

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANACILIA VAZ DE SOUSA**  
**DILNAH CRISTINA MATOS SANTOS**  
**OLIENE FERREIRA MARTINS**

**INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DO  
MARANHÃO NO ANO 2016: um estudo descritivo**

São Luís  
2017

**ANACILIA VAZ DE SOUSA  
DILNAH CRISTINA MATOS SANTOS  
OLIENE FERREIRA MARTINS**

**INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DO  
MARANHÃO NO ANO 2016: um estudo descritivo**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização  
em Saúde da Família da Faculdade Laboro para  
obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues  
Vieira

São Luís  
2017

Sousa, Anacilia Vaz de

Incidência de casos de hanseníase em um município do Maranhão no ano 2016: um estudo descritivo / Anacilia Vaz de Sousa; Dilnah Cristina Matos Santos; Oliene Ferreira Martins -. São Luís, 2017.

Impresso por computador (fotocópia)

24 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) Faculdade LABORO. -. 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Hanseníase. 2. Casos novos. 3. Epidemiologia. I. Título.

CDU: 616-036.22

**ANACILIA VAZ DE SOUSA  
DILNAH CRISTINA MATOS SANTOS  
OLIENE FERREIRA MARTINS**

**INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DO  
MARANHÃO NO ANO 2016: um estudo descritivo**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização  
em Saúde da Família da Faculdade Laboro para  
obtenção do título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)**  
Graduada em Farmácia  
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde  
Mestre em Saúde Materno-Infantil  
Universidade Federal do Maranhão

---

1º Examinador

---

2º Examinadora

# **INCIDÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO ANO 2016: um estudo descritivo**

**ANACILIA VAZ DE SOUSA<sup>1</sup>  
DILNAH CRISTINA MATOS SANTOS<sup>1</sup>  
OLIENE FERREIRA MARTINS<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

A hanseníase ainda é uma doença infecciosa crônica de elevada magnitude em vários países. Este estudo teve como objetivo levantar situação epidemiológica de casos novos da hanseníase em um município no Estado do Maranhão no ano 2016, por meio de um estudo com caráter retrospectivo, com abordagem descritiva e quantitativa. Os dados para esta pesquisa são secundários e foram extraídos do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-net) da vigilância epidemiológica municipal. Em um total de 50 casos, os dados foram tabulados através dos programas de computador software Excel versão 2007. Com os seguintes resultados: em relação às formas a maior prevalência foi Dimorfa com 76%, seguida da vichowiana com 14%, quanto a classificação operacional prevaleceu a multibacilar com 92%, quanto a baciloscopia a maioria foi negativa com 40%. Ao grau de incapacidade o grau 0 com 58% seguida do grau 1, com 38%, em relação ao tratamento 60% apresentavam-se como não preenchido e 28% obtiveram alta por cura e quanto aos exames de contatos intradomiciliares dos 139 casos registrados apenas 84 foram examinados. Ficou claro que o município em estudo se mantém como hiperendêmico, o que requer melhorar a atuação dos profissionais de saúde e gestores com relação ao controle da doença para contribuir com ações de prevenção e educação em saúde, dentre outros, para evitar mais infecções.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Casos novos. Epidemiologia.

---

<sup>1</sup> Especialização em Saúde da Família pela Faculdade Laboro, 2017.

# INCIDENCE OF HANSENIASIS CASES IN A MUNICIPALITY OF MARANHÃO IN THE YEAR 2016: a descriptive study

## ABSTRACT

Leprosy is still a chronic infectious disease of high magnitude in several countries. This study aimed to analyze the epidemiological situation of new cases of leprosy in a municipality in the State of Maranhão in 2016, through a retrospective study, with a descriptive and quantitative approach. The data for this research are secondary and were extracted from the SINAN-net database of municipal epidemiological surveillance. In a total of 50 cases, the data were tabulated through computer programs Excel 2007 software. With the following results: in terms of the forms the highest prevalence was Dimorfa with 76%, followed by the vichowiana with 14%, regarding the operational classification multibacillary prevailed with 92%; for smear microscopy the majority was negative with 40%. At the degree of disability, grade 0 with 58% followed by grade 1, with 38%, compared to treatment 60% were unfilled and 28% were discharged for cure, and for the intradomiciliary contacts tests of the 139 registered cases only 84 were examined. It was clear that the municipality under study remains hyperemic, which requires improving the performance of health professionals and managers in relation to disease control to contribute to prevention and health education actions, among others, to avoid further infections.

Keywords: Leprosy. New cases. Epidemiology.

