

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE ATENDIDOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DO INTERIOR PAULISTA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS CARRIERS OF HANSEN'S DISEASE SEEN BY A HEALTH CARE CENTER IN SÃO PAULO STATE COUNTRYSIDE

DOUGLAS STUANI LOPES^{1*}, ALINE HAGUI², SAMARA MIGUEL DE SOUZA³, HELLEN MYLENE MARTINS DE REZENDE⁴, MAURICIO FARIA MARTIN⁵, NEIDE MARIA DE CASTILHO⁶, SIMONE SHIRASAKI OROSCO⁷

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 2. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 3. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 4. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 5. Médico Generalista. Graduação em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 6. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista, docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE); 7. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Oeste Paulista, graduada em Enfermagem e mestre em Educação pela Universidade do Oeste Paulista.

* Rua Padre João Goetz, 238, apto 33, bloco B, Jardim Cinquentenário, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. CEP: 19061-460. douglasstuani@hotmail.com

Recebido em 19/06/2017. Aceito para publicação em 03/07/2017

RESUMO

A descrição epidemiológica da hanseníase em todos os seus diferentes aspectos corresponde a uma importante forma de contribuição do monitoramento, caracterização da tendência e magnitude da doença, avaliação dos grupos populacionais mais atingidos, fortalecimento da vigilância epidemiológica e, também, como indicador da eficiência dos programas de ação e controle empregados. Desse modo, o objetivo deste estudo foi levantar o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase, atendidos em um Centro de Saúde, no município do interior paulista, no período de 2012 a 2014. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, em que foram revisados os prontuários de 24 pacientes. Foi realizada a análise descritiva dos dados, com indicação de frequência e cálculo percentual. Na análise sociodemográfica dos pacientes com hanseníase deste estudo, observou-se o predomínio de pessoas do sexo masculino e em idade economicamente ativa, cor branca, com primeiro grau incompleto e residente na área urbana. De acordo com a classificação operacional, 50% correspondem a paucibacilares e 50% a multibacilares, e a forma clínica predominante foi a Dimorfa, seguida pela Tuberculóide. Em relação ao grau de incapacidade, 8,3% apresentam grau 2. Entretanto, 79,1% tiveram êxito em seu tratamento chegando à cura. Conclui-se que o perfil epidemiológico da hanseníase do município pesquisado sugere uma redução na prevalência da doença, porém a realização do diagnóstico é tardia.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase, Epidemiologia, prevalência, perfil de saúde.

ABSTRACT

Hansen's disease epidemiological description in all its different

features provides an important contribution for monitoring, characterization of tendency and magnitude of the disease, assessment of population groups mostly affected by it, strengthening of epidemiological health surveillance and, also, effectiveness indicator of action and control programs applied in it. Therefore, this study was carried out to build up the epidemiological profile of Hansen's disease carriers seen by a Health Care Center, located in São Paulo State countryside, from 2012 to 2014. It is an exploratory descriptive study, developed with a quantitative approach, in which one reviewed the medical records of 24 patients. One carried out the descriptive analysis of the available data showing the disease frequency and per cent calculations. In the socio-demographic analysis of Hansen's disease carriers broached in this study, one found out the prevalence of male patients still in their working age, white complexion, grade school not completed, and residents in towns. According to an operational classification, 50% of them were paucibacillary and 50% multibacillary, with a prevailing dimorphous clinical form, followed by the tuberculoid one. Concerning their disability degree, 8.3% have degree 2. However, 79.1% of them were successful in their treatment and managed finally to be healed. One managed to conclude that the epidemiological profile of Hansen's disease within the county at issue suggests its reduction, although it has remained as a late diagnosis.

KEYWORDS: Leprosy, Epidemiology, prevalence, health profile.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos. O *Mycobacterium leprae*

é o seu agente etiológico, caracterizado por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, contamina um grande número de indivíduos, no entanto, poucos adoecem¹. O período de incubação é longo, com duração média de 2 a 7 anos, podendo, em alguns casos, esse período ser de meses ou de mais de 10 anos².

