



**FACULDADE LABORO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**DÉBORA CRISTINA PINHEIRO MELO
RAISSA FONSECA CUNHA BOTENTUIT**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE
NO MUNICÍPIO DE BACABAL – MA**

**SÃO LUÍS
2013**

DÉBORA CRISTINA PINHEIRO MELO

RAISSA FONSECA CUNHA BOTENTUIT

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE
BACABAL-MA .**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao curso de Especialização em
Saúde Pública e Saúde da Família da
Faculdade Laboro, Universidade Estácio de
Sá para obtenção do título de Especialista
em Saúde Pública e Saúde da família.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elionor Alves Gama (Orientador)

Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Prof^a. Rosymary Ribeiro Lindhalm (Examinadora)

Mestre em Enfermagem Pediátra
Universidade São Paulo - USP

RESUMO

A hanseníase, também conhecida como lepra e mal de Hansen, é uma doença crônica granulomatosa, derivada da infecção ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e nervos periféricos, mucosa nasal e pele, podendo também afetar órgãos como fígado, testículos e olhos. A enfermagem tem tido papel essencial no que diz respeito ao controle desta patologia por meio da consulta de enfermagem, interagindo com o paciente/cliente, proporcionando a conscientização por meio da educação em saúde e sobre a importância da vacinação (BCG IM) para prevenção e proteção para as formas mais contagiosas da doença. Nesta abordagem, realizou-se um estudo epidemiológico ecológico, descritivo, retrospectivo sobre a incidência de hanseníase no município de Bacabal-MA, no ano de 2012, com o objetivo de estudar o perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase no município em questão. A população deste estudo foi composta por 68 pessoas em que foi notificado hanseníase, de acordo com dados do DATASUS no período de 2012. Ao término da pesquisa pode-se perceber que a maioria era do sexo masculino, correspondendo a 65%, com faixa etária entre 40 a 59 anos, negros, de baixa escolaridade (4ª série completa), residentes na zona urbana, cujo tipo operacional e a forma clínica mais frequente fora o multibacilar (mais de 5 lesões) e a dimorfa, respectivamente.

Palavras-chave: Hanseníase. Incidência. Controle

ABSTRACT

Leprosy, also known as leprosy, Hansen's disease, is a chronic granulomatous derived infection caused by *Mycobacterium leprae*, an obligate intracellular parasite, affinity with skin cells and peripheral nerves, mucosa and skin, and can also affect organs such as liver, testes and eyes. Nursing has had a key role with regard to the control of this disease through the nursing consultation, interacting with the patient / client while providing awareness through health education and the importance of vaccination (BCG IM) for prevention and protection for the most contagious forms of the disease.

In this approach, we carried out an epidemiological study ecological and descriptive, retrospective study on the incidence of leprosy in the district of Bacabal-MA, in 2012, with the aim of studying the epidemiology and clinical cases of leprosy in the district in question. The study population was composed of 68 people that leprosy has been notified, according to data from DATASUS period in 2012. At the end of the survey can be seen that the majority were male, accounting for 65% aged between 40-59 years old, black, low education (4th grade complete), living in the city, whose type operating and most frequent clinical form outside the multibacillary (more than 5 lesions) and borderline, respectively.

Keywords: Leprosy. Incidence. control

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual de 68 casos de hanseníase segundo o sexo- Bacabal - MA 2012	21
Gráfico 2 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a faixa etária – Bacabal - MA 2012	22
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo a raça/cor – Bacabal – MA 2012	23
Gráfico 4 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a faixa etária – Bacabal – MA 2012	24
Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo a zona de residência – Bacabal – MA 2012	25
Gráfico 6 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a classificação operacional e nº de lesões cutâneas – Bacabal – MA 2012	26
Gráfico 7 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a forma clínica – Bacabal – MA 2012.....	27
Gráfico 8 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo o esquema terapêutico – Bacabal – MA 2012.....	28
Gráfico 9 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo o tipo de saída – Bacabal - MA	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específico	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4. METODOLOGIA	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como lepra e mal de Hansen, é uma doença crônica granulomatosa, derivada da infecção ocasionada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e nervos periféricos, mucosa nasal e pele, podendo também afetar órgãos como fígado, testículos e olhos (COURA, 2005).

Desde a Antiguidade, a hanseníase é considerada uma patologia contagiosa e incapacitante, cercada de preconceitos, rejeições e discriminação ao seu portador. As mais remotas referências datam de 600 a.C e procedem dos continentes asiático e africano, podendo estes serem considerados como berço da doença, onde era conhecida como “Kushta”, em sânscrito.