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença conhecida bíblicamente como a doença de Lázaro ou como era conhecida antigamente: lepra (BRASIL, 2001). É conceituada como uma doença grave crônica que causa lesões na pele, mucosas, nervos e quando em estado avançado também pode afetar outros órgãos. O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo que infecta somente seres humanos. Esta bactéria também é chamada de bacilo de Hansen; morfeia ou simplesmente lepra (BRASIL, 1998). O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 a 16 dias.

O homem constitui principal fonte de infecção, apesar de já terem sido encontrados outros animais infectados. A forma de transmissão se dá através pessoas infectadas pelo bacilo hansen, que por ainda não serem diagnosticadas, também não estão em tratamento e conseqüentemente eliminam o bacilo para o meio exterior pelas vias superiores, e assim contaminando indivíduos em suscetibilidade (BRASIL, 2010).

A hanseníase atinge mundialmente mais de 12 milhões de pessoas. Há em média 700.000 casos novos, contra 640.000 em 1999. No entanto em países desenvolvidos é quase inexistente.

A Organização Mundial de Saúde, (OMS) referência 91 países afetados: a Índia, a Birmânia, o Nepal totaliza 70% dos casos em 2000. Em 2002, 763.917 novos casos foram detectados: o Brasil, Madagáscar, Moçambique, a Tanzânia e o Nepal representam então 90% dos casos de lepra. Estima-se a 2 milhões o número de pessoas severamente mutiladas pela lepra em todo o mundo (BRASIL, 2012).

Assim essa patologia representa um sério problema de saúde pública mundial, manifestando-se de forma preocupante no Brasil. Entretanto apesar de ser considerada uma doença do adulto e do adulto jovem, numerosos casos desta doença foram relatados em faixas etárias menores de quinze anos. (CAMPELO, 2013).

Nos dias atuais a hanseníase ainda é uma doença com rejeição, preconceito e estigmatização, o programa do ministério da saúde de controle da mesma tem sido prejudicado, pois as pessoas deixam de procurar os serviços de saúde por medo do diagnóstico e conseqüente profilaxia, com isso existem muitos casos da doença em período de incubação, onde impossibilita diagnóstico precoce ficando o indivíduo, mais suscetível às sequelas que podem ser devastadoras e assim

a endemia vem crescendo, o que tem favorecido a infecção na população mais jovem. (SANTOS et al., 2007).

A justificativa para o presente trabalho foi que apesar da hanseníase ser uma doença prevenível através do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) e o Estado do Maranhão continuar se mantendo como uma região hiperendêmica veio à preocupação e é de suma importância saber como essa epidemia está se comportando em um município do Estado do Maranhão.

Dessa forma esse trabalho teve como objetivo geral levantar a situação epidemiológica de casos novos de hanseníase em um município do Maranhão durante o ano 2016, através deste buscar os objetivos específicos que são verificar os casos existentes; bem como identificar as formas, classificação operacional, grau de incapacidade, baciloscopia que mais acometem a população, tratamento e relatar os números de contatos registrados e examinados dos casos existentes.

A elaboração desta pesquisa se deu através de dados da concedidos pela vigilância epidemiológica municipal pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

É de suma importância que a estratégia a nível nacional de diminuição de casos de hanseníase alcance sua meta e não mais tê-la como um problema de saúde pública é preciso fazer uma vigilância de forma ativa a detecção precoce de casos na faixa etária dessa pesquisa e tratamento dos casos diagnosticados e assim diminuir a prevalência dessa epidemia devastadora (BRASIL, 2012).

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Definição**

A hanseníase constitui uma doença crônica, infectocontagiosa, causada por um bacilo que pode infectar um grande número de pessoas dando a característica de alta infectividade, embora poucos adoeçam levando a baixa patogenicidade (BRASIL, 2016).

A patologia vem se mantendo no cenário de várias epidemias, através de milênios, desde os tempos bíblicos, também conhecida como lepra, citada na bíblia, no Antigo Testamento(GOULART, 2009).



Os casos aqui elencados (na Bíblia), sob o termo genérico “lepra”, incluem também simples infecções da pele, ou até manchas na roupa ou em edifícios. A lepra, como outras doenças, é algo de anormal, e por isso ameaçador, que se opõe a saúde normal. (GARMUS, 1995, p.136).

## **2.2 Agente etiológico**

O *Mycobacterium leprae* é um parasita intracelular bacilo álcool-ácido resistente. É a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann (BRASIL, 2016).

## **2.3 Transmissão**

O modo de transmissão se dá através de uma pessoa com hanseníase na forma infectante da doença, multibacilar (MB), não estando em tratamento, essa por sua vez elimina o bacilo para o meio exterior, assim infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural que confere imunidade contra o *M. leprae*, sabe-se que a suscetibilidade ao bacilo tem influência genética. Desta forma, familiares de pessoas com hanseníase possuem maiores chances de adoecer. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), por meio de contato próximo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença. O período de incubação varia em média de 2 a 7 anos, não obstante haja referências a períodos mais curtos, de 7 meses, como também mais longos, de 10 anos (BRASIL, 2008).