A transmissão é inter-humana e ocorre, em especial, pelas vias aéreas superiores de pacientes com alta carga bacilar³. Entretanto, existe a possibilidade de penetração do microrganismo através da pele, quando esta não se apresenta íntegra^{4,5}. O ser humano é considerado a única fonte de infecção por meio de uma transmissão por contato direto, no entanto, há evidências de que o *Mycobacterium leprae* pode ser transmitido de forma indireta, existindo outros reservatórios fora do corpo humano, sendo eles, o tatu, o macaco mangabeí e o chimpanzé⁶.

A distribuição da hanseníase no Brasil é heterogênea e reproduz as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do país, ou seja, a distribuição da doença confirma que os fatores econômicos, sociais e culturais auxiliam na sua propagação, sobretudo quando associados às más condições sanitárias e ao baixo grau de escolaridade da população. Características específicas como a potencialidade do diagnóstico, a situação territorial associada a fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e migrações populares, seriam responsáveis pela elevada heterogeneidade da doença⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a doença como um problema de saúde pública, especialmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes⁴. No ano de 2011, em todo o mundo, foram detectados 228.474 casos da doença. O Brasil ocupa o segundo lugar em número absoluto de casos (33.955), atrás apenas da Índia, e um coeficiente de prevalência da doença de 1,54/10.000 habitantes, ainda inferior à meta instituída pela OMS^{8,9}.

Em 2011, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o estado de São Paulo registrou 2.001 casos de hanseníase, representando um coeficiente de prevalência de 0,47/10.000 habitantes, considerado dentro dos parâmetros da OMS. No município do interior paulista abordado na pesquisa, que apresenta um total de 23.513 habitantes, a realidade da doença não difere da situação nacional, sendo registrados oito casos de hanseníase em 2014, representando um coeficiente de prevalência de 3,4/10.000 habitantes, considerado inferior à meta estabelecida pela OMS.

A Hanseníase possui um amplo espectro de manifestações clínicas, as quais são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular do hospedeiro ao bacilo¹⁰. Com base nesses dados e de acordo com a classificação de Madri foram determinadas as características e formas clínicas da doença, a saber: a Indeterminada e Tu-

berculoide (formas paucibacilares da doença), e a Dimorfa e Virchowiana, que correspondem às formas multibacilares¹.

A Hanseníase Indeterminada, geralmente é a forma inicial da doença e pode progredir para cura ou para as formas polares (Tuberculoide ou Virchowiana). Caracteriza-se por uma ou mais máculas hipocrômicas com alteração de sensibilidade (hipoestesia ou anestesia) e, geralmente, não há acometimento de troncos nervosos. Na Hanseníase Tuberculoide, as lesões de pele são caracterizadas por máculas ou placas eritematosas, infiltradas, com bordas elevadas e involução central (anulares). Nessa forma clínica pode ocorrer comprometimento de um nervo periférico (mononeuropatia)^{11,12}.

A Hanseníase Dimorfa pode apresentar placas em número variável ou lesões foveolares, que correspondem a lesões de pele extensas e infiltradas, intercaladas com áreas de pele normal. Geralmente apresenta mais de um nervo acometido. Na Hanseníase Virchowiana, a lesão característica é o hansenoma, no entanto, é comum o aparecimento de pápulas, nódulos, com infiltração difusa especialmente na face e nos membros, associado à madarose, xerodermia e alterações oftalmológicas, otorrinolaringológicas e sistêmicas^{11,12}.

