

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em um município paulista, no período de 2001 a 2015

Epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy in a municipality of São Paulo, from 2001 to 2015

Leticia Cossi Salvador¹, Clarissa Santos de Carvalho Ribeiro²

¹ Acadêmica do 6º ano da Faculdade de Medicina de Itajubá

² Professora da Faculdade de Medicina de Itajubá

Contato:

Leticia Cossi Salvador

leticiacossisalvador@hotmail.com

Introdução

Hanseníase ou moléstia de Hansen (MH) é uma patologia crônica, infectocontagiosa, de notificação compulsória no território nacional, com os primeiros relatos registrados em papiros de 4.300 a.C. Estudos recentes reportam seu surgimento na África Oriental e Oriente Médio, de onde teria se expandido pela humanidade, através das contínuas migrações populacionais.^{1, 2, 3}

Tem como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) descoberto em 1873 por Armauer Hansen, com alto poder imunogênico para causar lesões neurais incapacitantes e uma magnitude que a mantêm como problema de saúde pública.⁴

Ao mesmo tempo, há estimativas de que 95% dos indivíduos expostos ao *M. leprae* sejam naturalmente resistentes à infecção, e nos 5% susceptíveis, a manifestação da doença pode ser diferenciada, relacionada a fatores individuais como sexo, idade e susceptibilidade genética, ou a fatores coletivos como as condições socioeconômicas e geográficas, que a incluem também como uma das patologias negligenciadas no Brasil, e no mundo.^{4, 5}

A invasão neural do *M. leprae* provoca deformidades físicas, e incapacidades, contribuindo para a manutenção do estigma e preconceito da doença, que atravessou séculos, mas que tem tratamento e cura.⁶

A transmissão se dá pelas vias respiratórias, e, através do contato próximo e prolongado de uma pessoa suscetível com um doente com hanseníase e sem tratamento, sendo a fonte da doença, um parente próximo que não sabe que está doente, como avós, pais, irmãos, cônjuges, etc.^{1, 7} A multiplicação do bacilo é lenta, em torno de 11 a 16 dias, e o surgimento da infecção na pessoa contaminada pode variar de 2 a 7 anos.⁸

Dentre os principais sinais e sintomas da doença estão as áreas da pele com manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou tátil; formigamentos, choques e câibras nos braços e pernas, que evoluem para dormência; pápulas, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.^{7, 9}

O quadro neurológico acomete os nervos periféricos, atingindo desde as terminações na derme até os troncos nervosos, sendo clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. ^{1, 4, 10}

O diagnóstico é clínico e epidemiológico, realizado através da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervo periférico. ¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para fins operacionais, os doentes de hanseníase são classificados em paucibacilares (PB), quando há a presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo), e, multibacilares (MB), com a presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva.⁸ No Brasil utiliza-se ainda a classificação de Madri, que tipifica a hanseníase em indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. ^{5,8}

Em 2016, segundo a OMS, um total de 143 países notificaram 214.783 casos novos de hanseníase, resultando em uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, 25.218 casos novos foram registrados, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil habitantes, o que classifica o país como de alta carga para a doença, e o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo. ^{3,4}

A Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020 da OMS, designada de “aceleração rumo ao mundo sem hanseníase”, objetiva reduzir a carga da doença a partir do tripé: fortalecimento do controle e da parceria governamental, combate da hanseníase e suas complicações, e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social, com o Brasil acordando com tais recomendações. ^{2,7}

O desenvolvimento desse tripé envolve assim, a detecção precoce de casos da doença, fato atrelado à capacitação e atenção permanente dos profissionais de saúde, para início imediato do tratamento com o esquema de poliquimioterapia (PQT), a realização de pesquisas na área, e o enfrentamento do estigma, através da promoção mobilização e sensibilização da comunidade. ^{2, 8}

A partir da realidade brasileira frente a Hanseníase, e, considerando-se as diretrizes da OMS, conhecer o perfil epidemiológico dos portadores da doença em um município, é relevante para o planejamento, execução e implementação de políticas

públicas rumo a aceleração para um mundo sem hanseníase, e para a realização do trabalho dos profissionais de saúde.

