



FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

CAROLINE SARAIVA MACHADO
SUZANA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO
MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PI.**

PARNAÍBA

2019

CAROLINE SARAIVA MACHADO
SUZANA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO
MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP,
como requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Medicina.

Orientadora: Me. Joara Cunha Santos Mendes
Gonçalves Val.

PARNAÍBA

2019

CAROLINE SARAIVA MACHADO
SUZANA BASTOS JÁCOME DE SOUZA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO PERÍODO DE 2013 A 2017 NO
MUNICÍPIO DE PARNAÍBA-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Medicina da FAHESP/IESVAP,
como requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Medicina.

Data da Aprovação: ____/____/____

Prof. Me. Joara Cunha Santos Mendes Gonçalves Val – Presidente
Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP

Prof. Dra. Joyce Bezerra de Pinho - 1º Examinador
Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP

Prof. Me. Francisco das Chagas Candeira Mendes Júnior 2º Examinador
Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba - IESVAP

PARNAÍBA

2019

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

A nossa orientadora, por seu imensurável esforço para garantir nosso melhor êxito.

E nossa família, que são nossa base e sempre proporcionaram durante todo o trabalho afeto, carinho e cuidado nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos manteve com fé e força para conseguir executar o nosso trabalho com êxito.

A faculdade e todo seu corpo docente, que sempre nos auxiliaram quando necessário.

À nossa orientadora, Joara Cunha Santos Mendes Gonçalves Val por toda dedicação e empenho a fim de nos proporcionar o melhor resultado.

Aos nossos pais, por todo amor, ensinamentos e apoio.

E enfim, a todos que contribuíram, seja de forma direta ou indireta, o nosso muito obrigada!

RESUMO

A hanseníase é considerada uma doença crônica e infectocontagiosa, uma das principais causas de incapacidades físicas por conta do seu potencial em provocar lesões neurais, configurando um grande problema na saúde pública. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Parnaíba-PI no período de 2013 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, de natureza quantitativa e caráter descritivo, realizado a partir dos dados obtidos através do Sistema de Notificação de Agravos. Foram coletados os números de casos novos por ano de diagnóstico da doença na população, sexo, faixa etária, classificação operacional (paucibacilar ou multibacilar) e forma clínica apresentada na notificação de casos diagnosticados. Foram registrados 212 novos casos de hanseníase e uma taxa de prevalência de 2,19/ 10.000 habitantes, dos quais 101 eram do gênero masculino e 111 do gênero feminino e com faixa etária de maior incidência compreendida entre 40-49 anos com 44 casos diagnosticados. Em relação à classificação operacional, os casos multibacilar foram prevalentes com 121 casos e com relação à forma clínica da hanseníase, a forma dimorfa foi a mais evidente, com 71 casos. Sendo assim, observa-se que torna necessário investir na estruturação dos serviços de saúde, qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da hanseníase de forma a interromper a cadeia de transmissão da doença, fortalecer ações de vigilância epidemiológica, ampliar e garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento.

Palavras chave: Epidemiologia. Hanseníase. Notificação de Doenças. Perfil de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Leprosy is considered a chronic and infectious disease, a major cause of physical disability because of its potential to cause neural lesions, making it a major public health problem. Thus, the objective of this study was to analyze the epidemiological profile of leprosy in the municipality of Parnaíba-PI from 2013 to 2017. This is a retrospective, cross-sectional epidemiological study of a quantitative nature and descriptive character, based on data obtained the number of new cases per year of diagnosis of the disease in the population, sex, age group, operational classification (paucibacillary or multibacillary) and clinical form presented in the notification of diagnosed cases were collected. There were 212 new cases of leprosy and a prevalence rate of 2.19 / 10,000 inhabitants, of which 101 were male and 111 female, with the highest age range of 40-49 years with 44 diagnosed cases. Regarding operational classification, multibacillary cases were prevalent with 121 cases, and in relation to the clinical form of leprosy, the dimorphic form was the most evident, with 71 cases. Therefore, it is necessary to invest in the structuring of health services, to qualify Primary Health Care professionals to cope with leprosy in order to interrupt the chain of transmission of the disease, strengthen epidemiological surveillance actions, expand and guarantee access to diagnosis and treatment.

Keywords: Epidemiology. Leprosy. Disease Notification. Health Profile. Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4 METODOLOGIA.....	14
4.1 Desenho do Estudo.....	14
4.2 Área do Estudo.....	14
4.3 População de Estudo e Período de Referência	14
4.4 Análise dos Dados	14
5 RESULTADO E ANÁLISE	16
5.1 Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2013 a 2017 no município de Parnaíba-PI	16
5 CONCLUSÃO.....	32
6CRONOGRAMA.....	33
7 ORÇAMENTO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS	37
ANEXO A: Normas para publicação da Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental	38

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*), conhecido como Bacilo de Hansen (BH), o qual possui predileção por acometer células cutâneas e nervosas periféricas. É transmitida por meio das vias aérea superiores e se apresenta por lesões na pele com redução ou ausência de sensibilidade. (FOSS, 1999).

É considerada definição de caso de hanseníase o indivíduo que apresente lesões de pele com alterações de sensibilidade; espessamento de nervos periféricos acompanhado de alteração de sensibilidade e baciloscopia positiva para bacilo de Hansen (BRASIL, 2002). A evolução sem tratamento se dá com lesões de nervos - especialmente em troncos periféricos - que costumam resultar em incapacidades e deformidades, causando prejuízos não apenas econômicos e psicológicos aos portadores, mas também acabam por gerar o preconceito (BRASIL, 2002).

O tratamento do portador da doença é essencial para a sua cura e para a eliminação da fonte de infecção, quebrando a cadeia de transmissão da doença. O controle da hanseníase se baseia na descoberta dos casos de pacientes já doentes, no tratamento regular dos diagnosticados e no exame dos contatos domiciliares desses casos assim como no acompanhamento sistemático dos casos através das Equipes de Saúde da Família, medida considerada fundamental para o controle efetivo (BRASIL, 2007).