Outra forma de classificação é a operacional, adotada pelo Ministério da Saúde, que se baseia no número de lesões cutâneas e norteia o tratamento com a poliquimioterapia. Classifica os doentes em Paucibacilares quando há presença de até cinco lesões cutâneas ou apenas um tronco nervoso acometido e a baciloscopia pode ser negativa, e em Multibacilares quando há presença de mais de cinco lesões cutâneas ou mais de um tronco nervoso acometido e baciloscopia positiva^{2,11,13}.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial e tem como principal linha de escolha a poliquimioterapia (PQT). A OMS recomenda a PQT com Rifampicina e Dapsona por um período de 6 meses para as formas paucibacilares, e para as formas multibacilares a PQT com Rifampicina, Dapsona e Clofazimina por um período de 12 meses.^{1,3,14} O uso desta associação destrói o bacilo e evita a evolução da doença, assim, com o início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida e, se realizada de forma correta, leva à cura e alta para o paciente⁶.

As reações hansênicas são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, e podem causar danos permanentes aos nervos, como também afetar pele e outros órgãos. Acometem cerca de 30 a 50% dos pacientes com Hanseníase e aparecem mais frequentemente no início do tratamento com a PQT, no entanto, podem ocorrer em qualquer fase do curso da doença. São classificadas em Reação do Tipo 1 (Reação Reversa) e Reação do tipo 2 (Eritema Nodoso Hansênico)¹⁵.

A Reação do Tipo 1 corresponde a uma exacerbação da imunidade celular e acomete frequentemente a forma

clínica Dimorfa e mais raramente a Tuberculoide. Normalmente resulta em inflamação e dor nas lesões de pele previamente existentes e aparecimento de novas lesões, associado ou não a neurites. Por outro lado, a Reação do Tipo 2 caracteriza-se pela exacerbação da imunidade humoral e surge principalmente na Hanseníase Virchowiana. Tem como manifestação clínica mais frequente o surgimento de nódulos subcutâneos dolorosos, que podem ser acompanhados de sintomas sistêmicos, bem como neurite, linfadenite, artrite, dactilite, uveíte e orquite^{15,16}.

Entre as doenças transmissíveis, a hanseníase é uma das principais causas de incapacidade física permanente¹⁷. O grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença, que permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos¹⁸. As incapacidades físicas da doença são determinadas por meio do teste de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, e são classificadas e definidas conforme critérios da OMS, em grau 0, 1 e 2¹.

A incapacidade física acomete aproximadamente 23,0% dos pacientes com hanseníase após a alta. A avaliação e o monitoramento do estado em que se encontram os pacientes são essenciais para a preservação da estrutura e função do nervo periférico, contribuindo para a identificação precoce de complicações neurais e incapacidades¹⁰.

A descrição epidemiológica da hanseníase, em todos os seus diferentes aspectos, corresponde a uma importante forma de contribuição do monitoramento, caracterização da tendência e magnitude da doença, avaliação dos grupos populacionais mais atingidos, fortalecimento da vigilância epidemiológica e, também, como indicador da eficiência dos programas de ação e controle empregados. Desse modo, o objetivo do estudo foi levantar o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase, atendidos em um Centro de Saúde, no município do interior paulista, no período de 2012 a 2014.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, em um município do interior de São Paulo, localizado no extremo Oeste Paulista, cuja população totaliza 23.513 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico 2010.

A amostra do estudo foi composta por todos os prontuários dos pacientes atendidos e diagnosticados com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no período compreendido de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, totalizando 24 prontuários.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as informações contidas nas fichas de notificação e investigação da Hanseníase que fazem parte do banco de dados do SINAN, os dados foram cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Como instrumentos para a coleta dos dados, foram utilizados os formulários dos pacientes, contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, escolaridade, residência (zona rural ou urbana), modo de entrada (de que maneira foi identificado: caso novo, recidiva e não identificado), número de lesões (menor que 5 lesões e maior 5 lesões), número de nervos afetados (zero, um, dois, três e não classificado), forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana e ignorado), classificação operacional (paucibacilar/multibacilar), baciloscopia (positiva, negativa e não realizada), grau de incapacidade (zero, um, dois e não classificado), início e forma de tratamento (paucibacilar ou multibacilar).