Durante a Idade Média o mal de Hansen manteve alta prevalência na Europa e Oriente Médio, sua disseminação era tida como consequência do

crescimento da população e sua concentração no confinado espaço das cidades medievais. No Brasil o cenário da hanseníase inicia-se com a colonização portuguesa. A história aponta ainda casos de lepra nas antigas civilizações egípcias, indianas e chinesas (MONTEIRO, 1987; OMS, 2013).

Os primeiros casos de hanseníase em terras brasileiras datam de 1600, na cidade do Rio de Janeiro; outros casos, em seguida, foram identificados na Bahia e no Pará. Recife, Salvador e Rio de Janeiro em pouco tempo tornaram-se focos da doença devido, sobretudo, a grande movimentação de pessoas.

No ciclo econômico do ouro, século XVIII, a hanseníase adentra a parte mais central do Brasil, acompanhando o movimento populacional. No início do século XX, Oswaldo Cruz denuncia o descaso do combate a essa endemia e o problema da hanseníase passa a ser reconhecido pelo Estado (BENCHIMOL e ROMERO SÁ, 2003).

A partir da década de 1940, com a adoção das monoterapias com sulfonas, houve um grande impacto no tratamento desta patologia. Em 1985, a OMS estimou que houvesse 12 milhões de pessoas com hanseníase no mundo. Na década de 1990, a OMS lança campanha de erradicação da hanseníase: “Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase 2000-2005”. Em 2002, do total de casos notificados, 83% estavam concentrados em 6 países: Índia, Brasil, Mianmar, Madagascar, Nepal e Moçambique.

Segundo Lana *et al.* (2006), além dos danos físicos, a condição do portador da doença já é, por “preconceito”, marcada por sofrimento, abandono, deformidades e problemas psicossociais que porventura possam ocorrer. Afirma também que, associados a esse quadro, há a discriminação social e prejuízos econômicos, caracterizando a transcendência da doença.

A hanseníase é ainda considerada como um relevante problema de saúde pública em 09 países distribuídos pela África, Ásia e América Latina, embora nas duas últimas décadas a prevalência global dessa doença tenha diminuído quase 90% (LANA *et al.*, 2006).

A hanseníase continua a ser um sério problema de saúde pública em nosso país, muito ligada à precariedade das condições de vida. O Brasil ocupa o primeiro lugar na prevalência da hanseníase, quando se considera o número de casos proporcionalmente à população. A Índia registra mais notificações, no entanto também possui uma população muito maior do que a brasileira. Esse elevado coeficiente de incidência e prevalência acarreta sérios prejuízos de ordem biopsicossocial e econômico (AMARAL, 2008).

São muitos os fatores que contribuem para a alta prevalência da hanseníase em nosso país, dentre eles: a permanência de casos não diagnosticados, a persistência do modelo tradicional de atenção à saúde com serviços ainda centralizados e especializados e pouco desenvolvimento das ações de controle na atenção básica, mesmo com a implantação da estratégia de saúde da família (LANA *et al.*, 2006).

A enfermagem tem tido papel essencial no que diz respeito ao controle desta patologia por meio da consulta de enfermagem, interagindo com o paciente/cliente, proporcionando a conscientização por meio da educação em saúde e sobre a importância da vacinação (BCG IM) para prevenção e proteção para as formas mais contagiosas da doença (VIEIRA *et al.*, 2008).

Frente a essa problemática, o presente estudo será de grande relevância, pois contribuirá para informar, através da análise de indicadores epidemiológicos e operacionais, o comportamento da Hanseníase no município de Bacabal - MA. Servirá, ainda, de subsídio aos profissionais da saúde que desejam, não só aprimorar seus conhecimentos no que diz respeito à atenção ao portador de Hanseníase, mas também se envolverem no processo de promoção de saúde e prevenção desta patologia.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase no município de Bacabal – MA, no ano de 2012.

2.2. Específicos

- Identificar o número de casos no município em 2012.
- Descrever o perfil epidemiológico dos casos no local em estudo.
- Caracterizar os casos registrados quanto a aspectos demográficos e clínicos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.

3.1 Agente Etiológico

A Hanseníase é causada pelo *M. leprae*, ou bacilo de Hansen, nome dado em homenagem ao pesquisador que o descobriu em 1873, o médico norueguês Gerhard Henrik Amauer Hansen. Trata-se de um parasita intracelular obrigatório que se aloja principalmente nas células de Schwann e na pele. Possui forma de bacilo reto ou levemente encurvado, com extremidades arredondadas, tamanho médio variando entre 0,3 e 0,5 µm de diâmetro e 4 a 7 µm de comprimento. A temperatura ótima de crescimento é de aproximadamente 30°C e, portanto, a bactéria tende a invadir áreas mais frias do corpo, como queixo, maçãs do rosto, orelhas, joelhos e extremidades distais.