A hanseníase apresenta evolução insidiosa e acomete principalmente a população adulta e a detecção de casos em crianças indica a manutenção da endemia e a precocidade da exposição ao bacilo (LANA et al., 2007)

No Brasil, a hanseníase se configura como um grande problema na saúde pública, ainda em 1991, durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde, foi firmado pelo país o compromisso de erradicar a hanseníase até o ano de 2000, deixando-a a um nível inferior de um caso/10.000 habitantes, meta esta que infelizmente não foi alcançada. Dados existentes apontam que o Brasil vem ocupando o segundo lugar no mundo em número de casos de hanseníase e vêm apresentando elevados níveis endêmicos, com diversas distribuições nas diferentes regiões do país. Apresenta uma prevalência considerada alta, com taxa de 4,33 por 10.000 habitantes, só perdendo para Índia, que ocupa o primeiro lugar no mundo, apresentando uma taxa de prevalência 5,25 por 10.000 habitantes (ARAÚJO, 2003).

No Brasil, a doença é heterogênea e reflete nas desigualdades socioeconômicas entre as várias regiões do país. Com isso, os fatores econômicos, sociais, culturais auxiliam na sua

disseminação, tornando-se mais críticos quando associados às más condições sanitárias e baixo nível de escolaridade da população (CORRÊA et al., 2012).

Parnaíba é uma cidade piauiense com aproximadamente 150 mil habitantes o que a torna uma cidade de médio porte (estimativa do IBGE para o ano de 2018 foi de 152.653 habitantes). São 435.573 km² de área total, na região norte do Piauí, a cerca de 370 km de Teresina. O município está ligado às demais cidades pela BR 343 (para Teresina) e BR 402 (para São Luís e Fortaleza), além de contar com a malha de rodovias estaduais e faz fronteira com os municípios de Luís Correia, Bom Princípio do Piauí, Buriti dos Lopes, Ilha Grande do Piauí e Araisos (MA).

Dados epidemiológicos mostram que no estado do Piauí, o município de Parnaíba possui a segunda maior incidência, sendo registrados 44 casos em 2017, de acordo com os dados epidemiológicos do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A detecção de casos indica a manutenção da endemia e a exposição ao bacilo.

Esta pesquisa é importante para Atenção Primária à Saúde, pois pretende contribuir com análise do perfil epidemiológico, fornecendo dados que podem subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal, facilitar identificação, manejo clínico, bem como estratégias para o controle da hanseníase.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase no município de Parnaíba - PI entre o período de 2013 a 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos casos novos por ano de diagnóstico de hanseníase segundo as variáveis, sexo, faixa etária, classificação operacional (paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB)) e forma clínica apresentada na notificação de casos diagnosticados no município de Parnaíba – PI no período de 2013 a 2017;
- Descrever como os dados que tratam do perfil epidemiológico da hanseníase auxiliam na efetivação da promoção e prevenção na Atenção Primária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com o Serviço Nacional de Lepra, a hanseníase é uma doença milenar – conhecida há mais de quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II e ficou conhecida na Índia, China e Japão há mais de 3 mil anos (BRASIL, 1960).

Essa doença sofreu uma carga negativa muito forte, o que prejudicou a aceitação e adesão ao tratamento das pessoas portadoras da hanseníase como é possível verificar no trecho do depoimento do bispo:

“Entretanto, é junto aos hansenianos que a diocese tem intensificado a sua ação. Exatamente, por serem eles não apenas enfermos carentes de assistência médica, mas, também, vítimas do preconceito e da ignorância da sociedade que sente verdadeiro repulso diante do leproso.” (DIOCESE, 1991 apud ALVARENGA *et al.*, 2018, p. 1538:

Segundo o Guia de epidemiologia e serviços de saúde do MS, (2007), a distribuição espacial da hanseníase, baseia-se em dois fatores, naturais e sociais. As premissas naturais que são levadas em conta são: o clima, o relevo, tipos de vegetação e determinados ecossistemas. Os mais propícios ao bacilo constam como os solos úmidos, baixas temperaturas e elevada umidade ambiental. E com relação às premissas sociais, destacam-se condições desfavoráveis de vida como a pobreza, desnutrição, movimentos migratórios. A doença, com frequência, relaciona-se a indicadores como baixa renda familiar ou per capita, baixa escolaridade e falta de condições básicas de saúde, entre outros.

Alguns desses fatores são denominados Determinantes Sociais de saúde e de acordo com a Organização Mundial da Saúde:

Circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças. Estas circunstâncias são configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas. Nesse sentido, as condições de vida estão ‘determinadas’ pelo ‘lugar que cada um ocupa na hierarquia social, isto inclui o grau de vulnerabilidade individual a agravos na saúde e suas consequências. (OMS, 2008 apud TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, p. 374-375).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), a hanseníase é uma doença crônica, infecciosa e contagiosa, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, um bacilo

álcool-ácido resistente, que infecta os nervos periféricos, superficiais da pele e troncos nervosos como na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos, mas que também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.). Se não tratada na forma inicial, a doença quase sempre evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade. Essa progressão ocorre geralmente de forma lenta e gradual, no qual pode levar a incapacidades físicas.

A classificação operacional da hanseníase deve ser feita pelos critérios clínicos que é a forma de diagnóstico (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico). Quando disponível a baciloscopia, o seu resultado positivo classifica o caso como Multibacilar (MB), porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como Paucibacilar (PB). Para os casos diagnosticados o esquema utilizado é o tratamento com poliquimioterapia, que se baseia no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios: PB que são casos com até cinco lesões de pele MB que são os casos com mais de cinco lesões de pele (BRASIL, 2016).

A vigilância epidemiológica possui a função de obter informações atualizadas sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, numa população de uma determinada área geográfica, a fim de que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. Por meio de coleta de dados sobre a doença, processamento dos dados, análise e interpretação dos dados dará as informações sobre o comportamento epidemiológico da doença. Objetivando orientar e avaliar as atividades de controle da doença por meio da recomendação de atividades de controle; promoção das atividades de controle e avaliação das atividades de controle. Visa, também, divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral (BRASIL, 2002).

A busca por casos de hanseníase pode ser feita de modo passivo ou ativo. No caso da passiva, a detecção de hanseníase acontece na própria unidade de saúde durante as suas atividades gerais de atendimento à população. Não há uma busca sistemática de portadores da doença pela equipe da Unidade de Saúde. No modo ativo é feita através da busca sistemática de doentes pela equipe da Unidade de Saúde na investigação epidemiológica de um caso conhecido, na demanda espontânea da população por serviços gerais da unidade de saúde por outros motivos, na mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, e em grupos específicos. (BRASIL, 2002).

