

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE
NO DISTRITO DE SÃO JOSÉ, MUNICÍPIO DE ALCobaÇA, BAHIA**

*Epidemiological profile of leprosy in the district of San José
municipality of Alcobaca – Bahia*

Diana Cavalcante Miranda de Assis¹

Ananda Medeiros de Andrade²

Rodrigo Almeida Dias³

Artigo recebido e aprovado em abril de 2015

Resumo

A hanseníase é doença infecciosa crônica, tem preferência pela pele e nervos periféricos o que torna seu diagnóstico simples. O objetivo deste estudo é definir o perfil epidemiológico da hanseníase no distrito de São José do município de Alcobaca – BA, no período de 2010 a 2014, a partir de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal, retrospectivo, com levantamento de dados secundários de cunho quantitativo e qualitativo. A população estudada foi composta por 29 casos de notificação de hanseníase, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na vigilância epidemiológica de Alcobaca – BA. O ano de 2011 foi o mais acometido pela hanseníase. Observou-se o predomínio de indivíduos com idade entre 16 a 40 anos, em sua maioria do sexo feminino, raça parda, que possuem o baixo nível de escolaridade e que são residentes na zona urbana.

Palavras – Chave: Hanseníase. Epidemiologia. *Mycobacterium leprae*.

Abstract

Leprosy is a chronic infectious disease, has a preference for skin and peripheral nerves which makes its simple diagnosis. The objective of this study is to define the epidemiology of leprosy in São José district of the municipality of Alcobaca - BA, in the period 2010-2014, from an epidemiological, observational, descriptive, cross-sectional, retrospective, with collection of secondary data quantitative and qualitative nature. The study population consisted of 29 cases of leprosy notification, registered in the System Notification Diseases Information (SINAN), in a surveillance Alcobaca - BA. The year 2011 was the most affected by leprosy. There was a predominance of individuals aged 16 to 40 years, mostly female, mulatto, who have low levels of education and who are living in the city.

Keywords: Leprosy. Epidemiology. *mycobacterium leprae*.

¹ Mestre em Medicina e Saúde (UFBA); Fisioterapeuta (EBMSP); Docente da graduação e Pós-graduação (FASB). End: Rua Jequitibá – 197, Bairro Bela Vista, Teixeira de Freitas - Bahia - E-mail: dina_fisio@yahoo.com.br

² Graduando em Biomedicina (Faculdade do Sul da Bahia (FASB). E-mail: a.ananda@live.com

³ Graduando em Biomedicina Faculdade do Sul da Bahia (FASB) E-mail: rodrigo_diasalmeida@hotmail.com

1 Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa, de caráter crônico, causada pelo *Mycobacterium leprae*, conhecido como Bacilo de Hansen (BH), possui afinidade com pele e nervos periféricos o que, de certa forma, facilita seu diagnóstico e possui tratamento (ARAÚJO, 2003). É um bacilo álcool – ácido resistente (BAAR), devido a esta característica utiliza-se a metodologia de Ziehl-Neelsen para a pesquisa em microscópio, ele cora-se em vermelho pela fucsina e não se descora pelo álcool – ácido. Possui aproximadamente 0,2 a 0,5 μ de diâmetro e 1,5 a 8 μ de comprimento, para pesquisa são utilizadas amostras de linfa ou biópsias, onde geralmente se apresentam isolados ou formando conjuntos característicos chamados globais (REES, 1985).

Mycobacterium leprae (*M. leprae*), pertence à classe *Actinobacteria*; subclasse *Actinobacteridae*; ordem *Actinomycetales*; subordem *Corynebacterinae*; e família *Mycobacteriaceae* (REES, 1985). O *M. leprae* possui a capacidade de infectar grande número de indivíduos, porém poucas pessoas adoecem devido a sua baixa patogenicidade, propriedade esta que não é função apenas de suas características intrínsecas, mas que depende, da sua relação com o hospedeiro e o grau de endemidade do meio. O domicílio é um indicativo de um importante espaço de transmissão da hanseníase, mesmo não existindo grandes lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles que estão relacionados com o ambiente social (GOMES et al. 2005).

A transmissão da hanseníase pode ocorrer de pessoa a pessoa através do convívio prolongado de susceptíveis doentes considerados bacilíferos das formas dimorfa e virchowiana sem nenhum tratamento (AQUINO et al., 2003).

