anos de idade, portadora de hanseníase, que desenvolveu eritrodermia, hepatite e colecistite no curso da segunda semana de tratamento.

Estudos realizados por Santos et al. (1996) referem-se à agranulocitose induzida pelo uso da dapsona em pacientes com hanseníase tuberculóide. Outro estudo, de Goulart et al. (2002), sobre efeitos adversos da PQT em pacientes com hanseníase que não aderiram ao tratamento, procedeu à revisão de 187 prontuários de pacientes tratados com PQT entre os anos de 1995 e 2000. Dos 170 pacientes que concluíram o tratamento, 104 (61,1%) não sofreram efeitos colaterais, distribuídos entre 42 (40,4%) PB e 62 (59,6%) MB. Sobre os 66 pacientes que apresentaram efeitos, 25,8% eram PB e 74,2% MB. Não houve diferença entre as formas operacionais PB e MB no referente ao número de adolescentes. As taxas foram de 8 (47,1%) para os paucibacilares e 9 (52,9%) para os multibacilares. Ainda com base nos dados dos 113 efeitos adversos registrados, 70,13% relacionaram-se ao uso da dapsona, com gastrite, anemia hemolítica e cefaléia. Quanto aos efeitos relacionados à clofazimina, 20,5% apresentaram ictiose, ardência nos olhos e hipóxia, e 6,2% dos pacientes manifestaram efeitos adversos ao uso da rifampicina, como febre, diarreia, cólica renal, dermatite alérgica e enjôo.

De acordo com o descrito por Opromolla (1997), em trabalho intitulado Terapêutica da hanseníase, na década de 1940, nos Estados Unidos, foi experimentada uma sulfona no tratamento da hanseníase. Depois da sulfona outros medicamentos surgiram como atividade anti-hansênica, tanto quimioterápicos quanto antibióticos, e hoje é considerada de primeira linha a sulfona.

Destaca-se neste contexto o estudo de Barbosa et al. (2000), no qual se relatou o caso de um paciente que iniciou tratamento de hanseníase com sulfona e um mês depois apresentou sintomas de febre, prurido, queda do estado geral e um quadro cutâneo de eritrodermia esfoliativa. Os exames laboratoriais mostraram anemia e leucocitose de linfócitos e polimorfismo dessas células.

Mencionamos, ainda, Pettit e Rees (1966), cujos estudos comprovaram experimentalmente que o uso continuado da sulfona provoca resistência ao medicamento. Diante deste fato, como informam, a Organização Mundial da Saúde propôs em 1977 a associação de medicamentos para tratamento da hanseníase.

Conforme mencionado, a partir de 1962, a clofazimina e a rifampicina também começaram a ser utilizadas no tratamento da hanseníase.

Como descrito por Opromolla (1997), a clofazimina também produz pigmentação escura da pele, pele seca, alterações digestivas, além de hiperpigmentação cutânea, ictiose e síndrome do intestino delgado.

De acordo com relatos de Rodrigues, Woronik e Abdulkader (2000), o uso intermitente da rifampicina pode, supostamente, ocasionar vários efeitos colaterais, entre eles, insuficiência renal aguda. Logo, os efeitos colaterais são mais sérios quando a rifampicina é administrada diariamente. Nesse caso, pode causar *rash* cutâneo, distúrbios digestivos, hepatite tóxica e trombocitopenia. Como também hepatotoxicidade, psicose, síndrome pseudogripal, choque, dispnéia, anemia hemolítica e insuficiência renal.

Pimentel et al. (2004) avaliaram doentes por meio da evolução das incapacidades antes, durante e após o tratamento poliquimioterápico e observaram o desenvolvimento de neurite silenciosa na hanseníase multibacilar. Segundo concluíram, nunca é demais sublinhar a importância de um acompanhamento rotineiro e seqüencial cuidadoso dos pacientes multibacilares, durante e após o tratamento medicamentoso, pois dos 103 pacientes estudados 50% desenvolveram neurites franca ou silenciosa.

Já Oliveira, Bermudez e Sousa (1999) citam um trabalho de pesquisa com uso da talidomida no Brasil, onde são analisados e apresentados os resultados de uma pesquisa de busca ativa dos casos que compõem a chamada segunda geração dos portadores da síndrome da talidomida no Brasil.

Outros estudos, como os de Goulart et al. (2002), Cabrera et al. (1997) e Leta et al. (2003), em uma revisão sistemática da literatura analisando trabalho publicado de quinze países endêmicos entre 1956 e 2001, observaram o seguinte: de 108 casos reportados, 59% apresentaram a síndrome completa, febre, *rash*, linfadenopatia e hepatite, enquanto 41% manifestaram a forma incompleta.

A dapsona já foi a principal droga anti-hanseníca e estratégica para o controle da doença na década de 1950. Porém, consoante Opromolla (1997), esse produto é capaz de causar problemas digestivos, anemia hemolítica e metahemoglobinemia.

Diante das respostas, Bucarechi et al. (2004) advertem: os médicos, principalmente em regiões com alta prevalência de hanseníase, devem manter-se atentos para esta grave e não tão rara reação de hipersensibilidade a dapsona.

Na opinião de Goulart et al. (2002), citados por Cabrera et al. (1997), e Leta et al. (2003), os efeitos colaterais relacionados às drogas utilizadas na poliquimioterapia da hanseníase precisam ser melhor estudados, com vistas a prevenir e diagnosticar a ocorrência de tais efeitos, que relatam a importância da farmacovigilância mesmo nos países subdesenvolvidos. Os autores descrevem a síndrome de hipersensibilidade à dapsona como um efeito colateral raro e potencialmente grave, que deve ser considerado, sem, entretanto, comprometer a segurança da droga e sua ampla utilização.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Andrade et al. (1999), no qual se verificou que o uso da dapsona e da rifampicina pode levar a transtornos cutâneos e hepáticos significativos. Os autores citam um caso de paciente leucodérmico com 12 anos de idade portador de hanseníase que desenvolveu eritrodermia, hepatite e colecistite no curso da segunda semana de tratamento.

Sobre a utilização de medicações, conforme estudo realizado por Santos et al. (1996), pacientes com hanseníase tuberculóide induzida pelo uso da dapsona desenvolviam agranulocitose. Foi relatado, também, caso de septicemia.

Como descrito por Goulart et al. (2002), esta medicação pode causar gastrite, cefaléia, fotodermatite, metahemoglobinemia, anemia hemolítica, agranulocitose, hepatite, síndrome sulfona, neuropatia periférica e síndrome nefrótica.

Além disso, os efeitos adversos ao tratamento poliquimioterápico foram relatados também por Bucarechi, Pereira e Tresoli (2004), em uma menina de 12 anos hanseníaca, usuária do esquema poliquimioterápico preconizado pela OMS (dapsona, rifampicina, clofazimina). Ela apresentou icterícia, adenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, conjuntivite, úlceras orais, exantema morbiliforme e edema de pele.

Consoante se pode inferir, esses efeitos adversos provocados pela terapêutica indicada na hanseníase trazem uma série de transtornos para o paciente que a utiliza. Neste sentido, o adolescente com diagnóstico de hanseníase que necessita submeter-se ao tratamento especializado enfrenta com maior dificuldade

este processo, pois além dos efeitos colaterais provocados pela medicação tem de lidar com fatores sociais e emocionais.

