



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

NATÁLIA BRAGA HORTÊNCIO JUCÁ

**HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE**

**FORTALEZA – CEARÁ
2016**

NATÁLIA BRAGA HORTÊNCIO JUCÁ

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

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 à obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Jucá, Natália Braga Hortêncio Jucá.

Hanseníase em menores de 15 anos: construção e validação de protocolo para diagnóstico precoce [recurso eletrônico] / Natália Braga Hortêncio Jucá Jucá. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 67 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Anamaria Cavalcante e Silva.

1. Criança. 2. Hanseníase. 3. Protocolo. I. Título.

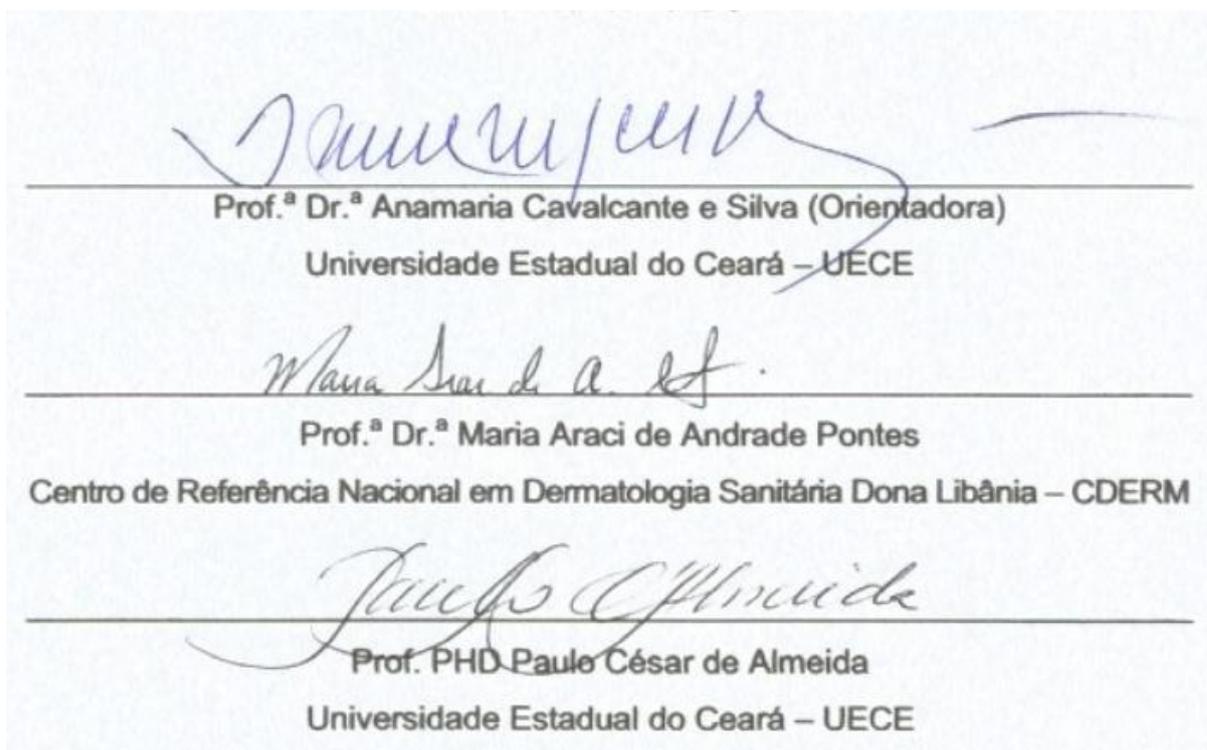
NATÁLIA BRAGA HORTÊNCIO JUCÁ

HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

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 à obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Defesa em: 1º de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Ao meu esposo, por todo incentivo, companheirismo e zelo durante a construção e o desenvolvimento deste projeto.

Aos meus pais, por serem meus eternos referenciais acadêmicos.

Ao meu irmão e à minha cunhada, por terem me dado o prazer de ser a madrinha do Arthur.

AGRADECIMENTOS

Aos acadêmicos do sétimo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Erilaine de Freitas Corpes e Jorge Roberto Prudêncio Nascimento, pelo auxílio na coleta de dados dos prontuários.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Anamaria Cavalcante e Silva, pela confiança, tranquilidade e ensinamentos.

À Banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Maria Araci de Andrade Pontes e Prof. PHD Paulo César de Almeida, que enriqueceu este estudo com suas valiosas contribuições.

À Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Prof.^a Dr.^a Ana Valesca Siebra e Silva, por sua dedicação em prol do crescimento e fortalecimento desta Pós-graduação.

Aos profissionais do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, pela colaboração na realização deste trabalho.

Aos colegas médicos entrevistados, pela disponibilidade e contribuição com esta pesquisa.

“Nunca se afaste dos seus sonhos,
Pois se eles forem,
Você continuará vivendo,
Mas terá deixado de existir”.

(Charles Chaplin)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios. Fortaleza, 2016.....	28
Quadro 2 – Distribuição dos itens na primeira versão do protocolo. Fortaleza, 2016.....	36
Quadro 3 – Sugestões dos juízes à primeira versão do protocolo diagnóstico. Fortaleza, 2016.....	38
Quadro 4 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016.....	42
Quadro 5 – Distribuição dos itens na segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Incidência geral e em menores de 15 anos de hanseníase. Ceará, 2010-2014.....	17
Tabela 2 –	Distribuição dos casos de hanseníase segundo características demográficas. CDERM, 2009-2015.....	30
Tabela 3 –	Distribuição dos casos de hanseníase segundo características clínicas. CDERM, 2009-2015.....	32
Tabela 4 –	Distribuição dos casos de hanseníase segundo forma clínica, sexo e faixa etária. CDERM, 2009-2015.....	33
Tabela 5 –	Distribuição dos pacientes segundo grau de incapacidade ao diagnóstico, faixa etária e número de lesões. CDERM, 2009-2015.....	34
Tabela 6 –	Distribuição dos pacientes segundo número de contatos registrados, faixa etária e número de lesões. CDERM, 2009-2015.....	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CDERM	Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PCID < 15	Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa de Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Um dos indicadores epidemiológicos mais importantes em relação à dinâmica de transmissão da hanseníase é a ocorrência de casos em menores de 15 anos, o que sinaliza a magnitude da doença e a existência de fontes humanas ativas de infecção (ALENCAR *et al.*, 2008). Com este estudo, objetivou-se analisar a situação epidemiológica da hanseníase em menores de 15 anos em Fortaleza, para então elaborar e validar o conteúdo de um protocolo para o diagnóstico precoce dessa doença em menores de 15 anos que estão matriculados na rede pública de ensino de Fortaleza. Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo série de casos, e metodológico. A base teórica descritiva do estudo foi coletada a partir das informações dos prontuários de casos novos diagnosticados em menores de 15 anos, no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, no período de 2009 a 2015. Os casos foram mais prevalentes na faixa etária de dez a 14 anos (66,1%), sexo masculino (57,7%), pardos (77,7%) e procedentes de Fortaleza (71,3%). Apesar de a classificação operacional mais comum ter sido a paucibacilar (57,3%), o baixo percentual da forma indeterminada (11,7%) e a alta taxa de detecção por encaminhamentos (88,1%) demonstram falhas assistenciais, tanto em diagnosticar como em tratar precocemente esse grupo de risco. A partir desses dados, foi proposto um protocolo com 20 itens a ser aplicado pelos agentes comunitários em saúde, ao início de cada período letivo, nas escolas municipais. Para a validação de conteúdo do instrumento, participaram nove juízes com experiência em saúde da criança e / ou hanseníase que obedeceram ao perfil mínimo pré-estabelecido de cinco pontos, por meio de critérios próprios adaptados de Fehring (1994). Foi avaliada, em cada item, a clareza, concisão, linguagem compreensível e aplicabilidade, com notas de um a quatro e com um espaço ao final para sugestões. A validação interna do instrumento revelou níveis elevados de aprovação, obtendo notas três e quatro em 95% das respostas, sendo considerado adequado. Pequenas modificações para melhor letramento foram propostas e incluídas na segunda versão do protocolo. Este instrumento pretende instruir as equipes de saúde quanto à importância da busca ativa de casos de hanseníase em crianças e adolescentes, articulando medidas de diagnóstico precoce e prevenção de futuras incapacidades.

Palavras-chave: Criança. Hanseníase. Protocolo.

ABSTRACT

One of the most important epidemiological indicators in relation to the dynamic of leprosy's transmission is its occurrence in children under 15 years. This indicates the prevalence of the disease and the presence of active human sources of infection (ALENCAR *et al.*, 2008). This study aimed to analyze the epidemiological situation of leprosy in children under 15 in Fortaleza and then develop and validate the contents of a protocol for the early diagnosis of leprosy in children under 15 enrolled in the public school system. This was a descriptive, case type, and methodological study. The descriptive theoretical basis of the study was collected from information from medical records of new cases diagnosed in children under 15 at the National Reference Center for Sanitary Dermatology Dona Libânia, from 2009 to 2015. The cases were most prevalent in the age group of 10 -14 years (66.1%), male (57.7%), brown (77.7%) and coming from Fortaleza (71.3%). Although the most common operational classification has been paucibacillary (57.3%), the low percentage of indeterminate cases (11.7%) and the high detection rate for referrals (88.1%) demonstrate care failures, both in diagnose and in early treatment of this risk group. Based on these data, it was proposed a protocol with 20 items to be used by health community workers, at the beginning of each school year, in municipal schools. For the instrument content validation, there participated nine judges with experience in child health and / or leprosy who followed the minimum profile of five points through criteria as adapted by Fehring (1994). It was evaluated from each item clearly, concisely, understandable language and applicability, with grades from one to four, with a space for suggestions. Internal validation of the instrument showed high levels of approval, obtaining notes 3 and 4 in 95% of the responses, which was considered appropriate. Minor changes to better literacy have been proposed and included in second version's protocol. This instrument is intended to instruct health teams on the importance of active search for leprosy in children, articulating early diagnosis and prevention of future disabilities.

Keywords: Child. Leprosy. Protocol.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	A HANSENÍASE NO MUNDO, NO BRASIL E NO CEARÁ.....	14
1.2	A HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.....	16
1.3	O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E A HANSENÍASE.....	17
1.4	O PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS (PCID < 15).....	18
1.5	A HANSENÍASE E AS CAMPANHAS NAS ESCOLAS.....	18
1.6	O USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	20
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	23
3.1	PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA.....	23
3.1.1	Natureza do estudo.....	23
3.1.2	Local e período do estudo.....	23
3.1.3	População / amostra.....	24
3.1.4	Coleta de dados.....	24
3.1.5	Análise dos dados.....	25
3.2	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.....	25
3.2.1	Construção do protocolo.....	25
3.2.2	Validação do protocolo.....	26
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	29

4	RESULTADOS.....	30
4.1	A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS, DE 2009 A 2015, EM FORTALEZA.....	30
4.2	A PRIMEIRA VERSÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	35
4.3	O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO PROTOCOLO	37
5	DISCUSSÃO.....	40
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	40
5.2	A SEGUNDA VERSÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICES.....	54
	APÊNDICE A – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	55
	APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA.....	56
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA.....	58
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS JUÍZES.....	61
	ANEXOS.....	62
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE HANSENÍASE (SINAN)...	63
	ANEXO B – PCID <15.....	64
	ANEXO C – FICHA DE AUTOIMAGEM.....	65
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	66

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa causada pelo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo é capaz de infectar um grande número de pessoas (alta infectividade), porém poucas são as que manifestarão sinais e sintomas da doença (baixa patogenicidade). Doença de espectro cutâneo-neural, a hanseníase pode acometer qualquer faixa etária e a ambos os sexos (TALHARI *et al.*, 2006).