A hanseníase é uma doença típica de regiões pobres, nas quais o baixo nível socioeconômico das famílias leva a um aglomerado humano, facilitando a propagação da bactéria. Somando – se a esta situação, temos ainda as baixas condições de higiene e desnutrição, que tornam o organismo mais suscetível às doenças (KERR–PONTES et al. 2006). No contexto biopsicossocial, o comprometimento de nervos periféricos acarreta em deformidades e incapacidades físicas que podem levar o indivíduo a problemas psicológicos, incluindo a redução de suas atividades laborais e de vida social, o que determinam que a doença ainda seja vista como estigma e preconceito.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) mostram que em 2012 o Brasil apresentou 33.303 casos notificados de hanseníase, é o segundo país do mundo em número de casos, estes inferiores apenas aos da Índia, com 134.752 notificações, para o mesmo ano.

Segundo inquérito epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde (SVS/MS), por meio da distribuição espacial, verifica-se para hanseníase áreas mais endêmicas ao norte, noroeste e sul do estado da Bahia. Dos 418 municípios, apenas 155 (37%) não notificaram casos em 2010 e 38 municípios são considerados hiperendêmicos, sendo que Barreiras (região Oeste do Estado) e Juazeiro (região sub-média da bacia do Rio São Francisco) apresentam maior relevância epidemiológica com mais de 100 casos/100 mil habitantes. A capital Salvador com 14,4 casos/100 mil habitantes é considerada de alta endemicidade (BRASIL, 2011).

A cidade de Teixeira de Freitas (TXF), extremo sul da Bahia, com cerca de 140.000 habitantes, em 2009 apresentou uma incidência de 112 casos, em 2010 de 69, 2011 com 68 e de 2012 com 59 casos. Mostrando um decréscimo significativo de casos de hanseníase detectado, sendo um grande indício de controle endêmico (Dados não publicados). A necessidade de se investigar essa situação no distrito de São José, que fica a 30 km de TXF, surgiu pelo fato de ser uma região com dados disponíveis, secundário às notificações realizadas periodicamente, no entanto não houve análises desses dados que permitissem uma conclusão sobre a situação epidemiológica da patologia estudada nesse distrito.

Além disso, surge a necessidade de investigar se a doença interage em condições socioeconômicas desfavoráveis, se possui relação com a faixa etária, sexo, predominância de raça, o elevado percentual de abandono e as desigualdades sociais que restringem o acesso da população a condições dignas de vida, são alguns obstáculos no controle da doença.

Tendo ciência, de que a prevalência da hanseníase continua acima do preconizado de acordo com a OMS e considerando o quão é importante a erradicação da mesma, o objetivo do presente estudo é definir o perfil epidemiológico da hanseníase no distrito de São José do município de Alcobaça – Bahia, no período de 2010 a 2014.

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, transversal, retrospectivo, com levantamento de dados secundários e abordagem direta de cunho quantitativo e qualitativo (GIL, 2002), realizado entre os períodos de 2010 a 2014, no distrito de São José do município de Alcobaça – Bahia. Os sujeitos do estudo foram pacientes notificados com hanseníase nesse mesmo período e local. Os dados secundários foram obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça, Bahia.

O acesso e análise desses dados foram autorizados pela coordenação da Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça – Bahia. A utilização dos dados secundários deste estudo respeita a confidencialidade e o anonimato dos sujeitos notificados.

Dentre as variáveis observadas estão: ano de ocorrência, sexo, faixa etária, raça, nível de escolaridade, zona, número de lesões, classifi-

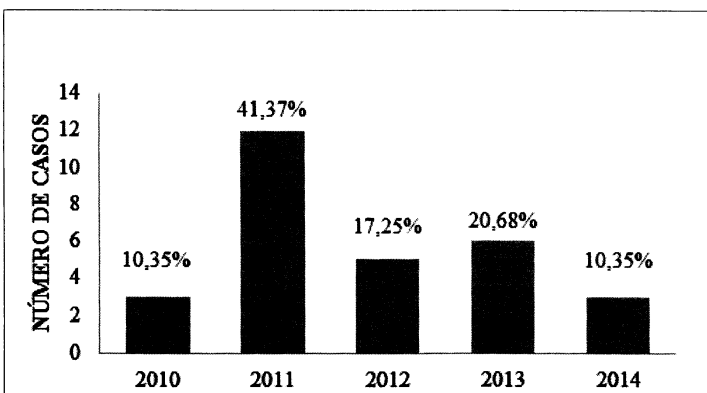
cação operacional, forma clínica, baciloscopia, o grau de incapacidade física, esquema terapêutico, episódio reacional durante o tratamento e o tipo de saída. Essas variáveis foram organizadas no software *Microsoft Excel* e os valores absolutos e suas respectivas porcentagens foram apresentados através de tabelas e gráficos, cuja margem de segurança foi estabelecida através de cálculo de desvio padrão.