## **2.5 Formas clínicas**

Para Brasil (2010), a hanseníase classifica-se em paucibacilares (PB), onde a doença apresenta até 5 lesões de pele, que podem ser das formas Tuberculoide (T) e Indeterminada - Mitsuda positivo e Multibacilares (MB) onde com se apresenta com mais de 5 lesões de pele podendo ser Virchowiana (V) ou Dimorfa (D) (PEREIRA et al, 2008).

### a) Hanseníase indeterminada

No início, tem uma evolução normal para cura na maioria dos casos e para as outras formas da doença em cerca de 25% dos casos. Na maioria dos casos, aparece uma lesão de cor mais clara que a pele normal, com alteração da sensibilidade no local da mancha, como demonstra a Figura 1. Essa forma acomete mais crianças de acordo com a classificação de Madri (BRASIL, 2016).

Figura1 – Forma indeterminada



Fonte: FARTIGOS MONO ANA/SAVK - Fique por Dentro - Hanseníase. htm

### b) Hanseníase tuberculóide

De acordo com Araújo (2003), nesse tipo de forma clínica as lesões ficam bem delimitadas, em menor quantidade, com ausência de sensibilidade e possuem distribuição irregular. Encontram-se lesões em placas ou anulares com as bordas papulosas e áreas da pele hiperemiadas e ainda hipocrômicas. Para o Ministério da Saúde (2009b), os nervos espessados podem emergir das placas e a necrose caseosa do nervo pode levar a distúrbios de sensibilidade, motricidade e atrofias. Essa forma é classificada como Paucibacilar, como mostra a Figura 02.

Figura 2 – Forma Tuberculóide



Fonte: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/hanseníase>.

c) Hanseníase dimorfa.

Tem como características aspectos morfológicos muito parecidos com os das formas vichowiana e tuberculóide. Por isso, possui sinais e sintomas muito variados, podendo ser encontrados como: lesões eritematosas, eritemovioláceas, ferruginosas, infiltradas, edematosas, brilhantes, escamosas com limites internos nítidos e limites externos indeterminados, centro deprimido, hipocrômico ou de coloração natural, com hipoestesia ou anestesia. Assim comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, e conseqüentemente os pacientes podem desencadear diversas incapacidades e deformidades físicas, como mostra a Figura 3. (PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2009b).

Figura 3 – Forma Borderline (ou dimorfa)



Fonte: F:\ARTIGOS MONO ANA\SAVK - Fique por Dentro - Hanseníase.htm

#### d) Hanseníase Virchowiana:

Nessa forma o bacilo já está em um processo de multiplicação da doença, já se tem a disseminação no exterior do tronco nervoso. Há o comprometimento do antebraço, dorso das mãos, existe também a ausência de pelos na face e nas sobrancelhas, perdas sensitivas e motoras que levam a atrofia muscular (SOUZA, 1997). Como observado na figura 4.

Figura 4– Forma virchowiana



Fonte: F:\ARTIGOS MONO ANA\SAVK - Fique por Dentro - Hanseníase.htm

## 2.6 Sinais e sintomas

A hanseníase apresenta sinais e sintomas dermatoneurológicos, sendo um fator relevante para diagnóstico da doença, onde principalmente as alterações neurológicas causam maior impacto devido às incapacidades físicas e as deformidades se não tratadas de forma adequada (BRASIL, 2009).

A patologia se manifesta através de lesões dermatológicas têm como característica diminuição ou ausência da sensibilidade; infiltrações que às vezes se acompanham de edemas e nódulos. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas (BRASIL, 2010).

Já as lesões neurológicas estão mais associadas à penetração do bacilo através dos nervos periféricos, sendo elas por processos inflamatórios dos mesmos, as chamadas neurites (DUARTE et al., 2009).

A partir da avaliação quanto aos sinais sintomas, à hanseníase dá-se classificação quanto ao grau de incapacidade física de acordo com as normas do Ministério da Saúde, que utiliza os seguintes critérios para classificação onde: grau 0

(zero), quando não há comprometimento neural nos olhos, nas mãos ou pés; grau I (um), que corresponde à diminuição ou perda de sensibilidade e grau II (dois), que indica a presença de incapacidades e deformidades do tipo lagofalmo, garras, reabsorção óssea, mãos e pés caídos, entre outros (BRASIL, 2004).

## **2.7 Diagnóstico**

Segundo Brasil (2016), inicialmente o diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio 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 nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico).