Após a coleta dos dados, foi realizada a análise descritiva, com indicação de frequência e cálculo percentual. Em seguida, foram apresentados os resultados em forma de textos, tabelas e gráficos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), sob Parecer nº 826.133, obedecendo às diretrizes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Foram registrados 24 casos de hanseníase no período de 2012 a 2014, no município do interior paulista, sendo a maior frequência absoluta de notificações registrada no ano 2012 com 12 casos e a menor em 2013 com 4 casos (Figura 1).

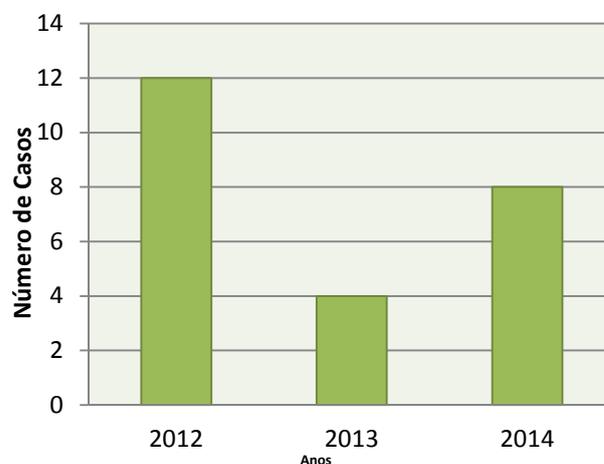


Figura 1. Casos de hanseníase registrados entre 2012 e 2014, no município do interior paulista, SP, 2017. (N = 24)

Quanto ao modo de entrada, isto é, a condição de inscrição do usuário, a maior parte dos pacientes corresponderam a casos novos, representando 95,8%, e apenas 1 caso (4,2%) apresentou-se como recidiva.

No que tange às variáveis sociodemográficas, verificou-se que a maioria era do sexo masculino, residia na zona urbana e a faixa etária prevalente foi de 40-49 anos,

com 33,3% dos casos. A cor branca foi evidenciada em 79,2% dos casos, seguida pela parda com 20,8%. Quanto à escolaridade dos pacientes notificados, a maioria apresentava o 1º grau incompleto, perfazendo 33,3% dos casos. Estes dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes acometidos pela hanseníase no município do interior paulista, SP, 2017 (N = 24)

Variáveis	N	%
Idade		
< 40	2	8,3
40-49	8	33,3
50-59	7	29,2
60-69	3	12,5
> 70	4	16,7
Gênero		
Feminino	7	29,2
Masculino	17	70,8
Raça/cor		
Branca	19	79,2
Parda	5	20,8
Escolaridade		
1º Grau incompleto	8	33,3
1º Grau completo	4	16,7
2º Grau incompleto	4	16,7
2º Grau completo	4	16,7
3º Grau incompleto	1	4,2
3º Grau completo	2	8,3
Analfabeto	1	4,2
Residência		
Urbano	21	87,5
Rural	3	12,5

Ao analisar a quantidade de lesões cutâneas para o diagnóstico, observou-se que 29,2% dos casos apresentavam 5 ou mais lesões, ao passo que a maioria dos casos (70,8%) apresentou menos de 5 lesões. A maioria dos pacientes não possuía nervos afetados, correspondendo a 58,3% dos casos. Dos pacientes notificados pelo município, 50% deles apresentavam baciloscopia positiva e apenas 1 (4,2%) não realizou o exame. A avaliação das incapacidades físicas no momento do diagnóstico revelou que 58,3% dos pacientes apresentavam ausência de incapacidade (grau 0) e 41,7% algum grau de incapacidade, desses 8,2% com incapacidade grau 2. Os dados detalhados estão contidos na Tabela 2.