Este projeto foi encaminhado para avaliação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, atendendo ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre questões éticas que envolvam pesquisa com seres humanos.

2 Resultados e discussão

No período de janeiro de 2010 a agosto de 2014, foram notificados 29 casos de hanseníase no distrito de São José do município de Alcobaça, BA. Dentre os anos avaliados no presente estudo, observamos que a maior incidência da hanseníase foi no ano de 2011 com doze casos (41,37%). Desde então houve um decréscimo dessa incidência nos anos seguintes sendo cinco casos (17,25%) em 2012, seis casos (20,68%) em 2013 e três casos (10,35%) em 2014, mostrando um elevado decréscimo de casos de hanseníase detectado (Gráfico 1). No ano de 2011 houve uma mudança de gestão em Alcobaça, resultando na falta do médico na cidade. Uma possível explicação para esse elevado número de casos no ano de 2011 pode ser devido à ausência de um profissional médico disponível na Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito de São José. Não houve planejamento do programa de combate a hanseníase nos anos 2011, 2012 e 2013, porém foi restabelecido no ano de 2014 o que explica esta grande diminuição nos casos desde então.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de hanseníase por ano de ocorrência no distrito de São José do município de Alcobaça – BA no período de janeiro de 2010 a agosto de 2014. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça, BA.



Analisando as características sociodemográficas (Tabela 1) pode-se observar um predomínio de pacientes da faixa etária de 16 - 40 anos (37,94%), do sexo feminino (65,51%), etnia parda (62,06%), com a escolaridade baixa (89,65%), residentes na zona urbana (65,51%). Com relação à idade, esse percentual cresce se levarmos em consideração a população até 60 anos de idade, o que é preocupante do ponto de vista socioeconômico, devido às incapacidades físicas que a doença provoca e o fato desses indivíduos estarem na fase produtiva da vida. A predominância do sexo feminino no presente estudo discorda dos achados de Lana et al. (2006) e Imbiriba et al. (2008), ambos os autores encontraram uma predominância da hanseníase em indivíduos do sexo masculino e a possível explicação dada por eles para esse fato foi a possibilidade dos homens, quando adultos, estarem mais expostos aos fatores de risco para a patologia em estudo. A busca pelos serviços de saúde bem como o tratamento de patologias é mais evidente nas mulheres do que nos homens, isso pode ter sido fundamental para a maior incidência da hanseníase no sexo feminino no período e local estudado.

A raça parda (62,06%) foi a mais evidente nesta pesquisa seguida da raça preta (20,70%). Um estudo realizado em 2008 por Santos, Castro e Falqueto, identificou um discreto equilíbrio entre as raças parda (38,9%) e negra (37,8%), enquanto Romão e Mazzoni (2013) demonstram em seus resultados que a raça branca (54,61%) apresenta maior incidência. A justificativa para esse achado não é bem discutido entre os autores do assunto, pois ao analisar vários estudos pertinentes não há predominância exclusiva de uma raça. Com base nisso pode-se especular que essa incidência não se relaciona à raça podendo ser explicada devido às condições socioeconômicas e culturais que possuem grande influência na disseminação da doença (RODRIGUES, 2010).