Para Talhari (2006), além disso, é importante aliar a uma boa avaliação clínica exames que auxiliam nesse diagnóstico dentre eles: Pesquisa de Sensibilidade; Pesquisa de Histamina; Prova de Pilocarpina; Baciloscopia; Histopatológica; Teste Sorológico e Diagnóstico Molecular; Reação em Cadeia da Polimerase (PCR).

## **2.8 Tratamento**

O tratamento da hanseníase a princípio deverá ser feito em regime ambulatorial, independente da forma clínica, sempre que possível, nos serviços de atenção primária à saúde e em caso de intercorrências clínicas e ou cirúrgicas, decorrentes ou não da hanseníase, o paciente deverá ser atendido em serviço especializado ambulatorial ou hospitalar dentro de uma rede de atenção integral (ALVES et al., 2014).

A poliquimioterapia (PQT), que a OMS, padronizada é dispensada pelo Ministério da Saúde onde se tem uma previsão de alta por cura após 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina e doses diárias auto administradas de dapsona, em até 9 meses para os pacientes paucibacilares, já para pacientes multibacilares (MB) serão administradas 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina, clofazimina e dapsona e doses diárias auto administradas de clofazimina e dapsona em até 18 meses. Os medicamentos são fornecidos em cartelas individuais, que contêm a dose

mensal supervisionada e as doses diárias autoadministradas, existindo as cartelas para PB e MB, adulto e infantil (ALVES et al., 2014).

### **3 EPIDEMIOLOGIA**

A organização mundial de saúde, OMS relatou que dezesseis países no mundo notificaram mil ou mais casos da doença em 2009, sendo que a Ásia apresentou a maior taxa de detecção, 9,39 casos por 100.000 habitantes, seguida das Américas, com 4,58 casos por 100.000 habitantes. A Índia foi o destaque, com 133.717 casos diagnosticados, e o Brasil, com 37.610 casos, sendo o segundo país em número de diagnósticos. Dos 40.474 casos novos nas Américas, 93% foram diagnósticos notificados no Brasil (ALVES et al., 2014).

O Brasil em 1991 assumiu, durante a 44a Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000, ou seja, atingir a taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10.000 habitantes, a meta não foi alcançada, devido à alta prevalência e detecção existentes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Somente dois estados brasileiros conseguiram atingir esta meta: Santa Catarina e Rio Grande do Sul (ALVES et al., 2014).

### **4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA**

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na vigilância epidemiológica, através da ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) (BRASIL, 2009b).

Outro fator de importante relevância é a investigação epidemiológica de contato que consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados e repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.

A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Para fins operacionais considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer

pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos 5 anos (BRASIL, 2009b).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipos de estudo**

Trata-se de um estudo com caráter retrospectivo, descritivo e quantitativo, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-net) do município em estudo.

### **5.2 Amostras do estudo**

Foram coletados 50 casos de hanseníase notificados no município do presente estudo durante o ano 2016, através da secretaria municipal de saúde.

### **5.3 Local da pesquisa**

Vigilância epidemiológica do município de Paço do Lumiar-MA, que de acordo com o SITE IBGE cidades (2017) tem uma população estimada em 122.420 hab., sua área territorial é 122,828 km e densidade demográfica 855,84 hab /km. A distância entre a cidade de São Luís-Ma e a cidade de Paço do Lumiar-Ma é de 25 km. No município não existem hospitais, possuindo apenas 16 postos de saúde.

### **5.4 Coleta de dados**

Os dados para esta pesquisa foram extraídos do banco de dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica Municipal SINAN-net. Acesso autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), através de ofício encaminhado ao secretário municipal de saúde: sobre o número de casos ocorridos durante o ano 2016: formas clínicas (indeterminada, tuberculoide, dimorfa ou virchowiana); classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); baciloscopia (positiva e negativa); grau de incapacidade (0, grau 1, grau 2 e não apresentado);

tratamento (não preenchido, transferido para o mesmo município, transferido para outro município e cura) e contatos intradomiciliares (registrados e examinados).

### **5.5 Análise de dados**

O processamento foi realizado na planilha eletrônica Software Excel (2007) e Microsoft Word (2007), para apresentação das variáveis, foram utilizados gráficos e tabelas e posterior discussão dos achados com outros autores.

### **5.6 Critérios de avaliação**

Os critérios de inclusão foram todos os pacientes acometidos e tratados pela rede municipal de saúde durante o ano 2016 e os de exclusão serão os casos de anos anteriores e posteriores ao da pesquisa.