Atualmente, mais da metade da população do mundo tem menos de 25 anos de idade. Segundo a OMS, a faixa etária de 10 a 19 anos representa um quinto da população mundial (BRASIL, 2005a).

Os adolescentes cearenses são cerca de 1.687.924, ou seja, 22,71% do total de habitantes. Desses, 1.124.621 vivem em áreas urbanas (CEARÁ, 2005b).

Segundo Marcondes e Alcântara (1974), a adolescência é um período que compreende a fase de crescimento do ser humano e tem o seu início aos 10 anos nas meninas e aos 12 nos meninos. É um período de grande crescimento e transformações onde tudo é vivido intensamente. Já na concepção de Potter (1996), a adolescência é um período de [...] Transição da infância para a idade adulta. Este termo diz respeito ao amadurecimento psicológico de um indivíduo. É o período de vida entre 12 e 18 anos e se caracteriza por uma progressão constante de mudanças físicas, sociais, cognitivas, psicológicas e morais.

Dalton (1990) descreve o adolescente como uma pessoa que possui características gerais que significam uma adolescência normal; a busca forte e consciente da autonomia; a importância do grupo de amigos; as constantes mudanças de humor; noção do tempo; necessidade de se intelectualizar, fantasiar e desejo de mudar o mundo.

Conforme descreve Duncan (1985), os sinais clínicos da hanseníase muitas vezes não são fáceis de serem diagnosticados na infância. Segundo afirma, a própria idade desta clientela é um fator limitador. Ainda, segundo afirma, em algumas regiões endêmicas, é elevado o número de crianças com deformidades provocadas pela hanseníase.

De acordo com Hammond (1999), é inegável a importância desses agravos e problemas sociais e físicos, mas o desenvolvimento psicológico não deve ser negligenciado devido à possibilidade do prognóstico destes sujeitos estar comprometido. É preciso, pois, manter uma assistência diferenciada a esse cliente adolescente portador de hanseníase.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo e abordagem do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa, no qual foram usados todos os prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, no período de 2001 a 2005, com a finalidade de analisar as informações quanto às características clínicas dos adolescentes com hanseníase em uso de poliquimioterápicos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, instituição vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, situado no centro de Fortaleza,

Este centro de referência presta serviços ambulatoriais na área médica, laboratorial, de enfermagem, de fisioterapia e de serviço social. Desenvolvem-se atividades de treinamento, ensino e pesquisa. Quanto ao esclarecimento sobre o diagnóstico e tratamento da hanseníase, atende também na área de dermatologia sanitária e tuberculose extrapulmonar. Nestas áreas citadas, referido centro constitui referência estadual e nacional em hanseníase.

O Centro de Dermatologia Dona Libânia possui ambulatórios especializados em tumores de pele, prevenção do câncer de pele, psoríase, úlceras, dermatites de contato, dermatoses alérgicas, oncopatias, inestética e vitiligo. Na área de hanseníase, oferta consultas de clínica médica; consultas e cirurgias ortopédicas; consultas e exames neurológicos; consultas de enfermagem e administração de dose supervisionada de PQT, além de exames de comunicantes e vacinação de BCG. Dispõe, ainda, de acompanhamento psicossocial, prevenção de incapacidades, fisioterapias, curativos e exames laboratoriais. De modo geral são realizadas 8.000 consultas/mês, com 693/mês para hanseníase. Dessas, 160 são adolescentes, em média 9 atendimentos/dia. Por ofertar todos esses serviços na

área de hanseníase, esta instituição é alvo de grande demanda do interior do Estado e de todos os bairros de Fortaleza.

Além das atividades assistenciais, o Centro de Saúde Dona Libânia desenvolve atividades de ensino e pesquisa. Possui equipe multidisciplinar que assessora tecnicamente, sobre hanseníase, as Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em hanseníase, quanto a esclarecimentos sobre diagnóstico e tratamento, capacitação e treinamento de pessoal. Por esta razão, foi reconhecido e credenciado como Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária com ênfase em hanseníase, de acordo com a Portaria nº 1.489/GM, em agosto de 2003.

4.3 População e amostra

A população do estudo constou de todos os adolescentes atendidos no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, no período de 2001 a 2005, com idade de 10 a 19 anos.

A amostra foi constituída a partir de um levantamento realizado com todos os adolescentes registrados no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, com total de 407 registrados no período, utilizando-se os critérios da OMS, que preconiza como adolescência a faixa etária de 10 a 19 anos.

- **Critério de inclusão**

Todos os prontuários de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, do sexo masculino e feminino, registrados no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, atendidos no período de 2001 a 2005 e que concluíram o tratamento.

- **Critério de exclusão**

Todos os prontuários de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos que foram transferidos e não completaram o tratamento e de adultos em tratamento.

4.4 Coleta dos dados

Para obtenção dos dados, foram adotados formulários individuais previamente elaborados, contendo: identificação do paciente, variáveis socioeconômicas, caracterização nutricional, tipos de encaminhamento e caracterização clínica relacionada à doença e ao tratamento. Esses formulários foram aplicados ao prontuário do paciente.

4.5 Análise dos dados

Inicialmente fizemos uma análise estatística descritiva e univariada dos dados quando esses foram dispostos em tabelas e gráficos. Em seguida, procedemos à análise bivariada a fim de verificar a existência de associação entre algumas variáveis. Para tanto foram empregados os testes χ^2 e Fisher- Freedman-Halton. Para todas as análises inferenciais, adotamos o nível de significância de 5%, sendo os dados processados pelo Soft Statistic Direct.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (anexo I).

Conforme determinado, foram cumpridos os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Não houve, porém, necessidade do Consentimento Livre e Esclarecido, pois não fizemos entrevista com o paciente (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos

Os resultados deste estudo foram obtidos a partir da análise dos dados junto aos prontuários de portadores de hanseníase de 10 a 19 anos de idade, que se encontram sob registro ativo no Posto de Saúde Dona Libânia em Fortaleza Ceará, no período de 2001 a 2005, como mostra a Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição do número de adolescentes por faixa etária, sexo, residência, zona e renda familiar. CDERM, 2001-2005

Características	Nº	%
FAIXA ETÁRIA (ANO)		
10-14	180	44,4
15-19	227	55,6
SEXO		
Masculino	220	54,1
Feminino	187	45,9
RESIDÊNCIA		
Fortaleza/Grande Fortaleza	324	79,6
Outras	83	20,4
ZONA		
Urbana	393	96,6
Rural	14	3,4
RENDA (SM)		
< 1	78	27,1
1	93	32,3
2	66	22,9
3 ou +	51	17,7
Sem resposta	119	29,2

Fonte: SINAM.

Salário mínimo = R\$350,00

Nota: Sem resposta, 119 adolescentes não informaram a renda.