Com a epidemiologia sendo feita de forma eficaz como descrita, a chance de detectar os pontos fracos na abordagem dos pacientes de acordo com suas características fica facilitado

e com isso há possibilidade de auxiliar na saúde pública uma vez que a grande problemática envolve as diferenças socioeconômicas, falhas no rastreio e falta de informação da enfermidade para sociedade (BRASIL, 2002).

Sobre as formas clínicas da doença, segundo O Guia de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, são classificadas em: Hanseníase Indeterminada, Hanseníase Tuberculoide, Hanseníase virchowiana e Hanseníase Dimorfa. A hanseníase indeterminada que é a forma inicial e acontece mais em crianças e evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos. Encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade. A hanseníase tuberculoide: forma mais benigna e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas ou única papulosas ou nodulares, de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência). Hanseníase virchowiana (ou lepromatosa): quadro mais grave, decorrente do déficit na imunidade, como há anestesia dos pés e mãos, propícia a ocorrência de traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos). As lesões cutâneas caracterizam-se por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritemato-acastanhada ou ferruginosa. Ocorre comprometimento de troncos nervosos de forma simétrica. Na hanseníase dimorfa (ou Borderline): caracterizada como forma intermediária, as lesões cutâneas apresentam-se como placas, nódulos eritemato acastanhadas, em grande número, com tendência a simetria (BRASIL, 2017b).

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação de medicamentos (poliquimioterapia – PQT) conhecidos como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, e deve ser instituído, após a classificação operacional, pois esse critério que indicará o tratamento adequado. Segundo o MS 2017, o paciente PB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, e tomará 100 mg de Dapsona diariamente (em casa) com o tempo de tratamento de 6 meses. Caso seja necessária a suspensão da Dapsona, ela deverá ser substituída pela Clofazimina 50 mg por dia, e o paciente a tomará também 300 mg uma vez por mês na dose supervisionada. Já o paciente MB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, 100 mg de Dapsona e de 300 mg de Clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente com tempo de tratamento de 12 meses. Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Ofloxacina 400 mg (na dose supervisionada e diariamente) ou pela Minociclina 100 mg (na dose supervisionada e diariamente) (BRASIL, 2017a)

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, de natureza quantitativa e caráter descritivo, realizado a partir dos dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde.

4.2 Área do Estudo

Foi estudada a população do município de Parnaíba, no Estado do Piauí, com 150.201 habitantes, segundo censo do IBGE/2016. O município localiza-se no extremo norte do Estado do Piauí, as margens do Rio Parnaíba, fazendo fronteira com o Estado do Maranhão, e a 350 km de Teresina, capital do Estado do Piauí.

4.3 População de Estudo e Período de Referência

Para traçar o perfil epidemiológico da hanseníase, foram utilizados os dados *online* e de acesso livre dos casos notificados e confirmados de hanseníase dos residentes no município de Parnaíba entre o período de 2013 a 2017. Para atender o objetivo do estudo foram coletados os números de casos novos por ano de diagnóstico da doença na população; sexo, faixa etária, classificação operacional (paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB)) e forma clínica apresentada na notificação de casos diagnosticados.

Os critérios de inclusão foram os casos notificados e de diagnóstico confirmado para hanseníase na cidade de Parnaíba, no período pré-determinado. Os critérios de exclusão foram os casos de notificação que não apresentassem confirmação diagnóstica ou que continham inconsistência dos dados.

Por constituir-se uma pesquisa documental e eletrônica, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para este estudo.

4.4 Análise dos Dados

O indicador utilizado no estudo foi representado pelo coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase calculado com base de 100.000 habitantes. Os cálculos de faixa etária, sexo, classificação operacional e formas clínicas foram expressos em número absoluto.

Os dados foram tabulados no programa TabWin versão 4.14 do Tab para Windows e estruturados no programa EXCEL versão 2007, os quais são apresentados em forma de texto e gráficos.

5 RESULTADO E ANÁLISE

5.1 Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2013 a 2017 no município de Parnaíba-PI

Epidemiological profile of leprosy in the period from 2013 to 2017 in the municipality of Parnaíba-pi

Perfil epidemiológico de lahanseniasisenel período de 2013 a 2017 enelmunicipio de Parnaíba-PI

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Parnaíba no período de 2013 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, de natureza quantitativa e caráter descritivo, realizado a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Doenças Notificáveis. Foram registrados 212 novos casos de hanseníase, com taxa de prevalência de 2,19/ 10.000 habitantes, dos quais 101 eram do gênero masculino e 111 do gênero feminino, com faixa etária de maior incidência entre 40-49 anos com 44 casos diagnosticados. Os multibacilares foram mais prevalentes com 121 casos; e a forma dimorfa foi a mais evidente, com 71 casos. Parnaíba-PI ainda não atingiu as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, havendo a necessidade de melhorar a monitorização e políticas públicas voltadas para esse setor na saúde e uma maior atenção durante abordagem na atenção primária.

DESCRIPTORES: Epidemiologia; Hanseníase; Notificação de Doenças; Perfil de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the epidemiological profile of leprosy in the municipality of Parnaíba from 2013 to 2017. This is a retrospective cross-sectional epidemiological study of a quantitative nature and descriptive character, based on data from the National Information System notifiable diseases. There were 212 new cases of leprosy, with a prevalence rate of 2.19 / 10,000 inhabitants, of which 101 were male and 111 were female, with the highest age group between 40-49 years with 44 diagnosed cases. The multibacillary were more prevalent with 121 cases; and the dimorphic form was the most evident, with 71 cases. Parnaíba-PI has not yet reached the goals established by the World Health Organization, and there is a need to improve public health sector monitoring and policies and greater attention during the primary care approach.