Esta doença é entendida como um processo destrutivo crônico, devido ao seu longo período de incubação – 2 a 7 anos – e sua reprodução lenta resultam em uma evolução clínica insidiosa da doença, que se manifesta principalmente através de lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002b).

A transmissão da Hanseníase ocorre pela saliva, secreção nasal, através da respiração, tosse, fala, espirro e contato direto de soluções de continuidade da pele ou mucosa do doente sem tratamento. Deve, portanto, haver um contato íntimo, prolongado e uma predisposição para adquirir a doença. Quando, o indivíduo entra em contato com o bacilo pode ou não adoecer, isto depende: da carga bacilar adquirida, da imunidade celular, da capacidade dos macrófagos destruírem o bacilo, e se o paciente tem ou não suscetibilidade à doença. Sendo assim, a Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades e de ambos os sexos. Observa-se uma maior incidência da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo O bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas (alta infectividade), entretanto poucos adoecem, (baixa patogenicidade) (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c).

3.2 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas mais frequentes nos casos de Hanseníase estão relacionadas ao aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil), presença de câibras, formigamentos, choques, que evoluem para dormência; formação de pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos (principalmente nas sobrancelhas), localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas e falta ou ausência de sudorese no local. Além destes, outros sintomas menos comuns podem ser perceptíveis como: dor e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, edema de mãos e pés; febre e artralgia; entupimento, feridas e ressecamento de nariz; mal estar geral e ressecamento dos olhos (BRASIL, 2008a).

De acordo com a classificação adotada, segundo as manifestações clínicas apresentadas, pelo Ministério da Saúde(2008), a doença pode ser classificada em 4 formas clínicas:

a) indeterminada (I): é a forma inicial, caracterizada por uma ou poucas lesões hipocrômicas e planas, com alteração de sensibilidade (principalmente térmica) e limites indeterminados, sem espessamento de nervos. A baciloscopia é geralmente negativa;

b) tuberculóide (T): resulta da evolução da doença em indivíduos não tratados que apresentam resistência natural ao bacilo. É caracterizada por lesões bem demarcadas com distribuição assimétrica, em placa, em quantidade reduzida, indolor com a presença de pápulas (tubérculos), podendo haver o comprometimento de nervos. A baciloscopia neste caso é negativa. Apesar da possibilidade de cura espontânea, sugere-se que os casos sejam tratados para diminuir a evolução da doença e as complicações neurais;

c) virchowiana (V): é consequência do desenvolvimento da doença em indivíduos não tratados que não apresentam resistência ao *M. leprae*. Apresenta manchas eritematosas e infiltradas, de limites imprecisos, podendo

surgir pápulas, tubérculos, infiltrações em placas e lesões circunscritas denominadas hansenomas. Neste tipo, há perda de cílios e supercílios. Geralmente apresentam comprometimento neural lento e insidioso. Baciloscopia positiva com grande número de bacilos;

d) dimorfa (D): apresenta características transitórias entre as formas tuberculóide e virchowiana, com lesões neurais importantes. Há grande variação de sinais e sintomas que incluem lesões eritematosas, infiltradas, edematosas, brilhantes, escamosas com hipoestesia ou anestesia. A infiltração assimétrica da face, pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são características sugestivas para esta forma clínica. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa com número de bacilos variável.

3.3 Diagnóstico

O diagnóstico da hanseníase tem como base os sinais clínicos e os sintomas característicos da doença: presença de lesões ou áreas da pele, com alteração de sensibilidade e o comprometimento ou lesões dos nervos periféricos (BRASIL, 2005).

Um caso de hanseníase caracteriza-se pela existência de indivíduo que apresenta uma ou mais das características: lesão de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva. O diagnóstico é feito através do exame clínico (anamnese, avaliação dermatológica e neurológica); laboratorial (através da baciloscopia) (SANTOS et. al, 2005).

O diagnóstico é feito através do exame físico, no qual é realizada uma avaliação dermatológica que objetiva identificar lesões na pele com alterações da sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil, típicas da Hanseníase. Faz-se também a avaliação neurológica que consiste na inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e inferiores. A palpação dos nervos periféricos tem o intuito de verificar se há

espessamento dos nervos dos membros superiores e inferiores, visando prevenir lesões neurais e conseqüentes incapacidades (BRASIL, 2002b).

Esta patologia pode ser confundida com outras doenças dermatológicas ou neurológicas, que apresentam sinais e sintomas semelhantes aos seus. Portanto, o profissional de saúde, deve fazer o diagnóstico diferencial em relação a essas doenças. Exames diagnósticos como baciloscopia e reação de Mitsuda devem ser realizados como forma complementar ao exame clínico. (BRASIL, 2008a).