E neste sentido, optou-se pelo desenvolvimento do trabalho na cidade paulista de São José do Rio Pardo, única da microrregião de São João da Boa Vista, que em dezembro de 2014 recebeu a certificação de atingimento da meta de eliminação da doença, conferido aos gestores municipais através da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como possibilidade de ao se traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com a doença em um dado período, contribuir para as práticas em saúde na área.

A cidade situa-se a 264 Km de São Paulo, capital do Estado, com uma área territorial de 419,9 Km², altitude média de 705 metros acima do nível do mar, clima agradável e temperatura em torno dos 28°C, tem um comércio atuante e algumas indústrias de ponta, sendo ainda uma região muito voltada para o agronegócio.

Trata-se de um município habilitado no modelo de Gestão Plena, desde maio de 2001, realizando atendimentos à população que envolvem Atendimento Ambulatorial, de Urgência e Emergência, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Serviços Especializados, Serviços de Diagnose e Terapia. Pertence a microrregião de São João da Boa Vista, Diretoria Regional de Saúde XIV (DRS-XIV), que congrega vinte municípios distribuídos em três Colegiados Regionais de Gestão, entre eles o colegiado designado Rio Pardo, onde se insere a cidade foco do estudo, juntamente com outras sete: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São Sebastião da Gramma e Tapiratiba. Faz parte da Rede Regional de Saúde - RRAS 15 - composta por cinco Regiões de Saúde: Campinas (1.667.335 habitantes), Oeste VII (1.137.288), Baixa Mogiana (302.331 habitantes), Mantiqueira (262.825 habitantes) e Rio Pardo (208.625 habitantes), totalizando 3.538.404 habitantes, segundo censo do IBGE em 2010.

Objetivo

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em São Jose do Rio Pardo, no período de 2001 a 2015.

Material e Métodos

Tratou-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal e retrospectivo desenvolvido no município paulista de São Jose do Rio Pardo, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Associação de Integração Social de Itajubá sob o nº CAAE: 61751216.1.0000.5559, partindo de um projeto de iniciação científica.

Os dados foram coletados na Vigilância Epidemiológica Municipal, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, nas fichas individuais de notificação, e, nos prontuários dos pacientes.

A amostra utilizada foi censitária, tendo como critério de inclusão, a totalidade dos pacientes ambulatorialmente diagnosticados e notificados com hanseníase, entre janeiro de 2001 e dezembro de 2015, através de exames específicos (baciloscopia e/ou biópsia).

A escolha das variáveis analisadas considerou as utilizadas na construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais, recomendados oficialmente pelo Ministério da Saúde, destacando-se as demográficas e sociais, a prevalência da doença, sua classificação operacional e clínica, exames realizados, avaliação do grau de incapacidade, assim como o histórico familiar da doença, o nº de contatos domiciliares com registro de exame dermatoneurológico e reforço da vacina *Bacilo Calmette Guérin* intradérmica (BCG-ID), e a existência de recidivas.

A análise estatística utilizou os testes *t* de *Student*, *t* de *Student* pareado, e, o teste de Correlação de *Pearson* através do *software* Sigma Plot 11.0. Adotou-se nível de significância de 5%, considerando-se significantes os resultados com valores de *p* menor que 0,05.

Não houve conflitos de interesse no estudo.

Resultados

A amostra constituiu-se de 21 pacientes notificados no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2013, uma vez que nos anos de 2014 e 2015 não houveram registros da doença.

A caracterização sociodemográfica dos participantes está demonstrada na Tabela 1, com 62% do gênero masculino, 81% da etnia branca, 38% na faixa etária de 35 a 49 anos, e 39% com 50 anos e mais, sem registro de caso em menores de 15 anos; em relação à escolaridade, 66% não completaram o ensino fundamental:

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

CARACTERÍSTICAS	n	%
GÊNERO		
Feminino	8	38
Masculino	13	62
ETNIA		
Branca	17	81
Negra	1 ^a	5
Parda	3 ^b	14
FAIXA ETÁRIA		
15 a 19 anos	2	10
20 a 34 anos	3	13
35 a 49 anos	8 ^c	38
50 a 64 anos	5	24
65 a 79 anos	2	10
80 e + anos	1 ^d	5
ESCOLARIDADE		
1 ^a a 4 ^a incompleta	6	28
1 ^a a 4 ^a completa	1 ^e	5
5 ^a a 8 ^a incompleta	7	33
Ens. médio incompleto	1 ^f	5
Ens. médio completo	4	19
Ens. superior completo	2	10

a - $P < 0,05$ etnia branca vs negra; **b** - $P < 0,05$ etnia branca vs parda;

c - $P < 0,05$ faixa etária 15 – 19 anos vs 35 – 45 anos; **d** - $P < 0,05$ faixa etária 35-45 anos vs 80 e + anos;

e - $P < 0,05$ escolaridade 1° a 4° incompleta vs 1° a 4° completa; **f** - $P < 0,05$ escolaridade 1° a 4° incompleta vs Ens. Médio incompleto

Os resultados encontrados no estudo, demonstraram um maior contingente de doentes no gênero masculino (62%), entretanto, ao se comparar a ocorrência da doença entre homens e mulheres, através do teste *t* de *Student* não houve diferença significativa entre os gêneros no período entre 2001 e 2013, com $p = 0,395$.

Destacou-se também na amostra estudada um maior percentual da doença na etnia branca (81%), confirmada através do teste *t* de *Student* que demonstrou

diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) nas relações entre branca e preta ($p=0,001$) e branca e parda ($p=0,009$).

Prevaleceu a ocorrência da doença em faixa etária economicamente ativa (75%) e com baixa escolaridade (66% com ensino fundamental incompleto). Comparando-se o número de doentes de hanseníase presentes nas diferentes faixas de escolaridade, foram encontrados dois valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$) que reforçam o achado: de 1 a 4 anos incompletos frente a 4 anos completos (0,054) e 1 a 4 anos incompletos em relação ao ensino médio incompleto (0,054).

Quanto à faixa etária, a maior ocorrência da doença se deu entre 35 e 49 anos, que caracteriza período de vida economicamente ativo, fato demonstrado na análise estatística com diferenças significantes ($p < 0,05$) nas comparações entre 14 -19 anos e 35 - 49 anos ($p=0,048$), 35 - 49 anos e 65 - 79 anos ($p=0,077$), e, 35 - 49 anos e 80 anos ($p=0,018$).

Utilizando-se a classificação operacional da OMS (nº de lesões), no momento do diagnóstico e da alta, dos 21 pacientes que compuseram a amostra, 62% tiveram registradas mais de 5 lesões, sendo qualificados como multibacilares (MB), e destes, de acordo com a classificação clínica de Madri, 38% eram portadores de Hanseníase do Tipo Virchowiana (HDV). Ao se usar o teste de correlação de *Pearson* (r) para as variáveis gênero e classificação clínica, foram encontrados coeficientes positivos e valor de p abaixo de 0,05 (sexo feminino x Virchowiana:0,763/ $p=0,0103$) que tendem a aumentar juntos, denotando uma correlação forte. A Tabela 2 demonstra esses resultados:

Tabela 2: Hanseníase segundo classificação operacional e clínica

CLASSIFICAÇÃO Nº LESÕES	Nº	%	GÊNERO	
			FEM	MASC
Multibacilar (+5 lesões)	13	62	8	2
MADRI (CLÍNICA)				
Indeterminada	4	19	1	3
Tuberculóide	4	19	0	4
Dimorfa	5	24	1	4
Virchowiana	8	38	6	2

A frequência de casos novos de hanseníase por ano, exceto 2001 com três registros, e 2002 com cinco, foi de um a dois diagnósticos/ano, no período entre 2003

e 2013, para uma população censitária em 2010, de 51.900 habitantes ¹¹, não havendo diferença estatística significativa para o número de casos da doença relacionado ao período estudado, conforme o Teste *t* de *Student* pareado, com $p > 0,05$ em todas as comparações. A taxa de detecção de novos casos diagnosticados de Hanseníase (código A30 da CID-10) no período estudado, conforme a Ficha de Qualificação da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) foi média (de 0,2 a 0,9/10.000 habitantes), que caracteriza o risco estimado de ocorrência de casos novos de hanseníase, em qualquer de suas forma clínicas, indicando exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*. E, em 2014, a taxa de prevalência foi de 0,9 caso/10.000 habitantes, o que está em conformidade com a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública estabelecida pela OMS (prevalência < 1 caso/10.000 hab.), podendo ser observado na Tabela 3.