DESCRIPTORS: Disease Notification; Epidemiology; Health Profile; Leprosy; Public Health

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar el perfil epidemiológico de la hanseniasis en el municipio de Parnaíba en el período de 2013 a 2017. Se trata de un estudio epidemiológico retrospectivo, transversal, de naturaleza cuantitativa y carácter descriptivo, realizado a partir de los datos del Sistema Nacional de Informaciones de enfermedades notificables. Se registraron 212 nuevos casos de hanseniasis, con una tasa de prevalencia de 2,19 / 10.000 habitantes, de los cuales 101 eran del género masculino y 111 del género femenino, con rango de edad de mayor incidencia entre 40-49 años con 44 casos diagnosticados. Los multibacilares fueron más prevalentes con 121 casos; y la forma dimorfa fue la más evidente, con 71 casos. Parnaíba-PI aún no alcanzó las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, habiéndole necesidad de mejorar el monitoreo y políticas públicas orientadas hacia ese sector en la salud y una mayor atención durante el abordaje en la atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología; Lepra; Notificación de Enfermedades; perfil de Salud; Salud Pública

INTRODUÇÃO

Importante problema de saúde pública, a hanseníase registrou, de acordo com dados oficiais de 159 países das 6 regiões da OMS, 211.009 novos casos de hanseníase em todo o mundo em 2017⁽¹⁾. Doença crônica e infectocontagiosa, a hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, e se desenvolve lentamente acometendo células cutâneas, nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior e também os olhos, resultando em danos progressivos, como deformidades e incapacidades permanentes, se não tratada^(1, 2).

Considerada dentre as doenças infecciosas uma das principais causas de incapacidades físicas, por causa do seu potencial em causar lesões neurais ⁽³⁾, a hanseníase é provavelmente transmitida por meio das vias aéreas superiores, através de gotículas, do nariz e da boca, durante contatos próximos e frequentes com casos não tratados, muito frequente na convivência familiar^(1, 4), e pode ser classificada como paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), a depender do número de lesões, envolvimento dos nervos e presença comprovada de bacilos em esfregaço cutâneos^(2, 5).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha declarado o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (definida como uma prevalência registrada de menos de um caso por 10.000 pessoas) globalmente nos anos 2000 e em nível nacional na maioria dos países em 2005 ^(6, 7), o Brasil registrou 26.875 novos casos de hanseníase em 2017, representando uma taxa de 12,84 casos a cada 100.000 habitantes. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, apresentando-se como o segundo com maior número de casos registrados no mundo, ficando atrás apenas da Índia que registrou 126.164 novos casos em 2017⁽⁸⁾.

Com vistas a reduzir ainda mais a carga global e local da hanseníase, a OMS lançou a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 cujo propósito é a detecção precoce da hanseníase e o tratamento imediato para evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade, proporcionando além de um componente médico sólido, uma

maior atenção aos aspectos humanos e sociais que influenciam no controle da hanseníase, como por exemplo a redução da discriminação e preconceito com a doença, que podem acarretar negativamente no acesso ao diagnóstico, na continuidade do tratamento, além de afetar as interações sociais ⁽⁵⁾.

A hanseníase é curável e o tratamento está disponível gratuitamente pela OMS e quando fornecido nos estágios iniciais da infecção evita a incapacidade, e consequentemente a discriminação que muitas vezes impede as pessoas de se apresentarem para diagnóstico e tratamento, permanecendo como casos ocultos, contribuindo indiretamente para a transmissão^(6, 7). No Brasil, a doença é heterogênea e reflete nas desigualdades socioeconômicas entre as várias regiões do país. Com isso, os fatores econômicos, sociais, culturais auxiliam na sua disseminação, tornando-se mais críticos quando associados às más condições sanitárias e baixo nível de escolaridade da população ⁽⁸⁾.

A organização dos serviços de saúde é um dos fatores mais importantes no enfrentamento da hanseníase por proporcionar a detecção e o tratamento ⁽⁹⁾ que envolve o uso de múltiplos (dois ou três) medicamentos, com duração e dose dependentes do tipo de hanseníase (PB ou MB) e da idade do paciente (adulto ou criança); além da adoção de estratégias para a prevenção da hanseníase como a vacinação ou o uso de antibióticos profiláticos em pessoas expostas⁽²⁾.

O Estado do Piauí apresentou entre o período de 2013 a 2017 um total de 4.705 novos casos de hanseníase e uma taxa de detecção de 29,39 casos novos por 100.000 habitantes neste mesmo período. Para fins comparativos, o Piauí apresentou em 2017 uma taxa de detecção de 29,95 casos novos por 100.000 habitantes, valor elevado quando comparado a taxa nacional de 12,84 casos a cada 100.000 habitantes^(8, 4).

O Brasil monitora condições notificáveis obrigatórias usando o SINAN (Sistema Nacional de Informações de Doenças Notificáveis) que permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória e para a tomada de decisão no combate e

manejo dessas doenças, principalmente na atenção básica, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de uma área geográfica⁽¹¹⁾.

Diante dos esforços manifestados pela OMS para a busca ativa de casos, diagnóstico precoce, combate e eliminação da hanseníase, do estigma social e discriminação advindos desta doença, esta pesquisa teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Parnaíba-PI no período de 2013 a 2017.

Nesse contexto, ao analisar os dados epidemiológicos do município de Parnaíba, a presente pesquisa torna-se importante ferramenta para Atenção Primária, pois fornece dados que podem ser úteis para facilitar a identificação e manejo da melhor forma de abordar a doença e o doente, além de alertar a sociedade para os setores epidemiológicos em que há uma maior prevalência da hanseníase; e fornecer dados que subsidiarão estratégias para aprimorar a investigação e diagnóstico precoce, e consequentemente reduzir as taxas dessa enfermidade no município de Parnaíba.

METODOLOGIA

Foi estudada a população do município de Parnaíba, no Estado do Piauí, com 150.201 habitantes, segundo censo do IBGE/2016⁽¹²⁾. O município localiza-se no extremo norte do Estado do Piauí, as margens do Rio Parnaíba, fazendo fronteira com o Estado do Maranhão, e a 350 km da capital do Estado do Piauí.

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, transversal, de natureza quantitativa e caráter descritivo, realizado a partir dos dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde.

Para traçar o perfil epidemiológico da hanseníase, foram utilizados os dados *online* e de acesso livre dos casos notificados e confirmados de hanseníase dos residentes no município de Parnaíba entre o período de 2013 a 2017. Para atender o objetivo do estudo foram

coletados os números de casos novos por ano de diagnóstico da doença na população, sexo, faixa etária, classificação operacional (paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB)) e forma clínica apresentada na notificação de casos diagnosticados.