De acordo com o número de lesões que o hanseniano apresenta, ele pode ser classificado operacionalmente sob duas formas, para fins de tratamento específico, sendo:

a) Paucibacilares (PB), o indivíduo que apresenta até 5 lesões cutâneas, representando o estágio não transmissível da doença e;

b) Multibacilares (MB), o indivíduo que apresenta mais de 5 lesões, pacientes estes considerados de alto poder de transmissão e da forma de disseminação da doença (BRASIL, 2002a).

3.4 Tratamento

O tratamento da hanseníase iniciou-se no fim da década de 1940 com a implementação da sulfona. Atualmente o tratamento é de cunho ambulatorial, padronizado pela OMS (desde 1982 e implantado no Brasil a partir de 1991 através da portaria nº 140/91 do Ministério da Saúde) e indicado pelo Ministério da Saúde, feito através da Poliquimioterapia, constituída de rifampicina, dapsona e clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartelas, com a composição e esquemas terapêuticos prescritos de acordo com a classificação operacional de cada caso (BRASIL, 2008a).

O esquema terapêutico para os pacientes PB é constituído por uma dose mensal de rifampicina e doses diárias autoadministradas de dapsona, com duração de 6 doses mensais. Já o esquema MB consiste em uma dose mensal de rifampicina e doses diárias autoadministradas de dapsona e

clofazimina, em um total de 12 doses mensais. Em alguns casos, pacientes em tratamento com o esquema multibacilar necessitam de 12 doses adicionais (BRASIL, 2002b).

Os pacientes em tratamento devem possuir agenda de consultas de rotina a cada 28 dias para receberem, além das orientações e avaliações, a administração da dose supervisionada e nova cartela com os medicamentos para doses autoadministradas no domicílio (BRASIL, 2008a).

3.5 Complicações Físicas e Psicológicas

É de entendimento geral que o *M. leprae* apresenta certo tropismo pelo acometimento de nervos periféricos. Tal especificidade gera impactos significativos do ponto de vista físico, social e econômico por ser de alta infectividade, mas de baixa patogenicidade, possuindo um poder imunogênico responsável pelo alto potencial incapacitante da doença, podendo evoluir para deformidades, produzindo um estigma que requer necessidades de reabilitação das pessoas acometidas (BARRASA et al., 2008).

A determinação do grau de incapacidade é realizada a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés (áreas com maior frequência de lesão), de diagnóstico simples e com maiores repercussões nas atividades cotidianas do acometido. O resultado final é expresso em valores que variam de 0 a 2. Para o grau 0 estão classificados os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional devido à Hanseníase; grau 1, aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora e o grau 2 os que, além da perda de sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas em mãos e/ou pés ou, ainda, lesões oculares diversas (BRASIL, 2002a).

Essas incapacidades e deformidades podem impactar substancialmente a vida do indivíduo, interferindo, assim nas suas atividades cotidianas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito que recaem sobre seus portadores (AMARAL, 2008).

Cerca de 20% dos pacientes com Hanseníase podem apresentar incapacidades físicas e restrições psicossociais, chegando a necessitar de algum tipo de intervenção na reabilitação ou continuidade de tratamento (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES; 2009).

3.6 Indicadores Epidemiológicos e Operacionais

Os indicadores de saúde possibilitam a realização de comparação entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem informações ao planejamento das ações de saúde. Tais indicadores podem ser classificados em dois grandes grupos de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam: epidemiológicos e operacionais. Os epidemiológicos avaliam a magnitude ou a transcendência do problema de saúde pública. Referem-se, portanto, à situação verificada na população ou no meio ambiente num dado momento ou num determinado período. Já os indicadores operacionais medem o trabalho realizado, seja em função da qualidade, seja em função da quantidade. O monitoramento dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase permite a obtenção de informações sobre o comportamento da endemia com a finalidade de fornecer orientação técnica permanente para aqueles que possuem a responsabilidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da doença (BRASIL, 2005).

3.7 Situação Epidemiológica

A Hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo objeto de atuação na saúde pública em decorrência da sua magnitude. No Brasil, apesar da redução na taxa de prevalência observada, de 19 para 4,52 doentes em cada 10.000 habitantes, no período de 1985 a 2003, a doença ainda constitui problema de saúde pública que exige vigilância (BRASIL, 2005).

