

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE, NO PERÍODO DE 2001 A 2017, EM VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA, BRASIL**EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH LEPROSY, IN THE PERIOD FROM 2001 TO 2017, IN VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA, BRAZIL****Betânia da Silva Ramos, Gabriele Marisco, Dirceu Joaquim Costa**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Abstract

Leprosy is an infectious disease that causes concern in many countries. Despite efforts to combat the disease, endemic outbreaks are still reported in many regions, constituting a serious public health problem. This study aimed to describe the epidemiological and sociodemographic profile of patients diagnosed with leprosy during the period from 2001 to 2017, in the municipality of Vitória da Conquista (BA), from the reports notified by the Pneumology and Sanitary Dermatology Center of the municipality, and that make up the SINAN database (Diseases Information and Notification System); in addition to basic sanitation data in the region. Data such as sex, age group, area of residence, race and education level, as well as the occurrence of clinical forms of the disease, were investigated to calculate the frequency and the number of new cases to obtain the detection rate. During the mentioned period, 934 individuals with the disease were notified. There was a higher frequency of individuals aged between 41 and 60 years, female, brown and white, living in the urban area, and with incomplete elementary education. The dimorphic clinical form was the most frequent among those diagnosed in the period. It was possible to provide an overview of the epidemiological situation of patients with leprosy in Vitória da Conquista and the hope that there will be the development of measures with the purpose of making the population aware of the risks of the disease.

Key words: *Mycobacterium leprae, public health, epidemiology.*

Resumo

A hanseníase é uma doença infecciosa que gera preocupação em muitos países. Apesar dos esforços para o combate da doença ainda são notificados focos endêmicos em muitas regiões, constituindo um sério problema para a saúde pública. Este trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes diagnosticados com a hanseníase durante o período de 2001 a 2017, no município de Vitória da Conquista (BA), a partir dos relatórios notificados pelo Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária do município, e que compõem o banco de dados do SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificações); além dos dados de saneamento básico na região. Foram investigados dados como sexo, faixa etária, zona de residência, raça e grau de escolaridade, assim como a ocorrência das formas clínicas da doença, para o cálculo da frequência e o número de casos novos para a obtenção da taxa de detecção. Durante o período mencionado, foram notificados 934 indivíduos portadores da doença. Houve maior frequência de indivíduos com idades entre 41 e 60 anos, do sexo feminino, das raças parda e branca, moradores da zona urbana, e com o ensino fundamental incompleto. A forma clínica dimorfa foi a mais frequente entre as diagnosticadas no período. Foi possível fazer um panorama da situação epidemiológica dos pacientes com hanseníase de Vitória da Conquista e a esperança de que haja o desenvolvimento de medidas com o propósito de conscientizar a população acerca dos riscos da doença.

Palavras chave: *Mycobacterium leprae, saúde pública, epidemiologia.*

Introdução

A hanseníase é caracterizada como uma doença infectocontagiosa, granulomatosa, crônica e de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae* (ML) ou Bacilo de Hansen (BH)¹, que apresenta quatro manifestações clínicas: indeterminado, tuberculoide, dimorfo e virchowiano são enquadrados como paucibacilares ou multibacilares, a depender do número de lesões, presença de bacilos e gravidade da doença. Às formas indeterminada e tuberculoide apresentam-se nos estágios iniciais da doença e exigem maior atenção da vigilância sanitária, a fim de evitar a progressão para quadros mais graves como as formas dimorfa e virchowiana que além de provocar lesões com limites precisos e com muitos bacilos, podem acarretar consequências mais graves ao indivíduo, como o acometimento de nervos, órgãos, surgimento de sequelas e de reincidências^{2,3,4}.

A nomeação da hanseníase como um obstáculo para a saúde pública já foi abolida em todos os países desde 2000, quando foi alcançada a meta de prevalência de 1/10.000 habitantes. No entanto, as ações de monitoramento ainda são mantidas em muitos países e localidades, principalmente aqueles em desenvolvimento que registraram altos focos endêmicos, como o Brasil⁵.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em relatório disponibilizado por 143 países, houve um pequeno aumento no número de casos novos em 2016 (n=214.783), quando comparado aos anos anteriores, que vieram a notificar 213.899 e 210.740 casos, em 2014 e 2015, respectivamente. Esses dados geram preocupação e requerem atenção, principalmente nas regiões que mais notificaram casos no mundo, como: Índia, Brasil e Indonésia¹.

