



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011

Reinaldo Cicílio Dos Santos Filho

Salvador (Bahia)

Outubro, 2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011

Reinaldo Cicílio Dos Santos Filho

Professor-orientador: Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

Monografia de conclusão do componente curricular MED-B60, do currículo médico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia)

Outubro, 2012

Monografia: **Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011**

Reinaldo Cicílio Dos Santos Filho
Professor-orientador: Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

- Liliane Elze Falcão Lins Kusterer (Presidente), Profa da FMB-UFBA
- Marco Rêgo, Professor da FMB-UFBA.
- Rita Rêgo, Professora da FMB-UFBA

Salvador (Bahia)

Outubro 2012

RESUMO

A hanseníase ainda se faz presente no Brasil em nível endêmico, sendo considerado um problema de Saúde Pública. O Brasil já chegou a ocupar o primeiro lugar no ranking da OMS, com uma média de 4,52 casos para cada 10.000 habitantes, seguido pela Índia com um índice de 3,2 casos para cada 10.000 habitantes. Este trabalho objetiva conhecer o perfil clínico epidemiológico da hanseníase no município de Irecê, no período de 2001 a 2011. A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de uma série de casos notificados de hanseníase. Todos os dados foram coletados junto à vigilância epidemiológica do município, sendo a população deste estudo composta por todos os indivíduos, portadores da hanseníase, que foram atendidos na primeira consulta no município no período. No período do estudo foram registrados 204 casos novos dentre os quais 106 homens (51,96%). A faixa etária predominante foi de 35 a 49 anos com 68 casos (33%). Nos casos clinicamente classificados, houve uma predominância da forma dimorfa (14,7 %) seguida pela tuberculóide (12,2%). Houve oscilação da incidência durante o período de análise, permanecendo na maioria das vezes acima da meta da OMS, ou seja, com coeficiente de detecção maior que um para cada 10.000 habitantes. O presente trabalho mostrou que o município de Irecê ainda apresenta um alto coeficiente de detecção de casos novos com períodos hiperendêmicos. A implantação das Unidades de Saúde da Família pode ter contribuído para redução da incidência da hanseníase, uma vez que essa descentralização de ações facilita o acesso do usuário à unidade para o diagnóstico e tratamento. Desta forma, a ampliação da rede de diagnóstico juntamente com as práticas educativas parecem ser as ações mais emergentes a serem postas em prática para que se possa realizar diagnósticos precoces e, por conseguinte, proporcionar a intervenção curativa antes da instalação das incapacidades.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
1.1 Objetivos	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Hanseníase	10
3 METODOLOGIA	22
3.1 Desenho do Estudo	22
3.2 Local do Estudo	22
3.3 População e Amostra	23
3.4 Coleta de Dados	23
3.5 Variáveis do Estudo	23
3.6 Análise dos Dados.....	24
3.7 Análise crítica dos riscos e dos benefícios.....	24
4 ANÁLISE E DISCURSSÃO DOS RESULTADOS	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
6 REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Embora date de tempos remotos, a hanseníase ainda se faz presente no Brasil em nível endêmico, a ponto de ser considerada um problema de Saúde Pública, sendo muitas as medidas implementadas pelo Ministério da Saúde para a eliminação da mesma. Segundo Andrade *et al.*, (1996), a meta para eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública foi adotada até o ano 2000, estabelecendo-se como objetivo, em termos de coeficiente de prevalência, sua redução para valor abaixo de um caso para cada 10.000 habitantes.

Entretanto, tal meta não foi atingida uma vez que o Brasil apresentava em 2000 um total de 41.070 casos de hanseníase, o equivalente a uma prevalência de 4,28 casos por 10.000 habitantes. Esta prevalência que corresponde a um coeficiente mais de quatro vezes maior que o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e um coeficiente de detecção de casos novos (incidência), de 2,12 casos para cada 10.000 habitantes. Ciente do não cumprimento da meta em 1999, o Brasil firmou com a OMS e seus países membros, o plano para a Eliminação da Hanseníase até 2005 durante a III Conferência Mundial de Eliminação da Hanseníase, em Abdjan, na Costa do Marfim (BRASIL, 2002).

Este foi mais um dos planejamentos que o Brasil não alcançou. Com o intuito de reduzir ainda mais os valores de incidência e prevalência da doença e reparar as questões não resolvidas no Plano de Eliminação, a Organização Mundial de Saúde lançou a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase proposta para 2006-2010(MIRANZI *et al.*, 2010).

Mesmo com o desenvolvimento das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, a prevalência de hanseníase no país ainda é muito alta. O Brasil chegou a ocupar o primeiro lugar em taxa de prevalência com uma média de 4,52 casos para cada 10.000 habitantes, seguido pela Índia com um coeficiente de 3,2 casos para cada 10.000 habitantes (RADIS, 2004). A prevalência no Brasil é inegavelmente alta, contudo é válido ressaltar que esse primeiro lugar se deve, em parte, à metodologia utilizada pela OMS, que difere da adotada pelo Brasil.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2001) o período para tratamento com a poliquimioterapia (PQT) é de seis meses para paucibacilares e doze meses para multibacilares. O paciente um ano depois do início do tratamento é considerado curado, independente de avaliação. Dessa forma, se o paciente abandonar o tratamento, mesmo assim, será considerado curado.

Entretanto, se esses procedimentos fossem adotados no Brasil certamente o coeficiente de prevalência teria um declínio significativo, já que, ainda se tem a prática, por parte de alguns pacientes, de abandono de tratamento após melhora do quadro. Além disso, deve se levar em conta que o tratamento também pode passar de um ano, existindo a possibilidade de uma série de fatores não serem analisados pela OMS.

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada de 219.826 novos casos da doença no mundo. Nestes casos, os países com maior prevalência de Hanseníase eram Brasil, Índia, Madagascar, Mianmar, Nepal, Tanzânia e Moçambique. O Brasil respondia por 80% de todas as notificações na América Latina, sendo a segunda área mais endêmica no mundo, depois da Índia (PENNA *et al.*, 2008).

Embora possa ter ocorrido um aumento no coeficiente de detecção da hanseníase e a redução da prevalência da doença, medidas preventivas são necessárias. Se, por um lado, a introdução da poliquimioterapia (PQT) trouxe consigo a possibilidade de curar pacientes

portadores da doença, por outro lado, não houve o impacto esperado para diminuição das fontes de infecção (PENNA *et al.*, 2008).

No Brasil, a distribuição da doença não é homogênea, já que há regiões onde o agravo pode ser considerado eliminado, pois tem taxa de detecção anual menor que 1 para 10.000 habitantes. Como exemplo da heterogeneidade, a taxa de casos novos na região Norte em 2005 foi de 5,6 casos por 10.000 habitantes, enquanto que no sul do Brasil foi registrada uma taxa de apenas 0,7/10, 000 (NUNES, 2008). Em 2007, a incidência no Brasil alcançou o valor de 21,08/100.000 habitantes e o coeficiente de prevalência de 21,94/100.000 habitantes (ALVES, 2011)

Utilizando ferramentas clássicas da Vigilância Epidemiológica, a SESAB visa desenvolver ações importantes, dentre elas, o exame dos contatos para tentar quebrar o ciclo de transmissão da patologia. Dentre outras ações importantes, a transmissão de informações sobre a doença torna a população mais esclarecida sobre que medidas preventivas devem ser adotadas e, de certa forma, contribuem para diminuir o preconceito que se tem imbuído com a hanseníase.