O Brasil faz parte do grupo de países onde a prevalência de Hanseníase é elevada, apesar de todos os esforços para sua eliminação. Com

isso, o Brasil ocupa o 1º lugar nas Américas (responsável por 96% das notificações) e segundo no mundo, ficando atrás somente da Índia, em número absoluto de casos. Embora as estratégias adotadas tenham tido sucesso na redução da prevalência da doença no país, não houve diminuição na detecção de novos casos, o que sugere que a cadeia de transmissão não está sendo interrompida (AMARAL, 2008).

Com vistas a eliminação da doença, é primordial utilizar a rede de atenção básica junto às unidades de saúde da família, de forma a desempenhar um papel estratégico e de reestruturação do modelo assistencial com novas perspectivas. Destaca-se à necessária mudança do paradigma assistencial, voltando-se para o cuidado do sujeito com foco familiar (SANTOS; CASTRO; FALGUETO; 2008).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico, descritivo, retrospectivo sobre a incidência de hanseníase, no município de Bacabal, no ano de 2012. Segundo Amaral (2008) os estudos ecológicos abordam áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. Entre as vantagens dos estudos ecológicos está a facilidade de planejamento e implementação, na medida em que geralmente trabalham com bases de dados secundários, implicando, geralmente, em baixo custo relativo e simplicidade analítica.

As variáveis do estudo foram divididas em 10 categorias de análise: sexo, faixa etária, raça/cor, nível de escolaridade, zona de residência, classificação operacional, número de lesões cutâneas, forma clínica, esquema terapêutico e tipo de saída.

4.2 Cenário e População da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Bacabal, Maranhão, localizado a 250 km de distância da capital do estado, São Luís. A população do município é de 101.738 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 2010, o mesmo possui 1 683 km² de área.

O universo pesquisado compreende os casos de hanseníase notificados no município em questão no ano de 2012, totalizando 68 casos.

4.3 Coleta e análise dos dados

Realizou-se pesquisa sistemática nas bases de dados do DATASUS - Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. Dessa forma, foram coletados dados quanto à detecção geral da hanseníase no período de 2012, para se observar a proporção de pacientes de hanseníase. Para fins de análise estatística, utilizou-se Tabwin para Windows versão 3.6b.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo o sexo – Bacabal – MA 2012.



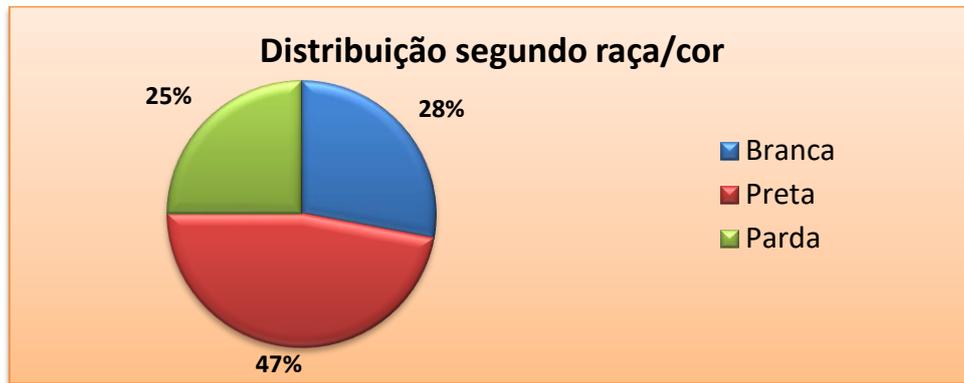
Foram registrados no município de Bacabal, MA, 68 novos casos de Hanseníase no ano de 2012. Houve maior predominância no gênero masculino, com 44 casos (65%), enquanto que o número de mulheres acometidas pela doença fora de 24 (35%). Segundo Gomes et. al. (2007), a maior prevalência de Hanseníase no gênero masculino associa-se à preocupação com o trabalho e o sustento da família, o que por vezes impede o homem de buscar os serviços de saúde. Outro empecilho para os homens são os horários de funcionamento dos serviços de saúde, que não atendem às demandas, por coincidir com a carga horária de trabalho, deste modo à busca por atendimento nos serviços de saúde fica em segundo plano.

Gráfico 2 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a faixa etária – Bacabal – MA 2012.