Com base nos dados coletados, a forma clínica Dimorfa prevaleceu com 41,7% dos casos, seguida pela forma clínica Tuberculoide (33,3%); as formas Indeterminada e Virchowiana representaram um percentual de 12,5% cada uma. Em relação à classificação operacional, observou-se 12 (50%) do tipo paucibacilar e 12 (50%)

multibacilar, dos quais os correspondentes ao tipo paucibacilar foram tratados com 6 doses de poliquimioterapia (PQT) e o tipo multibacilar com 12 doses de PQT (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos casos de hanseníase conforme o número de lesões na pele, número de nervos afetados, baciloscopia e grau de incapacidade no município do interior paulista, SP, 2017 (N = 24)

Variáveis	n	%
Número de lesões na pele		
Menor que 5 lesões	17	70,8
Maior que 5 lesões	7	29,2
Número de nervos afetados		
0	14	58,3
1	9	37,5
>2	0	0,0
Não classificado	1	4,2
Baciloscopia		
Positiva	12	50,0
Negativa	11	45,8
Não realizada	1	4,2
Grau de Incapacidade		
Grau 0	14	58,3
Grau 1	8	33,3
Grau 2	2	8,4
Não classificado	0	0,0

Tabela 3. Distribuição dos casos de hanseníase de acordo com a forma clínica, classificação operacional e esquema terapêutico utilizado no município do interior paulista, SP, 2017 (N = 24)

Variáveis	n	%
Forma Clínica		
Indeterminada	3	12,5
Tuberculoide	8	33,3
Dimorfa	10	41,7
Virchowiana	3	12,5
Classificação Operacional		
Paucibacilar	12	50,0
Multibacilar	12	50,0
Esquema terapêutico utilizado		
Paucibacilar (PQT - 6 doses)	12	50,0
Multibacilar (PQT - 12 doses)	12	50,0

Considerando o tipo de alta que receberam, notou-se a prevalência da categoria de cura, totalizando 19 casos (79,1%), como pode ser observado no Figura 2.



Figura 2. Motivo da alta dos pacientes com hanseníase no município do interior paulista, SP, 2017. (N=24)

4. DISCUSSÃO

O monitoramento dos indicadores operacionais e epidemiológicos da hanseníase permite a verificação de informações sobre o comportamento da endemia com o objetivo de fornecer orientação técnica permanente para os profissionais responsáveis por recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da doença¹⁷.

Na análise sociodemográfica dos pacientes com hanseníase deste estudo, observou-se a predominância de pessoas do sexo masculino e em idade economicamente ativa, cor branca, com primeiro grau incompleto e residente na área urbana.

De acordo com alguns estudos, a hanseníase acomete mais indivíduos do sexo masculino, sendo o risco de exposição determinante dessa diferença. Ainda, o gênero masculino é predominante em âmbito nacional e internacional, destacando a Índia e Indonésia. No entanto, foram encontradas pesquisas que apresentaram predomínio do sexo feminino e, até mesmo, distribuição semelhante da doença em ambos os sexos^{4,5}.

Quanto à faixa etária, a prevalência de população economicamente ativa reflete maiores riscos de comprometimento da dinâmica econômica familiar em razão da doença ser limitante. Além disso, onera o sistema de saúde pública e previdenciário, demonstrando a necessidade de orientações preventivas e terapêuticas com o intuito de minimizar as consequências da doença na vida social e na cadeia produtiva^{19,20}.

A raça branca e a zona de residência urbana foram evidenciadas em alguns estudos como de Melão *et al.* (2011)⁵, realizado em cidades pertencentes ao sul do estado de Santa Catarina e de Carneiro *et al.* (2012)¹⁹, na cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, localizada na região do Vale do Rio Pardo.

A maioria dos pacientes notificados em várias localidades brasileiras, encontrados nos estudos, possui primeiro grau incompleto, destacando que este indicador, em associação a outros fatores sociais, apresenta forte relação com a determinação e ocorrência da hanseníase no Brasil. Assim, sugere-se que os profissionais de saúde estejam atentos para o grau de escolaridade da população do território de abrangência da unidade de saúde ao planejarem as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, com a finalidade de garantir o entendimento da mensagem pela população¹⁷.