Tabela 3: Hanseníase segundo casos novos detectados e coeficiente de prevalência

ANO NOTIFICAÇÃO	Nº CASOS	TAXA DE DETECÇÃO	TAXA DE PREVALÊNCIA
2001	3	0,57803468	
2002	5	0,96339114	
2003	1	0,19267823	
2004	2	0,38535645	
2005	2	0,38535645	
2008	2	0,38535645	
2009	1	0,19267823	
2010	2	0,38535645	
2012	1	0,19267823	
2013	2	0,38535645	
2014	0	0	0,9

Taxa detecção média (0,2 - 0,9) ²⁸; Taxa prevalência (<1caso/10.000 hab.) ²⁸

Quanto aos exames realizados, pode-se observar na Tabela 4, que na totalidade dos casos (100%) possuíam registro de baciloscopia inicial, e 71% (15) de baciloscopia para alta; em 24% (5) dos casos houveram a realização da Reação de Mitsuda, e, em 76% (16) de biópsia:

Tabela 4: Exames realizados no diagnóstico e acompanhamento para alta

EXAMES REALIZADOS	Nº	%
Baciloscopia inicial	21	100
Reação de Mitsuda	5	24
Biópsia	16	76
Baciloscopia para alta	15	71

A Tabela 5 apresenta a avaliação do Grau de Incapacidade (AGI) dos pacientes, nos momentos do diagnóstico e alta, sendo que para 14% (3) da amostra não constavam registros, e para 71% (15) foram Grau 0, para 10% (2) Grau I e para 5% (1) Grau II.

Tabela 5: Avaliação do grau de incapacidade (AGI)

AVALIAÇÃO GRAU INCAPACIDADE	Nº	%
Grau 0	15	71
Grau I	2	10
Grau II	1	5
Sem registro	3	14
TOTAL	21	100

Quanto ao registro da existência de contatos domiciliares nos prontuários da amostra estudada, na totalidade dos casos (100%) ele estava presente, claramente quantificado, havendo também, a anotação de avaliação dermatoneurológica e discriminação sobre a vacina BCG-ID, conforme demonstra a Tabela 6:

Tabela 6: Existência de contatos domiciliares, avaliação dermatoneurológica e Vacina BCG-ID

CONTATOS DOMICILIARES	Nº	%
nenhum	1	5
1	1	5
2	5	23
3	8	38
4	4	19
5 e +	2	10

AVALIAÇÃO DERMATONEUROLÓGICA

sim	61	100
-----	----	-----

VACINA BCG-ID

sim	61	100
-----	----	-----

Sobre histórico de MH na família, houveram registros afirmativos para 48% (10) da amostra, e dentre estes, 40% (4) relataram a procura pela Unidade de Saúde, devido a orientação recebida enquanto contato domiciliar. O grau de parentesco foi de 40% para irmãos, 20% para pai e irmão, 20% tio, 10% esposa e 10% cunhado, conforme Tabela 7:

Tabela 7: Histórico de MH na família e grau de parentesco

HISTÓRICO MH FAMÍLIA	N	%
Sim	10	48
Não	11	52

GRAU PARENTESCO	N	%
Irmãos	4	40
Pai e Irmãos	2	20
Tio	2	20
Esposa	1	10
Cunhado	1	10

A recidiva da doença foi identificada em 19% (4) dos pacientes, e deste total, 75% (3) ocorreram no gênero masculino, com intervalo entre os eventos variando de 5 a 9 anos (50%). A classificação operacional em 100% (4) dos casos recidivados manteve-se como MB, enquanto a classificação clínica (Madrid) para 50 % (2) deles foi como Hanseníase Virchowiana, e, outros 50% (2) evoluindo de Hanseníase Indeterminada para Dimorfa, conforme a Tabela 8:

Tabela 8: Presença de recidiva e classificação operacional e clínica

RECIDIVA	Nº	%
GÊNERO		
Feminino	1	25
Masculino	3	75
INTERVALO ENTRE OS EVENTOS		
De 5 a 9 anos	2	50
10 anos	1	25
Maior que 30 anos	1	25
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Recidiva Multibacilar	4	100
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA		
Dimorfa	2	50
Virchowiana	2	50

Discussão

Os resultados encontrados no estudo, demonstraram um maior contingente de doentes no gênero masculino, etnia branca, em faixa etária economicamente ativa e com baixa escolaridade, dados que são similares a vários outros estudos, que também identificaram este contexto sociodemográfico e econômico.^{1, 9, 12, 13} Entretanto, outros estudos apontam que a hanseníase afeta mais mulheres que homens.^{14, 15, 16}

A inexistência do registro de casos em menores de 15 anos é relevante para o município estudado, uma vez que o coeficiente de detecção neste segmento populacional é um importante marcador epidemiológico para a doença, medindo a sua transmissibilidade e tendência, denotando a presença de bacilos circulantes na comunidade, a força recente de transmissão e a endemicidade.^{17, 18, 19}

Conforme a classificação operacional, houve predominância de casos de Hanseníase multibacilares (5 e + lesões), e nestes, segundo a classificação de Madri (clínica), destacaram-se os casos de Hanseníase Dimorfa (HD – 24%) e Hanseníase Virchowiana (HV – 38%) em acordo com outros estudos.^{4, 20} Tal fato pode se relacionar entre outros, ao desconhecimento profissional de que o diagnóstico da Hanseníase seja essencialmente permeado pela história clínica, epidemiológica e pelo exame físico, bases da medicina, associado à avaliação dermatoneurológica, e não pela obrigatoriedade da realização de exames.^{1, 8, 9, 12, 20} Também pode ter

relação com o período longo de incubação da doença, com variação entre 2 e 7 anos, e média de 3 a 5 anos, assim como com a maior incidência no gênero masculino, que têm maior exposição, e, culturalmente se mantêm distante dos serviços de saúde ou ainda à sua dificuldade de acesso a esses serviços.^{4,15, 21}

Em relação ao grau de incapacidade, em 14% da amostra não constavam registro dessa avaliação em nenhum momento, situação também encontrada em outros estudos.^{16, 21} Conforme estabelecido em protocolo de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), deve se fazer a avaliação do grau de incapacidade física e da função neural para todos os paciente, com registro dos achados no início e durante o tratamento, assim como após a alta, para verificar a evolução/regressão de tais condições, e ao mesmo tempo, para propor vigilância sobre o paciente. A mensuração se faz através do indicador Grau de Incapacidade da OMS (GI – OMS), que considera as limitações apresentadas nos olhos, mãos e pés dos pacientes, nos graus 0, 1 e 2.^{12, 22}

O Grau de Incapacidade registrado para a amostra estudada denotou para 5% dos doentes grau 2, e para outros 10% da amostra grau 1, resultados que se relacionam provavelmente ao diagnóstico tardio. Estes dados são similares aos encontrados em estudo de 2010, da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, que apontou 9,8% dos pacientes com grau de incapacidade visível, mas que se contrapõe ao trabalho da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, também de 2010, que demonstrou até dois terços dos pacientes diagnosticados com Hanseníase, já com incapacidades instaladas, assim como pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima nos anos de 2007 a 2010, que apontaram aproximadamente um terço dos pacientes provenientes do Estado de São Paulo (mesmo na condição de Estado com a eliminação da doença) com grau de incapacidade.^{23,24}

Foram encontrados na amostra estudada, 100% de registro relacionado a identificação e realização de avaliação dermatoneurológica dos comunicantes domiciliares, sem menção a comunicantes sociais. Tais procedimentos se deram na entrada do caso novo na unidade de saúde, não sendo possível verificar o seu seguimento por cinco anos, conforme a sugestão do Ministério da Saúde.¹² O número de comunicantes domiciliares identificados por paciente variou de nenhum a mais de cinco.