Os esforços para combate da doença fazem parte da Estratégia Global para hanseníase 2016-2020 que pretende reduzir drasticamente a carga mundial e local da enfermidade, tendo como meta: anular o número de crianças diagnosticadas com a doença e as deformidades visíveis, anular o número de países com leis que permitem a discriminação da doença e a diminuição da taxa de novos casos (<1/1.000.000). Para que isso seja possível, três pilares são imprescindíveis: fortalecimento do controle, coordenação e parceria do governo; combate da doença e suas implicações; e eliminação da discriminação e promoção da inclusão^{5,7,8}.

Em 2016, o Brasil registrou 25.218 casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, sendo que as macrorregiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, respectivamente, pontuaram as maiores taxas e a Região Sul a menor. O Nordeste notificou 19,30 casos por 100 mil habitantes e colocou em evidência o Maranhão e Piauí com a maior incidência da doença. A Bahia, apesar de ter apresentado uma diminuição na taxa de casos novos, em 2016, (13,60/100.000 hab.), comparado com anos anteriores, ainda pode ser classificada como uma região altamente endêmica e um problema de saúde pública⁸. O município de Vitória da Conquista é considerado uma das regiões de maior crescimento populacional do Estado da Bahia, constitui-se como um grande centro comercial e de serviços e atende no âmbito da saúde, aproximadamente, mais de 80 localidades, incluindo as 38 cidades da região Sudoeste da Bahia^{9,10,11,12,13,14,15}.

A urbanização descontrolada^{16,17,18,19,20,21,22}, ausências de programas de assistência à saúde^{15,23}, baixos níveis de escolaridade^{19, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31} e socioeconômico^{32,33} são fatores que contribuem para a propagação da hanseníase no Brasil e no mundo.

Assim, avaliar os dados epidemiológicos dos indivíduos portadores da doença permite, antes de tudo, a descoberta precoce e o tratamento de casos novos na comunidade; redução na prevalência da doença; interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de incapacidades físicas³⁴. Com base nisso, este trabalho teve o objetivo de descrever o perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes notificados com a doença no município durante o período de 2001 a 2017.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, com uso de base de dados secundários a partir dos relatórios de pacientes notificados com hanseníase, com Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e código A30, no período compreendido entre os anos de 2001 a 2017, no Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária do município de Vitória da Conquista, referência no tratamento de hanseníase na região Sudoeste da Bahia, e compõem o banco de dados do SINAN (Sistema de Informações de Agravos e Notificações) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), acessados no

período compreendido entre fevereiro a abril de 2018.

Essa região está localizada entre as coordenadas de 14° 30' e 15°30' de latitude Sul e 40° 30' e 41°10' de longitude Oeste³⁵, a aproximadamente 512 km da capital do Estado da Bahia, Salvador e caracteriza-se como uma cidade média brasileira³⁶. Está inserida na mesorregião Centro Sul Baiana e microrregião de Vitória da Conquista e abrange, administrativamente, 23 municípios regionais³⁷. Conforme dados do último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município ocupa uma área de 3.704.018 km², possui uma densidade demográfica de 91,41hab./km² e 306.866 habitantes¹⁶.

Foram incluídos na investigação dados epidemiológicos e sociodemográficos de todos os pacientes, tais como: sexo, faixa etária, zona de residência, raça autodeclarada e grau de escolaridade e as formas clínicas da doença: indeterminada (Ind), tuberculoides (Tub), Virchowiana (Vir), Dimorfa (Dim) e não classificada (NC) para o cálculo da frequência simples; e o número de casos novos para o cálculo da taxa de detecção (número de casos novos confirmados de hanseníase, por 100 mil habitantes, em seus respectivos anos de notificação) no período estudado. Como critério de exclusão retirou-se os casos notificados como recidivas, para evitar duplicação dos dados, pois esses pacientes constavam, anteriormente, na ficha de entrada do SINAN como casos e retornaram ao mesmo registro por motivos de diagnóstico de recidiva; assim como aqueles com data de diagnóstico anterior a 2001 ou com ausência da data de nascimento.