Os critérios de inclusão foram os casos notificados e de diagnóstico confirmado para hanseníase na cidade de Parnaíba, no período escolhido. Os critérios de exclusão foram os casos de notificação que não apresentassem confirmação diagnóstica ou que continham inconsistência dos dados.

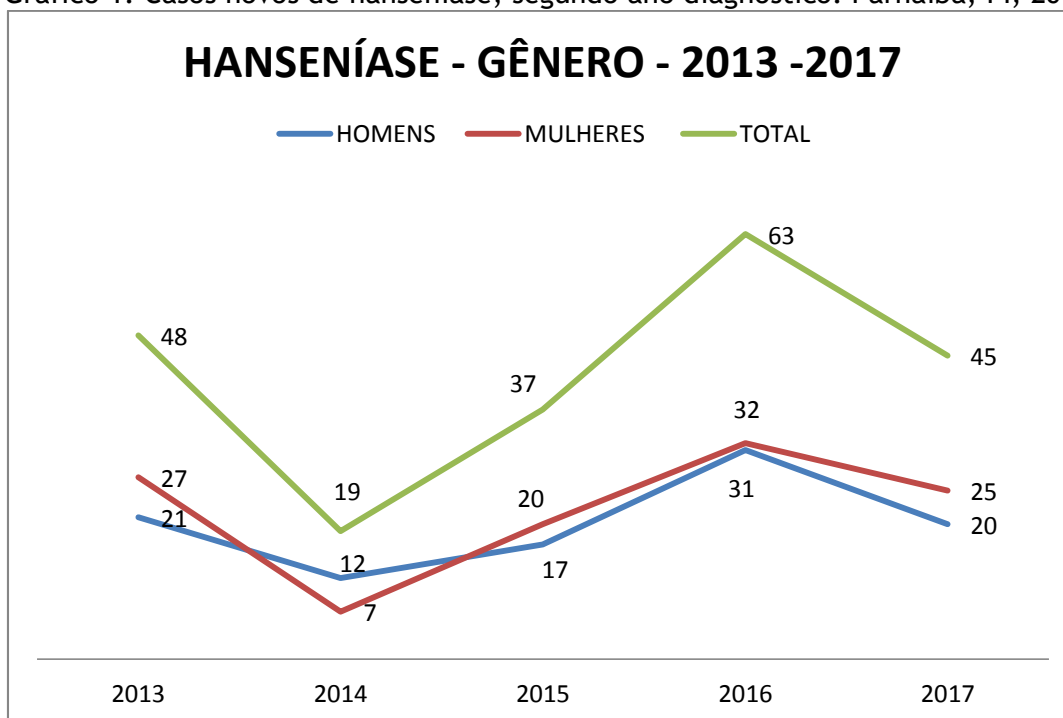
O indicador utilizado no estudo foi representado pelo coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase calculado com base de 100.000 habitantes. Os cálculos de faixa etária, sexo, classificação operacional e formas clínicas foram expressos em número absoluto.

Os dados foram tabulados no programa TabWin versão 4.14 do Tab para Windows e estruturados no programa EXCEL versão 2007, e estruturados no programa EXCEL versão 2000, os quais são apresentados em forma de texto e gráficos. Por constituir-se em uma pesquisa documental e eletrônica, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para este estudo.

RESULTADOS

A partir das informações disponíveis no SINAN, foi possível verificar que entre o período de 2013 a 2017 foram registrados 212 novos casos de hanseníase no município de Parnaíba e uma taxa de prevalência de 2,19/ 10.000 habitantes. No período de tempo analisado não houve uma distribuição homogênea do número de casos novos, com uma média anual de 42 casos, e pico da incidência no ano de 2016 com a notificação de 63 casos diagnosticados. (Gráfico 1).

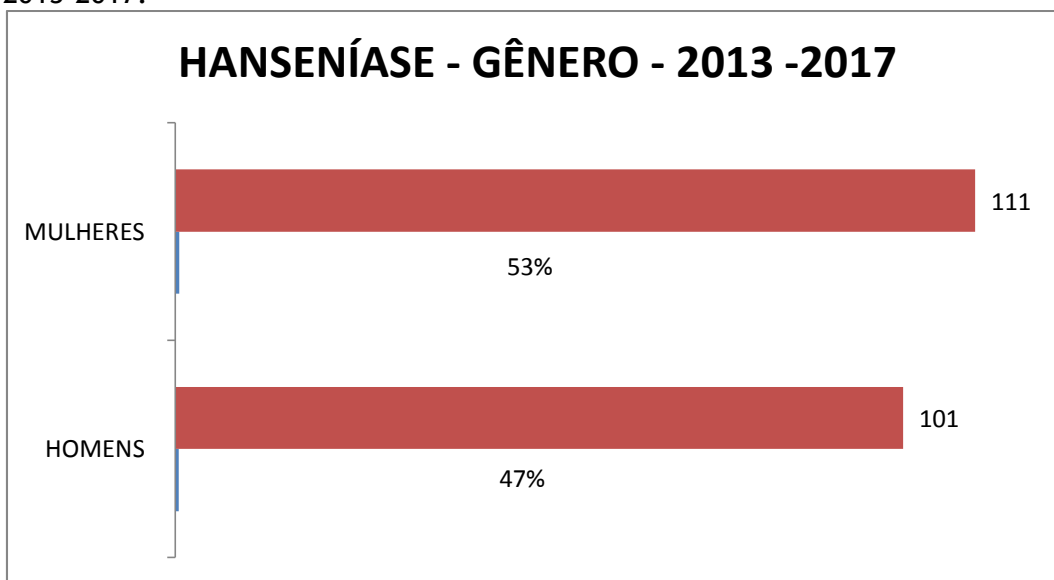
Gráfico 1: Casos novos de hanseníase, segundo ano diagnóstico. Parnaíba, PI, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - 2013 -2017⁽¹³⁾

A análise quanto ao gênero revelou que dos 212 casos novos de hanseníase registrados nesse período, 101 eram do gênero masculino, que corresponde a 47% dos casos notificados; e 111 do gênero feminino, que corresponde a 53% dos casos notificados (Gráfico 2).