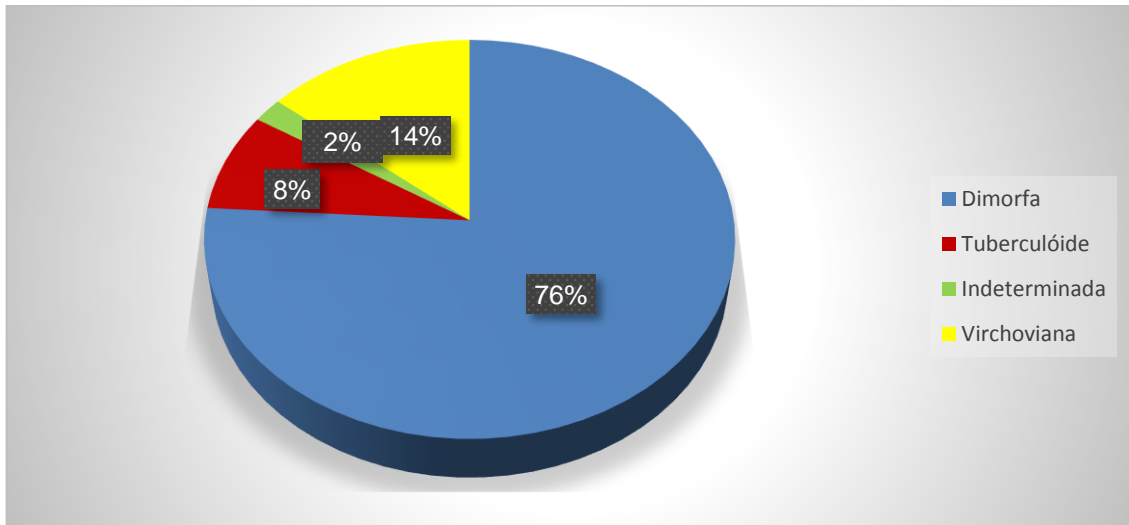
## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o ano 2016 até a data da pesquisa foram notificados 50 casos novos de hanseníase.

O gráfico 1 mostra a distribuição quanto as formas da hanseníase, onde percebe-se que 76% (n=38) se apresentam na forma Dimorfa, 8% (n=4) Tuberculóide, 2% (n=1) Indeterminada e 14% (n=7) na forma Virchowiana.



**Gráfico 1** – Distribuição quanto as formas da hanseníase em um município do Maranhão (n=50 ).



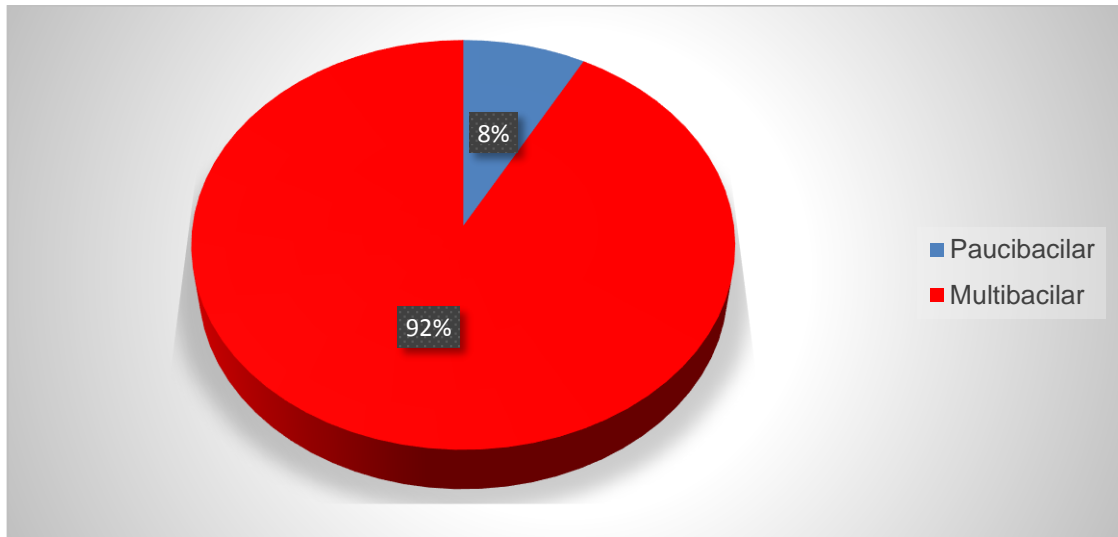
Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016.

A forma que mais acomete foi a Dimorfa, que é uma mais agressiva e contagiosa da hanseníase representando 76% dos casos, dados esses corroborados com os pesquisados por Ferreira e Alvarez (2005), onde a forma Dimorfa (MB) também acometeu 56,0%, mais da metade dos casos na sua pesquisa.

Em um estudo realizado por Imbiriba et al (2008), mostrou resultados diferentes dos nossos achados, onde a forma predominante foi a tuberculóide, seguida pelas formas dimorfa, indeterminada e virchowiana respectivamente. A ocorrência de formas clínicas nesta sequência foi encontrada em outros estudos.