Observando a variável escolaridade, onde o presente estudo mostra que 26 (89,65%) dos portadores de hanseníase possuem o nível de escolaridade baixa. O resultado desta variável reafirma o estudo de Joffe et al. (2003), realizado no Rio de Janeiro, onde 50,4% dos pacientes com hanseníase possuíam o 1º grau incompleto. Neste caso, a educação que é um fator predominante, proporciona ao indivíduo uma maior compreensão do processo saúde - doença, que o leva a buscar o serviço de saúde mais precocemente. Foi verificado, no presente estudo que a hanseníase possui um perfil endêmico urbano com 19 (65,51%) dos casos no distrito. Dias et al. (2005), observou a maior porcentagem dos casos de hanseníase (97,28%) na zona urbana, pois os aglomerados urbanos favorecem a transmissão da doença, o que é condizente com Sobrinho e Mathias (2008), pois afirmam que a hanseníase ocasiona mais intensamente as pessoas em condições sociais menos favorecidas, carentes de saneamento básico, com menor nível de escolaridade, alimentação inadequada, residentes em casas aglomeradas, em condições totalmente

precárias, assim como naqueles com deficiência no sistema imunológico frente ao parasita.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos portadores de hanseníase, do distrito de São José do município de Alcobça – BA, no período de 2010 a 2014. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobça – BA.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
00 – 15	-	-
16 – 40	11	37,94
41 – 59	09	31,03
60 +	09	31,03
Sexo		
Masculino	10	34,49
Feminino	19	65,51
Raça		
Branca	04	13,79
Preta	06	20,70
Parda	18	62,06
Indígena	01	3,45
Nível de Escolaridade		
Baixa	26	89,65
Média	02	6,90
Alta	-	-
Ignorado	01	3,45
Zona de residência		
Urbana	19	65,51
Rural	10	34,49

Na Tabela 2, foi possível observar uma pequena diferença no que se refere ao número de lesões, sendo 15 (51,73%) casos com seis lesões ou mais e 13 (44,82%) casos com até cinco lesões. Sobrinho e Mathias (2008) relatam que o número de lesões cutâneas é uma variável importante para que seja definida a classificação da forma operacional da doença e para ser traçada a duração do tratamento desse paciente. Afirmam também que, múltiplas lesões cutâneas significam estágios adiantados da doença, indicando o diagnóstico tardio da patologia. Narasinha et al. (2006), afirmam que não deve-se apenas levar em consideração os aspectos clínicos, e principalmente os aspectos no quesito bacteriológico e histopatológico do paciente, vendo que a adoção da forma operacional não deve ser baseada apenas no número de lesões. Na variável classificação operacional, fica evidente o predomínio da forma multibacilar (62,07%; n=18) em relação a paucibacilar (37,93%; n=11), o que torna uma situação negativa, pois, quanto maior for o atraso no diagnóstico, maior será a chance do paciente desenvolver as incapacidades físicas irreversíveis e lesões decorrentes da própria evolução da doença.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de hanseníase, conforme o número de lesões e classificação operacional encontrados no distrito de São José do município de Alcobaça – BA no período de 2010 a 2014

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça – BA. PB: Paucibacilar, MB: Multibacilar

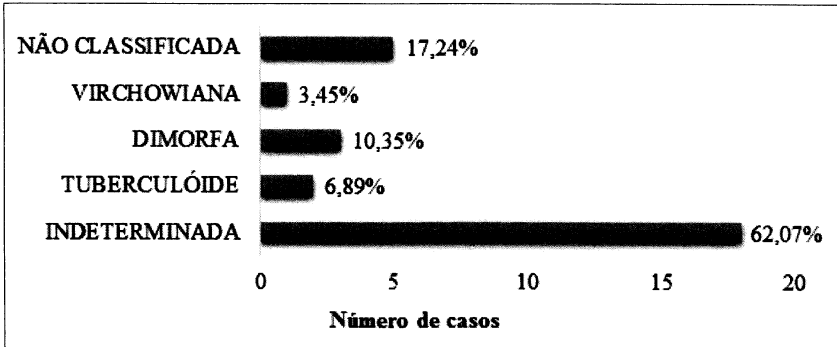
Variáveis	N	%
Número de lesões		
1 – 5	13	44,82
6 +	15	51,73
Ignorado	01	3,45
Classificação operacional		
PB	11	37,93
MB	18	62,07

O gráfico 2 indica a distribuição de casos de hanseníase segundo as formas clínicas. Os resultados apresentaram uma variedade das formas clínicas, podendo ser observadas altos índices da forma clínica indeterminada (62,07%). Entre as outras formas tem-se a dimorfa (10,35%), a tuberculóide (6,89%) e a virchowiana (3,45%).