Por meio da Tabela 1, podemos observar que na faixa etária de 15 a 19 anos foi onde ocorreu um maior número de adolescentes, 227 (55,6%); seguidos da faixa etária de 10 a 14 anos, 180 (44,4%). Em relação ao sexo da população estudada, segundo verificado, 220 (54,1%) pertencem ao sexo masculino e 187 (45,5%) ao feminino, e a maioria dos adolescentes reside em Fortaleza e na Grande Fortaleza, 324 (79,6%). Entretanto, como constatamos, apenas 83 (20,4%) dos adolescentes residem em outros municípios do Estado. Ainda por meio da Tabela 1, podemos visualizar o número de adolescentes que moram na zona urbana e na

rural: 393 (96,6%) moram na zona urbana e 14 (3,4%) na rural. Quanto à renda familiar, ainda de acordo com os dados dessa tabela, 93 (32,3%) têm renda de um salário mínimo, 78 (27,1%) menos de um salário, 66 (22,9%) de até dois salários e 51 (17,7%) de três ou mais salários mínimos.

Em relação à faixa etária, consoante evidenciamos, nos casos com mais alta idade, ou seja, de 15 a 19 anos, houve predomínio do sexo masculino, com 54,1% sobre o feminino, 45,9%.

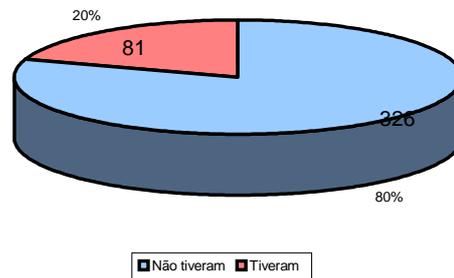


GRÁFICO 1 – Percentual de adolescentes que apresentaram efeitos adversos à poliquimioterapia. CDERM, 2001-2005

Fonte: SINAN.

Também como verificamos, do percentual de adolescentes com efeitos adversos ao tratamento poliquimioterápico, a grande maioria, 326 (80%), não apresentou efeitos adversos ao tratamento, enquanto 81 (20%) sofreram efeitos adversos.

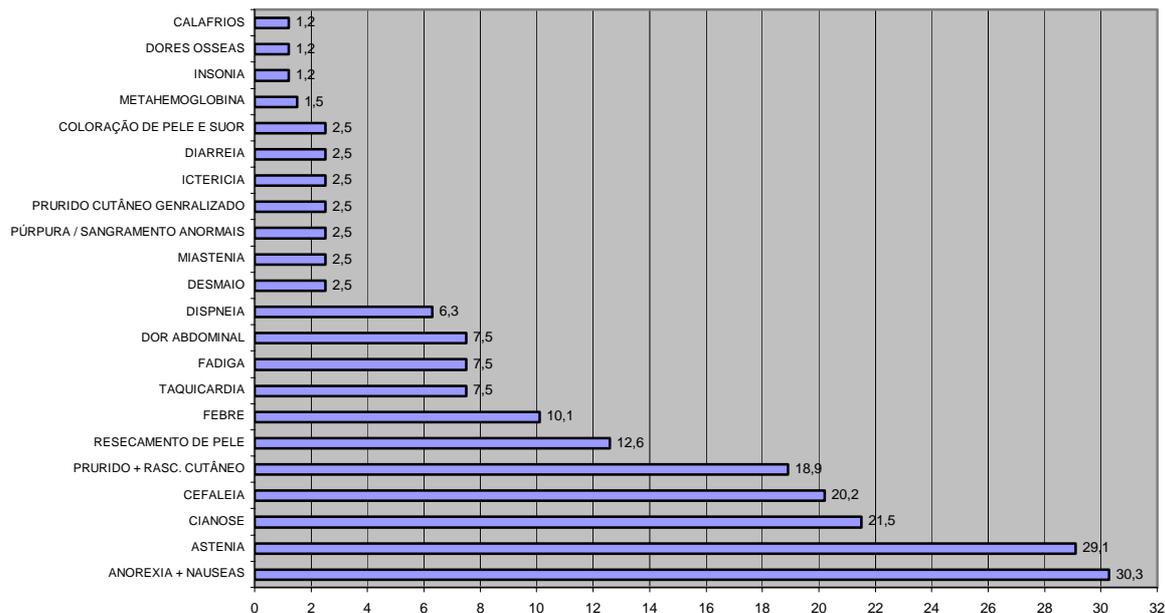


GRÁFICO 2 – Percentual de cada sintoma apresentado pelos adolescentes submetidos à poliquimioterapia registrados no CDERM, 2001- 2005

Fonte: SINAN.

Ao analisar o Gráfico 2, observamos que dos sintomas apresentados os de maiores incidências são anorexia e náuseas, 30,3%; astenia, 29,1%; cianose, 21,5%; cefaléia, 20,2%; prurido e *rash* cutâneo, 18,9%. Como menos freqüência, sobressaem: ressecamento de pele, 12,6%; taquicardia, 7,5%; fadiga, 7,5%; dor abdominal, 7,5%; dispnéia, 6,3%. Para desmaio, miastenia, púrpura e sangramento anormal, prurido cutâneo generalizado, icterícia, diarréia, coloração de pele e suor, encontramos 2,5%, respectivamente.

Os sintomas menos observados no estudo foram metahemoglobina 1,5%, e insônia, dores ósseas e calafrios, 1,2, respectivamente.

TABELA 2 – Distribuição do número de adolescentes segundo a demanda aos serviços de saúde e sexo. CDERM, 2001-2005

Demanda	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Iniciativa própria	26	11,8	18	9,6	44	10,8
Encaminhamento dos serviços saúde	121	54,5	97	51,9	218	53,3
Exame de contato	68	30,9	69	36,9	137	33,7
Recidiva	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Outros	2	0,9	-	-	2	0,5
Sem resposta	2	0,9	2	1,1	4	1,0
Total	220	100,0	187	100,0	407	100,0

Fonte: SINAN.
P = 0,509.

Ao analisarmos a Tabela 2, segundo constatamos, a maioria dos adolescentes foi encaminhada pelo serviço de saúde. Desse, 121 (54,5%) eram do sexo masculino e 97 (51,9%) do sexo feminino. Em menor percentual ocorreu mediante demanda por contato; 68 (30,9%) eram do sexo masculino e 69 (36,9%) do feminino.

Ainda como detectamos, dos adolescentes que procuraram atendimento por iniciativa própria pelo diagnóstico e tratamento da hanseníase no serviço de saúde, 26 (11,8%) eram do sexo masculino e 18 (9,6%) do feminino. Em menor percentual, a demanda por recidiva e outras formas de encaminhamento foi praticamente igual: 1 (0,5%), tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Para outras formas de demanda, encontramos 0,9% para o sexo masculino, não sendo observadas informações do sexo feminino; sem resposta, 0,9% era masculino e 1,1% feminino.

TABELA 3 - Distribuição do número de adolescentes segundo a idade e o tempo percorrido para o diagnóstico. CDERM, 2001-2005

Idade	Tempo Percorrido										Total	
	< 3 meses		3 a 6 meses		6 meses a 1 ano		1 a 2 anos		2 a 10 anos			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 – 14 anos	18	10,3	31	17,7	67	38,3	30	17,1	29	16,6	175	100,0
15 – 19 anos	29	13,1	42	19,0	80	36,2	41	18,6	29	13,1	221	100,0

Fonte: SINAN.

$\chi^2 = 1,766$ $p = 0,779$.

Aplicando-se o teste χ^2 nos dados contidos na Tabela 3, não encontramos associação entre idade e tempo percorrido para o diagnóstico ($\chi^2 = 1,766$; $p = 0,779$).