A cidade de Irecê teve, por um longo período, a centralização das atividades de atendimento da hanseníase no Centro de Referência Regional de Dermatologia Sanitária e Tisiologia de Irecê. Este fato, certamente, dificultava o acesso do usuário ao serviço e contribuía para a não aderência ao tratamento, ou abandono do mesmo. De igual forma, o comparecimento na Unidade quando o indivíduo já apresentava incapacidades, o que é característico no diagnóstico tardio, dificultou a visita da Unidade de Saúde aos contatos domiciliares que poderiam já estar contaminados, continuando a disseminar a doença.

Com a municipalização da saúde e o processo de implantação das Unidades de Saúde da Família (USF), as ações foram descentralizadas em 16 USF. Esta descentralização fortaleceu a

Atenção Básica e melhorou o acesso do usuário ao serviço, sendo os pacientes atendidos no seu próprio município.

Em 2011, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), sendo que sua primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores. As contratualizações devem ser firmadas entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. Um dos indicadores a ser contratualizados é a detecção precoce de casos novos e acompanhamento dos pacientes com hanseníase. (BRASIL, 2011).

Dessa forma, traçando o perfil epidemiológico da doença no município, teremos um norte para a descentralização das ações, de forma a facilitar o acesso do usuário ao serviço, diminuindo o abandono do tratamento, e possibilitando diagnósticos precoces.

Quanto ao interesse pelo assunto, o mesmo surgiu ao se detectar que nas Unidades de Saúde de Irecê, pacientes após terem o diagnóstico de hanseníase confirmado, se recusavam a fazer o tratamento, por não aceitarem aquele diagnóstico. De igual forma, a observação de outros casos em que os funcionários da Unidade de Saúde levavam a medicação na casa do paciente, para evitar que amigos e vizinhos chegassem a tomar conhecimento da doença.

Além disso, contribuiu para tal escolha, a observação do trabalho diário da Vigilância Epidemiológica do Município de Lapão na região de Irecê na detecção de hanseníase. Pôde-se observar as características das pessoas que eram atendidas no serviço, as deformidades físicas que a doença deixava, o incômodo que a terapia causava na vida sexual dos homens, além da escuta dos relatos de experiência nos quais os paciente referiam a discriminação pela qual passavam, chegando o ponto de serem demitidos do emprego, além de perder amigos e

namorados (as). Apesar da existência de tratamento e da possibilidade de cura, muitas pessoas desconheciam a doença, o tratamento e formas de transmissão. O fato da população não ter conhecimento de que a doença não é transmitida após o início do tratamento, juntamente com outros fatores, determina o preconceito aos pacientes portadores do mal de Hansen em pleno século XXI.

Por ser a hanseníase uma doença de prevalência relativamente alta no Brasil, e que causa a estigmatização de portadores, muito provavelmente pelas incapacidades físicas que a doença pode causar, acredita-se que o conhecimento do perfil clínico epidemiológico desta patologia em determinada região possibilite a implementação de medidas para eliminar o agravo.

Assim, o presente trabalho se justifica porque possibilita a construção de ferramentas que mostram a distribuição da patologia na cidade, e possibilita um norte para a descentralização das ações desenvolvidas pelo Programa de Combate a Hanseníase. Essa descentralização é possível com a implantação das Unidades de Saúde da Família, que se caracteriza por trabalhar com uma população adscrita, estando o número de famílias limitado a 1.000 e o de pessoas a 4.000, facilitando portanto o acesso ao serviço. De posse desse perfil certamente as práticas a serem desenvolvidas, no que se refere a hanseníase, podem obter um maior êxito.

A presente proposta de investigação apresenta como questão de estudo: qual o perfil clínico-epidemiológico da hanseníase na cidade de Irecê no período de 2001 a 2011?

1.1 Objetivos

Geral

Conhecer o perfil clínico- epidemiológico da hanseníase no município de Irecê no período de 2001 a 2011.

Específicos

Identificar a incidência da hanseníase no município de Irecê, no período de 2001 a 2011.

Relacionar variáveis clínico-epidemiológicas como: idade, sexo, forma clínica, grau de incapacidade, modo de saída, modo de descoberta e Baciloscopia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Suas referências mais remotas datam de 600 A.C, procedendo da Ásia que juntamente com a África podem ser consideradas como o berço da doença (BRASIL, 2009).

A hanseníase é influenciada por fatores genéticos do hospedeiro, fatores ambientais, como o estado nutricional, vacinação com BCG e taxa de exposição ao *M. leprae* ou outras micobactérias. A resposta imune é de fundamental importância para a defesa do organismo frente à exposição ao bacilo. A doença se caracteriza por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade (MENDONÇA *et al.*, 2008).

No Brasil, a doença se mantém em patamares elevados a ponto de se constituir um problema de saúde pública, conforme pode ser observado na tabela abaixo:

TABELA 1

Número de casos e taxa de detecção de hanseníase, Brasil, 1980-2006.

Ano	Casos novos notificados	Taxa por 100.000 habitantes
1980	14.515	12.1963463
1981	17.133	14.1414873
1982	16.994	13.7298371
1983	18.798	14.8714411
1984	18.854	14.6126066
1985	19.265	14.6346905
1986	18.476	13.7645888
1987	19.685	14.3916462
1988	26.578	19.0824047
1989	27.837	19.6429519
1990	28.482	19.7667087
1991	30.094	20.4964431
1992	33.396	22.4610402
1993	34.251	22.5994895
1994	33.190	21.590297
1995	36.263	23.2720226
1996	40.505	25.7878385
1997	45.125	28.2673808
1998	42.444	26.2339775
1999	42.389	25.8552381
2000	41.305	24.3257962
2001	44.609	25.8774251
2002	47.506	27.2033456
2003	49.026	27.7176838
2004	49.366	27.5621207
2005	49.506	26.8785454
2006	46.535	24.9155899

O bacilo causador da doença é eliminado pelas vias aéreas superiores, que constitui também a porta de entrada para a infecção. A transmissão geralmente ocorre no espaço domiciliar (FINE, 1992). Por tal razão, faz-se necessário o esclarecimento dos contatos domiciliares para que se possa quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão, sendo os pacientes multibacilares a principal fonte de infecção. Embora a doença acometa os dois sexos, a literatura relata uma predominância da mesma no sexo masculino em uma relação de dois para um (BRASIL, 2002 p. 350).

O diagnóstico da doença pode ser clínico, onde se investiga a presença de manchas sem sensibilidade na pele, além da investigação da lesão de nervos. De acordo com as manifestações clínicas, a bacterioscopia e a histopatologia, a doença pode ser classificada em indeterminada,

tuberculóide, virchowiana e dimorfa. Já em termos operacionais, a classificação é paucibacilar e multibacilar (ROUQUAYROL, 2003).

A classificação operacional da doença ajuda na escolha do seu tratamento, sendo que os pacientes hansênicos paucibacilares apresentam um quadro clínico menos acentuado que os multibacilares. Segundo o Ministério da Saúde, a paucibacilar apresenta até cinco lesões de pele insensíveis aos estímulos, estando inclusas as formas clínicas indeterminada e tuberculóide que são negativas à baciloscopia. No caso da multibacilar, estão presentes mais de cinco lesões, englobando as formas virchowiana e dimorfa. Em se tratando da dimorfa, esta pode apresentar uma baciloscopia positiva ou negativa, variando, portanto, entre cada caso, enquanto a virchowiana é positiva ao exame baciloscópico (BRASIL, 2009).

A baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico da hanseníase, é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado, realizando-se um raspado de tecido dérmico nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. O material coletado é submetido ao método de coloração de Ziehl-Neelsen, sendo o resultado apresentado sob a forma de índice baciloscópico (ARAUJO, 2003).

As lesões da forma clínica indeterminada surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos, apresentando um período de incubação longo. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Esta forma cursa sem comprometimento de troncos nervosos, apenas de músculos e de nervos cutâneos. Esta condição é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após

período de tempo, que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica caso não seja tratada (ARAÚJO, 2003).

Na forma clínica tuberculóide encontram-se lesões em número reduzido bem delimitadas, anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, podendo apresentar descamação das bordas. Observam-se, ainda, a variedade infantil e a forma neural pura.

A variedade infantil manifesta em crianças através do contato intradomiciliar com portadores de formas bacilíferas, localizado-se principalmente em face. Sua manifestação pode ocorrer em forma de nódulos, placas, lesões tricofitóides ou sarcoídicas. Na forma neural pura, as lesões cutâneas não se fazem presentes (ARAÚJO, 2003).

A forma virchoviana é caracterizada por representar o pólo de baixa resistência dentro do espectro imunológico da doença. Manifesta-se nos indivíduos que apresentam imunidade deprimida para o *Mycobacterium leprae*. A forma virchoviana pode ocorrer desde o início da infecção ou evoluir a partir da forma indeterminada. Sua evolução crônica caracteriza-se por:

[...] infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pelos nesse local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento nervoso ocorre nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos (ARAÚJO 2003, p.15).

Já a dimorfa é caracterizada por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele se revelam numerosas e a sua morfologia mescla aspectos da forma virchowiana e tuberculóide, podendo haver predominância ora de um, ora de outro tipo. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares). Quando numerosas, são chamadas de lesões “em renda ou queijo suíço”. As lesões neurais são precoces e, com frequência, levam a incapacidades físicas (ARAÚJO, 2003).

No momento do diagnóstico, deve-se atentar para o grau de incapacidade física apresentado pelo paciente. Esta observância permite a adoção de atividades de prevenção e de tratamento de tais incapacidades avaliadas a partir de exame neurológico. Cabe salientar que essas incapacidades físicas merecem especial atenção porque refletem na vida econômica e social dos portadores de hanseníase (BRASIL, 2009). Uma vez que por vergonha, ou até mesmo por preconceito do grupo no qual o indivíduo se encontra inserido, a prática de pedir demissão como a de ser demitido se faz presente no cotidiano dos portadores do mal de Hansen, acarretando então mudanças do perfil econômico dessa população.

Além da deformidade física, característica própria da doença, a falta de informações sobre o seu modo de transmissão, controle ou cura, somada ao medo da exclusão social que acompanha os hansenianos por longo período contribuíram para que a hanseníase se tornasse uma doença temida.

E esse reflexo econômico e social se dá na medida em que o paciente de hanseníase muda seu ritmo de vida devido, em parte, aos preconceitos que esse enfrenta na sociedade, alterando a dinâmica do trabalho, e outros acabam por esconder a doença. De acordo com Carrasco e Queiroz (1995), no que se refere ao meio social e de trabalho do paciente, a atitude de encobrir a hanseníase é generalizada. É comum, por conta do preconceito, que o início do tratamento seja retardado pelo próprio portador da doença. Este fato certamente contribui para manutenção da cadeia de transmissão da doença tanto no ambiente familiar como no próprio local de trabalho.

O diagnóstico, quando realizado de forma precoce, contribui para a implementação de medidas que possibilitam a prevenção das incapacidades físicas geradas pela doença. O diagnóstico clínico da hanseníase ainda é atividade fundamental nos programas de controle desta endemia, e o seu esclarecimento na fase pré-clínica poderia causar grande impacto no controle da endemia, podendo a meta de eliminação da doença ser mais rapidamente alcançada (BRASIL *et al.*, 2003).

O treinamento adequado da equipe médica pode contribuir para o diagnóstico precoce da doença. Dentre as metas mais importantes no combate da hanseníase, está a introdução da poliquimioterapia que se constitui por uma associação de drogas. Nos últimos vinte anos, a ampliação da cobertura da poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS) para tratar os pacientes de hanseníase mudou drasticamente a situação da doença como problema de Saúde Pública (OPAS/OMS, 2003). Após a introdução da poliquimioterapia, o tratamento da doença passou a ser eminentemente ambulatorial e é indispensável, para a cura do doente, fechar a cadeia de transmissão para eliminar a hanseníase enquanto problema de Saúde Pública.

No caso de paucibacilares, o tratamento consta da associação de rifampicina e dapsona, sendo seis doses mensais supervisionadas de rifampicina que pode ser tomada até nove meses, após o início do tratamento. Após um abandono de até três meses o tratamento ainda pode ser retomado, sendo considerado curado o paciente que completa o esquema, ainda que apresente seqüelas da doença. Já no caso dos multibacilares, associa-se aos medicamentos já citados a clofazimina, sendo doze doses mensais supervisionadas de rifampicina que podem ser tomadas em intervalo de dezoito meses, considerando as irregularidades do paciente ao serviço (BRASIL, 2009).

A rifampicina é considerada a primeira droga a ser utilizada no combate ao *Micobacterium leprae* oferecendo um resultado mais rápido. Esta medicação possui uma boa absorção oral e geralmente seus efeitos adversos são raros (SILVA, 1998).

É necessário chamar a atenção de que para a OMS o tratamento de paucibacilares tem duração de seis meses, ao passo que o de multibacilares doze meses (OPAS/OMS, 2001). Este fato traz implicações para os valores de prevalência já que os pacientes em que o tempo de tratamento ultrapassar seis meses ou um ano, a depender do caso, seriam considerados curados de acordo com a OMS. Ressalta-se que no Brasil esses casos são registrados como ativos, apesar de inativos para a OMS.

Muitas vezes, pacientes submetidos ao tratamento, ainda que de forma regular, podem apresentar as chamadas reações hansênicas e, nesse caso, ficam submetidos ao uso de outras drogas após o término do tratamento padrão com as drogas já referidas. Nesses casos é feito o uso geralmente de talidomida, ou predinisona. A primeira é pouco utilizada em mulheres na idade fértil por tratar-se de uma droga teratogênica capaz de causar malformações fetais. Já a segunda quando utilizada, em período prolongado no tratamento das reações hansênicas, pode causar impotência no sexo masculino.

Estas reações podem ser do tipo I e II, o tipo I são eventos que se seguem a um desenvolvimento súbito de imunidade celular, considerado um direcionamento transitório do paciente para o pólo tuberculóide. Sua apresentação pode variar segundo a forma clínica do paciente. Comumente, observa-se reativação das lesões preexistentes ou aparecimento, em áreas anteriormente não comprometidas, de novas lesões, apresentando eritema e infiltração. Ocorre a formação de uma placa de superfície lisa, brilhante e de aspecto edemaciado, que pode envolver com descamação de toda a lesão e hiperpigmentação residual. A duração do quadro reacional pode variar de semanas a meses (NERY *et al.*, 2006).