O gráfico 2 mostra a classificação operacional da hanseníase onde percebe-se que 92% (n=46) são multibacilar e 8% (n=4) paucibacilar.

**Gráfico 2** – Distribuição quanto a classificação operacional da hanseníase em um município do Maranhão, 2016 (n =50).



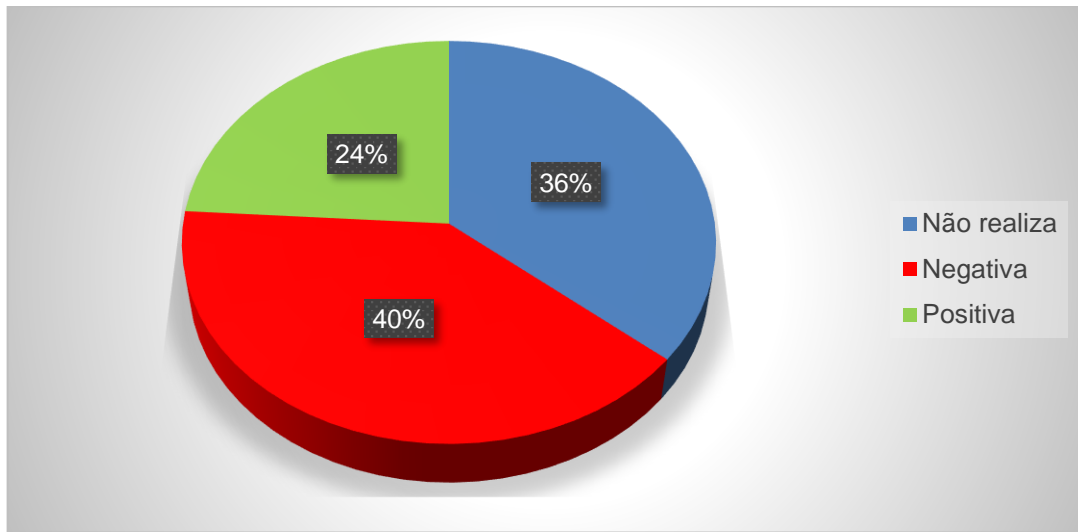
Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016.

Segundo Brasil (2001), essa classificação (MB) predominante no estudo é considerada a mais contagiosa e agressiva responsável também pelas incapacidades físicas mais devastadoras tendo em vista que nesse estudo essa, predominou sobre a paucibacilar ocorrendo em 92% dos casos registrados, o que pode significar falhas na estratégia de eliminação da doença.

As formas multibacilares ocorrem em pacientes com baixa resistência ao bacilo. Esses casos devem servir de alerta ao serviço de saúde local, pois são fontes de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença, sendo consideradas formas contagiantes e potencialmente incapacitantes (LUNA et al., 2013).

O gráfico 3 mostra a baciloscopia no diagnóstico da hanseníase, onde percebe-se que 36%(n=18) não realizada, 40% (n=20) negativa e 24% (n=12) positiva.

**Gráfico 3:** Distribuição quanto a baciloscopia no diagnóstico da hanseníase em um município do Maranhão 2016 (n =50).

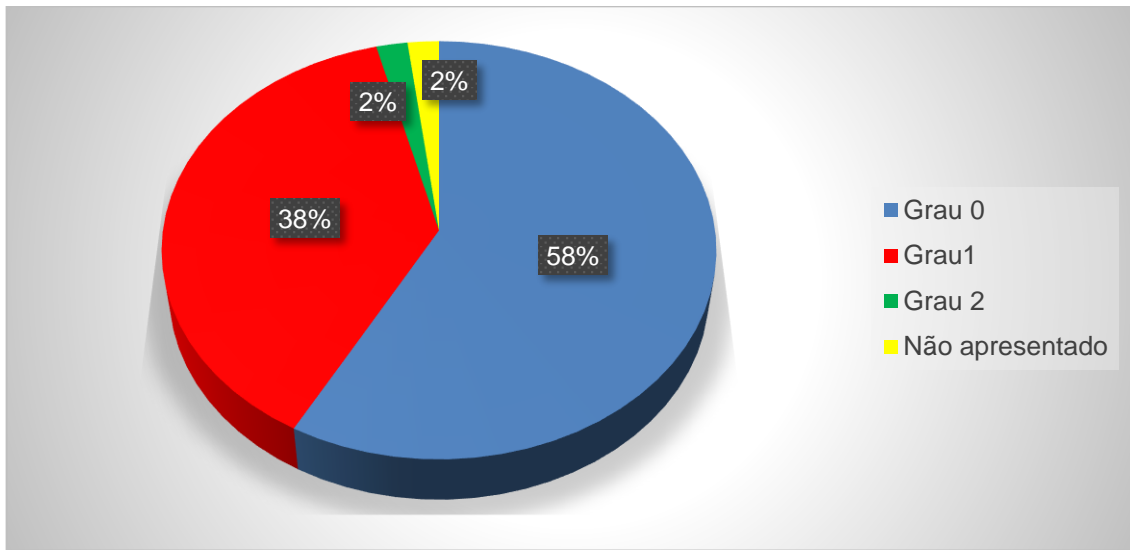


Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016.