Nessa perspectiva, Barbosa *et al.* (2014)²¹ salientam que a baixa escolaridade da população é um reflexo dos aspectos sociais e econômicos precários, que influenciam na transmissão e aumento da doença na população, além de contribuir para dificuldades de adesão ao tratamento.

Informações semelhantes quanto à escolaridade podem ser encontradas no estudo de Sousa *et al.* (2013)²², o qual reforça que a pouca escolaridade e a baixa renda são fatores de risco para o desenvolvimento da hanseníase, havendo comprometimento da qualidade de vida, sobretudo no que tange às relações sociais e à aceitação da doença.

A baciloscopia é um exame de auxílio diagnóstico da hanseníase, na qual é recomendada sua realização, quando disponível, para classificação dos casos paucibacilares e multibacilares, independentemente do número de lesões.² No presente estudo, o teste de baciloscopia apresentou uma boa cobertura, sendo realizado em 95,8% dos pacientes, com identificação de resultado positivo em 50% dos casos.

Com relação à forma clínica, no presente estudo, pode-se observar um predomínio da forma Dimórfica (41,7%) e uma pequena prevalência da forma Indeterminada (12,5%), o que pode demonstrar um atraso do sistema de saúde no diagnóstico nas fases iniciais da doença.

Informações semelhantes foram encontradas nos estudos de Peneluppi *et al.* (2015)²⁰ e Souza *et al.* (2013)²³, em que o percentual da forma Indeterminada foi inferior ao encontrado na forma Dimórfica. Esses autores reforçam que o atraso no diagnóstico da forma Indeterminada é preocupante, pois as formas bacilíferas conhecidas como multibacilares, quando não detectadas precocemente, levam ao acometimento neurológico e ocorrências de lesões incapacitantes por serem fontes de infecção, além de manter a transmissibilidade da doença.

De acordo com Romão e Mazzoni (2013)¹, a avaliação do grau de incapacidade física dos pacientes no momento do diagnóstico é imprescindível, visto que tais incapacidades atuam como geradoras de interferência na vida social, ocasionando traumas psicológicos em seus portadores, em razão do seu poder incapacitante.

A proporção dos casos de Hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico tem sido

uma das formas mais eficazes na avaliação de precocidade do diagnóstico, uma vez que, quanto maior a proporção e a intensidade da incapacidade, mais tardia é a detecção da doença. Para o Ministério da Saúde, os municípios que apresentam menos de 5% dos pacientes com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, são considerados com alta efetividade nas atividades de detecção precoce de casos¹.

No presente estudo, a distribuição dos casos de hanseníase, conforme o grau de incapacidade, revela que 58,3% dos pacientes não apresentaram, no momento do diagnóstico, nenhum grau de incapacidade, e que 41,6% apresentaram algum grau de incapacidade, destes, 8,3% com incapacidade grau 2. Estes dados qualificam o município estudado em uma baixa efetividade nas atividades de detecção precoce de casos de hanseníase, pois apresenta mais de 5% dos pacientes com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico.

Estudos encontrados na literatura apontam para um elevado percentual de casos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidade física nas regiões estudadas^{24,25}. Assim, ressaltam a passividade dos serviços de saúde na implementação de estratégias de prevenção e controle da doença e necessidade de intensificação dessas ações.

Em relação ao esquema terapêutico inicial, para os doentes paucibacilares foram prescritas seis doses de PQT mensais supervisionadas e ministradas em até 9 meses; e para os doentes multibacilares 12 doses mensais supervisionadas e ministradas em até 18 meses, como preconizado pelo Ministério da Saúde². Neste estudo, 50% (12) dos pacientes realizaram tratamento de PQT com 12 doses, o que está de acordo com o predomínio de casos multibacilares na amostra analisada.