As ações para a eliminação da hanseníase devem estar voltadas para uma descentralização de forma a facilitar o acesso do usuário ao serviço e propiciar a redução do nível endêmico da doença no Brasil. A inserção de equipes como as do PSF, PACS e todas as Unidades do SUS facilitará o acesso universal ao diagnóstico e tratamento.

Assim, de acordo com a Secretária de Saúde do Estado:

[...]a estratégia adotada pelo Brasil para atingir a referida meta, fundamenta-se na ampliação da rede de diagnóstico e atenção ao paciente, através da descentralização destas ações para a rede básica de serviços de saúde e na mobilização social, visando o aumento da detecção de casos novos (SESAB, 2005 p.9).

Dentre as medidas a serem implementadas no Programa de Eliminação da Hanseníase, é recomendada a busca ativa na população em geral de áreas de alta prevalência, a partir de cinco casos por 10 mil habitantes, na profilaxia da hanseníase (FIGUEIREDO E SILVA, 2003 p. 05).

Tendo em vista a prática de omitir a doença, por parte de alguns doentes, e o não esclarecimento da população, certamente, a referida medida poderá contribuir para diminuição da endemia, uma vez que essa busca possibilitará o encontro dos doentes e dos contatos.

Esses contatos devem ser investigados quanto a presença da cicatriz da vacina BCG, e se necessário for, deverão ser imunizados com duas doses da vacina no intervalo de seis meses. A ênfase nas ações educativas, aliadas a melhor oferta de serviços de saúde com acesso facilitado e com resolutividade, ainda se constitui na principal arma disponível para controle da hanseníase (RÍMOLI *et al.*, 2003).

E para implantação de tais medidas o perfil epidemiológico da doença, evidenciando a distribuição desta na região, contribui de forma significativa conforme se observa no texto a seguir:

[...] estudo da epidemiologia da hanseníase mostra que a correta interpretação dos resultados obtidos a partir da análise de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de detecção, prevalência, e outros, determinam quais os fatores estão produzindo ou podem produzir impacto na população de risco (ANDRADE *et al.* 1996, p.24).

Dentre os indicadores epidemiológicos, ressalta-se a incidência, já que esta permite estimar a força de transmissão da doença, além de avaliar os impactos das ações de controle sobre a transmissão. Esse coeficiente reflete a eficácia das ações desenvolvidas para a descoberta de novos casos (ANDRADE *et al.*, 1996). Dessa forma, constitui-se em boa ferramenta a ser utilizada na avaliação das ações estabelecidas, além de orientar os gestores de saúde na implementação de medidas que contribuam para a eliminação do agravo, uma vez que a especificidade desse coeficiente pode mostrar a forma como a patologia se apresenta em determinado espaço e grupo.

A hanseníase hoje é prevalente nos países mais pobres, especificamente nos estratos de população menos favorecida. É desconhecida a real influência de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e malária) e infecções prévias por outras micobactérias (ARAÚJO, 2003).

Assim, os coeficientes de detecção específicos como sexo, idade, forma clínica, indicam por se só os riscos aos quais determinado grupo está exposto (ANDRADE *et al.*, 1996). Isso possibilita uma intervenção mais direcionada, facilitando desta forma a obtenção de resultados satisfatórios. A exemplo disso, como no texto a seguir, a literatura relata que há predominantemente uma concentração no sexo masculino e atribui tal fato à mobilidade social que é conferida ao homem na sociedade.

[...] os homens são mais freqüentemente acometidos pela hanseníase, talvez em decorrência de uma maior mobilidade social. Em situações onde as mulheres vêm apresentando uma mobilidade social progressivamente maior, em decorrência da inserção no mercado de trabalho, como é o caso de algumas áreas urbanas do Brasil, têm-se encontrado coeficientes de detecção semelhantes [...] (ANDRADE *et al.*, 1996. p.28).

O conhecimento destes dados, possibilita a adoção metas pelos gestores, de que visem trabalhar a redução desta patologia no grupo no qual ela aparece de forma mais expressiva, ainda que este apresente uma maior mobilidade. Bons indicadores epidemiológicos são necessários uma vez que a distribuição da hanseníase não se dá de forma uniforme, já que há uma tendência dos casos se concentrarem nos espaços. Dessa forma, há uma exposição a risco diferenciado com relação ao adoecer.

Nota-se, portanto, uma necessidade de planejamento das intervenções de forma a direcionar as ações para as áreas que apresentam uma maior concentração dos casos.

Epidemiologicamente, o Brasil apresenta um nível endêmico da doença, porém como a sua distribuição é desigual nas regiões, esta oscila desde coeficientes baixos até hiperendêmicos.

Durante o ano de 2002, o Brasil estava com um nível hiperendêmico, uma vez que apresentava um coeficiente de prevalência de 4,45 casos por 10.000 habitantes, sendo na época o país com maior coeficiente na América Latina. O Brasil se posicionava entre os 12 países que não conseguiram vencer o nível endêmico de 1985, quando 122 países conseguiram êxito (OPAS/OMS, 2003).

Por sua vez, no estado da Bahia, segundo estudo realizado em registros oficiais, no estado da Bahia a taxa de detecção para o período de 1987 a 1997 apresentou um crescimento de 93,3%, de 0,64 por 10.000 habitantes a 1,24 para cada 10.000, representando um incremento médio de 7 a 8% ao ano (BAHIA, 2002).

Para se enquadrar nos padrões regidos pela OMS, uma série de ações devem ser desenvolvidas, inclusive intervenções que visem a educação em saúde, o que provavelmente auxiliará na redução da discriminação pela qual passam os portadores da doença. É notório que embora o preconceito esteja menos acentuado, este ainda se faz presente em vários momentos na vida do doente, trazendo implicações como a demissão do trabalho, o afastamento de amigos dentre outras ocorrências. Para Oliveira *et al.* (1999), o que se percebe é que:

[...]apesar dos esforços no sentido de reduzir a conotação negativa da doença, há ainda um conjunto de imagens e idéias acerca da hanseníase, representada pela sociedade, como uma doença estigmatizante, fazendo com que seus portadores ocultem seu problema afim de não serem discriminados pela sociedade (OLIVEIRA *et al.*, p 86).

Ainda sobre esse aspecto, Carrasco e Queiroz (1995) acrescentam que os portadores com sinais mais pronunciados da doença, como manchas em partes visíveis do corpo ou deformidades físicas sofrem um estigma bem mais pronunciado. Nos últimos tempos tem se trabalhado mais informações sobre a hanseníase, procurando informar para conscientizar a população e de certa

forma diminuir o preconceito. Entretanto, em países como a Índia, ainda hoje, para um indivíduo portador da doença, não há alternativa a não ser o abandono do emprego, a separação da família e a exclusão da sociedade pelo estigma social (CARRASCO e QUEIROZ, 1995, p.6).

É importante salientar que a transmissão da doença não se dá mais após o início do tratamento, e a mesma tem cura a partir de um tratamento com a poliquimioterapia que pode causar algumas reações nos pacientes. Sobre este aspecto Carrasco e Queiroz (1995) afirmam que para as famílias de classe social mais baixa, e menor grau de instrução, torna-se estranho que um tratamento que causa indisposições e mal estar possa ao mesmo tempo promover a cura da doença.

O fato da hanseníase estar mais concentrada nas camadas sociais menos privilegiadas também contribui para a disseminação da doença, visto que os portadores podem esconder que tem a doença, além de se omitirem ao tratamento, por desconhecimento, ou por medo. De acordo com Claro (1995), o ocultamento da doença, juntamente com a recusa do tratamento médico, é um acontecimento frequente devido ao estigma, preconceitos e falta de conhecimento em torno de sua manifestação. O fator econômico social é considerado por alguns autores como uma causa predisponente da hanseníase (HELENE e SALUM, 2002).