Em relação à baciloscopia em sua maioria foi negativa representando 40% do total de casos apenas 24% foi positivo, segundo o autor Alves et al (2014) a baciloscopia é o exame complementar mais útil no diagnóstico da hanseníase, de execução simples e de relativo baixo custo. A baciloscopia, quando positiva, demonstra diretamente a presença do *M. leprae*, e indica o grupo de pacientes mais infectantes, com especificidade de 100%, entretanto com ocorreu no presente estudo, sua sensibilidade é baixa, pois, raramente, ocorre em mais de 50% dos casos novos diagnosticados e, algumas vezes, chega a 10%.

O gráfico 4 mostra o grau de incapacidade da hanseníase, onde percebe-se que 58% (n=29) grau 0, 38% (n=19) grau 1, 2% (n=1) grau 2 e 2% (n=1) não apresentado.

**Gráfico 4** – Distribuição quanto ao grau de incapacidade da hanseníase em um município do Maranhão 2016 (n =50).



Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016.

Quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico, a maioria dos casos apresentou grau 0, correspondendo a 58% dos casos, seguido do grau 1 com 38%, o que indica que, nesse aspecto a maioria não apresentou danos físicos. Esses dados corroboraram com os de uma pesquisa realizada por Luna et al., (2013) no município de Juazeiro-BA, onde o grau de incapacidade física no diagnóstico, entre os 141 (97,24%) pacientes avaliados, também houve predomínio do grau de incapacidade 0. Segundo Costa; Patrus, (1992) a presença de incapacidades no momento do diagnóstico pode indicar que o mesmo está sendo tardio, pois elas se desenvolvem mais tardiamente, sugerindo um controle ineficaz da hanseníase.

A tabela 1 mostra o tratamento da hanseníase, onde se percebe que o não preenchido obteve 60%, transferido para outro município 4%, transferido para o mesmo município 0%, cura 28%, erro no diagnóstico 2%, óbito 0% e abandono 6%.

**Tabela 1** – Distribuição quanto ao tratamento da hanseníase em um município do Maranhão 2016 (n =50).

<b>Tratamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não preenchido	30	60
Transferido para outro município	2	4
Transferido para o mesmo município	0	0
Cura	14	28
Erro diagnostico	1	2
Obito	0	0
Abondono	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

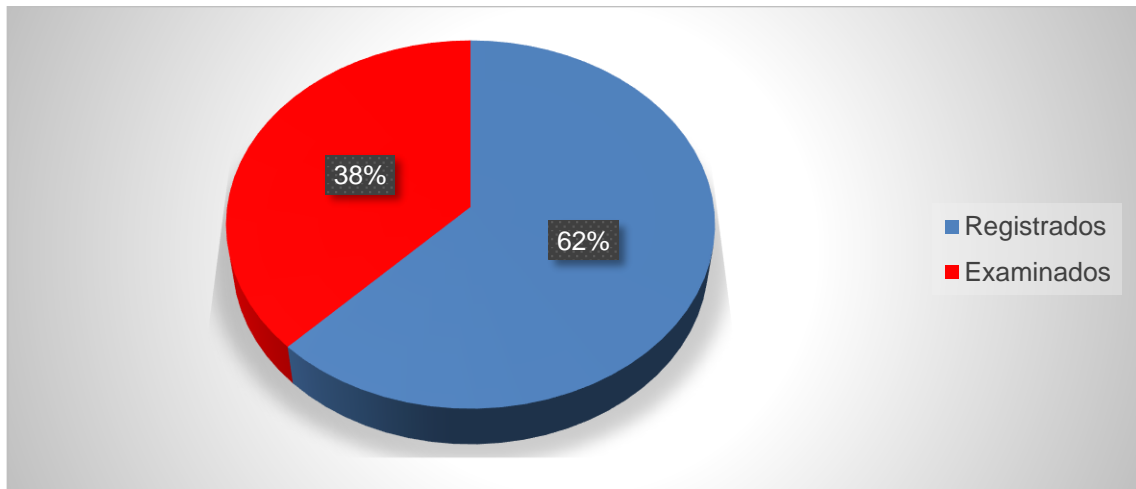
Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016

Até o momento da pesquisa 60% dos pacientes, representando a maioria ainda não haviam concluído o tratamento, em relação à alta por cura obteve-se 28%. De acordo com Brasil (2001), a alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico indicado. Sendo fundamental que medicamentos com qualidade estejam disponíveis em todas as unidades de saúde; que seja utilizado o esquema adequado ao caso; que haja administração correta e regularidade do tratamento durante todo o período previsto.