Ao analisar os dados, segundo verificamos, dos 175 adolescentes de 10 a 14 anos, 67 (38,3%) levaram de seis meses a um ano para ser feito o diagnóstico da doença, 31 (17,7%) levaram de três a seis meses, 30 (17,1%), de um a dois anos, 29 (16,6%), de dois a dez anos, e 18 (10,3%), menos de três meses.

Com a idade de 15 a 19 anos, 80 (36,2%) dos adolescentes levaram de seis meses a um ano para o diagnóstico, 42 (19%), de três a seis meses, 41 (18,6%) de um a dois anos, e 29 (13,1%) dos adolescentes levaram menos de três meses, enquanto 29 (13,1%), de dois a dez anos, respectivamente.

TABELA 4 - Distribuição do número de adolescentes segundo a forma clínica e sexo. CDERM, 2001-2005

Forma Clínica	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indeterminada	9	4,2	20	11,0	29	7,3
Tuberculóide	76	35,5	77	42,3	153	38,6
Dimorfa	92	43,0	69	37,9	161	40,7
Virchowiana	37	17,3	16	8,8	53	13,4
Total	214	100,0	182	100,0	396*	100,0

Fonte: SINAN.

$\chi^2 = 13,28$ $p = 0,509$.

* Nota: 11 adolescentes não informaram.

Observando-se a Tabela 4, conforme evidenciamos, em 396 dos adolescentes estudados foram constatadas todas as formas clínicas da doença.

A forma clínica indeterminada foi encontrada em 9 (4,2%) no sexo masculino e 20 (11,0%) no feminino, enquanto a forma tuberculóide, em 76 (35,5%) no sexo

masculino e em 77 (42,3%) no feminino. Já a forma dimorfa foi observada em 92 (43,0%) no sexo masculino e 69 (37,9%) no sexo feminino, e a virchowiana, 37 (17,0%) no sexo masculino e 16 (8,8%) no feminino.

Consoante verificamos, entre o sexo feminino prevaleceu a forma tuberculóide, 42,3%, seguida da indeterminada, 11,0%, enquanto no sexo masculino a prevalência foi das formas dimorfa, 43,0%, com a forma virchowiana, 17,3%, em segundo lugar.

TABELA 5 - Distribuição do número de adolescentes segundo o sexo e classificação operacional. CDERM, 2001-2005

Classificação Operacional	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paucibacilar	89	41,6	102	56,0	191	48,2
Multibacilar	126	58,4	78	42,9	203	51,3
Total	214	100,0	182	100,0	396*	100,0

Fonte: SINAN.

$\chi^2 = 11.25$; $p = 0,004$; *Nota: Sem informação, 11 adolescentes não informaram.

Ao nos determos nos casos de acordo com a classificação operacional e sexo dos adolescentes na Tabela 5, constatamos que 396 dos casos, 191 (48,2%), são paucibacilares e 203 (51,3%) são multibacilares. Ainda como constatamos, a forma multibacilar superou a paucibacilar, e dos 396 adolescentes com a multibacilar, 126 (58,4%), eram do sexo masculino e 78 (42,9%) do sexo feminino. A classificação paucibacilar foi observada em 102 (56%) do sexo feminino e em 89 (41,6%) do sexo masculino.

Desse modo, essa classificação multibacilar prevaleceu entre os indivíduos do sexo masculino, seguida da paucibacilar, enquanto no sexo feminino a paucibacilar foi mais freqüente, e a multibacilar ficou em segundo lugar.

TABELA 6 - Distribuição do número de adolescentes em relação ao grau de incapacidade no diagnóstico e tempo percorrido do diagnóstico. CDERM, 2001-2005

Tempo Percorrido	Grau de Incapacidade						Total	
	Nenhum		Um		Dois			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 3 m	39	83,0	4	8,5	4	8,5	47	100,0
3m a 6m	63	87,5	7	9,7	2	2,8	72	100,01
6m a 1a	122	85,3	12	8,4	9	6,3	68	00,0
1 – 2a	58	85,3	5	7,4	5	7,4	57	100,0
2 – 10a	51	89,5	4	7,0	2	3,5		100,0
Total	333	86,0	32	8,3	22	5,7	387*	100,0

Fonte: SINAN.

*Nota: Sem informação, 20 adolescente não informaram.

De acordo com os dados expressos na Tabela 6, dos 387 adolescentes estudados, 333 (86,0%) não apresentaram nenhum grau de incapacidade no diagnóstico.

Entretanto, na associação tempo percorrido com grau de incapacidade para diagnóstico, segundo verificamos, 4 (8,5%) apresentaram graus 1 e 2 para o tempo percorrido inferior a três meses; de três a seis meses, 7 (9,7%) apresentaram grau 1, enquanto 2 (2,8%) grau 2; de seis meses a um ano, 12 (8,4%) apresentaram grau 1 e 9 (6,3%) grau 2 de incapacidade no diagnóstico; já para o tempo percorrido de um a dois anos, verificamos para os graus 1 e 2, igualmente, 5 (7,4%), e de dois a dez anos, 4 (7,0%) para o grau 1 e 2 (3,5%) para o grau 2.

Constatamos, ainda, que no tempo percorrido de seis meses a um ano, foi observado o maior número de adolescentes, (12) com grau de incapacidade 1, e entre três a seis meses de tempo percorrido, o menor, (2) adolescentes com grau 2 de incapacidade.

6 DISCUSSÃO

Apesar da hanseníase ser considerada como doença do adulto e do adulto jovem, existem numerosos relatos de casos desta enfermidade na faixa etária abaixo de 19 anos.

Ao nos determos na faixa etária dos adolescentes acometidos de hanseníase desta pesquisa, conforme notamos, a doença ocorreu em 55,6% dos jovens com idade entre 15 e 19 anos, e em 44,4% dos de 10 a 14 anos.

Para os adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, os percentuais observados, 44,4%, foram inferiores aos de Ferreira e Alvarez (2005), quando estudaram hanseníase em menores de 15 anos no município de Paracatu-MG.

Como mencionamos, Figueiredo e Silva (2003) em pesquisa realizada com adolescentes em São Luis, Maranhão identificaram maior expansão de hanseníase na faixa etária de 15 a 19 anos. Mas Albuquerque et al. (1989), ao analisarem a distribuição dos novos casos de hanseníase, por grupo etário, verificaram que o maior percentual de casos situava-se no grupo entre 15 e 24 anos. Tais dados corroboram os achados desta pesquisa.

Em relação ao sexo dos adolescentes pesquisados, de 2001 a 2005 a hanseníase foi mais freqüente no sexo masculino que no feminino.

Segundo Suarez e Lombardi (1997), o número maior de casos masculinos decorre da maior movimentação e oportunidade de contato dos homens e do exame clínico menos cuidadoso em mulheres.

Esse achado, no entanto, é incompatível com estudo de Figueiredo e Silva (2003), no qual encontraram maior freqüência de hanseníase no sexo feminino, 42,15%. Como sabemos, a maioria dos estudos sobre essa morbidade relata maiores proporções da hanseníase no sexo masculino (BECELLI, 1982; LOMBARDI et al., 1990; PARRA, 1996; BEIGUELMAN, 2002).