Esses fatos devem ser observados pelos gestores e profissionais de saúde, devendo os mesmos envolver as camadas da sociedade na luta contra a endemia na tentativa de reduzir o preconceito. Para tal, a educação em saúde se faz necessária porque contribui com a formação de agentes multiplicadores da informação. Nesse plano, o Ministério da Saúde propõe que:

O processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente ou de seus representantes, dos familiares e da comunidade, nas decisões que lhe digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento de incapacidades físicas, no combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social.[...] (BRASIL, 2002, p.380).

Quando tais medidas forem de fato implantadas, certamente a eliminação da hanseníase no Brasil poderá se efetuar e, para isso, há a necessidade de maior participação por parte da sociedade.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de série de casos.

3.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado com os dados obtidos na vigilância epidemiológica do município de Irecê. Este faz parte da chapada setentrional, estando localizada à margem da BA 052, distando 478 Km da capital, fazendo limites com João Dourado, Presidente Dutra, São Gabriel e Lapão. . Quanto aos aspectos populacionais, a cidade apresentava em 2010, data do último censo, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 66.400 habitantes . (IBGE, 2010).

O município de Irecê responde pela gestão plena da saúde dos munícipes, conta com 16 Unidades de Saúde da Família em funcionamento e um centro de especialidades médicas. A descentralização do atendimento para USF's pode ter contribuído para melhoria do acesso dos pacientes hansenicos, já que este é diagnosticado e tratado na USF's, e por conseguinte para melhores indicadores de saúde.

3.3 População e Amostra

A população para estudo consta de todos os indivíduos portadores da hanseníase, que foram atendidos em Irecê com registro na vigilância epidemiológica, no período de 2001 a 2011.

3.4 Coleta de Dados e variáveis

Os dados foram coletados na vigilância epidemiológica através do acesso as fichas de notificação e acompanhamento dos casos. As principais variáveis foram o grau de incapacidade no momento do diagnóstico, forma clínica da doença, modo de saída do usuário do serviço, modo de entrada, idade, sexo e resultado da baciloscopia, sendo que para tal coleta foi confeccionada uma ficha de investigação que consta dos dados acima referidos.

3.5 Variáveis do Estudo

Tendo em vista as características do estudo, foi necessária a utilização de variáveis, que de acordo com Gil (1996) podem ser definidos como tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo os casos particulares ou as condições circunstanciais.

Assim, para o presente estudo, utilizaram-se as variáveis: idade, sexo, grau de incapacidade no momento do diagnóstico, modo de entrada do usuário no serviço, modo de saída do usuário do serviço, forma clínica da doença e baciloscopia.

3.6 Análise dos Dados

Para tabulação dos dados, foi utilizado o software SPSS, no qual foi realizado o cruzamento entre variáveis para relacioná-las. Desta forma, foi avaliado a associação da forma clínica *versus* o grau de incapacidade no momento do diagnóstico, forma clínica *versus* baciloscopia, modo de entrada *versus* forma clínica.

3.7 Análise crítica dos riscos e benefícios

Para desenvolver a presente pesquisa foram considerados os aspectos éticos norteados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que rege os princípios a serem observados na pesquisa com seres humanos, atentando-se desta forma para princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES com o número de aprovação 19/2012.

A presente pesquisa foi realizada com análise de dados coletados pela vigilância epidemiológica, tendo o pesquisador acesso ao banco de dados do Sistema de Notificação de Agravos (SINAN).

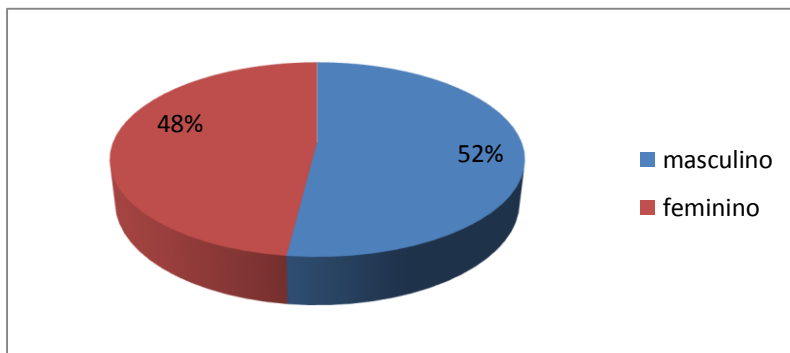
Como já abordado anteriormente, este estudo apresenta como benefícios a possibilidade de estimar a força de transmissão da Hanseníase e avaliar os impactos das ações que estão sendo implementadas para reduzi-la, além de permitir que novas diretrizes sejam traçadas nos cuidados dos indivíduos portadores, assim como na prevenção da doença.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo permitiram traçar o perfil clínico epidemiológico da hanseníase no município de Irecê no período proposto. No que diz respeito ao sexo, dos 204 casos novos registrados no período, 106 são do sexo masculino (51,96%) e 98 (48,04%) feminino (gráfico 1), diferindo assim do que é expressado pelo Ministério da Saúde que espera uma concentração de casos no sexo masculino com proporção de dois para um (BRASIL, 2002). Entretanto, tal fato corrobora a ideia de Andrade *et al.* (1996) que relatam que nas situações em que a mobilidade social da mulher é maior, como nas áreas urbanas, em decorrência da inserção no mercado de trabalho, têm-se encontrado coeficientes de detecção semelhantes em ambos os sexos. Assim, estes achados podem ser explicados pela mudança na dinâmica da vida da mulher, que passa a estar exposta a fatores de risco tanto quanto o homem.

Em se tratando da distribuição da doença por gênero, o resultado encontrado foi semelhante ao observado por Gomes *et al.* (2005) em estudo realizado em um centro de referência do Ceará, onde dos 967 casos que deram entrada no mesmo, durante o ano de 2004 , 483 (49,95%) eram homens e 484 (50,05%), mulheres.

Gráfico 1 Distribuição dos pacientes hansênicos por sexo em Irecê-BA, 2001 a 2011.



As faixas etárias com maior expressão foram as de 35 a 49 anos com 68 casos (33,3%), 50 a 64 que apresentou 65 casos (31,9%) por cento e a de 20 a 34 com 34 casos (16,7%). O resultado encontrado se explica, em parte, pela maior mobilidade social a que estão expostos os indivíduos inclusos nessas faixas (ANDRADE *et al.*,1996)

Observa-se, ainda, o registro de um caso na faixa etária entre 5 e 9 anos. Tendo em vista que o período de incubação da doença varia de uma média de dois a sete anos, este indivíduo pode ter sido exposto ao fator de risco de forma bem precoce, já que esta doença tem um longo período de incubação.

Tabela 1 Distribuição dos pacientes com hanseníase por faixa etária em Irecê no período de 2001 a 2011.