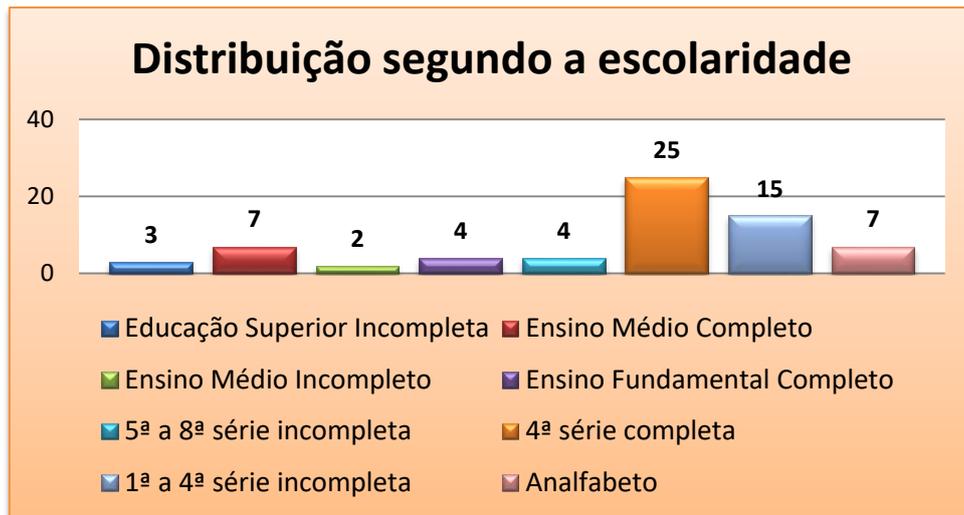
A maioria dos pacientes com hanseníase no município faz parte da população economicamente ativa, entre a faixa etária de 40 a 59 anos com 30 indivíduos (44,1%), seguida de 20 a 39 anos com 15 (22%) e 60 a 64 anos com 9 (13,2%). Dados existentes na literatura atestam que a hanseníase gera um imenso ônus social, visto que acomete principalmente indivíduos nesta faixa etária, devido ao risco de exposição considerada a sua dinâmica. A hanseníase é uma patologia infecciosa, de caráter crônico, de relevante importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu exacerbado poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa (MS, 2008).

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo a raça/cor – Bacabal – MA 2012.



No que concerne à variável raça/cor, observou-se maior predomínio em negros com 32 casos (47%). O predomínio da cor negra em relação às demais deve ser devido à forte influência negra e miscigenação no nordeste brasileiro (IBGE, 2005). Em estudos realizados no Maranhão com portadores de hanseníase, a cor parda foi predominante (FONSECA et al., 1983; AQUINO et al., 2003). Entretanto, Santos et. al. (2008) não encontraram associação estatisticamente significativa entre raça e hanseníase.

Gráfico 4 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a escolaridade – Bacabal – MA 2012.



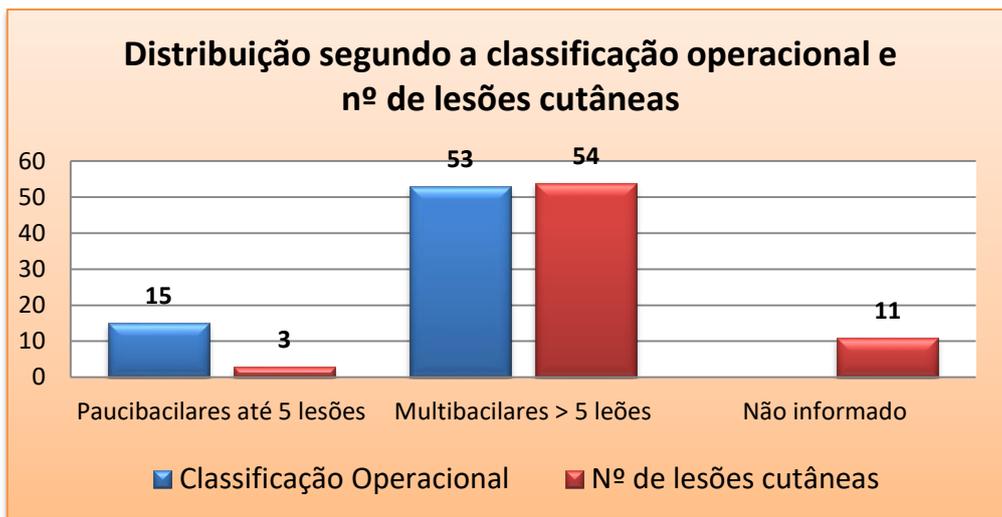
A questão da escolaridade é sobretudo importante, principalmente no que tange a realização da educação em saúde pelos profissionais, quanto ao autocuidado do paciente. O estudo revelou que 25 dos pacientes (36,7%) estudaram até a 4ª série do Ensino Fundamental, 15 pacientes (22%) não concluiu o Ensino Fundamental Menor (antigamente chamado de Primário), que corresponde às séries de 1ª a 4ª, e 7 (10,2%) são analfabetos. Observou-se o predomínio de pacientes com poucos anos de estudo, cenário semelhante ao apontado por Aquino et. al. (2003).