Segundo o Ministério da Saúde e a OMS, a vigilância dos contatos de paciente diagnosticado de Hanseníase (caso índice), sejam eles contato domiciliar (toda e

qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase) ou contato social (qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada) deve ser feita, e objetiva a descoberta de casos novos e das suas possíveis fontes de infecção, independentemente da classificação operacional do doente – PB ou MB. ²⁵ A identificação, registro, avaliação dermatoneurológica e acompanhamento deve ser anual, por um período sugerido de cinco anos, e se constitui em condição que contribui para a interrupção da cadeia epidemiológica da doença. A liberação do comunicante da vigilância se dá após esse período de acompanhamento, com orientação sob a possibilidade futura de aparecimento de sinais e sintomas da Hanseníase. ¹² Neste estudo, houveram quatro registros de comunicantes familiares que relataram o retorno a Unidade de Saúde como pacientes, em função das orientações recebidas sobre os sinais e sintomas da doença e o tempo longo para seu aparecimento, demonstrando a relevância das práticas de educação em saúde junto a esse segmento, conforme preconizado pela OMS e Ministério da Saúde. ^{1, 9}

Ainda como parte da investigação epidemiológica dos contatos do paciente hansênico, independentemente da sua classificação operacional (PB ou MB), há recomendação de vacinação BCG-ID para aqueles que não tem presença de sinais e sintomas da doença no momento da avaliação. A aplicação da vacina BCG-ID depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal (ausência de cicatriz BCG-ID: realizar uma dose; presença de uma cicatriz BCG-ID: aplicar uma dose; presença de duas doses de BCG-ID: não vacinar).¹²

A vacina BCG - ID não é uma vacina específica contra a Hanseníase, entretanto aumenta a imunidade contra as formas MB, podendo contribuir na proteção contra a doença, que pode chegar a 80% nos contatos sadios, mas podendo variar bastante. ^{12, 18, 26} Na totalidade da amostra pesquisada houve registro de avaliação de cicatriz vacinal do BCG – ID, e a realização de segunda dose conforme a indicação preconizada. Em estudo de 2014, realizado no município de Cacoal, estado de Rondônia, parte integrante de um projeto multicêntrico nacional denominado IntegraHans-Norte/Nordeste, sob coordenação da Universidade Federal do Ceará, 321 comunicantes domiciliares (69,9%) da amostra estudada, informaram terem sido vacinados, achado que corrobora a relevância de tal prática no enfoque da detecção precoce e redução dos casos novos de hanseníase, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. ¹⁹

Em relação a presença de histórico familiar de MH, neste estudo encontraram-se registros afirmativos para 48% da amostra, resultado distinto do apresentado em trabalho realizado pela Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional do Estado de São Paulo, em 2011, que referiu 90% dos casos encontrados não possuírem histórico familiar da doença.²⁷ Pedrosa et al em estudo realizado em Manaus – Amazonas, publicado em 2018, verificaram que 52,5% das crianças recém diagnosticadas com Hanseníase tiveram contato em casa com ao menos uma pessoa infectada, sendo os avós os transmissores em 52,4% dos casos, os tios em 14,3%, e os pais em 9,5%.²⁸ Tal realidade reafirma a relevância da busca ativa de comunicantes domiciliares por parte das equipes profissionais, com destaque para as áreas hiperendêmicas para a doença, sem deixar considerar aquelas endenes, uma vez que o período de incubação é longo.