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	
	n	%
05- 09	01	0,49
10- 14	06	2,94
15- 19	08	3,92
20- 34	34	16,67
35-49	68	33,33
50- 64	65	31,86
65- 79	22	10,78
TOTAL	204	100,0

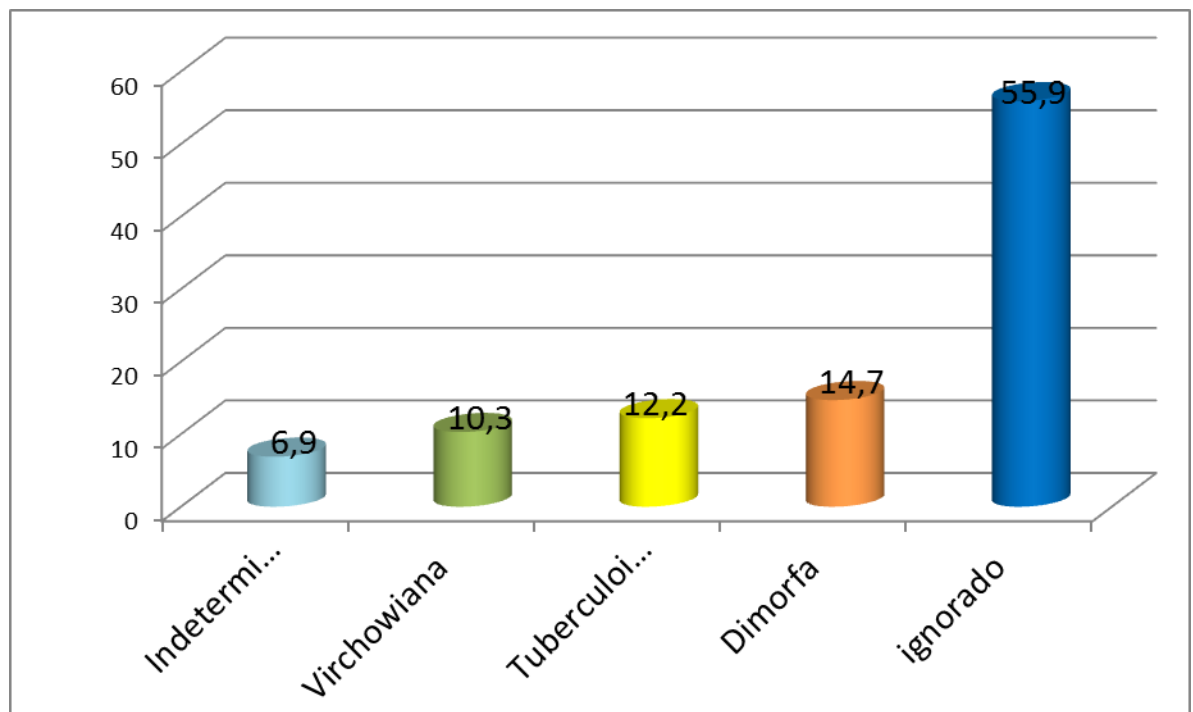
Fonte: sinan net/ vigilância Epidemiológica Municipal

Em 114 casos (55,9%) não houve uma classificação quanto à forma clínica, ficando este item nas fichas de notificação como ignorado. Tal ocorrência reflete uma falha na sistematização da assistência ao portador de hanseníase, principalmente por parte dos profissionais médicos que são responsáveis por diagnosticar a doença, bem como classificá-la. Esta classificação, quando possível, deve ser realizada quanto a forma clínica e quanto ao modo operacional, sendo este último utilizado para determinar o tempo de uso da poliquimioterapia no tratamento. Conhecer a classificação quanto a forma clínica é fundamental, pois sabe-se que as formas virchoviana e dimorfa respondem pela maior parte da transmissão, já que são consideradas multibacilares.

Dentre os casos nos quais a classificação clínica foi realizada, notou-se que 30 (14,7%) eram da forma dimorfa, seguido pela tuberculóide com 25 (12,2%), da virchoviana com 21 (10,3%) e da indeterminada com 14 (6,9%) conforme pode ser observado no gráfico 2. Nota-se,

de forma geral, uma maior proporção de casos entre os multibacilares, o que é preocupante porque atinge uma faixa etária economicamente ativa, além de responder por uma maior transmissão da doença. Dessa forma, é evidente a necessidade de intensificar as práticas de educação em saúde, exame de contatos e busca ativa nos abandonos de tratamento para tentar quebrar a cadeia de transmissão.

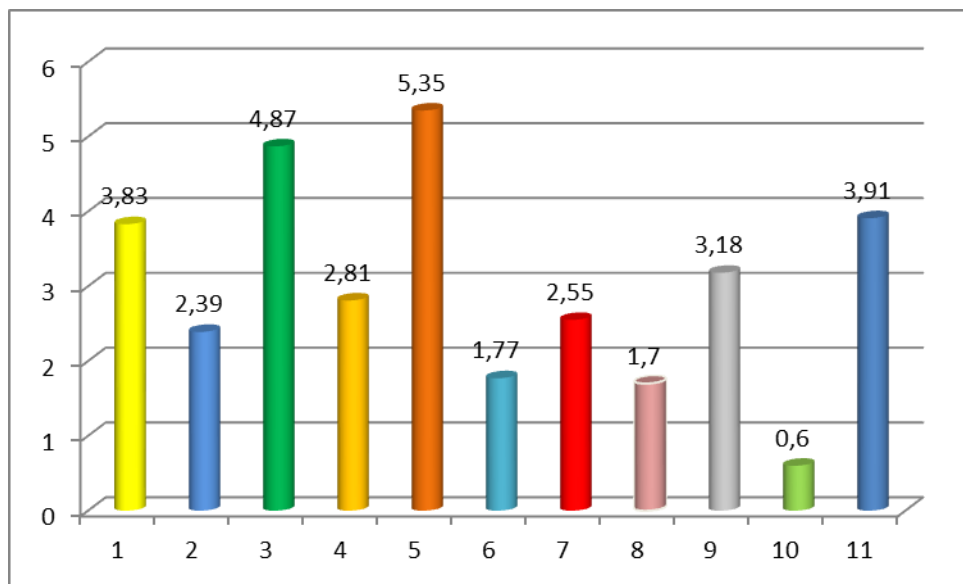
Gráfico 2 Distribuição do percentual de pacientes com hanseníase por forma clínica em Irecê, 2001 a 2011.



No que se refere à incidência, houve uma oscilação da mesma durante todo o período em análise, permanecendo na maioria das vezes bem acima das metas da OMS, ou seja, apresentando coeficiente de detecção maior que 1 para cada 10.000 habitantes. Assim, a incidência no ano de 2003 e 2005 de 4,87 e 5,35 casos, respectivamente, para cada dez mil habitantes corresponde a um valor de detecção de casos novos hiperendêmico. Já nos anos de 2001 e 2009, apresentou um

valor muito alto de 3,83 e 3,18 casos, respectivamente um valor muito alto. Estando apenas o ano de 2010, dentre a série analisada, com valor médio segundo os parâmetros preconizados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). De acordo com o CENEPI uma determinada região é considerada hiperendêmica quando seu coeficiente de detecção de casos novos é maior que 04 para 10000 habitantes. A classificação como muito alta se dá quando este coeficiente de detecção está entre a faixa de 02 a 3,9; alta, para intervalo entre 01 e 1,9; médio, de 0,2 a 0,9; e baixo quando esta incidência é menor que 0,2, tomando como referência em todos os casos, um total de 10.000 habitantes (FIGUEIREDO e SILVA, 2003).