A despeito dessa incompatibilidade, é semelhante aos observados por Ferreira e Alvarez (2005) quando estudaram hanseníase em menores de 15 anos no

município de Paracatu-MG. Segundo verificamos, 53% dos diagnósticos foram em crianças do sexo masculino, e 47% do sexo feminino.

De acordo com os dados encontrados na Tabela 1, a distribuição da hanseníase no Estado do Ceará ocorre de maneira desigual entre os municípios. Ao investigar a distribuição do número de adolescentes por residência, conforme pudemos notar, a maioria, 79,6%, reside em Fortaleza e na Grande Fortaleza.

Esse achado é compatível com os dados do Boletim Estadual de Avaliação Epidemiológica e Operacional da Hanseníase no Ceará (2003), onde foi encontrado coeficiente de prevalência altíssimo em municípios como Caucaia, Fortaleza e Maracanaú, 5,0, 6,6 e 6,8/10.000 habitantes, respectivamente.

Dos 407 adolescentes pesquisados, verificamos que a grande maioria, (96,6%), reside na zona urbana. Como ressaltado, é nos grandes centros urbanos que ocorre a maior frequência da doença, e é nesses centros onde se concentram indivíduos de baixa renda, residentes em favelas muitas vezes desorganizadas. Estas, por apresentarem condições de saneamento e habitacionais precárias ou inexistentes, tornam-se ambientes favoráveis para a transmissão da hanseníase (ANDRADE; SABROZA; ARAÚJO, 1994).

No nosso estudo, a população de adolescentes possui baixa renda, haja vista o percentual encontrado situar-se na sua grande maioria entre menos de um salário e dois salários mínimos.

A renda familiar é um indicativo social que estabelece proporções com a pobreza. Para Lombardi et al. (1990), o ambiente social parece ser um fator importante na transmissão da hanseníase.

Inegavelmente há um fator de risco para a hanseníase ligado à clara delimitação nas classes sociais mais pobres.

Em reforço a este aspecto, consoante apontam Helene e Salum (2002) no estudo sobre representação social da hanseníase no município de São Paulo, 48,6% dos portadores de hanseníase encontram-se fundamentalmente no estrato social de exclusão inferior, ou seja, no espaço de produção desqualificado.

Conforme ressaltamos, a ocorrência de efeitos adversos à poliquimioterapia foi objeto de estudo de alguns autores, a exemplo de Opromolla (1997) e Leta (2003).

Segundo o Ministério da Saúde, os medicamentos, sobretudo aqueles utilizados na poliquimioterapia, podem provocar efeitos colaterais.

De acordo com dados da WHO (2002), os efeitos adversos são respostas lesivas não intencionais em decorrência de doses habitualmente usadas na espécie humana para profilaxia, diagnóstico e tratamento de uma doença ou para mudar uma função fisiológica.

Ademais, estudos realizados por Goulart, Pena e Cunha (2002) sobre efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase, tratados com PQT, no Centro de Saúde - Escola da Universidade Federal de Uberlândia-MG, observaram que, de 170 pacientes que concluíram o tratamento, 61,6% não sofreram efeitos colaterais e 38,4% apresentaram efeitos ao tratamento. Tais dados são superiores aos encontrados neste trabalho onde, segundo observamos, 80% dos adolescentes não apresentaram efeitos colaterais e 20% sofreram efeitos diversos.

A ocorrência de sintomas manifestados no tratamento da hanseníase com poliquimioterapia é bem ilustrada nas citações de Opromolla (1997), Goulart et al. (2002), e Leta et al. (2003). Estes autores reforçam os achados encontrados na nossa pesquisa.

Assim, como evidenciamos dos 407 adolescentes pesquisados 81(20%) tiveram sintomas decorrentes da poliquimioterapia. Nesse aspecto, nossos dados divergem dos encontrados por Goulart et al. (2002), pois, ao estudarem 187 pacientes com hanseníase, observaram sintomas em 71 pacientes(39%).

Como sintomas mais comuns na nossa pesquisa identificamos anorexia e náuseas, 30,3%, seguidas de astenia, 29,1%, cianose, 21,5%, cefaléia, 20,2% e prurido e *rash* cutâneo, 18,9%.

Já Goulart et al. (2002) observaram como sintomas mais freqüentes os seguintes: febre, 28,6%, gastrite, 22,5%, cefaléia, 16,3%, astenia, 13%, metahemoglobina, 7,5%, astenia, 6,3% e prurido, 3,8%. Tais dados divergem dos verificados no trabalho ora desenvolvido.

A nosso ver, por se tratar de adolescentes, os sintomas são bem mais comuns do que em adultos.

Por exemplo: o percentual de adolescentes com sintoma de ictiose (12,6%), encontrado nessa pesquisa, foi baixo, se comparado com os de Talharie e Neves (1997), onde afirmaram que pele seca ou ictiose ocorre em praticamente todos os pacientes.

Contudo, esse dado pode ter sido considerado de pouca importância no preenchimento do prontuário do paciente.

A anemia, apesar de ter sido bastante verificada no prontuário, não se configura como sintoma, pois os pacientes já apresentavam esta sintomatologia antes do tratamento.

Outro estudo, o de Bucarechi, Pereira e Tresoli (2004), em adolescentes com hanseníase em tratamento poliquimioterápico, identificou icterícia, adenomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, conjuntivite, úlceras orais, exantema mobiliforme e edema de pele.

Ao serem analisados os 407 casos incluídos no nosso estudo quanto às variáveis sexo e demanda, não foi verificada a existência de diferença estatisticamente significativa ($p= 0,509$).

Conforme observamos, o encaminhamento é o principal modo de detecção de portadores de hanseníase para ambos os sexos, sendo responsável por 54,5% para o masculino e 51,9% para o feminino.

Ainda segundo constatamos, a demanda por exame de contato foi relativamente alta, com 30,9% do sexo masculino e 36,9% feminino. Estes dados refletem um bom controle dos contatos intradomiciliares.

Tais dados são superiores aos encontrados por Gonçalves (1989). Entre a população masculina e a feminina a demanda por encaminhamento e contato, 54,5%, 51,9% e 30,9% , 36,9%, respectivamente, teve maiores proporções.

Ao analisar os 396 casos incluídos no estudo quanto às variáveis idade e tempo percorrido para o diagnóstico, verificamos que não houve diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2= 1,766$; $p= 0,779$).

Em relação ao tempo percorrido, 38,3% dos adolescentes entre 10 e 14 anos passaram de seis meses a um ano à espera do diagnóstico da doença, 17,7% de três a seis meses; 17,1% de um a dois anos e 16,6% de dois a dez anos.

Entretanto, com a idade entre 15 e 19 anos o tempo percorrido tende a ser maior, principalmente nos três primeiros meses, 13,1%, de três a seis meses, 19%, de seis meses a um ano, 36,2%, e de um a dois anos, 18,6%.

Também como observamos, nas idades de 10 a 14 e de 15 a 19 anos foi onde se encontrou o maior tempo para o diagnóstico, 38,3% e 36,2%, respectivamente.

Na nossa opinião, talvez a pouca idade e a deficiência de informações e falta de conhecimento em relação à sintomatologia da hanseníase sejam um dos motivos pelos quais muitas pessoas não procuram os postos de saúde para o diagnóstico da doença.