A recidiva de casos de Hanseníase, segundo o Ministério da Saúde é rara quando tratada com PQT conforme o preconizado (pacientes paucibacilares: 6 cartelas em até 9 meses; pacientes multibacilares: 12 cartelas em até 18 meses), e acontecem em geral, cinco anos após a cura. É considerado recidiva todo caso que tratado adequadamente e de forma regular com o esquema PQT indicado, após a alta por cura e saída do sistema SINAN, volta a apresentar sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa.²⁹ Neste estudo 19% dos pacientes que compuseram a amostra apresentaram recidiva, com tempo entre os eventos variando entre menos de 10 anos, e mais de 30 anos, dados compatíveis com os apresentados pelo Ministério da Saúde.^{12, 29}

Os fatores que podem contribuir para a ocorrência de recidivas são vários e incluem as características inerentes ao *M. leprae*, a cinética, a irregularidade de tratamento pelo paciente, ou alterações que possam levar a menor absorção, assim como a reexposição do paciente a altas cargas bacilares.²⁹

Conclusão

O estudo possibilitou conhecer a realidade epidemiológica da Hanseníase em um município paulista, cujo coeficiente de incidência nos anos de 2001 a 2013 se manteve sempre abaixo da meta de eliminação da doença proposta pela OMS (< 1 caso/ 10 mil habitantes), exceto em 2002 (=1 caso/10.000 mil habitantes), e nos anos subsequentes, 2014, 2015 e 2016 sem registros de novos casos da doença.

O perfil sociodemográfico da amostra estudada mostrou-se compatível com a realidade da doença no país, atrelada às condições socioambientais, com o sexo masculino, a etnia branca e a baixa escolaridade representando a maior parte dos casos.

Destacou-se também no estudo, a realização do diagnóstico tardio, a partir dos casos multibacilares, com reflexos no grau de incapacidade avaliado, e nas situações de recidiva, denotando o longo período de incubação da doença, e a necessidade de se considerar o acesso aos serviços de saúde, bem como o conhecimento e preparo das equipes profissionais para a realização do diagnóstico, e a busca ativa de casos. Também é relevante a informação sobre a doença aos usuários, que perpassa pelas ações educativas em saúde.

Assim, não se pode deixar de considerar a situação nacional da doença, os fluxos populacionais migratórios, de forma a se manter a vigilância e as ações de educação em saúde, a qualificação profissional para o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e adequado, a avaliação do grau de incapacidade, além da identificação e manutenção de acompanhamento de 100% dos contatos domiciliares.

Referências Bibliográficas

1. Alencar L, Cunha M. Doença de Hansen no Brasil: Monitorização das Incapacidades. 2017. *Millenium*, 2(3), 63-73. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/12062/9417> Acesso em 14 març. 2018.
2. World Health Organization. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. *Weekly Epidemiological Record* [Internet]. 1st 2017, nº35, 92, 501-520 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258841/1/WER9235.pdf?ua=1> (12) Acesso em 20 nov. 2018
3. Alves ED, Ferreira TL, Ferreira IN, organizadores. Hanseníase: avanços e desafios Brasília: NESPROM - Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde / Universidade de Brasília (UnB); 2014, 492p. Disponível em <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniaaseavancoes.pdf> Acesso em:15 out 2017.
4. Talhari S, Penna GO, Gonçalves H, Oliveira MLWDR. Hanseníase. 5. ed. São Paulo: Di Livros Editora; 2014. 217 p.

5. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informação em Saúde. Epidemiológica e morbidade. Hanseníase [Internet]. 2017 Disponível em www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752 Acesso em: 17 jan. 2017.
6. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasil Hanseníase. Boletim Epidemiológico. [Internet]. 2018. Vol.49, nº 4, 1-10. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniose-publicacao.pdf> Acesso em: 5 nov. 2018.
7. Organização Mundial da Saúde. Biblioteca da OMS/SEARO. Estratégia global para a Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. [Internet]. 2016 36p. Disponível em; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf> Acesso em: 01 nov.2017.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniose-WEB.pdf> Acesso em: 20 dez. 2017.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf Acesso em: 13 març. 2017.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of leprosy. [internet]. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/lep/classification/en/>
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). 2010.
12. Alves CJM, Barreto JA, Fogagnoli L, Contin LA, Nassif, PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet] 2010; 43 (4),460-461, jul-ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf> Acesso em: 05 abr. 2017.
13. Krol Sobrinho S, Mattos ED. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Hanseníase no Município de Londrina/PR. UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. [internet] 2009; 11(4), 9-14. Disponível em <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1424/1364> /1 Acesso em: 06 mai. 2017.
14. Barbosa FPS, Mello IF, Pires J C B, Margarida TC, Silva Júnior J L Silva Júnior, Santana C F. Incapacidades neurológicas provocadas pela hanseníase em uma unidade de saúde do município de Anápolis-GO, entre 2011 e 2013. Rev. Educ. Saúde

[internet] 2016; 4 (2): 03-10. Disponível em: <file:///C:/Users/Master/Downloads/2010-Texto%20do%20artigo-5635-1-10-20161212.pdf> Acesso em: 10 junh.2017.