No IBGE foi realizada uma comparação dos dados sociodemográficos nacionais com os de Vitória da Conquista (BA) e junto a EMBASA

(Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A.), foram investigadas informações atualizadas referentes ao saneamento básico nos bairros de Vitória da Conquista (abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto), cujos relatórios foram cedidos pela gerência responsável pelo órgão, entre março e abril de 2018.

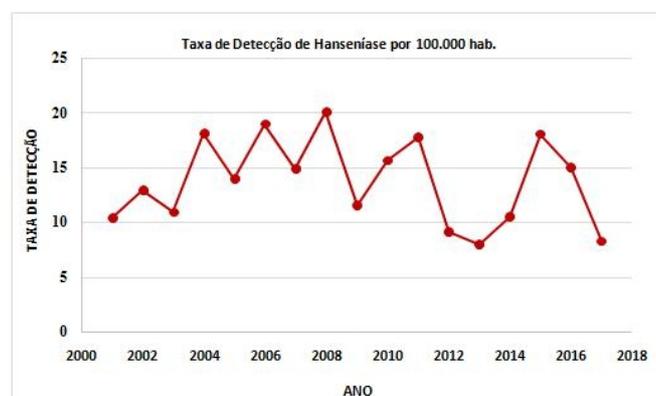
Para a análise os dados foram tabulações em planilhas de cálculos dos programas Microsoft Office Excel e Microsoft Office Word, e em seguida analisados por meio da estatística descritiva que serão apresentados por meio de tabelas e gráficos, para posterior análise e comparação dos resultados obtidos com informações da doença disponibilizadas em periódicos, livros e outros meios acadêmicos disponíveis.

O estudo ocorreu conforme aspectos éticos constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e às atividades iniciaram após a aprovação da Comissão de Ensino e Pesquisa da Prefeitura do município de Vitória da Conquista, e a autorização do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) / UESB sob número CAAE 75821417.9.0000.0055 sendo que as informações foram mantidas no absoluto sigilo.

Resultados e Discussões

Entre os anos de 2001 a 2017, foram identificados no Município de Vitória da Conquista-Bahia, 934 indivíduos com hanseníase pelo Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária à base de dados do SINAN. De acordo com os dados analisados uma grande flutuação com taxas elevadas detecção de casos novos por 100 mil habitantes na população residente no município com resultados entre 8 a 20 no período de 2001 a 2017 (Figura 1).

Figura 1: Taxa de detecção Geral da Hanseníase por 100 mil habitantes



Fonte: sage.saude.gov.br¹². Parâmetros: Hiperendêmico: $\geq 40/100$ mil hab. Muito alto: 20 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10 a 19,99/100 mil hab. Médio: 2 a 9,99/100 mil hab. Baixo: $< 2/100$ mil hab.¹³

A faixa etária que apresentou maior frequência em indivíduos foi a de 41 a 60 anos, com 36% (n= 334), seguido de indivíduos com 26 a 40 anos com 25% (n=232), de 61 a 80 anos com 19% (n=173), de 16 a 25 anos com 13% (n=125), de 0 a 15 anos com 5% (n=51) e apenas 2% (n=19) com mais de 81 anos foram afetados pela enfermidade, quando comparados na amostra total. Não houve diferenças em relação ao sexo dos portadores de hanseníase, cujos valores foram de 51% para o sexo feminino e 48% para o sexo masculino. Quanto a localidade de moradia, a doença foi mais recorrente em moradores da zona urbana, com 74% dos casos (n=688) contra 22% (n=207) para a zona rural. Dentre todos os bairros de Vitória da Conquista relatados no trabalho, os que mais notificaram casos nesse período foram: Brasil 7% (n= 38), Jurema 6% (n= 32), Lagoa das Flores 4% (n= 24), Patagônia 4% (n= 22), Kadija 3% (n= 18), Conveima 1, 3% (n= 18), Centro 2 % (n= 14), Alto Maron 3% (n= 19), Candeias 2% (n= 11), Urbis V 2% (n= 11) e Ibirapuera 2% (n= 10), respectivamente, que