No presente estudo, a distribuição dos casos segundo o tipo da alta revela que 79,1% (19) dos pacientes se encaixam na categoria cura. Em um estudo realizado por Souza *et al.* (2013)²³, a porcentagem dos pacientes que obtiveram cura foi de 83,9%, fato que demonstra o comprometimento dos pacientes com a adesão ao esquema terapêutico e, conseqüentemente, a efetividade do tratamento poliquimioterápico²³.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil epidemiológico da hanseníase do município pesquisado sugere uma redução na prevalência da doença, no entanto, a realização do diagnóstico é tardia, identificado pelo número de casos com formas clínicas multibacilares e com grau 2 de incapacidades físicas. Diante desta constatação, verifica-se a necessidade de novos estudos que possam avaliar o programa de assistência ao portador de hanseníase no município, além do processo de trabalho das equipes envolvidas.

REFERÊNCIAS

- [01] Romão ER, Mazzoni AM. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. *Rev Epidemiol Control Infect* 2013; 3(1):22-7.
- [02] Oliveira FFL, Macedo LC. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. *SaBios: Rev Saúde e Biol* 2012; 7(1):45-51.
- [03] Rodrigues LC, Lockwood, DNJ. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis* 2011; 11(6):464-70.
- [04] Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, Neto GTC, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(4):323-7.
- [05] Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011; 44(1):79-84.
- [06] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- [07] Ribeiro Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med* 2012; 10(4):272-7.
- [08] Lastória JC, Abreu MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagn Tratamento* 2012; 17(4):173-9.
- [09] Cunha C, Pedrosa VL, Dias LC, Braga A, Chrusciak-Talhari A, Santos M, et al. A historical overview of leprosy epidemiology and control activities in Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2015; 48(Suppl I): 55-62.
- [10] Araújo AERA, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO, et al. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(4):899-910.
- [11] Eichelmann K, González SEG, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J, et al. Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(7):554-63.
- [12] Moreira SC, Batos CJC, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. *An Bras Dermatol* 2014; 89(1):107-17.
- [13] Cardona-Castro NM, Bedoya-Berrió G. Lepra: enfermedad milenaria y actual. *Iatreia* 2011; 24(1):51-64.
- [14] Kar HK, Gupta R. Treatment of leprosy. *Clin Dermatol* 2015; 33(1):55-65.
- [15] White C, Franco-Paredes C. Leprosy in the 21st Century. *Clin Microbiol Rev* 2015; 28(1):80-94.
- [16] Nova J, Sánchez G. Reacciones por lepra en un centro de referencia nacional en Colombia. *Biomedica* 2013; 33(1):99-106.
- [17] Lanza FM, Cortez DN, Contijo TL, Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. *Rev Enferm UFSM* 2012; 2 (2): 365-74.
- [18] Guerrero MI, Muvdi S, León CI. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una

- cohorta de pacientes en Colombia, 2000–2010. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(2):137-43.
- [19] Carneiro M, Possuelo LG, Valim ARM, Duro LN. Situação endêmica da hanseníase em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol Control Infect* 2012; 2(1):10-3.
- [20] Peneluppi LS, Moreira MAM, Tosta TJG, Bellato HR, Olivato GB, Ribeiro CSC. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade do sul de Minas Gerais no período de nove anos: estudo retrospectivo. *Rev Ciências Saúde* 2015; 5(4):20-7.
- [21] Barbosa DRM, Araújo AA, Damaceno JCF, Almeida MG, Santos AG. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. *Rev Rede Cuid Saúde* 2014; 8(1):1-12.
- [22] Sousa AA, Oliveira FJF, Costa ACPJ, Neto MS, Cavalcante EFO, Ferreira AGN. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. *SANARE* 2013; 12(1):6-12.
- [23] Souza VB, Silva MRF, Silva LMSS, Torres RAM, Gomes KWL, Fernandes MC, et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um centro de saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde* 2013; 26(1):110-6.
- [24] Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery* 2011; 15(1):62-7.
- [25] Crespo MJI, Gonçalves A, Padovani CR. Hanseníase: pauci e multibacilares estão sendo diferentes? *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47(1):43-50.