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo a zona de residência – Bacaba – MA 2012.



Entende-se que as condições socioeconômicas e culturais tem grande influência na distribuição e propagação da endemia hanseníase. Esta apresenta uma estreita relação com as condições precárias de habitação, baixa escolaridade e ainda, com o deslocamento de contingente populacional de áreas rurais para áreas urbanas, que pode não ter sido acompanhado de melhoria estrutural nos centros urbanos o que acarreta declínio nas condições de vida das populações (AMARAL, 2008). Isso explica a realidade de Bacabal na qual 85% (57 indivíduos) moravam na zona urbana e 9 indivíduos (13%) na zona rural.

Gráfico 6 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a classificação operacional e nº de lesões cutâneas – Bacabal – MA 2012.



No que tange à classificação operacional da hanseníase, observou-se que em Bacabal 53 do total (78%) dos casos eram multibacilares e 15 (22%) eram paucibacilares. Tal realidade corrobora os achados de Amaral (2008), Pontes et. al. (2008) e Pereira et. al. (2008), os quais também verificaram maior porcentagem de casos multibacilares. Em relação ao número de lesões, o estudo apontou que 54 casos (79,4%) apresentavam mais de 5 lesões e que 4,4% possuíam até 5 lesões. Sobrinho e Mathias (2008) relatam que o número de lesões cutâneas é uma variável essencial para a definição da classificação da forma operacional da Hanseníase e para a duração do tratamento poliquimioterápico. Afirma também que, múltiplas lesões cutâneas significam estágios avançados da patologia, indicando diagnóstico tardio.

Gráfico 7 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo a forma clínica – Bacabal – MA 2012.



Considerando a variável forma clínica 44 pessoas (64,7%) eram portadores da hanseníase dimorfa e 9 pessoas (13,2%) da virchowiana, conforme gráfico 7. O baixo percentual da forma indeterminada demonstra o atraso no diagnóstico, permitindo inferir que a rede básica não vem detectando os casos de forma precoce, bem como o déficit de informação da sociedade e resistência do paciente em aceitar ser portador da Hanseníase, impedindo, assim, o diagnóstico permitindo a evolução para formas mais graves.

Gráfico 8 – Distribuição percentual dos 68 casos de hanseníase segundo o esquema terapêutico – Bacabal – MA 2012.



O tratamento do paciente é realizado de acordo com sua classificação operacional (PB ou MB). Se a forma operacional for a PB são 6 doses de PQT mensais supervisionadas tomadas em até 9 meses e para os casos MB são 12 doses mensais supervisionadas tomadas em até 18 meses (BRASIL, 2002b). No presente estudo 79% (54 pacientes) realizaram tratamento de PQT/ 12 doses, o que está de acordo com o predomínio de casos multibacilares na amostra analisada.

Gráfico 9 – Distribuição numérica dos 68 casos de hanseníase segundo o tipo de saída – Bacabal – MA 2012.



Quanto a evolução dos casos de Hanseníase, observa-se que 19,1% destes (13 casos) obtiveram transferência para outra área. Percebe-se ainda que 11,7% (8 casos) do total obteve bom prognóstico, concluindo o tratamento e obtendo alta por cura. O restante do percentual de casos, 69,2% (47 casos), não consta preenchimento, o que se pode inferir que o tratamento ainda não havia sido concluído com o termino do ano de 2012 ou que não houve acompanhamento efetivo desses casos. Segundo Miranda et. al. (2010) estima-se que somente 1 em cada 3 portadores de Hanseníase esteja notificado e que muitos não seguem o tratamento à risca ou o abandonam, tendo como consequência bacilos mais resistentes às medicações e que podem acarretam em dificuldade de tratamento, bem como agravamento da forma clínica.

CONCLUSÃO

A partir da observação dos dados, pode-se concluir que os casos predominaram em indivíduos da faixa etária economicamente ativa, representando sua maior suscetibilidade em adquirir a doença em decorrência de sua dinâmica de vida. O estudo permitiu identificar que o sexo masculino é, sem dúvida, o mais atingido em termos de adoecimento no município, representando 65% de todos os casos. Os mais acometidos pela hanseníase são negros, de baixa escolaridade (4ª série completa), residentes na zona urbana, cujo tipo operacional e a forma clínica mais frequente foram o multibacilar (mais de 5 lesões) e a dimorfa, respectivamente.

Em relação aos indicadores operacionais, aqueles que traduzem a qualidade de serviços de saúde prestados a uma população em determinado local e período, nota-se a detecção de uma grande quantidade de casos multibacilares. Tais indicadores sugerem uma elevada circulação do bacilo na comunidade, expondo a dificuldade de se atingir a meta de eliminação da hanseníase, visto que existem barreiras, como o abandono do tratamento poliquimioterápico e possível subnotificação.