Desde 1953, há classificações quanto às diferentes formas clínicas, aos achados histopatológicos e ao nível de resposta imune do paciente. Com a finalidade de estabelecer uma relação entre diagnóstico e tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a classificação dos pacientes em:

- paucibacilares (PB): formas indeterminada e tuberculoide, com até cinco lesões cutâneas e baciloscopia negativa;
- multibacilares (MB): formas dimorfa e virchowiana, com mais de cinco lesões, independente da baciloscopia (BRASIL, 2002).

Em 1981, a OMS recomendou a padronização do tratamento com a combinação de dapsona, rifampicina e clofazimina. Na atualidade, esta poliquimioterapia (PQT) ainda é o tratamento de escolha nos casos multibacilares. Nos paucibacilares, apenas exclui-se a clofazimina. Quanto mais precoce o diagnóstico e o início da terapêutica, mais provável é a prevenção de incapacidades físicas e menor é o índice de transmissão interpessoal (OMS, 2005).

1.1 A HANSENÍASE NO MUNDO, NO BRASIL E NO CEARÁ

A hanseníase é uma doença endêmica em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O caráter de doença negligenciada compromete de forma sistemática o seu controle (BRITTON; LOCKWOOD, 2004).

No mundo, no início de 2008, havia 218.605 casos de hanseníase registrados para tratamento, enquanto o número de casos novos notificados em 2007 havia sido de 258.133 (OMS, 2010). A detecção de casos em nível global apresentou um declínio modesto em comparação com os anos anteriores.

Em países endêmicos para hanseníase, a distribuição se difere de acordo com os estados, as regiões e as microrregiões; porém, sempre está atrelada a bolsões de pobreza. Condições econômicas, demográficas e culturais exercem uma grande influência na propagação da endemia hanseníase (LANZA, 2009).

Dos dezoito países com maior incidência de hanseníase no mundo, o Brasil se encontra em terceiro lugar. É o único país da América Latina a não ter atingido, até o momento, o coeficiente de eliminação da doença estabelecido pela agência especializada *World Health Organization* (WHO), quando a taxa de detecção é menor que um caso a cada 10.000 habitantes (WHO, 2012). Em 2014, a taxa de detecção geral no Brasil foi de 1,21 casos por 10 mil habitantes, correspondendo a um total de 24.612 novos casos (DATASUS, 2015).

No Brasil, apenas 20% dos casos são diagnosticados na fase inicial. Além disso, aproximadamente 75% já apresentam algum grau de incapacidade ao diagnóstico, o que caracteriza gravidade a esses casos (LOUREIRO *et al.*, 2006).

Em relação à distribuição espacial da endemia hanseníase no Brasil, Magalhães e Rojas (2007) publicaram um levantamento nacional de dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) de hanseníase coletados de 1998 a 2002. Este estudo demonstrou a expansão da doença nas regiões Centro-oeste, Norte e Nordeste do País, particularmente em áreas em que o processo de povoamento se acelerou pela construção de rodovias federais e assentamentos rurais.

No Brasil, qualquer paciente que apresente lesões de pele com alteração de sensibilidade deve ser considerado caso suspeito de hanseníase. Situações de pobreza como precárias condições de vida, alto índice de ocupação das moradias e outras infecções simultâneas podem favorecer o desenvolvimento e a propagação dessa doença.

Seguindo a tendência mundial, observa-se no País uma queda gradual no coeficiente de detecção geral da hanseníase. O Ceará também acompanha esse padrão: em 2001, haviam sido notificados 3,47 casos a cada 10 mil cearenses, e, em 2014, esse índice reduziu para 1,85 casos a cada mil habitantes. Neste ano, em números absolutos, foram notificados 1.867 casos novos, em 164 dos 184 municípios do Estado (DATASUS, 2015).

Apesar dos esforços atuais no combate à endemia hanseníase, a taxa de incidência ainda é considerada muito alta para os padrões da OMS (BRASIL,

2014a). A busca pelo controle da hanseníase é um problema de saúde pública e, para que essa meta seja alcançada, algumas medidas serão necessárias, entre elas: a detecção precoce dos casos novos, a busca ativa de casos na comunidade, o tratamento adequado e precoce, a redução da taxa de abandono do tratamento, além da prevenção de incapacidades e a reabilitação dos portadores de hanseníase.

Nesse sentido, as ações de eliminação da hanseníase ganham força. Em apoio ao Plano Nacional de Saúde de 2012-2015, a meta do Ministério da Saúde era reduzir o coeficiente de prevalência em hanseníase até 2015, de 1,75 para 0,98 casos a cada 10.000 habitantes, objetivo ainda não alcançado até o momento (BRASIL, 2011).

1.2 A HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS

Um dos indicadores epidemiológicos mais importantes em relação à dinâmica de transmissão da hanseníase é a ocorrência de casos em menores de quinze anos de idade, a qual sinaliza a magnitude da doença e a existência de fontes humanas ativas de infecção (ALENCAR *et al.*, 2008).

A hanseníase é uma enfermidade considerada como de maior ocorrência em adultos pelo longo período de incubação. No entanto, as crianças também são suscetíveis, sendo os principais fatores de risco a residência em áreas endêmicas e a ocorrência de casos MB em familiares.

Considera-se baixa a taxa de letalidade em hanseníase. Porém, a presença de crianças e adolescentes contaminados é historicamente estigmatizante e pode determinar, por consequência, morbidades físicas, psíquicas e sociais (LANA *et al.*, 2007; SANTOS; VARELA, 1999).

Em 2005, o coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil foi de 0,60 casos a cada 10.000 habitantes. No Ceará, não há variações nesse índice nos últimos dez anos. Por exemplo, em 2013, o coeficiente de detecção nessa faixa etária em foi de 0,58 casos a cada 10.000 habitantes cearenses (BRASIL, 2014a).

Em números absolutos, em 2014, houve a notificação de 1.793 casos novos em menores de 15 anos no Brasil e 109 no Ceará. Este último dado correspondeu a 5,83% do total de casos registrados para o estado (DATASUS, 2015). Essas informações estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Incidência geral e em menores de 15 anos de hanseníase. Ceará, 2010 - 2014

Ano	Casos novos ⁽¹⁾	Nº ⁽²⁾	% ⁽²⁾
2014	1.867	109	5,83
2013	2.403	141	5,86
2012	2.406	131	5,44
2011	2.269	117	5,20
2010	2.102	110	5,23
Total	11.047	608	5,51

Fonte: DATASUS, 2015.

(1) casos novos na população do Ceará.

(2) casos novos em menores de 15 anos.

Com o caráter de doença negligenciada, a hanseníase prevalece em condições de pobreza e contribui para a manutenção de desigualdades. Além do estigma social, há um mínimo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, pois a população acometida é, na sua maioria, de baixa renda e oriunda de países em desenvolvimento.

A importância do diagnóstico precoce em menores de 15 anos é que ele favorece o tratamento a pacientes em fase inicial da doença, com menor incidência de incapacidades e menos privações físicas e sociais.

1.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E A HANSENÍASE

O SINAN é o sistema oficial brasileiro para toda e qualquer informação de hanseníase. Este sistema é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação de Saúde do Ministério da Saúde (MS), órgão responsável pela elaboração e expedição de normas que regem sua utilização e operacionalização no território nacional (GALVÃO *et al.*, 2009).

As unidades de saúde devem registrar dados fidedignos e atualizados sobre todos os casos de hanseníase (ANEXO A). A documentação necessária para esse registro é a ficha de notificação compulsória, por meio da qual é possível avaliar os resultados das ações de controle da endemia com os indicadores de saúde.

1.4 O PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS (PCID < 15)

Sobre a vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, foi recomendada, na nota técnica publicada pelo Ministério da Saúde nº. 14/2008, a orientação do preenchimento do PCID < 15 pelos profissionais de saúde de todos os municípios do território nacional, complementando as informações contidas na ficha de notificação compulsória do SINAN, para a validação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos (BRASIL, 2008a).

A recomendação foi mantida nas diretrizes da portaria do MS n. 3.125, de 7 de outubro de 2010, que definiram o fluxo de informações destas fichas às respectivas Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2010).

O PCID < 15 é um protocolo de 27 itens, o qual está subdividido em três partes: dados sociodemográficos (nome, idade, local e tempo de residência, contato com hanseníase ou com outras doenças de pele); exame clínico do doente (tempo de doença, número e característica das lesões, teste de sensibilidade, teste da histamina, presença de cicatriz de BCG) e avaliação neurológica e oftalmológica (ANEXO B).

O PCID < 15 é um instrumento de validação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, criado para complementar os dados do SINAN (BRASIL, 2008b). Por ainda ser um método relativamente recente, necessita de aperfeiçoamento.

Devido à especificidade das informações exigidas, como a inclusão do exame neurológico e oftalmológico, seu preenchimento se torna dependente de um profissional com treinamento superior.

Esse instrumento apresenta um perfil mais burocratizador, distante da realidade da maioria dessas famílias acometidas com casos de hanseníase, sem acrescentar muito aos dados já contidos na ficha de notificação compulsória.

1.5 A HANSENÍASE E AS CAMPANHAS NAS ESCOLAS

Entre as principais estratégias definidas pelo MS para o enfrentamento de doenças infectocontagiosas entre escolares está a Campanha Nacional de Hanseníase, Geo-helmintiasese e Tracoma. Seu objetivo é reduzir a carga

parasitária de geo-helmintos em estudantes do ensino público fundamental, identificar casos suspeitos de hanseníase por meio do “método do espelho” além de reconhecer e tratar casos de tracoma. Após a identificação, os casos suspeitos são referenciados à rede básica de saúde para a confirmação diagnóstica e o tratamento (BRASIL, 2014b).

A campanha tem como público-alvo alunos entre cinco e 14 anos, em aproximadamente 38.000 escolas de 1.193 municípios prioritários.

Nessa ação, todos os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os agentes comunitários de saúde (ACS) e os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) concentram esforços para a quimioprofilaxia de geo-helmintíases e a identificação de casos suspeitos de hanseníase e tracoma.

A estratégia no ambiente escolar, comprovadamente, reduz os custos de operacionalização, além de potencializar os resultados da intervenção, ao atingir um maior número de crianças.