Nesse contexto, é relevante o papel do profissional da saúde como agente participativo na redução do tempo entre sintomas e o início do tratamento da hanseníase.

O intervalo de tempo decorrido entre aparecimento dos sintomas e o diagnóstico da doença é um dado importante que pode ser utilizado como indicador da eficácia operacional do programa de controle.

Contudo, por se tratar de uma doença que não requer tecnologia sofisticada para seu diagnóstico, a hanseníase acaba ficando em segundo plano nas instituições responsáveis pela formação de profissionais para a saúde e essa carência compromete ainda mais o tratamento da doença.

De acordo com Oliveira e Romanelli (1998), à medida que avança a idade dos filhos dos portadores de hanseníase, mais difícil fica o comparecimento do portador ao serviço de saúde.

Em relação às variáveis formas clínicas e sexo, não verificamos a existência de diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2= 13,28$; $p = 0,509$). Nas formas indeterminada e tuberculóide predominaram doentes do sexo feminino (I = 11%; T = 42,3%) sobre os do masculino (I = 4,2%; T = 35,5%). Entretanto, nas formas dimorfa e virchowiana, a predominância foi do sexo masculino (D = 43,0%; V = 17,3%) sobre os do feminino (D = 37,9%; V = 8,8%). Na forma tuberculóide o maior número de casos correspondeu ao sexo feminino. Esse dado, porém, é compatível com o do estudo de Livorato et al. (1987).

Como mencionado por Batista (2003), a tendência crescente de casos na forma tuberculóide significa que mesmo as pessoas com resistência imunológica estão adoecendo. Mas, para Gregório (1999), o predomínio de casos na forma tuberculóide está relacionado ao nível de endemicidade da hanseníase.

No nosso estudo, as formas dimorfa e virchowiana atingiram o sexo masculino em 43% e 17,3%, respectivamente. Portanto, corroboram as afirmações de Lombardi et al. (1990) de que o sexo está relacionado à forma clínica da hanseníase, onde geralmente há maior proporção de homens para a forma clínica virchowiana e igualmente para ambos os sexos na forma clínica tuberculóide.

A grande maioria dos adolescentes do sexo masculino apresenta a forma dimorfa e, desse modo, demonstra diagnóstico tardio. Lastoria, Macharelli e Putinati (2003) alertam que pacientes menores de 15 anos, já diagnosticados de formas polarizadas, têm alta prevalência da doença, pois deveriam ser diagnosticados na forma indeterminada, isto é, a inicial da doença.

Quanto à análise da classificação operacional em relação ao sexo, agrupando-se as formas em paucibacilares e multibacilares, é significativa a diferença entre os sexos ($\chi^2= 11,25$ $p = 0,004$). Na classificação operacional paucibacilar predominaram doentes do sexo feminino, 56%, sobre os do masculino, 41,6%. Entretanto, na classificação multibacilar, a predominância foi o sexo masculino, 58,4%, sobre o feminino 42,9%.

Segundo constatamos, a maioria dos pacientes do sexo masculino, 58,4%, está na classificação multibacilar. Tais dados são inferiores aos observados por

Lana et al. (2000), quando pesquisaram crianças de 0 a 14 anos e encontraram a forma multibacilar em 75% delas.

A constatação de 126 adolescentes com a forma multibacilar serve de alerta para o serviço local. Como sabemos, esta é uma das formas contagiosas da doença e é potencialmente incapacitante. Demonstra também que o diagnóstico, na maioria dos casos, está sendo feito após a evolução da fase inicial (indeterminada) da doença para as formas virchowiana e dimorfa (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994).

Em corroboração a esses dados, estudos epidemiológicos das incapacidades da doença, descritos por Reddy e Bansal (1984), Wittenhorst et al. (1998) e Sow et al. (1999), mostram um risco maior para os pacientes multibacilares.

No nosso estudo, a constatação de apenas 33 adolescentes (8,3%), com grau de incapacidade 1, e 22 (5,7%) com grau 2 pode refletir uma prática inadequada da avaliação desses parâmetros, já que observamos, durante a análise dos prontuários, que essas avaliações não foram completas, pois muitas vezes não foram avaliados os vários pares de nervos cranianos e ou periféricos.

Ainda como investigamos, no tempo percorrido para o diagnóstico inferior a três meses, o número de adolescentes com graus de incapacidade 1 e 2 foi igual a quatro adolescentes, respectivamente.

No tempo de três a seis meses, predominou o grau 1 em sete adolescentes sobre o grau 2, encontrado em dois adolescentes.

No tempo de seis meses a um ano, concentramos o maior número de adolescentes, doze, com grau 1, e nove com grau 2. Já no tempo de um a dois anos, o número de adolescentes foi igual, cinco para os graus 1 e 2, respectivamente, enquanto no tempo de dois a dez anos, identificamos quatro adolescentes com grau 1, e dois com grau 2.

A constatação de 54 pacientes com algum grau de incapacidade (8,3% com grau 1 e 5,7% com grau 2) indica controle ineficaz, porquanto as incapacidades só se desenvolvem mais tardiamente.

Também nesse aspecto, os dados observados são inferiores aos encontrados por Ferreira e Alvarez (2005), Goulart et al. (2002) e Parra (1996), nos quais os relatos de incapacidade física são de 22%, 44%, 37% e 24%, respectivamente.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, nas condições do estudo, podemos concluir que no grupo estudado:

- A freqüência dos casos de hanseníase aumentou com a idade (15 a 19 anos, 55,6%, e de 10 a 14 anos, 44,4%), e a distribuição por sexo mostrou diferença, masculina, 54,1%, feminina, 45,9%.
- A grande maioria reside em Fortaleza e na Grande Fortaleza, 79,6%, e em outras localidades, 20,4%.
- A maioria dos pacientes (96,6%) vive na zona urbana.
- Apresentaram efeitos colaterais à medicação poliquimioterápica 20% dos pacientes tratados com PQT.
- Quanto aos sintomas encontrados, a grande maioria manifestou anorexia e náuseas, 30,3%, astenia, 29,1%, cianose, 21,5%, cefaléia, 20,2%, e prurido e *rash* cutâneo, 18,9%.
- A maior parte da demanda encontrada foi por encaminhamento dos serviços de saúde, 53,3% (masculino, 54,5% e feminino 51,9%), seguida por exame de contato, 33,7% (masculino, 30,9% e feminino, 36,9%).
- A distribuição dos adolescentes segundo a idade e o tempo percorrido para diagnóstico não aumentou com a idade ($\chi^2 = 1,766$; $p = 0,779$), 221 adolescentes entre 15 e 19 anos, 13,1%, 19%, 36,1%, 18,6% e 13,1% levaram menos de três meses, três a seis meses, seis meses a um ano, de um a dois anos e de dois a dez anos para diagnóstico respectivamente.
- A forma de hanseníase de maior prevalência foi a dimorfa, respondendo por 40,7% dos casos ($\chi^2 = 13,28$; $p = 0,509$). Portanto, há um retardamento no tratamento e cura da doença em sua forma mais branda.