Para Brasil (2012), a meta foi alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015 o que não tem ocorrido.

O gráfico 5 mostra os exames de contatos intradomiciliar, onde observa-se que 62% (n=139) foram registrados e desses, 38% foram examinados, representando um total de 84 examinados.

**Gráfico 5:** demonstraçã exames de contatos intradomiciliares de hanseníase em um município do Maranhão 2016 (n =50).



Fonte: Vigilância epidemiológica - SINAN-net (SEMUS), 2016

Em relação aos contatos intradomiciliares a maioria não foram examinados, haja vista que os mesmos formam grupos de risco, podendo assim se não examinados estar se configurando em focos ocultos, responsáveis pelo crescimento exacerbado da endemia hanseníase, contribuindo para a proliferação da doença (PINTO, 1999).

Segundo Peixoto (2011) é importante ressaltar que os contatos de hanseníase merecem mais atenção, não somente pelo risco a que estão expostos, mas também pelas repercussões biológicas, sociais e econômicas que esta doença ocasiona, tornando-se um problema de saúde pública. O controle dos contatos de hanseníase deve constituir-se em um dos pilares das ações para eliminar essa doença.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa mostram que em 2016 até a data da coleta, 50 casos novos de hanseníase foram notificados no município em estudo. Foi possível ainda identificar as formas da hanseníase Dimorfa com 76% com maior incidência, quanto à classificação operacional da hanseníase 92% eram multibacilar, quanto a baciloscopia 40% foi negativa, grau de incapacidade prevaleceu o 0, tratamento 60% apresentavam-se como não preenchido. Em relação aos exames de contatos intradomiciliar de 139 registrados e 84 foram examinados.

Através dos achados deste estudo ficou claro que esse município do MA, ainda mantém coeficientes expressivos de detecção, sendo classificado como hiperendêmico, segundo parâmetros preconizados pelo ministério da saúde de onde, tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde público, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 100.000 habitantes anualmente (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar a necessidade da realização de mais pesquisas para conhecer a distribuição da doença em nível local para assim analisar melhor a situação epidemiológica da doença para contribuir com ações de prevenção, controle e educação em saúde, dentre outros, para evitar mais infecções.

## REFERÊNCIAS

ALVES Elioenai Dornelles, FERREIRA Telma Leonel, NERY Isaías. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.; 23 cm.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília; 2012.

\_\_\_\_\_. **Dados indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.773 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 162 p. - Brasil. Ministério da Saúde. Ações de informação, educação e comunicação: perspectiva para uma avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

COSTA, I.M.C.; PATRUS, A.O. **Incapacidades físicas em pacientes de hanseníase na faixa de zero a 14 anos, no Distrito Federal, no período de 1979 a 1989**. An Bras Dermatol. 1992; 67(5): 245-9.

DUARTE, M.T.C.; AYRE, J.A.; SIMONETTI, J.P. **Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária**. Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 100-7.

FERREIRA, I.N.; ALVAREZ, R.R. Hanseníase em menores de quinze anos de idade, na cidade de Paracatu - MG (1994 a 2001). **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8: 41-9.



GARMUS, Ludovico. **Bíblia Sagrada**. 4. ed. Petrópolis. Ed. Vozes, 1995.

GOULART, I.M.; GOULART, L.R. **Hanseníase**: desafios de diagnóstico e controle para a doença em todo o mundo. **Arch Dermatol Res**. 2009; 300 (6): 269-90.

IMBIRIBA, E. B. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008.

LUNA, I.C.F.; MOURA, L.T.R.; VIEIRA, M.C.A. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-Ba. **Rev Bras Promoc Saude**, Fortaleza, 26(2): 208-215, abr./jun., 2013.

PEIXOTO, B.K. de S. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-Ma. **Hansen Int** 2011; 36 (1): 23-30.

PEREIRA, S.V.M. et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, p. 774-780, 2008.

PINTO NETO, J.M.; VILLA, T.C.S. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). **Hansen Int**. 1999; 24(2): 129-136.

SANTOS, C. M. S. et al. A hanseníase e o seu processo diagnóstico. **Hansenologia Internationalis**, v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de Vigilância em saúde**: relatório de situação: Ceará / Ministério da Secretaria de em – 2.ed.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios Saúde, Vigilância à Saúde). Brasília: ministério da saúde, 2006.

TALHARI, Sinésio et al. Hanseníase I. In. **Hanseníase**. 4. ed. Manaus. Cap. 2, p. 22, 23, 24. 2006.