No transcorrer da análise das variáveis, observou-se que alguns campos não foram preenchidos/ ignorados ou até mesmo não classificados, podendo inferir que os profissionais não estavam devidamente capacitados para o preenchimento e entendimento da doença e/ou que não houve efetivo acompanhamento dos pacientes.

A realização deste estudo contribuiu para uma melhor compreensão do perfil epidemiológico da Hanseníase no município de Bacabal, MA, e poderá favorecer o desenvolvimento e o fortalecimento de ações que possibilite o diagnóstico e tratamento precoce, prevenção, tratamento de incapacidades físicas e divulgação dos sinais e sintomas, o que contribuirá para um declínio do número de novos casos no município estudado e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Do mesmo modo, como perspectivas futuras, programas de educação continuada dos trabalhadores de saúde poderão ser realizados, para implementar e consolidar as atividades de controle da Hanseníase na atenção básica, visando erradicar a mesma do cenário bacabalense.

Espera-se que o presente estudo sirva como subsídio para a formulação de estratégias e ações municipais para o controle da Hanseníase cujo cerne seja diagnosticar precocemente, impedir a permanência da cadeia de transmissão, minimizar as complicações físicas, psicológicas e sociais decorrentes do estigma existente na sociedade. O compromisso deve ser em avançar rumo a qualificação da assistência, a prevenção e promoção de ações para favorecer a redução de casos notificados.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E.P. Análise **Espacial da Hanseníase na Microregião de Almenara, Minas Gerais: Relações entre a situação epidemiológica e as condições socioeconômicas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

AQUINO, D. M. C. A.; CALDAS, A. J. M.; SILVA, A. A. M.; COSTA, J. M. L. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 57 - 64, 2003.

BARRASA, J.C.; RAMOS JR, A. N.; CASTRO, C. G. J. Pos-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. esp., p. 727-733, 2008.

BENCHIMOL, J.L; ROMERO SÁ, M. Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes. **HistCiencSaude Manguinhos**. 2003; 10 (supl. 1): 49-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 10. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília, 2002b. 89p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf.2002.> Acesso em 13 abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 9. **Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília, 2002c. 142p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância Epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – 6. ed. –(Série A.

Normas e Manuais Técnicos). Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª edição. Brasília, 2008a.196p.

COURA, J. R. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FONSECA, P. h. M. Hanseníase no Estado do Maranhão: análise de 5.274 casos. **Arquivo Brasileiro de Medicina**. v. 57, p. 175 - 177, 1983.

GONÇALVES, S.D., SAMPAIO, R.F., ANTUNES, C.M.F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista Saúde Pública**, Manaus; p267-274, 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os Homens buscam mais os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3 (23): p. 565-574, mar. 2007.

GOMES CCD, PONTES MAA, GONÇALVES HS, PENNA GO. Perfil clínicoepidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **AnBrasDermatol**. 2005;80(Supl 3):S283-8.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Microdados**. 2005. Rio de Janeiro: IBGE

LANA, F.C.F., CARVALHO, A.C.N., SALDANHA, A.N.S.L., AMARAL, E.P., DINIZ, L.G. Análise da Tendência Epidemiológica da Hanseníase na Microregião de Almenara/Minas Gerais- Período: 1998-2004. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, p107-112, 2006.

MINISTERIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**, 2008.

MIRANDA, C.S et. al. Informações acerca da Hanseníase aos escolares do ensino fundamental nas escolas do bairro de Passagem de Areia, em Parnamirim/RN. **Revista Extensão e Sociedade**, Natal, RN, ano 02, v.1, n. 2, 2010.

MONTEIRO, Y.N. Hanseníase: Historia e poder no Estado de São Paulo. **Hans Int.** 197; 12 (1): 1-7.

OMS. Leprosy **elimination. Leprosy today**. Disponível em: <who.int/lep/en>. Acessado em 26 de abril de 2013.

SANTOS APT, ALMEIDA GG, MARTINEZ CJ, et al. **Imunopatologia da hanseníase: aspectos clínicos e laboratoriais**. NewsLab. 2005;73:142-56

SANTOS. A. S.; CASTRO, D. S.; FALGUETO, A. Fatores de risco para transmissão de hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. esp, p. 738 - 743, 2008.

SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 303-314, fev. 2008.

VIEIRA, C.S.C.A., SOARES, M.T., RIBEIRO, C.T.S.X., SILVA, L.F.G. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 6l (esp), p682-688, 2008.