A forma indeterminada é considerada uma fase inicial e transitória, ou seja, sem características definidas. Essa forma é caracterizada por uma ou várias manchas mais claras que a pele normal, planas e de bordas irregulares, também pode se manifestar apenas por alteração de sensibilidade e não apresenta riscos de contágio (SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010; SOUZA, 1997). Ao analisar os resultados referentes a classificação operacional e forma clínica, observou-se uma discordância nos valores. A forma indeterminada, devido aos seus aspectos clínicos, pode ser classificada como PB, que segundo Souza (1997) apresenta lesões mal definidas e hipocrômicas, em pouca quantidade e dispostas assimetricamente pelo corpo, assim como, o não comprometimento dos nervos. Na presente pesquisa observamos um aumento na classificação MB que é caracterizada pelas numerosas lesões de aparência eritematosa, além do comprometimento dos nervos, do sistema respiratório e do alto índice de contágio.

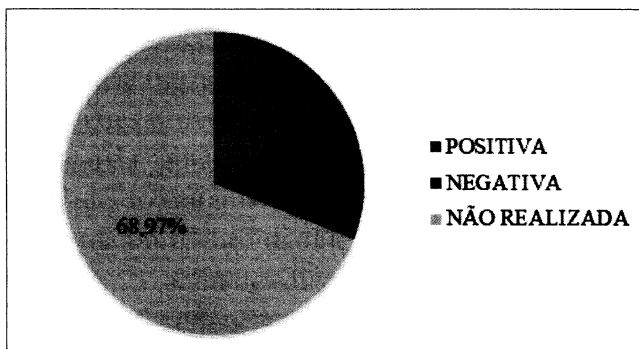
O Ministério da Saúde (2008) sugere que se utilize a classificação operacional para a hanseníase que considera PB os casos com até cinco lesões e diagnosticados clinicamente nas formas indeterminada e ou tuberculóide, e MB os casos com mais de cinco lesões e classificados clinicamente nas formas dimorfa e ou virchowiana. Esta é uma informação muito importante, pois é a partir do conhecimento da classificação operacional que o tratamento adequado para cada paciente é determinado (ARAÚJO, 2005). Com base nessas informações é importante frisar a falta de compromisso e o despreparo de profissionais que lidam com esse sistema, pois este é um dado imprescindível para identificarmos a real situação epidemiológica da hanseníase no local estudado.

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo as formas clínicas (2010 – 2014)
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça, BA



A baciloscopia é um exame de auxílio no diagnóstico da hanseníase. A portaria de nº 1073/GM/MS de setembro de 2000 recomenda que a baciloscopia, quando disponível, deverá ser realizada como exame complementar para a classificação dos casos PB e MB, independente do número de lesões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O gráfico 3 mostra a distribuição de casos de hanseníase segundo a baciloscopia. Esse resultado foi comprometido devido ao elevado número de baciloscopia não realizada (68,97%) o que torna essa análise não fidedigna, explicitando uma maior necessidade em realizar esse tipo de exame nesses pacientes. Dentre as realizadas, 17,24% foram positivas e 13,79% foram negativas totalizando 31,03% de baciloscopia realizadas no período estudado.

Gráfico 3 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo baciloscopia (2010 – 2014).
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça – BA



A falta de capacidade física gerada pela hanseníase levou a OMS a elaborar um formulário de Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações (ASFNC), para registrar o resultado da avaliação física, determinando o grau de incapacidade, que pode ser 0 (zero), 1 ou 2. A avaliação do grau de incapacidade é realizada nos pés, olhos e nas mãos, no momento do diagnóstico e na alta, sendo de fundamental importância para o planejamento de ações de prevenção que envolvam as in-

capacidades (LANA et al. 2007). Quanto mais cedo for diagnosticada a hanseníase, menor será o grau de incapacidade física gerada no paciente. O diagnóstico tardio aumenta as possibilidades do aparecimento de incapacidades físicas, que é responsável por ocorrer as mutilações, perda de funcionalidade de membros e perda da sensibilidade nas áreas do corpo. É importante destacar que as incapacidades físicas repercutem no psicológico do portador, levando este paciente a ser discriminado e auto – segregação (SIMÕES; DELELLO, 2005). A ação de reconhecer o grau de incapacidade física é um dos indicadores empregados na avaliação do programa de controle da hanseníase. Foi observado nas fichas de notificação, que treze (44,82%) dos pacientes foram classificados como não avaliados, três (10,35%) apresentaram incapacidade de grau 0. O grau 1 e 2 com quatro (13,79%) casos obtiveram a mesma porcentagem e a opção ignorado/branco foi presente em cinco casos (17,25%).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de hanseníase, conforme grau de incapacidade física encontrados no distrito de São José do município de Alcobaça – Ba no período de 2010 a 2014
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça, BA