Em relação à hanseníase, esse plano nacional tem como meta investigar sinais e sintomas da doença em pelo menos 70% dos escolares. A proposta do programa é atuar da seguinte forma:

1. Mapeamento das escolas municipais e estaduais de ensino fundamental, com identificação do PSF de referência no território de cada escola, que será responsável por fazer os atendimentos dos casos suspeitos de hanseníase;
2. Distribuição da ficha de autoimagem aos alunos pelos professores de cada escola (ANEXO C);
3. Preenchimento da ficha pelas crianças com os pais ou responsáveis, em um prazo de até 48h;
4. Encaminhamento das fichas preenchidas pela direção das escolas à Secretaria Municipal de Saúde, que faz a referência dos casos suspeitos para os PSFs pré-definidos em até 90 dias após a devolução do formulário.

Desse modo, é questionável a dependência de o responsável preencher a ficha sem a supervisão de um profissional capacitado, que possa garantir a fidedignidade das informações fornecidas e o completo preenchimento do formulário.

Além disso, o prazo de até 90 dias para o escolar ser avaliado em uma unidade de saúde é considerado longo em se tratando de hanseníase. Nesse

período, o doente pode ter contaminado outros contatos domiciliares ou mesmo adquirido algum déficit neurológico.

1.6 O USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

As tecnologias educativas se caracterizam como uma categoria geral que inclui o uso de toda forma de tecnologia relevante à educação, incluindo a fala humana, a escrita, a imprensa, os currículos e programas, o giz e o quadro-negro e, mais recentemente, a fotografia, o cinema, o rádio, a televisão, o vídeo, os computadores e a internet (SILVA, 2003).

No cenário atual brasileiro, o desenvolvimento de tecnologias para ensino constitui uma tendência crescente. Em geral, está vinculado às universidades com projetos dirigidos à formação profissional e à educação em saúde (PADALINO; PERES, 2007).

A produção de artifícios tecnológicos tem ganhado bastante força nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, mas ainda é incipiente na área médica. A escassez de recursos, de estrutura e de materiais em grande parte dos serviços de saúde são fatores limitantes para a propagação desses conhecimentos, ficando reservada essa função aos próprios profissionais (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

As metodologias ativas de aprendizagem se propõem a substituir a memorização e a simples transferência de informações e habilidades pela construção do conhecimento a partir de vivência de situações reais ou simuladas da prática profissional, estimulando as capacidades de análise crítica, reflexiva e aprendizagem (FONSECA *et al.*, 2011).

O pesquisador deve sempre se remeter à construção de tecnologias que integram o ser, o pensar e o fazer, mobilizando ações de cuidado humano (ERDMANN *et al.*, 2006).

Diante dessas possibilidades, vem à tona a questão norteadora ao presente estudo: o que os profissionais de saúde mais próximos da população de risco para hanseníase poderiam fazer de novo para auxiliar o diagnóstico precoce em crianças e adolescentes?

Em hanseníase, há escassez de materiais educativos voltados ao diagnóstico precoce. Assim, a construção de um protocolo como ferramenta de

ensino e aprendizagem poderia ser uma alternativa inovadora para o aperfeiçoamento de profissionais da saúde que lidam com hanseníase e com saúde da criança.

Essa ferramenta, a ser implantada nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), poderá ser aplicada nas escolas municipais cadastradas, ao início de cada semestre letivo. ACSs devidamente capacitados, com o apoio dos professores dessas unidades, avaliariam todos os escolares menores de 15 anos, incitando de forma mais objetiva e prática o diagnóstico precoce e a prevenção de futuras incapacidades nesse grupo de risco.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Elaborar uma tecnologia de ensino/aprendizagem direcionada aos ACSs para o diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos no município de Fortaleza.

2.1 ESPECÍFICOS

- Descrever a situação epidemiológica da hanseníase em menores de 15 anos, de 2009 a 2015, em Fortaleza;
- Elaborar um protocolo para o diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos que estão matriculados na rede pública de ensino do município de Fortaleza;
- Validar o conteúdo deste instrumento.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 PESQUISA EPIDEMIOLÓGICA

3.1.1 Natureza do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, do tipo série de casos, com todos os menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase, no período de 2009 a 2015, no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM).

A epidemiologia descritiva analisa o estudo da distribuição da frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando, assim, o delineamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção de saúde. Há como vantagens a monitorização de doenças conhecidas, a identificação de problemas emergentes, além do fornecimento de bases para planejamento, organização e avaliação em saúde (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

3.1.2 Local e período do estudo

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2016, durante os meses de abril e maio (APÊNDICES A e B). Essa fase da pesquisa foi conduzida pela pesquisadora responsável auxiliada por dois discentes bolsistas de bioestatística da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

O CDERM, que é referência nacional para doenças dermatológicas, é a unidade multidisciplinar da Secretaria de Saúde do Ceará. Até 1995, esse órgão funcionava como posto de saúde a casos exclusivos de hanseníase e tuberculose. Em 1996, após reforma física, passou a funcionar como uma unidade de atenção secundária para Dermatologia.

Em 2001, passou a ser o Centro de Referência Norte-Nordeste de Dermatologia Sanitária e, desde 2003, o Centro de Referência Nacional Sanitária do MS para hanseníase. Tem como missão desenvolver atividades de assistência, ensino e pesquisa em dermatologia.

Desempenha importante papel no diagnóstico e tratamento de afecções cutâneas, além da promoção de atividades de capacitação e ensino a acadêmicos e profissionais de várias áreas do conhecimento, como medicina, enfermagem, bioquímica, fisioterapia e terapia ocupacional. Desenvolve, ainda, atividades de pesquisa na área de hanseníase e dermatologia em parceria com diversas instituições nacionais e internacionais.

O CDERM apresenta ambulatórios especializados em tumores de pele, prevenção de câncer de pele, úlceras, psoríase, dermatoses alérgicas, collagenoses, vitiligo, fototerapia, dermatoscopia, onicopatias e inestética.

No setor de hanseníase, disponibiliza consultas médica e de enfermagem, consultas e cirurgias ortopédicas, consulta neurológica e eletroneuromiografia, administração supervisionada de doses de PQT, exame de comunicantes e vacina BCG. Dispõe, ainda, de atendimento psicossocial, prevenção de incapacidades, reabilitação fisioterápica, curativos, baciloscopia e exames laboratoriais.

Nessa unidade, são realizadas em média 8.000 consultas mensais, sendo destas 693 em hanseníase. Desses números, 160 consultas ao mês são casos de hanseníase infantil, com média de nove atendimentos diários.

Por ofertar um serviço de excelência em hanseníase, o CDERM é alvo de grande demanda tanto do interior do Ceará quanto de Fortaleza e da Região Metropolitana, sendo responsável por 84% dos casos novos de hanseníase notificados no estado (FERREIRA *et al.*, 2008).

3.1.3 População / amostra

A amostra foi constituída por 313 prontuários de casos novos de hanseníase diagnosticados nos menores de 15 anos que foram atendidos no CDERM, no período acima referido. Utilizou-se um instrumento preestabelecido na coleta secundária das informações (APÊNDICE C), elaborado, especificamente, aos objetivos do estudo.

3.1.4 Coleta de dados

Coletaram-se dados do prontuário, complementando-os, quando necessário, com aqueles registrados na ficha de SINAN (ANEXO A). As variáveis

utilizadas foram demográficas (idade, sexo, raça, cor, escolaridade, município de residência, zona de residência) e clínicas (número de lesões, forma clínica, classificação operacional, baciloscopia, número de contatos registrados, grau de incapacidade funcional no diagnóstico e na alta, número de nervos afetados, modo de detecção e taxa de abandono ao tratamento).

3.1.5 Análise dos dados

As informações coletadas foram exportadas ao programa Microsoft *Excel* 2011. Os dados foram digitados e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23, licença n.º. 10101131007).

A análise dos dados contemplou testes estatísticos descritivos, frequências relativas e médias, considerando o valor de $p \leq 0,05$. Para determinar a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2). Nessa fase, foi solicitado o apoio de um estatístico.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas. Essa avaliação serviu de base à construção do protocolo para o diagnóstico precoce de hanseníase em menores de 15 anos.

3.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS

3.2.1 Construção do protocolo

O protocolo proposto nesta pesquisa foi desenvolvido em duas versões, durante os meses de agosto e setembro de 2016. Para esse processo, foi realizado um estudo metodológico cujo foco foi o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A prática da construção de protocolos em saúde se disseminou a partir da preocupação dos profissionais da área em oferecer um serviço de maior confiabilidade e segurança a seus usuários. São instrumentos empregados pelos serviços de saúde diante de problemas a serem superados, ou diante da necessidade de organizar melhor suas ações avaliativas ou terapêuticas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; PIMENTA *et al.*, 2014).

Segundo Shekelle *et al.* (1999), existem etapas a serem seguidas para a construção de protocolos:

1. Identificar e definir a população-alvo, o executor das ações e a necessidade do protocolo;
2. Realizar revisão de literatura em busca das evidências científicas mais atualizadas sobre o tema;
3. Considerar os benefícios da intervenção, as limitações associadas a sua aplicabilidade e os custos ao sistema de saúde;
4. Especificar um método de validação e revisão do protocolo, assegurando sua atualização periódica.

Dessa forma, o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, por meio da qualificação dos profissionais, ao favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas. A reorganização do processo de trabalho na equipe de saúde, dessa forma, minimiza a variabilidade de condutas a serem adotadas (MENEGON *et al.*, 2007; VASQUES, 2006).

3.2.2 Validação do protocolo

Para a seleção dos juízes, ou seja, dos profissionais efetivamente engajados na área na qual está se desenvolvendo o estudo, Pasquali (1997) ressalta que o número de seis especialistas é o recomendável no processo de validação. Já para Vianna (1982), seria importante uma quantidade ímpar de especialistas, a fim de se evitar possíveis empates.

No presente estudo, foram convidados nove *experts*, todos profissionais da área da saúde com vivência em saúde da criança e do adolescente e/ ou em hanseníase. Esse processo ocorreu durante o mês de outubro de 2016.

Os juízes foram selecionados por meio de amostragem de rede ou bola de neve, estratégia utilizada para localizar amostras difíceis de serem encontradas de outras formas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Desse modo, ao ser identificado um indivíduo que preenchia os critérios pré-estabelecidos para participar da pesquisa, era solicitado a ele que sugerisse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de amostra por conveniência (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Devido à necessidade em estabelecer parâmetros para a seleção dos juízes e por não ter sido identificada uma padronização adequada para a validação de instrumentos, foi desenvolvido um sistema próprio de classificação de juízes (QUADRO 1).

Os critérios utilizados no quadro 1 foram embasados nos estudos de Fehring (1994), muito utilizados para a classificação de *experts* no diagnóstico em enfermagem. Para se adaptar à realidade do presente estudo, privilegiando a experiência e a visão assistencialista dos juízes locais, foram incluídos dois critérios novos: participação em grupos/ projetos na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase (n = dois pontos) e experiência na construção ou aplicação de protocolos (n = um ponto).

Além disso, foi retirado o critério original “ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico”, por fugir ao tema do estudo atual. A área de interesse do estudo foi substituída por saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase. Os critérios “ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante” e “ter artigo sobre diagnóstico em periódico indexado” foram reunidos em um critério único “artigo publicado em saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase” (n = dois pontos).