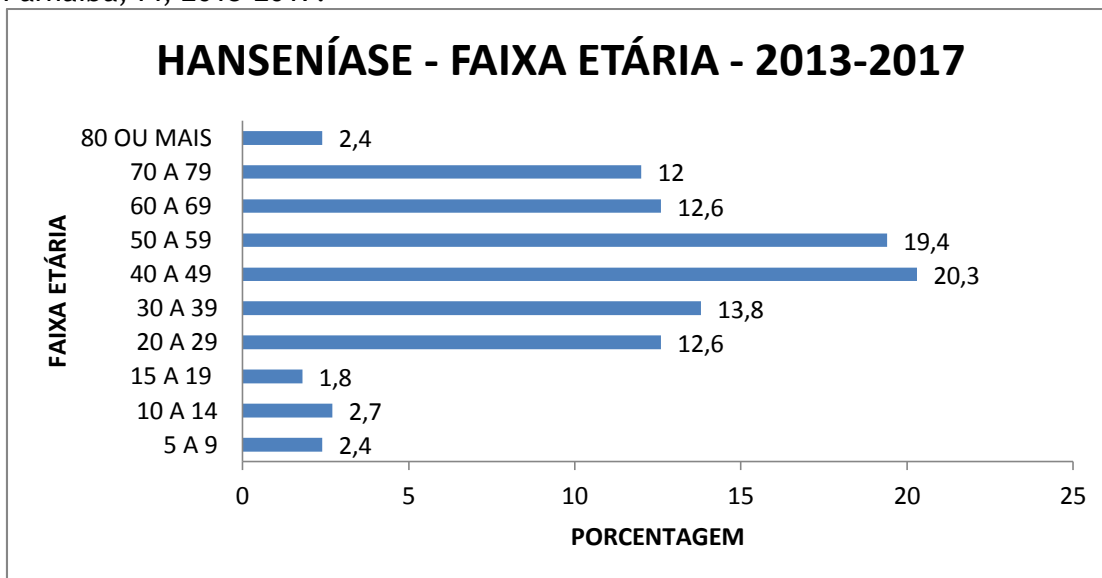
Gráfico 2: Casos novos de hanseníase por gênero, segundo ano diagnóstico. Parnaíba, PI, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - 2013 -2017⁽¹³⁾

A faixa etária de notificação de casos novos variou de 5 a 80 anos ou mais, com maior incidência na faixa etária de 40-49 anos com 44 (20,3%) casos diagnosticados, seguida pela faixa etária 50-59 anos com 41(19,4%) casos diagnosticados e de 30-39 anos com 30 (13,8%) casos diagnosticados para esse intervalo de tempo. Para as crianças com diagnóstico de hanseníase, foram registrados 11 (5,1%) casos novos para a faixa etária de 5 a 14 anos (Gráfico 3).

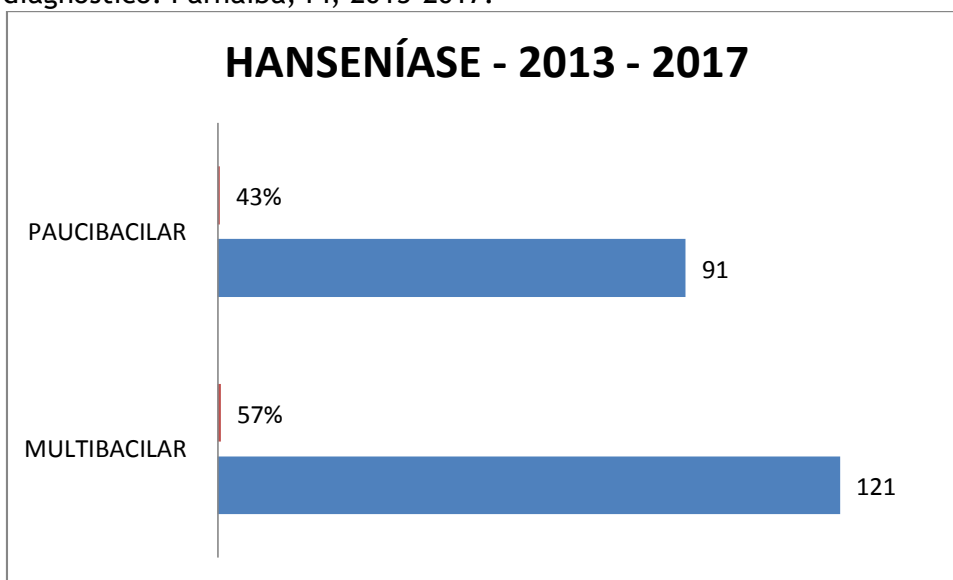
Gráfico 3: Casos novos de hanseníase por faixa etária (13), segundo ano diagnóstico. Parnaíba, PI, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - 2013 -2017⁽¹³⁾

Com relação a classificação operacional, os casos de MB, no qual o paciente apresenta mais de 5 lesões, foram prevalentes com 121 (57%) casos, enquanto que os casos de PB, no qual o paciente apresenta até 5 lesões, foram realizados 91(43%) notificações de casos novos diagnosticados (Gráfico 4).