juntos representaram 41% do total das notificações. Vale salientar que os povoados pertencentes ao município representaram 6%, com destaque para São Sebastião, Simão, Limeira e Veredinha. Em relação à escolaridade dos diagnosticados, notou-se que a maior parte (52%, n= 486) não possuía o ensino fundamental completo, seguido de não alfabetizada com 17% (n= 156), ensino médio incompleto com 10% (n= 94). Juntos estas faixas de escolaridade somam 79% dos casos notificados no município no período estudado. Contudo, um percentagem de 4% (n= 39) dos pacientes apresentavam nível superior completo contrapondo-se aos muitos trabalhos científicos que associam a ocorrência de várias doenças infecciosas, como a hanseníase, ao baixo conhecimento em educação em saúde e baixa condição socioeconômica da população. Houve uma predominância da cor parda, 59% (n=552), seguido de indivíduos da raça branca, 23% (n=213) entre os analisados. Outras etnias (preta, amarela e indígena) somaram juntas 122 (13%) dos pacientes.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos pacientes notificados com Hanseníase em Vitória da Conquista (BA) no período de 2001 – 2017.

Variáveis	Número de casos notificados	%
<u>Faixa etária</u>		
0 até 15	51	5,46
16 até 25	125	13,38
26 até 40	232	24,84
41 até 60	334	35,76
61 até 80	173	18,52
81 ou mais	19	2,03
<u>Sexo</u>		
M	455	48,72
F	479	51,28
<u>Raça/Cor</u>		
Branca	213	22,81
Outras etnias (Preta, amarela, indígena)	117	13,06
Parda	552	59,10
Ignorado	1	0,11
<u>Zona de residência</u>		
Urbana	688	73,66
Rural	207	22,16
Periurbana	2	0,21
Ignorado	1	0,11

Continua...

...continuação

Escolaridade

Não alfabetizado	156	16,70
Ensino fundamental incompleto	486	52,03
Ensino fundamental completo	48	5,14
Ensino médio incompleto	94	10,06
Ensino médio completo	66	7,07
Educação superior incompleta	7	0,75
Educação superior completa	39	4,18
Não se aplica	20	2,14
TOTAL	934	100,00

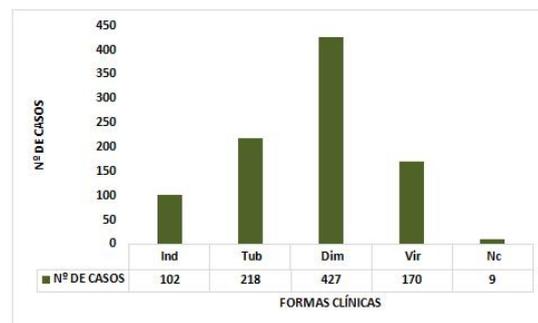
Fonte: dados da pesquisa

De acordo com o relatório do SINAN, 93% do total da amostra foi de casos novos, enquanto que o percentual restante correspondeu a indivíduos que foram diagnosticados e em tratamento da doença. Além disso, a principal forma de entrada no cadastro foi por encaminhamento pela equipe do centro de pneumologia e dermatologia sanitária (602 pessoas) ou por demanda espontânea. Vale salientar que a definição de um indivíduo como caso remete aquele que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais: lesões ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; comprometimento de nervo periférico e presença de bacilos do *M. leprae*. Já casos novos são aqueles que nunca receberam qualquer tratamento específico para a doença³.