Foram invertidas as pontuações referentes a mestrado e a doutorado, na intenção de valorizar os juízes que apresentarem maior qualificação profissional. Na versão original, esses valores correspondiam a dois e a quatro pontos, respectivamente.

As pontuações dos novos critérios alcançam o máximo de 15 pontos, respeitando o modelo de validação original.

Foram incluídos no estudo especialistas que consentiram formalmente sua participação por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e que atingiram o perfil mínimo de cinco pontos (QUADRO 1).

Quadro 1 – Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios.
Fortaleza, 2016

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Mestrado em saúde pública, saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase	2 pontos
Doutorado em saúde pública, saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase	4 pontos
Especialização em Pediatria, Hansenologia ou Dermatologia	2 pontos
Participação em grupos/projetos na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase	2 pontos
Atuação profissional na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase de no mínimo um ano	2 pontos
Experiência em construção ou aplicação de protocolos	1 ponto
Artigo publicado em saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase	2 pontos

*Fonte: Fehring (1994), adaptado pela autora.

Os critérios de inclusão considerados foram: trabalhar há pelo menos um ano no serviço de saúde e estar em efetivo exercício de suas atividades laborais no período da coleta de dados.

As informações contidas no quadro 1 foram obtidas por meio de questionário de caracterização profissional (APÊNDICE E) enviado aos juízes. Puderam participar da pesquisa tanto especialistas do Ceará quanto de outros estados.

Na sequência, foi realizada a validação de conteúdo referente ao instrumento. Neste tipo de análise, verifica-se o quanto os conceitos estão representados de maneira adequada e a possibilidade ou não de eles conseguirem capturar todo o domínio do conteúdo desejado. Nesse sentido, considerou-se o critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes (PASQUALI, 1998).

Em referência aos itens do protocolo, foram avaliados os critérios adaptados dos pressupostos de Stetler *et al.* (1998): clareza, concisão, linguagem compreensível e aplicabilidade. Ao final, disponibilizou-se um local para comentários e sugestões. Além disso, cada sugestão fornecida pelos especialistas foi analisada criteriosamente pela pesquisadora e sua orientadora, sendo aceita quando houve concordância entre ambas.

Para a avaliação de cada item do protocolo, foi utilizada a escala de Likert de níveis de respostas (LIKERT, 1932). Nessa análise, um item Likert é uma afirmação em relação à qual o sujeito pesquisado deve manifestar seu grau de concordância, desde o “discordar totalmente” (nível 1) até o “concordar totalmente” (nível 3, 4, 5, 7 ou 11, de acordo com o grau de especificidade desejado na resposta).

No presente estudo, optou-se pela utilização de quatro itens, o que força o sujeito pesquisado a uma escolha positiva ou negativa, uma vez que se elimina a opção “indiferente”:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Concordo parcialmente
4. Concordo totalmente

Em seguida, faz-se a média das respostas dadas. Valores elevados (3 ou 4) sugerem adequação do item. Para essa avaliação, cada juiz teve um prazo de 15 dias para análise e devolução do instrumento à pesquisadora.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos e legais do projeto foram respeitados, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que normatiza e regulamenta os estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O trabalho foi aprovado nos Comitês de Ética da UECE e do CDERM. Os pareceres consubstanciados estão disponíveis na Plataforma Brasil, nº. 50570015.2.0000.5534 e nº. 50570015.2.3001.5036, respectivamente (ANEXO D).

4 RESULTADOS

4.1 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS, DE 2009 A 2015, EM FORTALEZA

Na análise, consideraram-se 313 casos novos de hanseníase notificados no CDERM de 2009 a 2015.

Nas tabelas 2 e 3, estão representados os dados válidos, sendo expresso ao lado de cada variável demográfica e clínica o número de pacientes que preencheu o referido critério pela letra “n”.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo características demográficas. CDERM, 2009-2015

Características	Nº.	%	
Faixa etária em anos (n = 313)			
1-9	106	33,9	Média±DP 10±3
10-14	207	66,1	
Sexo (n = 312)			
Masculino	180	57,7	
Feminino	132	42,3	
Raça (n = 257)			
Pardos	219	77,7	
Branços	20	7,1	
Negros	16	5,7	
Amarelos/ indígenas	2	0,7	
Escolaridade (n = 155)			
Analfabeto	11	7,1	
1ª-4ª série ensino fundamental	47	30,3	
5ª-8ª série ensino fundamental	92	59,4	
Ensino médio	5	3,2	
Procedência (n = 296)			
Fortaleza	211	71,3	
Região metropolitana	45	15,2	
Outros municípios	40	13,5	
Zona (n = 288)			
Urbana	262	91,0	
Rural	26	9,0	

Fonte: Prontuários e fichas SINAN, CDERM.

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, na tabela 2, observou-se que a frequência aumentou com a idade, com 33,9% dos casos (n = 106), ocorrendo

de um a nove anos e 66,1% de 10 e 14 anos (n = 207). A média de idade dos casos novos foi de 10 anos, sendo um ano a menor idade encontrada (n = 2).

Em relação à distribuição dos casos por sexo, houve diferença significativa, sendo 180 (57,7%) doentes do sexo masculino e 132 (42,3%) do sexo feminino. Na análise, 77,7% das crianças e adolescentes se intitularam parda.

Quando se avaliou o grau de escolaridade, a maioria dos pacientes cursava da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (59,4%). É interessante citar que foram relatados 11 analfabetos (7,1%), porém nesse grupo há pacientes com menos de sete anos, e, portanto, ainda fora da faixa etária de escolarização. A ficha de notificação do SINAN não apresenta particularidades para menores de 15 anos.

Segundo a procedência, 86,5% dos casos registrados nesse estudo residem em Fortaleza e Região Metropolitana (TABELA 2).

Já na tabela 3, observa-se que a maioria dos pacientes (83,1%) apresentou até cinco lesões, com uma média de 3,8 lesões. A forma clínica mais comum foi a tuberculose (39,6%), seguida pelas formas dimorfa (39%), indeterminada (11,7%) e virchowiana (9,7%).

Em relação à classificação operacional definida pelo MS, 57,3% dos pacientes foram notificados como paucibacilares, e 42,7%, multibacilares.

Quanto ao modo de detecção, 271 casos (88%) foram encaminhados por outros serviços de saúde, 27 (8,8%) por demanda espontânea e dez (3,2%) após análise de contatos intradomiciliares.

Em relação à baciloscopia, 94,8% dos pacientes realizaram o exame ao diagnóstico. Avaliando-se o resultado da baciloscopia, a maioria foi negativa (68,8%).

Sobre os contatos registrados, a maioria apresentou de um a cinco contatos identificados (68,8%). A média foi de três contatos para paciente em tratamento. Os casos em que não foram identificados contatos ou que o prontuário não foi preenchido somaram 7,5%.

Quanto à regularidade dos pacientes ao tratamento com a PQT, verificou-se que a maioria (94,8%) compareceu ao serviço com assiduidade. A taxa de abandono ao tratamento foi de 5,2% (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo características clínicas. CDERM, 2009-2015

Características	Nº.	%	
Número de lesões (n = 302)			
0 a 5	251	83,1	Média±DP 3,8±4,8
6 a 30	51	16,9	
Forma clínica (n = 308)			
Inderterminada	36	11,7	
Tuberculóide	122	39,6	
Dimorfa	120	39,0	
Virchowiana	30	9,7	
Classificação operacional (n = 307)			
Paucibacilar	176	57,3	
Multibacilar	131	42,7	
Grau incapacidade ao diagnóstico (n = 305)			
Zero	262	85,9	
I	13	4,3	
II	11	3,6	
Não realizado	19	6,2	
Grau de incapacidade à alta (n = 385)			
Zero	251	88,1	
I	3	1,1	
II	1	0,4	
Não realizado	30	10,5	
Modo de detecção (n = 308)			
Encaminhamento	271	88,0	
Demanda espontânea	27	8,8	
Exame de contatos	10	3,2	
Baciloscopia ao diagnóstico (n = 286)			
Positiva	66	22,4	
Negativa	203	68,8	
Não realizada	17	5,8	
Número de contatos registrados (n = 308)			Média±DP 3,2±2,8
0 ou em branco	23	7,5	
1 a 5	212	68,8	
6 a 10	62	20,1	
11 a 15	11	3,6	
Abandono de tratamento (n = 271)			
Sim	14	5,2	
Não	257	94,8	

Fonte: Prontuários e fichas SINAN, CDERM.

Ao se analisarem as formas clínicas segundo o sexo, observou-se que a forma clínica mais encontrada no sexo masculino foi a dimorfa (41,3%) e, no sexo feminino, foi a tuberculóide (43,4%). Essas diferenças não foram estatisticamente significantes ($p = 0,431$) (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo forma clínica, sexo e faixa etária. CDERM, 2009-2015

	Forma clínica ⁽¹⁾										p
	I		T		D		V		Total		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo											
Masculino	19	10,6	66	36,9	74	41,3	20	11,2	179	100	0,431 ⁽²⁾
Feminino	17	13,2	56	43,4	46	35,7	10	7,8	129	100	
Total	36	11,7	122	39,6	120	39,0	30	9,7	308	100	
Faixa etária (em anos)											
1 - 9	5	9,4	56	52,8	36	34,0	4	3,8	106	100	0,002 ⁽²⁾
10 - 14	26	12,8	67	33,0	84	41,4	26	12,8	203	100	
Total	36	11,7	123	39,8	120	38,8	30	9,7	309	100	

Fonte: Prontuários e fichas SINAN, CDERM.

(1) I = indeterminada; T = tuberculóide; D = dimorfa; V = virchowiana.

(2) Teste χ^2 de Pearson.

Quando analisada a variável forma clínica segundo a faixa etária, também na tabela 4, observou-se que, para todos os grupos, o número de casos guardou relação direta com a idade.

Ainda em relação aos casos da tabela acima, a análise dos casos revelou que a forma clínica tuberculóide foi a mais encontrada na faixa etária de um a nove anos (52,8%), e a dimorfa, de 10 a 14 anos (41,8%). Essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p = 0,002$).

Em relação ao grau de incapacidade, ao diagnóstico e à faixa etária, observaram-se 24 casos (7,9%) com algum grau de incapacidade. Para as faixas etárias pré-estabelecidas, não houve diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,431$) (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo grau de incapacidade ao diagnóstico, faixa etária e número de lesões. CDERM, 2009-2015

		Grau de incapacidade (diagnóstico)										p
		Zero		I		II		NR		Total		
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Faixa etária (em anos)	1 - 9	91	85,8	4	3,8	2	1,9	9	8,5	106	100	0,431 ⁽²⁾
	10 - 14	171	85,9	9	4,5	9	4,5	10	5,0	199	100	
	Total	262	85,9	13	4,3	11	3,6	19	6,2	305	100	
Número de lesões	0 a 5	217	88,6	7	2,9	5	2,0	16	6,5	245	100	0,001 ⁽²⁾
	6 a 30	35	71,4	6	12,2	5	10,2	3	6,1	49	100	
	Total	252	85,7	13	4,4	10	3,4	19	6,5	294	100	

Fonte: Prontuários e fichas SINAN, CDERM.