15. Batista ES, Campos RX, Queiroz RCG, Siqueira S, Pereira SM, Pacheco TJ, Pessanha TO, Fernandes TG, et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. Rev Bras Clin Med. [internet] São Paulo, 2011 mar-abr; 9(2):101-6. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf> Acesso em: 10 out. 2017.

16. Palu FH, Cetolin, SF. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 a 2014. Arq. Catarin Med.[internet] 2015; abr-jun; 44(2), 90-98. Disponível em: <file:///C:/Users/Master/Downloads/29-53-1-SM.pdf> Acesso em: 09 set. 2017.

17. Krol Sobrinho S, Mattos ED. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Hanseníase no Município de Londrina/PR. UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. [internet] 2009; 11(4), 9-14. Disponível em <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1424/1364> /1 Acesso em: 26 ag. 2017.

18. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados. [internet] 2009 Brasília. Disponível em: http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a_08_atual.pdf Acesso em:18 out. 2017.

19. Romanholo HSB et al Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):175-81. Disponível em: REBEN71-1_por.indd Acesso em: 06 mai.2018

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. [internet]. 2010. Brasília, 368 p.:il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf Acesso em: 14 out. 2017.

21. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Informe da atenção básica n.º 42, 2007 [internet] Ano VIII, setembro/outubro de 2007 ISSN 1806-1192 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_1120_P.pdf/1 Acesso em: 10 ag. 2017.

22. Alves CJM, Barreto JA, Fogagnoli L, Contin LA, Nassif, PW. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet] 2010; 43 (4),460-461, jul-ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf> Acesso em: 08 set. 2017.

23. Porto ACS, Figueira RBFC, Barreto JA, Lauris JR. Avaliação dos perfis social, clínico e laboratorial dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de

referência de São Paulo. An Bras Dermatol. [internet] 2015; 90(2):172-80. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/102204> Acesso em: 28 jan. 2018.

24. Carvalho GA, Alvarez RRA. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo esqueléticas em pacientes com hanseníase. Hansen Int. [internet] 2000; 125(1):39-48. Disponível em: [file:///C:/Users/Master/Downloads/516-1716-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Master/Downloads/516-1716-1-PB%20(1).pdf) Acesso em: 12 out. 2017.

25. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações Esplanada dos Ministérios. Nota Técnica n.º 10/DEVEP/SVS/MS Assunto: Atualização da indicação da vacina BCG-ID. [internet] Brasília. 2012. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2012-05/nota-tecnica--no.-10--bcg---atualizacao-da-indicacao-da-vacina-bcg-id.pdf4.pdf> Acesso em: 10 set. 2017.

26. Barreto ML, Pereira SM, Ferreira AA. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. Jornal de Pediatria [internet] 2006. vol. 82, Nº 3 (Supl). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3sa06.pdf> Acesso em: 14 set. 2017.

27. Ministério da Saúde (BR) informativa nº 51 de 2015 CGHDE/DEVIT/SUS/MS Nota informativa sobre recidiva e resistência medicamentos na hanseníase. [internet] 2015. Nota informativa nº51 de 2015 CGHDE/DEVIT/SUS/MS Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/98/Nota_Informativa_da_Recidiva_2015__1_.pdf Acesso em: 25 set. 2017.

28. Pedrosa V Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. Rev Saúde Pública 2008; 42(6):1021-6 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6895.pdf> Acesso em: 20 nov. 2017.

29. Instituto Lauro de Souza Lima, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde. Recidiva e resistência em hanseníase. [internet] Rev Saúde Pública. Informes Técnicos Institucionais Instituto Lauro de Souza Lima 2011 45(3):631-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/itss.pdf> Acesso em: 12 out. 2017.