- A forma tuberculóide veio em segundo lugar, com 38,6%, demonstrando que existe endemicidade com evidência ainda de expansão de doença.
- A forma de maior incidência no sexo masculino foi a dimorfa, prevalecendo, no feminino, a tuberculóide.
- Na classificação operacional, 48,2% são paucibacilares e 51,3% multibacilares. A classificação multibacilar prevaleceu no sexo masculino (58,4%) e a paucibacilar no feminino (56%).
- Quanto ao grau de incapacidade, a maioria dos adolescentes, 86%, não apresentou nenhum grau de incapacidade levando-se em conta o tempo percorrido no diagnóstico. Como mostram os dados, 8,3% dos adolescentes estavam com grau 1 de incapacidade e 5,3% com grau 2 de incapacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. P. M.; MORAIS, H. M. M.; XIMENES, R. A expansão da hanseníase no nordeste brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, p. 107-116, 1989.
- ANDRADE, V. I. G.; SABROZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e à família na determinação da hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, (sup 2), p. 281-192, 1994.
- ANDRADE, Z. M. V. de et al. Síndrome sulfônica: relato de um caso. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 74, n. 1, p. 59-61, jan./fev. 1999.
- BARBOSA, A. M.; MARTINS, J. E.; FLEURY, R. N.; OPROMOLA, D. V. A.; Mais um caso da síndrome da sulfona, Hanseníase, n. 25, v. 2, p. 159-162, jul/dez. 2000.
- BATISTA, F. L. R. Atenção básica no município de Fortaleza. In: COSTA, L. F. A.; LESSA, A. P. (Org.). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza. Edições UECE, 2003. p. 51-63.
- BECHELLI, L. M. Hanseníase. In: VERONESI, R. D. M. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p. 341-363.
- BEIGUELMAN, B. Genética e hanseníase. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 11, p. 117-128, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Controle de hanseníase**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: DNOS/NUTES, 1989.
- _____. Secretária de Políticas de Saúde. **Hanseníase**: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos. Brasília: SPS, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/hansen.htm>>. 15 dez. 2004a.
- _____. OPAS/DPC/CD. **Monitoramento da eliminação da hanseníase (LEM)**, 2003. Brasília, DF: OPAS/DPC/CD, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de eliminação da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série Histórica. Arquivos Avulsos).
- BUCARETCHI, F. V. D. C.; PEREIRA, R. M.; TRESOLI, A. T. Síndrome hipersensibilidade a dapsona. **Revista Instituto Medicina Tropical**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 331-334, nov. 2004.
- CABRERA, H. N. E. et al. Síndrome hipersensibilidade a dapsona. **Arquivo Argentino de Dermatologia**; v. 47, n. 6, p. 255-258, nov. 1997.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Atenção a Saúde do Adolescente**. Fortaleza, 2005a. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/internet/dados/principal>>. Acesso em: 20 set. 2005.

_____. **Boletim Estadual de avaliação epidemiológica e operacional da hanseníase no Ceará – ano 2002**. v. 3, n. 3, 2003

_____. **Informe Epidemiológico**, hanseníase. v, 1, 2005b.

CRISPIM, M. Hanseníase avança no Ceará. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 26, jan. 2003. Caderno Regional, p. 4, coluna 1.

DALTON, V. A. **Mais um caso de síndrome da sulfona**. Hanseníase Instituto, v. 25, n. 2, p. 159-162, jul./dez. 1990.

DUNCAN, M. E. **Leprosy in young children: past, present and future**. Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis., v. 3, p. 468-473, 1985.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A; Hanseníase em menores de 15 anos no Município de Paracatu, MG, (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 41-49, 2005.

FIGUEREDO, I. A.; SILVA, A. A. M. Aumento na detecção dos casos de hanseníase em São Luis, Ma, (1993 a 1998). **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-443, mar./abr. 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de procedimentos para a execução das atividades de controle da hanseníase**. SPS/DGPE/ATDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

GALLO, M.; NERY, J. A. C.; GARCIA, C. C. **Intercorrências pelas drogas utilizadas nos esquemas poliquimioterapicos em hanseníase**. Hansenologia Internacjonalis, v. 20, p. 46-50, 1995.

GLOBAL LEPROSY ELIMINATION PROGRAMME WORLD HEALTHER. Organization. Geneva, oct. 2004.

GONÇALVES, A. G. **Epidemiologia e controle de hanseníase no Brasil**, 1989. (mimeo).

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunologia e hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta do hospedeiro ao micobacterium leprae. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v. 35, n. 4, p. 363-375, jul./ago. 2002.

GOULART, I. M. B. et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase; um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista de Saúde**, v. 35, n. 5, p. 453-460, set./out. 2002.

GREGÓRIO, V. R. do N. **Estudo da hanseníase em uma unidade de saúde do Recife. 1999**. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, NESC/CPQ AM/Fiocruz/MS.

HAMMOND P. J. Sundar Rao PSS. The tragedy of deformity in childhood leprosy.

Lepr. Rev., v. 70, n. 2, p. v. 217-220, 1999.

HELENE, L. M. F.; SALLUM, M. J. A. A Reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 101-113, jan./fev. 2002.

JOPLING. W, H.; McDOUGALL. A. C. **Manual de hanseníase**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1991.

LANA, F. C; F.; et al., Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Eliminação da Hanseníase das Américas. **Boletim** n. 8; 2000.

LASTORIA, J. C.; MACHARELLI C. A.; PUTINATI, M. S. M. A. **Hanseníase**: realidade no seu diagnóstico clínico. Hanseníase Instituto, v. 28, n. 1, p. 53-58, 2003.

LETA, G. C. et al. **Síndrome de hipersensibilidade a dapsona**. Hanseníase Instituto, v. 28, n. 1, p. 79-84, jan./jun. 2003.

LIVORATO, F. D. I. M. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase em Uberlândia, Minas Gerais (1973-1983). **Rev. Ass. Med. Brasileira**, v. 33, n. 5-6, p. 109-117, 1987.

LOMBARDI, C. et al. **Hanseníase**: epidemiologia e controle. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1990.

SUAREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de Prevalência de Lepra. **Hansenologia Internationalis** 1997; n. 22, v. 2, p. 31-35.

MARCONDES, E. ALCÃNTARA, P. **Pediatria**. Básica. 4. ed. São Paulo. Savier, 1974. v. 2.

MAURANO, F. **Tratado de leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1944. v. 1. (História da Lepra no Brasil e sua Distribuição Geográfica).

MATOS, H. J. et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987 – 1991). **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 533-542, jul./set. 1999.

MOREIRA, T. M. A. **As campanhas de hanseníase no Brasil. Rio de Janeiro, 1997**, 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, área de concentração Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1997.

OLIVEIRA, M. H. P. de; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 1998

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; SOUSA, A. C. M. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 1, v. 15, p. 99-112, jan./mar. 1999.

OPROMOLLA, D. V. A. Terapêutica da Hanseníase. **Revista de Saúde**, v. 30, p. 345-350, jul./set. 1997.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reginaldo Quaglioto, 1981.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Vigilancia Farmacológica Internacional: Funciones del Hospital. **Informe técnico** n. 425, OMS. 1986. 42p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). Lepra al día: Situación de la eliminación de la lepra em algunos países de la América Latina. **Boletín Eliminación de la Lepra de las Americas**, n. 9, nov. 2001

PARRA, M. C. A. Socioeconomic characterization of leprosy patients at the dermatology clinic in Maracaibo, Venezuela> a case study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 225-231. abr./jun. 1996.