GRAU	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
GRAU 0	03	10,35
GRAU 1	04	13,79
GRAU 2	04	13,79
NÃO AVALIADO	13	44,82
IGNORADO/BRANCO	05	17,25
TOTAL	29	100,0

O tratamento do paciente é realizado de acordo com a sua classificação operacional em PB ou MB. Se a forma operacional for a PB são seis doses de quimioterapia (PQT) mensais supervisionadas tomadas em até nove meses e para os casos MB são doze doses mensais supervisionadas tomadas em até dezoito meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). É realizado um tratamento por PQT constituída por rifampicina, dapsona e clofazimina distribuídos em quatro tipos de cartelas, a depender da classificação operacional de cada caso: PB Adulto, PB Infantil, MB Adulto e MB Infantil. (ARAÚJO, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A forma MB também foi predominante no esquema terapêutico (62,07%) quando comparado com a PB (37,93%), concordando com a classificação operacional. Um resultado positivo foi encontrado no episódio reacional, onde 65,51% dos casos não apresentaram reação, sendo apenas 6,90% que apresentaram reação tipo 2. Os episódios reacionais podem aparecer involuntariamente, antes, durante ou após o tratamento ou podem estar relacionados à resposta terapêutica e a capacidade imunológica do paciente ou devido a situações clínicas como: vacinação, anemia, gestação, infecções intercorrentes e uso de drogas

como antibióticos, progesterona e vitamina A. As reações são classificadas em tipo 1 e tipo 2, o episódio reacional do tipo 2 foi o único encontrado na pesquisa e está relacionado a casos de pacientes MB devido ao grande número de bacilos presentes, é uma reação imunológica humoral que tende a ocorrer durante o tratamento (FOSS, 2003). Vale ressaltar a importância da alta porcentagem da opção ignorado/branco (27,59%), pois, o episódio reacional em alguns casos pode ser o motivo que leva o paciente a procurar a ajuda médica, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença (Tabela 3).

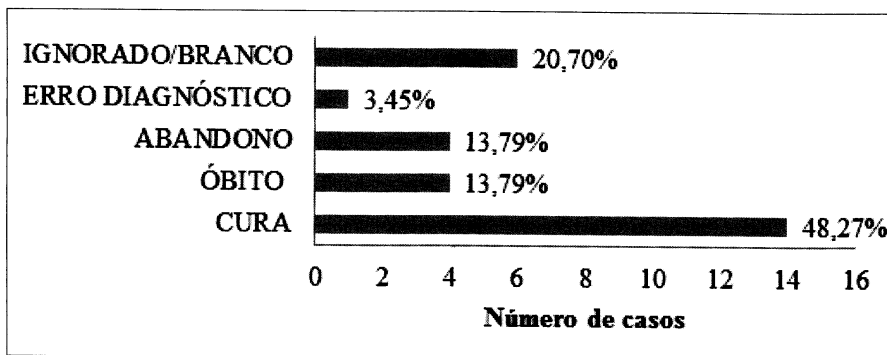
Tabela 4 – Representação dos casos de hanseníase, no distrito de São José do município de Alcobaça – BA, o esquema terapêutico e o episódio reacional durante o tratamento no ano de 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça – BA. *PQT – poliquimioterápico *PB – paucibacilar *MB – multibacilar

Variáveis	N	%
Esquema terapêutico		
PQT / PB / 6 doses	11	37,93
PQT / MB / 12 doses	18	62,07
Episódio Reacional		
Reação tipo 1	-	-
Reação tipo 2	02	6,90
Reação tipo 1 e 2	-	-
Sem reação	19	65,51
Ignorado/branco	08	27,59

Em relação ao tipo de saída do programa, a maioria foi por cura 14 (48,27%) seguido de óbito 04 (13,79%) e abandono 01 (3,45%). Novamente a opção ignorado/branco foi destaque com 06 (20,70%) casos. Rodrigues (2010) ressalta que o percentual de cura é um indicador da eficácia da captação e monitoramento aos pacientes, assim como, da efetividade do tratamento para a hanseníase. Um dado negativo e importante foi a presença da opção erro de diagnóstico 01 (3,45%). O erro de diagnóstico além de causar os fatos apontados acima pode ainda levar o indivíduo a ser excluído da sociedade, bem como, gerar um prognóstico tardio levando o paciente a ter danos, deformidades e incapacidades físicas além dos problemas psicossociais.