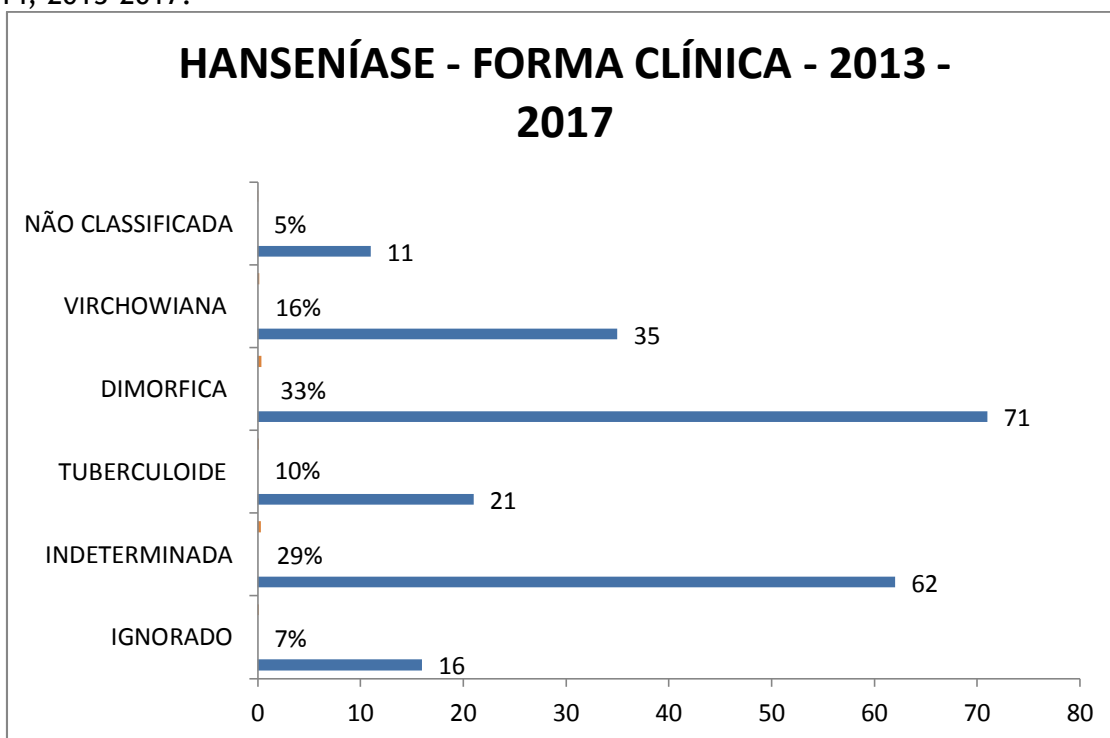
Gráfico 4: Casos novos de hanseníase por classificação operacional, segundo ano diagnóstico. Parnaíba, PI, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - 2013 -2017⁽¹³⁾

Outro aspecto relevante está relacionado à forma clínica da hanseníase no momento da notificação, a forma dimorfa foi a mais evidente, nesses últimos 5 anos, com 71 (33%) casos, seguida da forma indeterminada com 62 (29%) casos, e da formavirchowiana com 35(16%) casos e tuberculóide com 21 (10%) casos; foram contabilizados 16 (7%) casos ignorados e 11 (5%) casos de forma clinica não classificada (Gráfico 5).

Gráfico 5: Casos novos de hanseníase por forma clínica, segundo ano diagnóstico. Parnaíba, PI, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - 2013 -2017⁽¹³⁾

DISCUSSÃO

Diante dos esforços da OMS para a redução da carga global e local da hanseníase, foi possível verificar por meio dessa pesquisa que de forma geral o município de Parnaíba ainda não atingiu o objetivo de Desenvolvimento do Milênio estabelecido pela OMS no ano de 2015, que é registrar no máximo um caso de hanseníase a cada 10.000 habitantes ⁽⁵⁾. Essa situação reflete a incompetência para o controle da doença, verificável também nos

dados referentes ao Estado do Piauí⁽¹³⁾ e a outros municípios do Brasil que apresentam uma taxa de prevalência acima do esperado pela OMS⁽¹⁴⁾.

Ainda que a nível Nacional⁽¹⁵⁾ e Estadual⁽¹⁶⁾, como também em outros estudos ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, a distribuição de casos de hanseníase apresente uma maior porcentagem para o sexo masculino, no município de Parnaíba, foi possível verificar que houve uma porcentagem mais elevada para casos diagnosticados do sexo feminino, corroborando com pesquisas recentemente realizadas ^(14, 20).

A presença desta doença entre as pessoas de sexo masculino pode estar relacionada a uma maior exposição destes indivíduos aos bacilos e a uma baixa procura aos serviços de saúde, atrasando o diagnóstico e elevando o risco para incapacidades ⁽¹⁶⁾, em contrapartida, um aumento da prevalência de hanseníase entre indivíduos do sexo feminino pode estar relacionado a uma busca ativa por assistência em saúde pelas mulheres ainda nas fases iniciais da doença, principalmente nas redes de atenção à família, e também ao aumento do risco de exposição destas, por meio do convívio com pessoas sem tratamento, transmissoras da doença^(14, 16, 20). E por esse motivo, e não por coincidência, o último relatório da OMS orienta para a priorização das ações de combate a hanseníase, voltadas para as mulheres e para as crianças⁽⁵⁾.

Quanto a faixa etária mais acometida, a doença atingiu principalmente, neste município, a população com faixa etária de 30 a 59 anos, corroborando com pesquisas que apontam para o fato de a hanseníase atingir sobretudo a população adulta economicamente ativa⁽¹⁴⁻²⁰⁾, e está relacionado ao fato de o período de incubação do bacilo ser longo, variando de 2 a 7 anos⁽⁴⁾. Segundo o MS ⁽⁴⁾a hanseníase é menos frequente em menores de 15 anos, contudo esta pesquisa revelou que houve um registro considerável de casos novos em menores de 15 anos no município de Parnaíba, o que segundo as pesquisas realizadas^(4, 14, 17, 18) tendem a ocorrer em áreas de maior endemicidade da doença ou quando há casos da doença no domicílio, que não estão em tratamento, facilitando transmissão.

A maior parte dos casos novos no município de Parnaíba foi classificada no diagnóstico como multibacilar (MB), corroborando com resultados encontrados por outros autores ⁽¹⁴⁻¹⁹⁾, e chamando a atenção para o fato de que a forma MB constitui o grupo contagiante devido grande quantidade do *Mycobacterium Leprae* no organismo de doentes sem diagnóstico precoce, aumentando as chances dos contatos dos doentes desenvolverem a doença, contribuindo para a continuidade da cadeia de transmissão ^(4, 14, 16, 17).

Sobre as características epidemiológicas da hanseníase relacionada à forma clínica no município, a forma mais evidente foi a dimorfa (forma instável da doença), assim como evidenciado por outros trabalhos elaborados sobre as características epidemiológicas da hanseníase ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ e consolidando os dados encontrados nesta pesquisa relacionado a quantidade de casos de MB diagnosticados.

CONCLUSÃO

A cidade de Parnaíba-PI, ainda não atingiu as metas estabelecidas pela OMS para a hanseníase com prazo até 2020, logo é evidente que há a necessidade de melhorar a monitorização e políticas públicas voltadas para esse setor na saúde.