PETTIT, J. H. S.; REES, R. J. **Studier on sulfone resistance in leprosy**. Int. J. Lepr. v. 35, p. 373-390, 1966.

PIMENTEL, M. I. F. et al. Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 79, n. 2, p. 169-179, mar./abr. 2004.

POTTER, A. G.; PERRY. A. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. São Paulo: Tempo, 1996.

QUEIROZ, M. de S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

RAMOS E SILVA J. A. Chimiotherapia da lepra, seu estado atual. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 2, n. 17, p. 17-28, 1926.

REDDY, B. N.; BANSAL, R. D. An epidemiological study of leprosy dissability in a leprosy endemic rural population of Prodicherry (South India). **Indian Journal of Leprosy**, v. 56, n. 2, p. 191-199, 1984.

RICARTO. T. Hanseníase. **Revista Conasems**, v. 1, n. 8, p. 15-19, set/out. 2004.

RODRIGUES, R. M. G.; WORONIK, V.; ABDULKADER, R. C. R. M.; Relato de um caso: nefrite intersticial aguda causada por uso intermitente de rifampicina. **Jornal brasileiro de nefrologia**, v. 22, n. 4, p. 231-235, dez. 2000.

SANTOS, S. N. M. B. dos et al. Agranulocitose induzida pelo uso de dapsona em pacientes com hanseníase tuberculoide. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 78, suplemento 1, p. 16-17, mar./abr. 1996.

SANTOS, M. F. dos; VARELA, Z. M. de V. **O estigma na realidade intra familiar do adolescente com hanseníase**. Fortaleza, 1999, 182 p.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA, **Manual de leprologia**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960.

SOW, S. O. et al. Dissavilities observed in new cases of leprosy diagnosed in the Bamako district (Mali) in 1945. **Acta Leprologica**, v. 11, n. 4, p. 161-170, 1999.

TALHARIE, S.; NEVES, R, G.; **Dermatologia Tropical: Hanseníase**, 3. ed. Rio de Janeiro: Tropical 1997.

WITTENHORST, B et al. The National Leprosy Control Programme of Zimbabwe: a date analysis. 1983-1992. **Lepr. Rev.**, v. 69, n. 1, p. 46-56, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Genomics and world health**. Report of the Advisory Committee on Health Research. Geneva: WHO, 2002.

YAWALKAR, S. J. **Leprosy**. [S. I.]: Ciba Geigy Limited, Basie, Switzer Land, 1992. p. 132.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AQUINO, et al. Perfil dos Pacientes com Hanseníase em áreas hiperendêmica da Amazonia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 57-84, jan./fev. 2003.

BECHELLI, L. M. Hanseníase. In: VERONESI, R. D. M. **Doenças parasitárias infecciosas**, 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 349-361.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de controle da hanseníase**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.052/GM/MS, de 23/12/1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Guia para utilização para medicamentos e imunológicos na área de hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para elaboração de programas de capacitação para a equipe de saúde da rede básica**. Atuar nas ações de controle de hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Normas operacionais a saúde – NOAS – SUS 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

FRIST, T. F. **Don't Treat Me Like I Have Leprosy**. London: Theaching and Learning Materials in Leprosy e Informational Federation of Anti-Leprosy Associations, 1996.

APÉNDICE

APÊNDICE I:

CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA

Hanseníase: Características clínicas em adolescentes em uso de poliquimioterapia

Pesquisador: _____

Nome/Iniciais: _____

Data da Pesquisa: _____

1 Identificação do usuário

101	Idade	_____ anos		
102	Sexo	Masculino Feminino	1 2	
103	Estuda	Sim Não	1 2	
104	Município onde reside	_____		
105	Qual a zona?	Urbana Rural	1 2	
106	Renda familiar	_____		

2 Caracterização Nutricional

201	Peso	_____ Kg	
-----	------	----------	--

3 Análise de demanda

301	Encaminhamento ao serviço de saúde	Iniciativa própria Encaminhamento do serviço de saúde Encaminhamento do agente comunitário de saúde Exame de contato Exame de coletividade Transferência Recidiva Outros	1 2 3 4 5 6 7 9	
302	Tempo percorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico	_____ dias		

4 Caracterização

401	Número de lesões	Única Duas a cinco Mais de cinco	1 2 3	
402	Grau de incapacidade física no diagnóstico	Nenhum Um Mais de um	1 2 3	
403	Baciloscopia	Positiva Negativa Não realizada	1 2 3	
404	Forma Clínica	Indeterminado Tuberculóide Dimorfa Virchowiana Ignorada	1 2 3 4 9	
405	Classificação Operacional	Paucibacilar Multibacilar Ignorado	1 2 9	
406	Exames Laboratoriais realizados	No início tratamento Durante o tratamento No final do tratamento	1 2 3	
407	Faz uso de outros medicamentos	Sim Não	1 2	
408	Se sim na questão anterior, qual o medicamento?			
409	Apresentou algum efeito colateral?	Sim Não	1 2	
410	Apresentou algum efeito adverso ao PQT, isto é, durante o tratamento?	Sim Não	1 2	
411	Se sim, quais?			
	(1) Prurido + <i>rash</i> cutâneo (2) Rubor de face e pescoço (3) Anorexia + Náusea (4) Astenia (5) Calafrios (6) Cianose (7) Coloração de pele e suor (8) Dermat. esfol. ou eritrod. (9) Desmaios (10) Diarréia (11) Diminuição de peristalse (12) Dispneia (13) Dor abdominal (14) Dores ósseas (15) Fadiga (16) Icterícia (17) Insônia (18) febre (19) Metahemoglobinemia (20) Miastenia (21) Neuropatia periférica (22) Prurido percutâneo generalizado (23) Ressecamento da pele (24) Taquicardia (25) Púrpura/sangramentos anormais (26) Tremores (27) Trombocitopenia (28) Cefaléia			
412	Quando apresentou os efeitos adversos procurou a unidade de saúde?	Sim Não	1 2	
413	Qual o tempo que levou para procurar a unidade de saúde?	_____ dias		
414	A PQT foi suspensa durante o aparecimento dos efeitos adversos?	Sim Não	1 2	
415	Durante o aparecimento dos efeitos adversos foi usada alguma medicação?	Sim Não	1 2	

ANEXO

ANEXO I:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CENTRO DE REFERÊNCIA NACIONAL EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA DONA LIBÂNIA - CDERM

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto CEP/CDERM – 021/05

Título: Hanseníase: Características Clínicas em Adolescentes em Uso de Poliquimioterapia

Pesquisador responsável: Eva Maria de Sabóia Fernandes Pereira

Proposição do(a) relator(a):

aprovação

aprovação com pendências

não aprovação

Data da primeira análise pelo CEP/CDERM – 17/11/2005

Data do parecer final do projeto pelo CEP/CDERM : 17/11/2005

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96, que regulamenta a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia CDERM, em sua reunião realizada em 17/11/2005, decidiu APROVAR, de acordo com o parecer do(a) Relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

Observações:

1. O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/CDERM.

Fortaleza, 18 de novembro de 2005


Dra. Maria Araci de Andrade Pontes
Coordenadora do CEP/CDERM