Gráfico 4 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo o tipo de saída (2010 – 2014).
 Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Secretaria Municipal de Saúde de Alcobaça – BA.



Conclusão

O presente estudo mostrou que o ano de maior ocorrência foi 2011, as características sociodemográficas predominantes foram faixa etária de 16 a 40 anos, sexo feminino, raça parda, nível de escolaridade baixa, zona de moradia urbana. Os aspectos clínicos mais encontrados foram pacientes com mais de seis lesões, classificação multibacilar, forma indeterminada, baciloscopia não realizada, grau de incapacidade não avaliado, tratamento multibacilar, sem apresentação de episódios reacionais e saída do programa devido à cura. Com base nessas informações pode-se obter uma melhor compreensão do perfil epidemiológico da hanseníase no distrito de São José do município de Alcobaça, BA, auxiliando o desenvolvimento e o fortalecimento de ações que promovam o diagnóstico e tratamento precoce, prevenção, tratamento de incapacidades físicas e divulgação dos sinais e sintomas, o que contribuirá para uma diminuição desta doença no distrito estudado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes, assim como a criação de programas de capacitação contínua para os profissionais que lidam com esses pacientes para solidificar as atividades de controle da hanseníase na atenção básica, visando erradicar a mesma como um problema de saúde pública.

Referências

AQUINO, D. M. C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 36, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2003.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2003.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. 1925 - 2005 Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p 199-202, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Bahia*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- DIAS, M.C.F.S.; DIAS, G.H.; NOBRE, M. L. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica – SIG*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, p. 289–294, 2005.
- FOSS NT. Episódios reacionais na Hanseníase. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: p. 453-459, abr./dez. 2003
- GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Cícero Cláudio Dias et al. Perfil clínico epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, p. 283-288, 2005.
- IMBIRIBA, E. B. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos de idade, Manaus, 1998 – 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, 2008.
- JOFFE, R. A. et al. Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão cutânea inicial pela população de região metropolitana do Rio de Janeiro. *Hansen International*, v. 28, n. 1, p. 65 – 70, 2003.
- KERR-PONTES LRS, BARRETO ML, EVANGELISTA CMN, RODRIGUES LC, HEUKELBACH J, FELDMEIERS H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North – east Brazil: results of a case – control study. *International Journal of Epidemiology*, v. 35, p. 994 – 1000, 2006.
- LANA, F. C. F. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 60, n. 6, nov./dez. 2007.
- Ministério da Saúde. *Guia para controle da Hanseníase*. Brasília, 3. ed. 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil*, 2008.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2. ed. Brasília (DF), 2008.
- NARASINHA, R. P.; PRATAP, D. V. S.; RAMANA, R. A. V.; SUNHEETHA, S. Evaluation of leprosy patients with 1 to 5 skin lesions with relevance to their grouping into paucibacillary or multibacilar disease. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. v. 72, n. 3, p. 207 – 221, 2006.
- REES, R. F. W.; The microbiology of leprosy. Hastings RC (ed) *Leprosy*, 1. ed. Churchill Livingstone Inc, Nova York, p. 31 – 52, 1985.
- RODRIGUES, Vivienne Vieira. *Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Teófilo Otoni, MG: uma análise de 2001 a 2008*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2010. 34f. Mo-

- nografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
- ROMÃO, E. R.; MAZZONI, A. M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 3, n 1, 2013.
- SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para a transmissão da hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. spe, p. 738 – 743, nov. 2008.
- SIMÕES, M. J. S.; DELELLO D. Estudo do Comportamento Social dos Pacientes de Hanseníase do Município de São Carlos-SP. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v. 7, n. 1, p.10-15, dez. 2005.
- 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. 24, n. 2, p. 303 – 314, fev. 2008.
- SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina, Ribeirão Preto*, 30: p. 325- 334, jul./set. 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Leprosy: Number of reported cases by country*. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.95300>. Acesso em: 05 out. 2014.