Gráfico 3 Distribuição da incidência de hanseníase no município de Irecê 2001 a 2011 para 10.000hab



A maioria dos coeficientes, exceto no ano de 2010, está maior que o registrado no estado da Bahia no mesmo período, onde houve uma oscilação, no coeficiente de detecção de casos novos, no cenário baiano entre 1,7 e 2,88 para cada 10.000 habitantes (IDB, 2010). Mesmo com a implantação das Unidades de Saúde da Família no município há um longo período, ainda não se percebeu mudanças significativas na implementação de medidas para eliminação desta patologia

e, mesmo apresentado declínios acentuados em alguns anos, o plano para eliminação da hanseníase no município de Irecê ainda está difícil de ser alcançado.

Com o término da centralização no centro de referência, houve contribuição para uma maior adesão ao tratamento, de forma a caminhar em direção a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Entretanto, é necessário o treinamento por parte dos membros das novas equipes de Unidade de Saúde da Família para fazer a identificação precoce dos casos, o que acarretará em uma queda dos números de incapacidades geradas por esta patologia.

Quanto ao grau de incapacidade apresentado no momento do diagnóstico, 45 (19,6%) apresentava incapacidade (tabela 2), sendo que destes 40 eram grau I, 05 grau II, estando a forma multibacilífera dimorfa responsável por 20 casos de incapacidade, sendo equivalente a 44,4% das incapacidades. A forma também multibacilífera virchoviana, foi diagnosticada em 15 casos (33,3%), respondendo assim juntamente com a dimorfa por 77,8% das incapacidades. Estes valores refletem na clínica, no tratamento, bem como na dinâmica de vida de seus portadores, uma vez que todos devem receber um tratamento com duração 12 a 18 meses. Por ser um período de tempo grande, este fato pode contribuir para o abandono do tratamento assim que o indivíduo melhora o quadro clínico. Estas incapacidades podem contribuir para que o indivíduo falte o serviço, ou seja, vítimas de preconceitos, como exposto anteriormente (CARRASCO e QUEIROZ, 1995).

Uma percentagem elevada de pacientes apresentavam incapacidade no momento do diagnóstico, refletindo em um diagnóstico tardio da doença. Há a necessidade de se ampliar a rede de diagnóstico para que se possa fazer a detecção precoce da doença e, conseqüentemente, reduzir o número incapacidades físicas. Como as incapacidades são decorrentes de diagnósticos tardios, é preciso investir em ações de cunho educativo a fim de informar os indivíduos sobre a

hanseníase. É possível que a falta de conhecimento do indivíduo a respeito da patologia seja responsável pela procura tardia por um serviço de saúde.

Tabela 2 Distribuição dos pacientes com hanseníase conforme a forma clínica e grau de incapacidade em Irecê 2001 a 2011.

FORMA CLÍNICA	GRAU DE INCAPACIDADE									
	0		1		2		3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indeterminada	11	5,4	03	1,5	00	00	00	00	14	6,9
Tuberculóide	18	8,8	07	3,4	00	00	00	00	25	12,2
Virchowiana	06	2,9	12	5,9	03	1,5	00	00	21	10,3
Dimorfa	10	4,9	18	8,9	02	1,0	00	00	30	14,7
Ignorado	114	55,9	00	00	00	00	00	00	114	55,9
Total	159	77,9	40	19,6	05	2,5	00	00	204	100,0

Fonte: sinan net/ Vigilância Epidemiológica Municipal

Quanto ao exame de baciloscopia (tabela 3), 170 (83,4%) não realizaram o mesmo e por isso tiveram o campo preenchido na ficha de notificação como ignorado. Pode-se observar que a esmagadora maioria dos pacientes atendidos neste serviço não teve acesso a esta importante ferramenta de diagnóstico contribuindo muitas vezes até para a dificuldade de classificação da forma clínica da doença. Dentre os que realizaram baciloscopia 15 (44,11%) conferiram resultado negativo, ao passo que 70 (55,89%) foram positivos. Dentre os negativos, 05 (33,3%) foram das formas clínicas paucibacilares, ao passo que 07(46,7%), da forma dimorfa, corroborando assim com o relato do Ministério da Saúde de que os paucibacilares são negativos ao exame de baciloscopia ao passo que na forma dimorfa a baciloscopia pode ser tanto positiva quanto negativa. Dentre os pacientes de baciloscopia positiva, 14 (73,7%) foram da forma multibacilar virchowiana que apresenta sempre baciloscopia positiva e 05 (26,3%) foram da forma dimorfa.

Ressalta-se aqui que a forma dimorfa, apesar de ser eminentemente negativa, por ser multibacilar, responde junto com a virchowiana pela maior parte da transmissão da doença e que o resultado de baciloscopia negativo não exclui o diagnóstico.

Tabela 3 Distribuição dos pacientes com hanseníase por forma clínica e baciloscopia em Irecê 2001 a 2011.

FORMA CLÍNICA	BACILOSCOPIA							
	Positivo		Negativo		ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Indeterminada	00	00	02	1,0	12	5,9	14	6,9
Tuberculóide	00	00	03	1,4	22	10,8	25	12,2
Virchowiana	14	6,9	00	00	07	3,4	21	10,3
Dimorfa	05	2,4	07	3,4	18	8,8	30	14,7
Ignorado	00	00	03	1,4	111	54,4	114	55,9
Total	19	9,3	15	7,2	170	83,4	204	100,0

Fonte: sinan net/ Vigilância Epidemiológica Municipal

E em relação ao modo de entrada do usuário no serviço, há um predomínio acentuado de casos novos 187 (91,7%), sendo o restante dos casos recidivas da doença. Dentre os casos novos, 38 (20,3%) apresentavam incapacidade no momento do diagnóstico, ao passo que nos casos de recidiva, 07 (41,2%) tiveram incapacidade detectada.

Assim, estas incapacidades são decorrentes do diagnóstico tardio e por um maior período de transmissão aos seus comunicantes antes do início da poliquimioterapia.

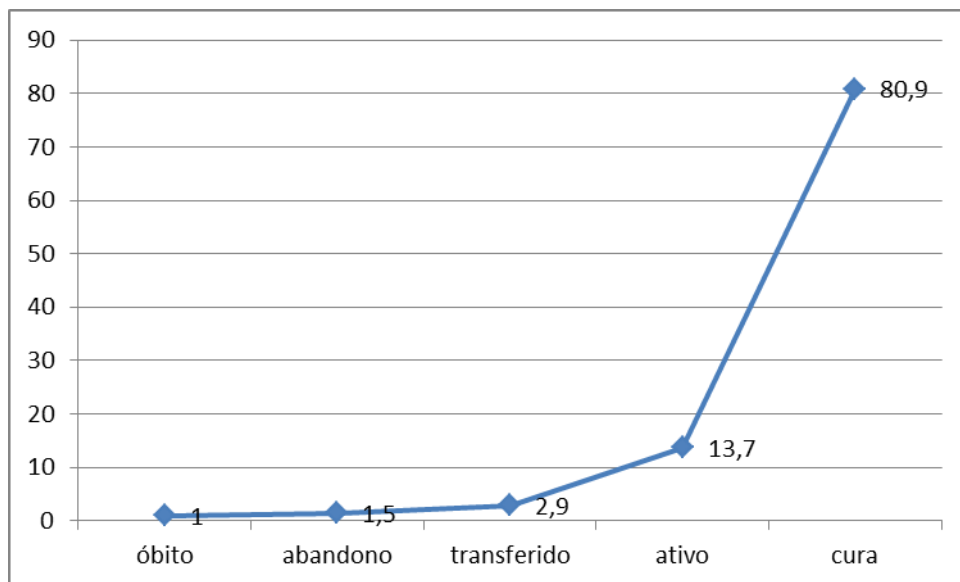
Tabela 4 Distribuição dos pacientes com hanseníase por modo de entrada e grau de incapacidade em Irecê 2001 a 2011.