(1) NR = não realizado.

(2) Teste X^2 de Pearson.

Ainda em conformidade com a tabela 5, a análise do grau de incapacidade ao diagnóstico diante do número de lesões evidenciou correlação positiva. Pacientes com mais de cinco lesões cutâneas ao diagnóstico foram os que apresentaram maiores índices de incapacidades grau I (12,2% *versus* 2,9%) e II (10,2% *versus* 2,0%) nos registros de avaliação dos prontuários ($p = 0,001$).

Quanto à análise da faixa etária em relação ao número de contatos registrados, tanto a faixa etária de um a nove anos quanto a de 10 a 14 anos apresentaram a maioria de 1 a 5 contatos ($p = 0,189$). Houve falha de notificação em 23 pacientes (7,5%) em que os contatos não foram registrados ou em que a ficha de notificação do SINAN não foi devidamente preenchida (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo número de contatos registrados, faixa etária e número de lesões. CDERM, 2009-2015

		Contatos registrados								p		
		0		1 a 5		6 a 10		11 a 15			Total	
		Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Faixa etária (em anos)	1 - 9	7	6,7	79	76,0	14	13,5	4	3,8	104	100	0,189 ⁽¹⁾
	10 - 14	16	7,8	133	65,2	48	23,5	7	3,4	204	100	
	Total	23	7,5	212	68,8	62	20,1	11	3,6	308	100	
Número de lesões	0 a 5	20	8,1	171	69,5	47	19,1	8	3,3	246	100	0,818 ⁽¹⁾
	6 a 30	3	5,9	35	68,6	12	23,5	1	2,0	51	100	
	Total	23	7,7	206	69,4	59	19,9	9	3,0	297	100	

Fonte: Prontuários e fichas SINAN, CDERM.

(1) Teste X^2 de Pearson.

Em relação ao número de lesões e os contatos registrados na tabela 6, não houve relação estatisticamente válida entre o aumento dos contatos domiciliares e o aumento do número de lesões clínicas, como seria esperado ($p = 0,818$).

4.2 A PRIMEIRA VERSÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Em face das informações contidas nas tabelas acima, foi desenvolvida a primeira versão do protocolo, a ser aplicada por ACSs previamente treinados por médicos e enfermeiros com domínio em hanseníase. As ações ocorrerão ao início de cada semestre letivo nas escolas da rede pública de ensino de Fortaleza.

Nesse protocolo, o ACS apresenta a dupla função de fazer as perguntas ao escolar como de inspecionar os estudantes menores de 15 anos na busca de sinais e sintomas de hanseníase. Os casos suspeitos serão encaminhados à UBS mais próxima.

Os itens a serem avaliados são: clareza (CA), concisão (CO), linguagem compreensível (LC) e aplicabilidade (AP). As notas de importância para cada item vão de um a quatro, sendo 1) discordo totalmente, 2) discordo parcialmente, 3)

concordo parcialmente e 4) concordo totalmente. Ao final, há um espaço para sugestões e comentários (QUADRO 2).

Quadro 2 – Distribuição dos itens na primeira versão do protocolo. Fortaleza, 2016

Itens do protocolo	CA	CO	LC	AP
1. Escola: _____ 2. Nome do aluno: _____ Idade: _____ anos 3. Nome da mãe: _____ 4. Tem alguma mancha na pele? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 5. A mancha na pele é de nascença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 6. Quanto tempo com o problema de pele? <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> mais de 1 ano 7. Fez alguma consulta com médico nesse período? sim <input type="checkbox"/> não 8. Quantas lesões? _____ 9. Tem manchas brancas ou avermelhadas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> com dormência <input type="checkbox"/> sem dormência 10. Tem caroços dolorosos na pele? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 11. Tem alguma região da pele sem manchas, mas com dormência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 12. Tem perda de pelos espontânea na pele? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 13. Tem falta de suor em alguma parte da pele? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 14. Cicatriz de BCG: <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas 15. Tem outros familiares com problema de pele? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 16. Tem caso de hanseníase na família? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> quantos? _____ 17. Este é um caso suspeito de hanseníase? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 18. UBS a ser encaminhado: _____ 19. Nome do profissional: _____ 20. Data: ____ / ____ / ____				
Comentários:				

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO

Para a validação de conteúdo, foram utilizadas sugestões de nove juízes. Na caracterização da trajetória profissional, obteve-se uma média de nove pontos.

A média de atuação profissional foi de 12 anos. Dos nove juízes, dois foram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Desses, três possuíam mestrado ou doutorado, todos participavam de grupos ou projetos de pesquisa relacionados à saúde da criança ou à hanseníase, e seis tinham experiência com criação e aplicação de protocolos.

Responderam ao questionário três dermatologistas que trabalham no SUS em serviços de perfil secundário e atendem casos de hanseníase, uma hansenóloga e cinco pediatras com especialização em dermatologia; três desses que trabalham em centro de referência em hanseníase.

Os nomes dos juízes ou qualquer característica que os identifique foram poupados dos resultados do presente estudo. Para tanto, foi utilizada a letra J (juiz), seguida de um numeral ordinal, de um a nove, conforme sequência de recebimento das avaliações.

Quanto à procedência, cinco juízes trabalhavam exclusivamente em Fortaleza, três em Fortaleza e em outros municípios do estado do Ceará (Brejo Santo, Quixadá e São Gonçalo do Amarante) e um atuava exclusivamente em Belém do Pará.

De forma geral, os itens propostos na primeira versão do protocolo obtiveram notas 3 e 4 em 95% das avaliações. Esse resultado foi considerado adequado de acordo com a análise de pertinência do item, em que o grau de concordância entre os juízes seria no mínimo de 80%.

Em relação à clareza do texto, 95,5% dos itens obtiveram avaliações 3 e 4. Os itens 4, 6 e 8 receberam uma nota 1 (n = 3), e os itens 4, 7, 9, 16 e 17 receberam nota 2 (n = 5).

Ao ser analisada a concisão, 93,9% dos itens receberam avaliações 3 e 4. Os itens 4, 6 e 12 receberam nota 1 (n = 3), e os itens 1, 4, 6, 7, 9, 16 e 17 receberam nota 2 (n = 8).

Em relação à compreensão da linguagem, 96,1% dos itens foram avaliados com notas 3 e 4. Os itens 1, 2, 9 e 10 receberam nota 2 (n = 5), e os itens 4 e 6 receberam nota 1 (n = 2).

Em relação à aplicabilidade, 95% dos itens receberam avaliações 3 e 4. Os itens 2 e 3 receberam notas 1 (n = 2), e os itens 1, 2, 3, 4, 9, 12 e 13 receberam nota 2 (n = 7).

Quanto aos comentários, todos os resultados foram listados abaixo (QUADRO 3).

Quadro 3 – Sugestões dos juízes à primeira versão do protocolo diagnóstico.
Fortaleza, 2016

(continua)

ITEM	SUGESTÃO
1	J5: escrever 'nome da escola'.
2 e 3	J2: nome do paciente e nome da mãe podem ser retirados; J4: acredito que o nome do aluno e da mãe podem ser substituídos pelas iniciais; J6: nome da mãe não acho relevante.
4	J4: 'mancha na pele' pode não ficar tão claro, pois pode ser um sinal, por exemplo. (...) Logo em seguida podem tentar identificar melhor o tipo de mancha.
5	J9: as questões 5 e 6 fossem sintetizadas em uma, como: 'quanto tempo com o problema de pele?': desde o nascimento? Há menos de 6 meses? De 6 meses a 1 ano? Mais de um ano?
6	J5: manter a palavra 'mancha de pele'. O aluno pode ter outro problema de pele que não seja mancha; J6: especificar melhor se tempo ou idade.
7	J8: 'já consultou algum médico sobre essas manchas?'
8	J1: (...) em geral as pessoas não sabem o que é 'lesão', principalmente adolescentes e jovens, onde sugiro que fale 'manchas', pois como dermatologistas sabemos diferenciar bem; manchas de placas, mas para a população em geral, qualquer lesão em diferentes apresentações são manchas (...); J4: (...) os pacientes vão ficar na dúvida se são todos os tipos de manchas de pele que vão contar ou só as suspeitas; J7: sugiro colocar 'quantas lesões no corpo todo?'. J8: talvez fosse melhor manter a denominação 'manchas' ao invés de 'lesões'.
9	J1: sugiro que seja especificado mais para a sensibilidade térmica e dolorosa; J9: as opções 'sim' e 'não' não respondem bem a pergunta 9, que ficaria mais compreensível se o enunciado fosse: as manchas são: brancas? Avermelhadas? Com dormência? Sem dormência?;
11	J1: novamente a questão do letramento; J6: reformular a pergunta: se há alguma dormência ou se há alguma área dormente na pele, mas sem manchas. Para enfatizar a dormência; J7: (...) sem manchas, mas sem sentir direito?; J9: (...) ficaria mais clara se alternasse a ordem e algumas palavras: 'tem alguma parte do corpo com dormência mas sem mancha?'

Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 3 – Sugestões dos juízes à primeira versão do protocolo diagnóstico.
Fortaleza, 2016**

(continuação)

ITEM	SUGESTÃO
12	<p>J2: trocaria 'perda de pelo' por 'algumas áreas sem pelos'; J4: talvez não entendam a palavra 'espontânea'; J7: ficaria melhor: nota que os pelos caem sozinhos em alguma área do corpo?; J8: alguma área da pele tem perda de pelos?.</p>
13	<p>J6: pode ser que a pessoa não compreenda. Melhor 'existe algum lugar na pele que você não sua normalmente'? (...) na verdade, acho que cada um vai dizer uma coisa. Em vez de entender que o que você tá perguntando se há alguma área restrita como uma lesão de MH com acometimento anexial.</p>
14	<p>J2: trocar 'BCG' por 'cicatriz de vacina no braço direito'.</p>
15	<p>J1: o item 16 me pareceu semelhante ao item 15 (...). Acho que poderia melhorar quanto à clareza e compreensão para não haver dúvidas quanto à diferença entre as duas perguntas; J4: (...) 'problema de pele' é muito geral; J6: todo mundo tem um familiar com problema de pele. Especificar melhor.</p>
16 e 17	<p>J2: o agente de saúde não terá conhecimento para responder se é um caso suspeito; J4: se caso de hanseníase, perguntar se são casos atuais ou casos antigos que já trataram.</p>
Comentários	<p>J1: o assunto é extremamente relevante, onde apenas observo algumas questões que estão diretamente ligadas à adequação da linguagem para o grupo em estudo (...); J2: acho que deveria colocar deformidade em mãos e pés (...) e colocar sexo masculino e feminino; J6: numerar fichas para ajudar a não misturar; J9: o protocolo está bem elaborado contemplando praticamente todos os questionamentos possíveis.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

A hanseníase é considerada uma doença prevalente em adultos pelo longo período de incubação do *Mycobacterium leprae*. No entanto, crianças e adolescentes são suscetíveis ao adoecimento, com risco aumentado nas áreas endêmicas e na presença de contatos domiciliares (LIMA *et al.*, 2010).