Os pontos de alerta ficam com a população economicamente ativa, sabendo que eles apresentam taxas mais elevadas, e por isso necessitam de maior atenção durante o planejamento de medidas de melhoria na erradicação da hanseníase e abordagem da atenção primária na atenção primária.

Ter a hanseníase ainda como uma doença estigmatizadora, nos faz refletir acerca da importância de uma abordagem ampla perante a população, com planejamento em educação com o objetivo de informar, esclarecer e educar a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. [No authors listed]. World Health Organization. Leprosy. [Internet]. 2019. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>

2. [No authors listed]. World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. [Internet]. 2017. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: <http://nlep.nic.in/pdf/WHO%20Guidelines%20for%20leprosy.pdf>
3. Foss, NT. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. Anais Brasileiros de Dermatologia. [Internet]. 1999. [citado 12 jan 2019]; 74 (2):113-19. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/001081733>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 2. [Internet]. 2017. [citado 17 maio 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>
5. [No authors listed]. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016-2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Monitoring and Evaluation Guide. [Internet]. 2017. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225881-por.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
6. [No authors listed]. World Health Organization. OMS publica as primeiras diretrizes oficiais sobre diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase. [Internet]. 2018. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: https://www.who.int/neglected_diseases/news/WHO-to-publish-first-guidelines-on-leprosy-diagnosis/en/
7. [No authors listed]. World Health Organization. Leprosy elimination: What is leprosy? [Internet]. 2019. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/lep/disease/en/>

8. [No authors listed]. World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Leprosy - Number of new leprosy cases. [Internet]. 2018. [citado 16 maio 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1639?lang=en>

9. Corrêa RGCF, Aquino DMC, Caldas AJM, Amaral DKCR, França FS, Mesquita ERBPL. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2012 Fev [citado 10 jan 2019]; 45(1): 89-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000100017&lng=en

10. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2007 Jun [citado 11 jan 2019]; 16(2): 75-84. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200002&lng=pt.

11. Brasil. Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN. [Internet]. 2019 [citado 18 maio 2019]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>

12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas de População, 2017. [Internet]. 2017. [Citado 14 jan 2019]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm

5 CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, a cidade de Parnaíba-PI, ainda não atingiu as metas estabelecidas pela OMS até 2020, logo se verifica a necessidade de melhor monitorização e políticas públicas voltadas para esse setor na saúde.

Os pontos de alertas ficam com a população economicamente ativa, com os casos multibacilares e a forma clínica dimorfa. Sabendo que eles apresentam taxas mais elevadas, são os que necessitam de maior atenção durante o planejamento de medidas de melhoria na erradicação da hanseníase e abordagem da atenção primária nas UBS de Parnaíba. Além disso, atentar para o tratamento adequado, bem como a adesão correta dos pacientes para ser efetuado de forma eficaz.

Outro fator importante é o fato de a hanseníase ser tida como uma doença estigmatizadora, remetendo a outra meta da OMS que consiste na de que nenhum país terá leis que permitam a discriminação por hanseníase. O pouco conhecimento que a população possui dificulta a aceitação, até mesmo dos próprios portadores, que abandonam ou se recusam a realizar o tratamento, além de não admitirem que possuem a doença. É de suma importância que o tema tenha uma abordagem ampla perante a população, que haja um planejamento de uma educação com o intuito de informar, esclarecer e educar essa comunidade.

6 CRONOGRAMA

Etapas	ANO			
	2018		2019	
	1 º sem.	2 ºSem.	1 ºsem.	2 ºSem.
1.Escolha do tema				
2. Revisão bibliográfica	X	X	-	-
3.Definição pesquisa/objetivos	X	-	-	-
4. Elaboração do instrumento de pesquisa/Coleta de dados	-	-	X	-
5. Análise e discussão dos dados	-	-	X	-
6. Elaboração do relatório para de pesquisa	-	-	X	-
7. Exame de Qualificação	-	-	X	X
8. Redação final do TCC	-	X	X	X
9. Defesa	-	-	X	X
10. Redação de artigos	-	-	X	X

7 ORÇAMENTO

Elementos de despesa	Valor específico	Total de unidades	Valor Geral
Equipamentos e materiais permanentes	21,90	1 resma de papel	21,90
Combustível	200,00	1 tanque	200,00
Cópias	0,15	100 cópias	10,00
Encadernação	2,00	7 encadernações	14,00
Valor total			245,9

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A.V.M., *et al.* Hanseníase: da experiência do estigma ao horizonte da cura. Revista **Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. 10 (2), p. 1534-1540, 2018. Acesso em: 13 novembro 2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS181.pdf>

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Uberaba, v.36, n.3, 2003. Acesso em: 25 novembro de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822003000300010&script=sci_abstract&tlng=pt

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Eliminação da Hanseníase. Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase, 2011-2015**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Leprosia. **Manual de leprologia**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1960.

_____. Ministério da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Revista do Sistema Único de Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 2. Brasília: p. 309-40; 2017b. Acesso em 16 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília, 2002.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estimativas de População**, 2017. [Citado 14 jan 2019]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm

CORRÊA, R.G.C.F., *et al.* Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2012 Fev [citado 10 jan 2019]; 45(1): 89-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000100017&lng=en

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 113-19, 1999.

LANA, F. C. F. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, Nov./dez. 2007.

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 75-84. jun. 2007.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuições para o debate do CEBES sobre a 'Determinação Social da Saúde': repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009. Acesso em: 14 de Fevereiro de 2019. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800004.pdf>

WHO. World Health Organization. **OMS publica as primeiras diretrizes oficiais sobre diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase**. Jun2018a. Acesso em: 16 de maio 2019. Disponível em: https://www.who.int/neglected_diseases/news/WHO-to-publish-first-guidelines-on-leprosy-diagnosis/en/

_____. World Health Organization. **Global Health Observatory data repository: Leprosy - Number of new leprosy cases**. Dez2018b. Acesso em: 16 maio 2019. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1639?lang=en>

_____. World Health Organization. **Leprosy elimination: What is leprosy?**. 2019. Acesso em: 16 maio 2019. Disponível em: <https://www.who.int/lep/disease/en/>

ANEXOS

ANEXO A: Normas para publicação da Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental



FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, **, §§, ††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRIPTORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)