MODO DE ENTRADA	GRAU DE INCAPACIDADE									
	0		1		2		3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caso novo	149	73,0	34	16,7	04	2,0	00	00	187	91,7
recidiva	10	4,9	06	2,9	01	0,5	00	00	17	8,3
Total	159	77,9	40	19,6	05	2,5	00	00	204	100,0

Fonte: sinan net/ Vigilância Epidemiológica Municipal

No que diz respeito ao modo como o usuário saiu do serviço (gráfico 4), 165 (80,9%) o fizeram por cura, atingindo desta forma a meta pactuada do município para o estado que é de 80% em uma determinada coorte, além de representar uma quebra da continuidade da transmissão da doença. Observou-se ainda que, 28 (13,7%) estavam ativos, ou seja, não encerraram o tratamento até o momento da coleta dos dados, 06 (2,9%) foram transferido, 02 evoluíram a óbito (1%), sendo necessário chamar atenção que estes óbitos podem não estar relacionado com a hanseníase e 03 (1,5%) abandonaram o tratamento e, certamente, representam fonte de transmissão da doença principalmente para os seus comunicantes.

Gráfico 4. Distribuição do percentual de pacientes com hanseníase de acordo com o modo de saída do serviço de saúde em Irecê 2001 a 2011.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerada um problema de Saúde Pública no Brasil, a Hanseníase apresenta-se em incidência maior que o coeficiente estabelecido pelo Ministério da Saúde para eliminação da mesma. Assim como a nível nacional o município de Irecê ainda apresenta um alto coeficiente de detecção de casos novos, tendo inclusive períodos hiperendemicos.

A implantação das Unidades de Saúde da Família no município ainda não causou impacto significativo na redução do coeficiente de detecção de casos novos, embora a descentralização de ações facilitem o acesso do usuário à unidade para o diagnóstico e tratamento. A ampliação da rede de diagnóstico, junto com as práticas educativas e campanhas periódicas para detecção precoce, parecem ser as ações mais emergentes a serem postas em prática para que se possa fazer diagnósticos precoces e, por conseguinte, proporcionar a intervenção curativa antes da instalações das incapacidades que podem mudar a dinâmica da vida do portador no que diz respeito tanto as atividades desenvolvidas no trabalho quanto ao preconceito que este pode enfrentar em uma sociedade onde muitos desconhecem sobre a doença.

É importante salientar que a baciloscopia que é uma ferramenta importante para o diagnóstico esta deixando de ser utilizada na maioria dos pacientes, já que, aproximadamente 83% da amostra em estudo não tem resultado, o que pode dificultar a classificação da doença quanto a forma clínica. Ressalta-se ainda o alto número de pacientes que apresentam incapacidade, no momento do diagnóstico, sendo reflexo de uma detecção tardia, mesmo as ações de atendimento ao usuário estando descentralizada.

A busca ativa dos pacientes que abandonam o tratamento, bem como dos seus comunicantes, e as práticas de visitas domiciliares desenvolvidas pelas USF representam ações importantes para diminuição do agravo. Além disso, como a hanseníase é mais expressiva na parte da população onde as condições sócio econômicas são mais precárias, e o tratamento submete o indivíduo a uma forte antibioticoterapia, faz-se necessário o desenvolvimento de ações por parte da assistência social, além de uma equipe multiprofissional para o acompanhamento do indivíduo.

Como a incidência nos permite estimar a força de transmissão da doença e avaliar os impactos das ações que estão sendo implementadas para reduzi-la, os resultados nos mostra os efeitos das ações desenvolvidas ao longo do tempo e a necessidade de intensificá-las, implementando medidas como divulgação sobre a doença e seu rede de diagnóstico e tratamento, campanhas periódicas para avaliação de manchas em usuários de serviço, busca ativa nos domicílio pelos ACS e toda Equipe de Saúde da Família.

6- REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera; SABROSA, Paulo chagas Telles; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão. Séries temporais dos indicadores de morbidade da hanseníase – Brasil, 1946 – 1994. **Informe Epidemiológico do SUS**. v.3, jul/set., p. 23-31, 1996.

ALVES, Cinthia Janine Meira et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2010, vol.43, n.4.

BRASIL, Ministério da Saúde. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Disponível em < <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>> acesso em: 18 de novembro 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília DF: FUNASA, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília DF: FUNASA, 2002.

BAHIA, Secretária de Saúde do Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico**. Salvador: anoVII, 2002.

BAHIA, SESAB amplia ações de combate à hanseníase, 2009. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.php?CodNoticia=494> Acesso em: 16 abr. 2009.

CARRASCO, MARIA Angelina P.; QUEIROZ, Marcos S.. O Doente de Hanseníase em Campinas: Uma Perspectiva Antropológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.11, n.3, jul/set. 1995.

CLARO, Lenita B. Lorena. Hanseníase: representações sobre a doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.11, n.4, out/dez. 1995.

FIGUEIREDO, Ivan Abreu; SILVA, Antônio Augusto Moura. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998. A endemia está em expansão?. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 19, n.2, mar/abr. 2003.

HELENE, Lúcia Maria Frazão; SALUM, Maria Josefina Leuba. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: jan/fev, p.101-113, 2002.

IDB, Indicadores de Dados Básicos, 2010. disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/d03.def> Acesso em: 20 mar. 2011.

IBGE, censo 2010. disponível em: < www.ibge.gov.br> Acesso em: 20 de novembro de 2010.

LAPA, Tiago et al. Vigilância da hanseníase em Olinda, Brasil, utilizando técnicas de análise espacial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.17, n. 5, set/out. 2001.

MARTELLI, Celina Maria Turchi et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 3, p. 273 a 285, 2002.

MENDONÇA, Vanessa Amaral et al. Imunologia da hanseníase. **Revista Brasileira de Dermatologia**, v 83, n. 4. Rio de Janeiro.2008.

MIRANZI et al, Sybelle de Souza Castro; PEREIRA, Livia Helena de Moraes and NUNES, Altacilio Aparecido. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2010, vol.43, n.1

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré and VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1.

OLIVEIRA, Maria helena Perssini de; GOMES, Romeu; OLIVEIRA, Camila Mariana de. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a indiferença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.7, n.1, p.85 a 91, janeiro, 1999.

OPAS/OMS, **Hanseníase Hoje**: Eliminação da hanseníase nas Américas. Situação da eliminação da hanseníase em alguns países da América Latina. Bol. n.9 novembro de 2001.

OPAS/OMS, **Hanseníase Hoje**: Eliminação da hanseníase nas Américas. Situação da eliminação da hanseníase na América Latina. Bol. n.11 dezembro de 2003.

PEREIRA, Maurício G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PENNA, Gerson Oliveira et al. Clinical and epidemiological study of leprosy cases in the University Hospital of Brasília: 20 years - 1985 to 2005. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**[online]. 2008, vol.41, n.6.

Rímoli, Nely S. et al. Sorologia anti Pgl-1 e risco de ocorrência de hanseníase em área de alta endemicidade do estado de São Paulo: quatro anos de seguimento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 3, p. 262 a 271, 2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida . **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.