A hanseníase acomete, em menor proporção, crianças que adolescentes. O aumento do número de casos com o progredir da idade, sendo a maioria (66,1%) na faixa etária de 10 a 14 anos (tabela 2), é condizente com a literatura existente (MORAIS *et al.* 2010; AMADOR *et. al.*, 2001).

Em relação às características da hanseníase segundo o sexo, houve predomínio no sexo masculino. Para Suárez e Lombardi (1997), o risco de exposição maior no sexo masculino poderia explicar as diferenças observadas quanto ao sexo.

A maioria dos autores descreve, em relação às características da hanseníase segundo o sexo, que há prevalência no sexo masculino em todas as faixas etárias (LIMA *et al.*, 2010; PEREIRA *et. al.*, 2012; TEIXEIRA *et. al.*, 2010). Apenas um estudo encontrado demonstrou prevalência no sexo feminino (FIGUEIREDO; SILVA, 2003).

No estudo, houve predomínio das formas tuberculoide (39,6%) e dimorfa (39%). Segundo Bechelli, Martinez-Dominguez e Patwary (1966), há forte correlação entre forma clínica e idade, sendo estas as formas mais prevalentes na infância.

Houve discreto predomínio das formas PB (57,3%), em face das MB (42,7%). Para Barbieri e Marques (2009), em crianças isso ocorre devido a critérios imunológicos que justificam o menor período de incubação.

O baixo percentual da forma clínica indeterminada (11,7%) e a alta taxa de detecção por encaminhamentos (88,1%) sinalizam falhas assistenciais. Esses achados corroboram com outros estudos, em que se demonstrou que o atraso diagnóstico e terapêutico fortalece a hanseníase como doença negligenciada e estigmatizante (IMBIRIBA *et al.*, 2008; GOMES *et al.*, 2005).

Dos 313 casos pesquisados, a maioria (91%) residia na zona urbana, sendo 71,3% provenientes de Fortaleza. É em grandes centros urbanos, com seus bolsões de pobreza, que se encontram áreas que apresentam condições habitacionais e sanitárias precárias propícias à transmissão da hanseníase (ANDRADE; SABROZA; ARAÚJO, 1994).

Chamou atenção a não realização da baciloscopia em todos os pacientes desse estudo (5,8%). Esse dado é um reflexo negativo às recomendações do MS quanto ao manejo do paciente em tratamento para hanseníase. Ao diagnóstico, esse exame é essencial para a diferenciação de casos paucibacilares e multibacilares e auxilia nos casos dimorfos, em relação à duração da poliquimioterapia (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANCA, 2010).

Com relação ao grau de incapacidade ao diagnóstico, verificou-se que 85,9% dos pacientes não apresentavam limitações. Esse dado é corroborado por vários estudos (HINRICHSEN *et al.*, 2002; MELO; POPOASKI; NUNES, 2006), que encontraram mais de 50% de pacientes em situação semelhante.

Ao diagnóstico, 7,9% dos pacientes apresentavam algum grau de incapacidade e ao receberem alta, apenas 1,5%. Esse dado reforça a eficácia da PQT na reversão do dano neural.

Além disso, níveis abaixo de 10% de grau de incapacidade II no momento da alta terapêutica são considerados satisfatórios segundo os indicadores epidemiológicos propostos pelo MS (FINEZ; SALOTTI, 2011). Apesar da boa notícia, é digno de nota que 3,2% dos pacientes não realizaram essa avaliação ao diagnóstico e 10,5% à alta, mesmo em centro de referência, demonstrando falhas no preenchimento da ficha de notificação compulsória.

No Brasil, a alta prevalência da hanseníase faz que a população infantil entre em contato com o bacilo precocemente por meio dos adultos bacilíferos (BARBIERI; MARQUES, 2009).

Para Imbiriba *et al.* (2008), em condições de alta transmissibilidade e exposição precoce ao bacilo, a probabilidade de adoecimento aumenta, sendo a detecção em menores de 15 anos indicadora de maior gravidade da endemia.

Nesse sentido, o principal fator de risco para a hanseníase infantil é o contato domiciliar com pacientes bacilíferos sem tratamento. Em vista disso, a medida de prevenção mais importante é a busca ativa por casos novos, a fim de permitir a detecção e o tratamento precoces.

5.2 A SEGUNDA VERSÃO DO PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Visando a melhorar o letramento dos itens da primeira versão do protocolo, acatou-se a maioria das sugestões dos juízes. Embora os itens tenham alcançado níveis de concordância adequados, optou-se por reestruturá-los, buscando-se seu melhor entendimento. Tais alterações podem ser observadas no Quadro 3. Novamente, ressalta-se que cada juiz foi identificado por um número de um a nove, representando a sequência cronológica de entrega dos formulários à pesquisadora.

Quadro 4 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016

(continua)

Nº de cada item na 1ª versão	Itens da primeira versão do protocolo	Sugestões dos juízes acatadas	Motivo de retirada do item	Nº de cada item na 2ª versão	Itens da segunda versão do protocolo
1	Escola	J5: escrever “nome da escola”	-	2	Nome da escola
2	Nome do aluno e idade (anos)	J4: “nome do aluno” pode ser substituído pelas iniciais	-	3	Nome do aluno (iniciais) e idade (anos)
3	Nome da mãe	J2: “nome da mãe” pode ser retirado J6: “nome a mãe” não acho relevante	Não foi relevante	-	-
4	Tem alguma mancha na pele?	-	-	5	Tem alguma mancha na pele?
5	A mancha na pele é de nascença?	J9: unificar as questões 5 e 6	Foi unificado ao item 6	-	-
6	Quanto tempo com o problema de pele?	J5: manter a palavra “mancha na pele” e não “problema de pele”	-	6	Quanto tempo com a mancha na pele? - desde o nascimento - menos de 6 meses - de 6 meses a 1 ano - mais de 1 ano
7	Fez alguma consulta com médico nesse período?	J8: “já consultou algum médico sobre essas manchas?”	-	7	Já consultou algum médico sobre essas manchas?

Quadro 4 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016

(continua)

Nº de cada item na 1ª versão	Itens da primeira versão do protocolo	Sugestões dos juízes acatadas	Motivo de retirada do item	Nº de cada item na 2ª versão	Itens da segunda versão do protocolo
8	Quantas lesões?	J1: em geral as pessoas não sabem o que é “lesão” (...) onde sugiro que fale “manchas” J8: manter a denominação “manchas” ao invés de “lesões”	-	8	Quantas manchas suspeitas?
9	Tem manchas brancas ou avermelhadas?	J9: (...) mais compreensível colocar ‘as manchas são:’ (...)	-	9	As manchas são: - brancas - avermelhadas - com dormência - sem dormência
10	Tem caroços dolorosos na pele?	-	-	10	Tem caroços dolorosos na pele?
11	Tem alguma região da pele sem manchas, mas com dormência?	J7: “(...) mas sem sentir direito?” no lugar de “(...) mas com dormência?”	-	11	Tem alguma parte da pele sem manchas, mas sem sentir direito?
12	Tem perda de pelos espontânea na pele?	J8: “alguma área da pele tem perda de pelos?”	-	12	Tem perda de pelos em alguma parte da pele?
13	Tem falta de suor em alguma parte da pele?	-	-	13	Tem falta de suor em alguma parte da pele?
14	Cicatriz de BCG	J2: “vacina no braço direito” ao invés de “BCG”	-	14	Cicatriz de vacina no braço direito?
15	Tem outros familiares com problema de pele?	J1: “problema de pele” é muito geral. (...) me pareceu semelhante ao item 16	Repetitivo	-	-
16	Tem caso de hanseníase na família? Quantos?	J4: se caso de hanseníase, perguntar se só casos atuais ou casos antigos que já trataram	-	15	Tem caso de hanseníase na família? Se sim, está em tratamento ou já terminou o tratamento?
17	Este é um caso suspeito de hanseníase?	-	-	16	Este é um caso suspeito de hanseníase?
18	UBS a ser encaminhado	-	-	17	UBS a ser encaminhado
19	Nome do profissional	-	-	18	Nome do profissional

Quadro 4 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016

(conclusão)

Nº de cada item na 1ª versão	Itens da primeira versão do protocolo	Sugestões dos juízes acatadas	Motivo de retirada do item	Nº de cada item na 2ª versão	Itens da segunda versão do protocolo
20	Data	-	-	19	Data
	Comentários	J2: colocar sexo masculino e feminino	-	4	Sexo masculino ou feminino
	Comentários	J6: numerar fichas para ajudar a não misturar	-	1	Número de identificação da ficha

Fonte: Elaborado pela autora

Diante da avaliação dos 20 itens pelos juízes, considerando os quesitos analisados e suas sugestões, 17 itens mantiveram-se no protocolo. Os itens três e 15 foram omitidos da nova versão, e foram incluídos dois novos itens: número de identificação da ficha e sexo. Os itens cinco e seis foram unificados.

Ao final, foi sugerida uma segunda versão do protocolo, em que constam 19 itens (QUADRO 5).

Quadro 5 – Distribuição dos itens na segunda versão do protocolo. Fortaleza, 2016

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA	
1. Número de identificação da ficha:	_____
2. Nome da escola:	_____
3. Nome do aluno (iniciais):	_____ Idade (anos): _____
4. Sexo:	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
5. Tem alguma mancha na pele?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
6. Quanto tempo com a mancha na pele?	<input type="checkbox"/> desde o nascimento <input type="checkbox"/> menos de 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> mais de 1 ano
7. Já consultou algum médico sobre essas manchas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
8. Quantas manchas suspeitas?	_____
9. Tem manchas brancas ou avermelhadas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	<input type="checkbox"/> com dormência <input type="checkbox"/> sem dormência
10. Tem caroços dolorosos na pele?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
11. Tem alguma parte da pele sem manchas, mas sem sentir direito?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
12. Tem perda de pelos em alguma parte da pele?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
13. Tem falta de suor em alguma parte da pele?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
14. Cicatriz de vacina no braço direito:	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas
15. Tem caso de hanseníase na família?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Se sim: <input type="checkbox"/> está em tratamento <input type="checkbox"/> já terminou o tratamento
16. Este é um caso suspeito de hanseníase?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
17. UBS a ser encaminhado:	_____
18. Nome do profissional:	_____
19. Data:	____ / ____ / ____

Fonte: Elaborado pela autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi articulada em duas vertentes: a primeira, teórica, representada pela coleta e análise dos dados epidemiológicos de 313 prontuários de casos diagnosticados de hanseníase em menores de 15 anos no CDERM, no período de 2009 a 2015. A segunda, analítica, centrada na avaliação de *experts* em hanseníase e saúde da criança e na validação de conteúdo de um protocolo para diagnóstico precoce de hanseníase nessa faixa etária.

Em relação à contextualização epidemiológica, pode-se concluir que:

- Observou-se maior frequência de casos entre 10 e 14 anos (66,1%), no sexo masculino (57,7%), em pardos (77,7%) e procedentes de Fortaleza e região metropolitana (86,5%).
- A forma clínica tuberculoide foi mais encontrada na faixa etária de um a nove anos (52,8%), e a dimorfa, de 10 a 14 anos (41,8%) ($p = 0,002$).
- Houve correlação positiva entre o grau de incapacidade ao diagnóstico e o número de lesões cutâneas. Pacientes com mais de cinco lesões apresentaram maiores índices de incapacidades grau I (12,2% *versus* 2,9%) e II (10,2% *versus* 2,0%), quando em comparação com o grupo com até cinco lesões ($p = 0,001$).
- O baixo percentual da forma clínica indeterminada (11,7%), a não realização da baciloscopia em todos os pacientes desse estudo (5,8%) e a alta taxa de detecção por encaminhamentos (88,1%) sinalizam falhas assistenciais que necessitam ser corrigidas. Essas informações serviram de base para a construção da primeira versão do protocolo.

Em relação à validação do material, participaram nove juízes com experiência em saúde da criança e hanseníase, os quais obtiveram pelo menos cinco pontos em um sistema próprio de classificação de juízes.

Foram propostos 20 itens, em que se analisaram clareza, concisão, adequação de linguagem e aplicabilidade. De forma geral, os itens propostos nessa primeira versão obtiveram notas três e quatro em 95% das avaliações, sendo considerados adequados segundo a análise de pertinência do item.

Visando a melhorar o letramento dos itens da primeira versão do protocolo, as sugestões e comentários dos juízes deram origem à segunda versão do protocolo.

Este instrumento tem como intenção direcionar as ações das equipes que atuam nas unidades básicas de saúde quanto à importância da busca ativa de sinais e sintomas de hanseníase em crianças e adolescentes em seu ambiente escolar, articulando medidas de educação em saúde à acessibilidade da rede municipal de ensino.

A proposta é realizar um trabalho centrado na ação dos ACSs. A partir da aplicação semestral do protocolo nas escolas da rede pública de ensino, os casos considerados suspeitos poderão ser referenciados para atendimento nas UBSs.

Como benefícios dessa nova ferramenta, espera-se que haja um aumento nas taxas de busca de fontes ativas de infecção em menores de 15 anos e, por conseguinte, na vigilância de contatos domiciliares. Essa medida auxiliará no controle da endemia hanseniana.

A hanseníase, como doença negligenciada, não apenas prevalece em condições de pobreza, mas também contribui para a manutenção da desigualdade. Além do caráter estigmatizante da doença, há um baixo interesse da indústria farmacêutica nesse tema, pois a população acometida é, na sua maioria, de baixa renda e oriunda de países em desenvolvimento.

Nesse sentido, reforça-se a importância do protocolo para o diagnóstico precoce de hanseníase em menores de 15 anos como uma nova tecnologia à do SUS para auxiliar na diminuição dos níveis de incidência da doença. Isso representa um despertar para o compromisso social e a intensificação de políticas públicas em doenças negligenciadas, buscando o tratamento para as formas iniciais da doença e a prevenção de incapacidades.

O combate às doenças negligenciadas é um tema complexo. Para obter êxito, é necessária a mobilização e o intercâmbio de três grupos principais: o governo, por meio do desenvolvimento de políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de saúde para o tratamento adequado; as instituições de pesquisa, com o incentivo à busca de novas tecnologias e medicações; e a sociedade civil, na cobrança para que as políticas de saúde atendam às prioridades determinadas pelos próprios indivíduos.

O protocolo desenvolvido e aperfeiçoado no presente estudo tem como intenção inicial realizar a busca de casos suspeitos de hanseníase na comunidade escolar. Posteriormente, esse mesmo instrumento auxiliará o município de Fortaleza

a atingir a meta de eliminação da hanseníase proposta pela OMS de menos de um caso para cada 10.000 habitantes.

Espera-se que este protocolo seja integrado ao manual de treinamento dos ACSs não só de Fortaleza, mas de todo o País. Outrossim, em futuras pesquisas, pretende-se que esse instrumento seja a base para o desenvolvimento de um aplicativo para celulares em que os profissionais de UBSs possam realizar a busca ativa de casos de forma rápida e prática.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. H. M. *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, p. 694-700, nov. 2008.
- AMADOR, M. P. S. C. *et al.* Hanseníase na infância no município de Curionópolis, sudeste do Estado do Pará: relato de caso. **Hansen. Int.**, v. 26, n. 2, p. 121-125, 2001.
- ANDRADE, V. I. G.; SABROZA, P. C.; ARAÚJO, A. J. G. Fatores associados ao domicílio e a família na determinação da hanseníase. **Cad. saúde pública**, v. 10, supl. 2, p. 281-292, 1994.
- BARBIERI, C. L. A.; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Pediatria (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 281-290, 2009.
- BEHELLI, L. M.; MARTINEZ-DOMINGUEZ, V.; PATWARY, K. M. WHO Epidemiologic random sample surveys of leprosy in Northern Nigeria (Katsina), Cameroon and Thailand (Khon Kaen). **Int J Lepr Other Mycobact Dis.**, v. 34, n. 3, p. 223-241, 1966.
- BRASIL. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico de Hanseníase**. Fortaleza, 2014a. 9 p.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12 p.
- _____. Secretaria-Executiva e Subsecretaria do Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 59 p.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 89 p.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. **Informe técnico da campanha nacional de hanseníase, geo-helmintíases e tracoma 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 44 p.
- _____. **Roteiro para uso do SINAN net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais (versão preliminar)**. Brasília: SVS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010.** Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Nota técnica n. 14/2008 PNCH/DEVEP/SVS/MS.** Brasília Ministério da Saúde, 2008b.

BRITTON, W. J.; LOCKWOOD, D. N. Leprosy. **Lancet**, v. 363, n. 9416, p. 1209-1219, 2004.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Hanseníase:** casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Disponível em: <<http://dtr2015.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/hanseniaase/bases/Hansbrnet.def>>. Acesso em: 20 de junho de 2015.

ERDMANN, A. L. *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & contexto enferm.**, v. 15, n. 3, p. 178-182, 2006.

FEHRING, R. J. The fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. **Classification of nursing diagnosis:** proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

FERREIRA, M. L. L. T. *et al.* A demanda de um centro de referência nacional para hanseníase no nordeste brasileiro: por que o excesso de pacientes? **Cad. saúde colet.**, v. 16, n. 2, p. 243-256, 2008.

FIGUEIREDO, I. A.; SILVA, A. A. M. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998. A endemia está em expansão? **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 2, p. 439-445, 2003.

FINEZ, M. A., SALOTTI, S. R. A. Identificação do grau de incapacidade em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J. Health Sci. Inst.**, v. 29, n. 3, p. 171-175, 2011.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

GALVÃO, P. R. S. *et al.* Uma avaliação do sistema de informação SINAN usado no Programa de Controle de Hanseníase no estado do Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 87-102, 2009.

SUÁREZ, R. E. G. LOMBARDI . C. Estimado de prevalência de lepra. **Hansen. Int.**, v. 2, n. 22, p. 31-34, 1997.

GOMES, C. C. D. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 80, supl. 3, p. 283-288, 2005.

HINRICHSEN, S. L. *et al.* Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **An. Bras. Dermatol.**, v. 79, n. 4, p. 413-421, 2004.

IMBIRIBA, E. B. *et al.* Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. **Rev. saúde pública**, v. 42, n. 6, p. 1021-1026, 2008.

LANA, F. C. F. *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 6, p. 696-700, 2007.

LANZA, F. M. **Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais.** 2009. 209 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LIKERT, R. A Technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, n. 140, p. 1-55, 1932.

LIMA, H. M. N. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, n. 8, v. 4, p. 323-327, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOUREIRO, V. B. *et al.* Campanha voluntária em comunidades carentes para diagnóstico precoce da moléstia de Hansen - integração docente, discente e assistencial. **Rev. med. (São Paulo)**, v. 85, n. 2, p. 50-57, 2006.

MAGALHÃES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007.

MELO, R. S.; POPOASKI, M. C. P.; NUNES, D. H. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. **ACM arq. catarin. med.**, v. 35, n. 1, p. 29-36, 2006.

MENEGON, D. B. *et al.* Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. **Rev HCPA**, v. 27, n. 2, p. 61-64, 2007.

MORAIS, S. G. M. *et al.* Avaliação das ações de controle da hanseníase no município de Governador Valadares, Brasil, no período de 2001 a 2006. **Hansen. Int.**, v. 35, n. 2, p. 17-25, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase.** Plano: 2006-2010. Geneva, 2005. 27 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase**. Plano: 2011-2015. Brasil, 2010.

PADALINO, Y.; PERES, H. H. C. E-learning: estudo comparativo da apreensão do conhecimento entre enfermeiros. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 15, n. 3, p. 397-403, 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

_____. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Ed. UnB, 1997, 289 p.

PEREIRA, D. L. *et al.* MOURA LEMOS, K. R. M. Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 55-67, 2012.

PIMENTA, C. A. M. P. *et al.* **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Gestão COREN-SP 2012-2014, 2014, 40 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. latinoam. enferm. (Online)**, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14>. Acesso em: 20 jun. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709 p.

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

SHEKELLE, P. G. *et al.* Clinical Guidelines: developing guidelines. **Br. med. j.**, v. 318, n. 7183, p. 593-596, 1999.

SILVA, F.M. Aspectos relevantes das novas tecnologias aplicadas à educação e os desafios impostos para atuação dos docentes. **Akrópolis**, v. 11, n. 2, p. 75-81, 2003.

STETLER, C. B. *et al.* Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **J. nurs. adm.**, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.

TALHARI, S. *et al.* **Dermatologia tropical: hanseníase**. 4. ed. Manaus: Editora Tropical, 2006.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANCA, E. R. Características das reações hansênicas em paucibacilares e multibacilares. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 3, p. 287-292, 2010.

VASQUES, F. A. P. **Pré-natal**: um enfoque multiprofissional. São Paulo: Editora Rubio, 2006. 134 p.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço**. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 92 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Global leprosy situation. **Weekly Epidemiological Record**, v. 87, n. 34, p. 317–328, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de fiel depositário

Eu, Maria Araci de Andrade Pontes, Diretora Técnica, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição Centro de Dermatologia Dona Libânia situada em Fortaleza-Ceará, declaro que a pesquisadora Natália Braga Hortêncio Jucá está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: Hanseníase em menores de 15 anos: construção e validação de protocolo para diagnóstico precoce, cujo objetivo geral é elaborar um protocolo direcionado aos agentes comunitários de saúde para o diagnóstico precoce da hanseníase em crianças e adolescentes da rede pública de ensino do município de Fortaleza. Esse projeto pretende analisar todos os prontuários de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase na Instituição no período de 2009 a 2015. Serão analisadas variáveis demográficas (idade, sexo, raça, cor, escolaridade, município e zona de residência) e clínicas (método de detecção, apresentação clínica, baciloscopia, número de contatos examinados e avaliação do grau de incapacidade funcional), durante os meses de março e abril de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 18 de Janeiro de 2016.



Dra. Maria Araci de Andrade Pontes

APÊNDICE B – Termo de anuência

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

Prezada Dra. Maria Araci de Andrade Pontes
Diretora Técnica do Centro de Dermatologia Dona Libânia

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “Hanseníase em menores de 15 anos: construção e validação de protocolo para diagnóstico precoce”. Serão analisados os prontuários de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase na Instituição no período de 2009 a 2015. Serão coletadas variáveis demográficas (idade, sexo, raça, cor, escolaridade, município e zona de residência) e clínicas (método de detecção, apresentação clínica, baciloscopia, número de contatos examinados e avaliação do grau de incapacidade funcional). Esse estudo será a base teórica para a construção de um protocolo para diagnóstico precoce de hanseníase na rede pública de ensino no município de Fortaleza.

A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º semestre de 2016, sendo conduzida pela pesquisadora responsável e dois discentes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Direção, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

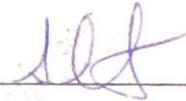
Natália Braga Hortêncio Jucá
Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Maria Araci de Andrade Pontes, Diretora Técnica do Centro de Dermatologia Dona Libânia, autorizo a realização da pesquisa "Hanseníase em menores de 15 anos: construção e validação de protocolo para diagnóstico precoce" a ser realizada por Natália Braga Hortêncio Jucá e a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço do Centro de Dermatologia Dona Libânia para a análise de prontuários de menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no período de 2009 a 2015. Afirmando que não haverá qualquer implicação negativa aos usuários que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Fortaleza, 18 de Janeiro de 2016.



Dra. Maria Araci de Andrade Pontes

APÊNDICE C – Instrumento de coleta

1. Prontuário: _____	1.____
2. Idade (anos): _____	2.____
3. Sexo: 1() masculino 2() feminino	3.____
4. Raça: 1() branco 2() negro 3() indígena 4() pardo	4.____
5. Escolaridade: 0() analfabeto 1() 1 ^a -4 ^a série ensino fundamental 2() 5 ^a -8 ^a série ensino fundamental 3() ensino médio	5.____
6. Município residência: 1() Fortaleza 2() Região Metropolitana de Fortaleza ¹ 3() outro município	6.____
7. Zona residência: 1() rural 2() urbana	7.____
8. Número de lesões cutâneas: _____	8.____
9. Forma clínica: 1() indeterminada 2() tuberculoide 3() dimorfa 4() virchowiana	9.____
10. Classificação operacional: 1() PB 2() MB	10.____
11. Número de nervos afetados: _____	11.____
12. Grau incapacidade ao diagnóstico: 0() zero 1() I 2() II 3() não realizado	12.____
13. Modo de detecção: 1() encaminhamento 2() demanda espontânea 3() exame de contatos	13.____
14. Baciloscopia: 1() positiva 2() negativa 3() não realizada	14.____
15. Número de contatos registrados: _____	15.____
16. Grau incapacidade na alta: 0() zero 1() I 2() II 3() não realizado	16.____
17. Abandono de tratamento: 1() sim 2() não	17.____

(1) Inclui os municípios de: Caucaia, Eusébio, Aquiraz, Maracanaú, Maranguape, Pindoretama, Cascavel, Horizonte, Pacajus, Chorozinho, Itaitinga, Pacatuba, Guaiúba, São Gonçalo do Amarante, Paracuru, Paraipaba, Trairi ou São Luis do Curu.

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Hanseníase em menores de 15 anos: construção e validação de protocolo para diagnóstico precoce”, a ser aplicado e preenchido por agentes comunitários de saúde treinados previamente por médicos e enfermeiros com domínio em hanseníase. A aplicação será ao início de cada semestre letivo, nas escolas da rede pública de ensino do município de Fortaleza, em crianças e adolescentes menores de 15 anos. Os casos suspeitos serão encaminhados à Unidade Básica de Saúde mais próxima para avaliação especializada.

O benefício esperado com o estudo é auxiliar no diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos, favorecendo a busca ativa de casos e a prevenção de incapacidades físicas.

Ao participar desta pesquisa você estará colaborando para que os dados sejam expressos o mais próximo da realidade. Coletaremos informações com juízes que atingirem o perfil mínimo de cinco pontos em questionário de trajetória profissional. Será enviado um questionário para validação de conteúdo. Os itens para avaliação são: clareza, concisão, adequação da linguagem e aplicabilidade. As notas de importância para cada item vão de 1 a 4, sendo 1: discordo totalmente, 2: discordo parcialmente, 3: concordo parcialmente e 4: concordo totalmente. Ao final, há um espaço para sugestões e comentários.

Caso aceite participar da pesquisa, será enviado ao seu email o protocolo para avaliação e validação do projeto aqui apresentado. O processo será breve e não lhe tomará muito tempo.

Por esse serviço, não receberá nenhuma compensação financeira, e também não lhe acarretará qualquer custo. A sua participação não é obrigatória e poderá desistir da mesma a qualquer momento.

Sua identidade será mantida em sigilo. Solicito que ao ser enviado o protocolo nos envie seus comentários em até quinze dias. Os resultados do estudo serão enviados a você e permanecerão confidenciais. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Cordialmente,

Natália Braga Hortêncio Jucá
Pesquisadora Responsável
Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do
Adolescente
Telefone: (85) 8819-4828
Email: nataliabragah@yahoo.com.br

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, *email* cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

APÊNDICE E – Questionário de trajetória profissional dos juízes

Nome: _____ Idade: _____

1. Especialização: _____ Ano: _____
2. Mestrado: _____ Ano: _____
3. Doutorado: _____ Ano: _____
4. Atuação profissional na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase por no mínimo um ano? sim não
5. Já participou da construção ou aplicação de um protocolo? sim não
6. É membro de algum grupo ou projeto de pesquisa na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase? sim não
7. Tem artigo publicado na área de saúde da criança e do adolescente e/ou hanseníase? sim não

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de notificação de hanseníase (SINAN)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	HANSENÍASE		A 3 0. 9				
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	Pais (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso						
	Ocupação	31	Nº do Prontuário		32 Ocupação		
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas	34	Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	35	Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	
	36	Nº de Nervos afetados					
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado					
	38	Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 -Outros Reingressos 9 - Ignorado					
Dados Lab.	39	Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					
	40	Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42		Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos	
	43	Número de Contatos Registrados					
Med. Contr.							
Observações adicionais:							
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007		

ANEXO B – PCID < 15



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

não sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

não sim Quantos? _____

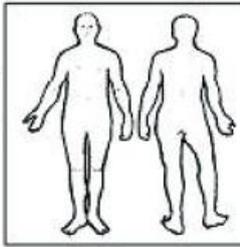
21 - Teste de Histamina:

não realizado realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O l h o			M ã o			P é		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Tríquiasse			Garra			Garra		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			



24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/90 Classificação Operacional: PB MB

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

ANEXO C – Ficha de autoimagem

**PREENCHA E DEVOLVA ESTA FICHA PARA
A ESCOLA EM, NO MÁXIMO, DOIS DIAS.**



FICHA DE AUTOIMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

ESCOLA: _____

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: MASC. FEM. SÉRIE: _____

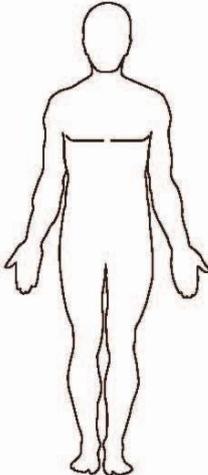
NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

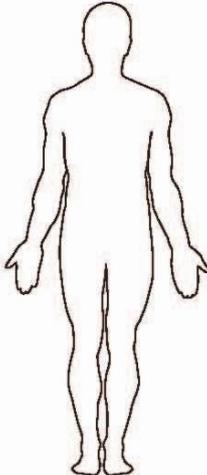
MUNICÍPIO: _____ TELEFONE: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

MARQUE NO DESENHO O LOCAL DA SUA MANCHA



FRENTE



COSTAS

- 1 – TEM ALGUMA MANCHA NA PELE?
 Sim Não
- 2 – A MANCHA É DE NASCENÇA?
 Sim Não
- 3 – A MANCHA COÇA?
 Sim Não
- 4 – A MANCHA DÓI?
 Sim Não
- 5 – A MANCHA É DORMENTE?
 Sim Não
- 6 – EXISTE OU EXISTIU ALGUÉM COM HANSENÍASE NA FAMÍLIA?
 Sim Não

QUEM? _____



Ministério da
Saúde



ACS: _____

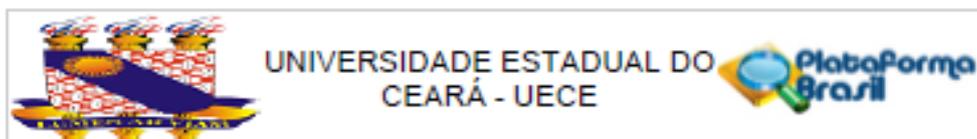
USF: _____

ENCAMINHADO PARA US: _____

Atenção! Caso o aluno(a) apresente sinais ou sintomas de Hanseníase, preencha este canhoto, destaque-o e entregue ao aluno para apresentação na unidade de saúde mais próxima.

Encaminhamos o (a) aluno (a) _____
da escola _____
para consulta dermatoneurológica referente à investigação de Hanseníase.

ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

Pesquisador: NATÁLIA BRAGA HORTENCIO JUCA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50570015.2.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.430.350

Apresentação do Projeto:

A construção de um protocolo como ferramenta de ensino e aprendizagem em hanseníase pode ser uma alternativa inovadora para o aperfeiçoamento de profissionais da saúde que lidam com hanseníase e com saúde da criança, já que há há escassez de materiais educativos direcionados ao diagnóstico precoce da hanseníase. O objetivo deste estudo é elaborar uma tecnologia de ensino-aprendizagem direcionada aos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos no município de Fortaleza. O estudo será dividido em duas etapas: pesquisa epidemiológica e construção e validação do protocolo. Será realizado um estudo descritivo, do tipo série de casos, com menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no período de 2010 a 2014 no Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM). O trabalho será desenvolvido através da revisão de prontuários e dados cadastrais presentes nas

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-003
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: anevalenka@usp.br

CENTRO DE REFERÊNCIA
NACIONAL EM
DERMATOLOGIA SANITÁRIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE

Pesquisador: NATÁLIA BRAGA HORTENCIO JUCA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50570015.2.3001.5036

Instituição Proponente: Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.476.425

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo série de casos, com menores de 15 anos diagnosticados com hanseníase no período de 2010 a 2014 no Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM). Os dados serão coletados através da revisão de prontuários e dados cadastrais presentes nas fichas de notificação compulsória do SINAN. Essa avaliação servirá de base à construção de um protocolo para o diagnóstico precoce da hanseníase em crianças. Serão convidados profissionais da área da saúde com vivência em saúde da criança e do adolescente e hanseníase para validação do conteúdo do protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar uma tecnologia de ensino-aprendizagem direcionada aos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos no município de Fortaleza.

Objetivos Secundários:

- Analisar a situação epidemiológica da hanseníase em menores de 15 anos, de 2010 a 2014, em Fortaleza;
-
- Elaborar um protocolo para o diagnóstico precoce da hanseníase em menores de 15 anos;-
- Validar o conteúdo deste instrumento.

Endereço: Rua Pedro I, 1033

Bairro: Centro

CEP: 60.035-101

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-8813

Fax: (85)3101-5431

E-mail: infemar.silveira@saude.ce.gov.br