Os dados clínicos mostraram maior frequência para as formas dimorfa, 45% (n=427) e tuberculoide, 23% (n=218). As formas virchowiana e indeterminada representaram, respectivamente, 18% (n= 170) e 10% (n= 102) (Figura 2). O mesmo também pode ser

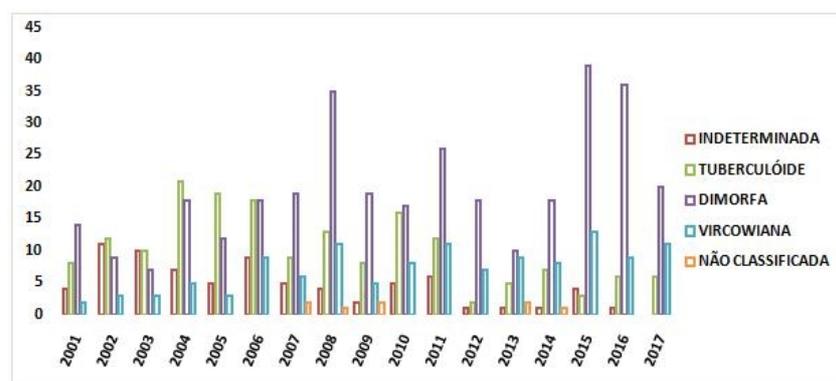
evidenciado para os casos novos (Figura 3). Apesar desses resultados o teste de baciloscopia revelou que 33% dos casos foram negativos para *Mycobacterium leprae*.

Figura 2: Total de formas clínicas da hanseníase diagnosticadas entre 2001 a 2017



Fonte: Dados da pesquisa. Formas clínicas: Ind (Indeterminada), Tub (Tuberculoide), Vir (Virchowiana), Dim (Dimorfa) e NC (não classificado).

Figura 3: Formas clínicas e número de casos novos de hanseníase diagnosticados entre os anos de 2001 a 2017



Fontes: Dados de pesquisa

Como dado adicional, foram notificados alguns pacientes (n=15) que abandonaram o tratamento por motivos desconhecidos.

A hanseníase é caracterizada como uma doença infectocontagiosa crônica e de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*¹, e que pode se apresentar de várias formas clínicas diferentes dependendo do número de lesões, presença de bacilos e gravidade da doença². O Brasil apresenta elevada carga de hanseníase e encontra-se em segundo lugar no número de casos novos da doença no mundo⁵. Este trabalho avaliou o perfil sociodemográfico dos casos positivos de hanseníase no município de Vitória da Conquista, interior da Bahia atendido no centro de referência para a enfermidade da região, no período de 2001 a 2017.

As análises mostraram uma taxa de detecção de casos novos, por 100 mil habitantes, muito elevada para o município, flutuando entre 8 e 20 no período estudado (Figura 1). Esses resultados indicam que a região apresenta de média a alta endemicidade para a hanseníase quando se comparam com a classificação adotada pelo Ministério da Saúde por 100 mil habitantes: baixa (menor que 2), média (2 a 9,99), alta (10 a 19,99), muito alta (20 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40)³⁸. Houve um período entre 1990 e 2016 que a taxa de incidência da doença por 100 mil habitantes no Brasil já foi considerada alta e muito alta variando entre 12,23 a 29,37, com decréscimo dos valores a partir de 2009. As regiões Centro-Oeste e Norte, seguidas do Nordeste, pontuaram taxas mais elevadas; em oposição, encontram-se as regiões Sudeste e Sul com baixa endemicidade. No tocante ao padrão hiperendêmico por estados, coloca-se em evidência Mato Grosso, Rondônia, Maranhão e Espírito Santo; como padrão médio encontram-se Santa Catarina e São Paulo, e com baixa endemicidade apenas o estado do Rio Grande do Sul. Os demais estados brasileiros apresentaram taxas que variaram entre altas e muito altas.

Na Bahia essa mesma taxa oscilou em alta e muito alta a partir de 1992, e atingiu picos da doença no período de 2003 a 2007, com valores entre 21 a 29/100.000 hab¹⁰. Outro estudo realizado no estado, no período entre 2001 e 2012, mostrou que a extensão da doença tem decrescido na população em geral. Contudo, mesmo com a queda nas taxas de detecção, os valores encontrados estavam muito superiores aos padrões mundiais. O número de municípios classificados como de média, alta e muito alta endemicidade e hiperendemia aumentou significativamente, chegando a 76,7% do total de municípios neste período.

Os autores sugerem, entre outros fatores, que a ampliação da assistência à saúde observada em todo o país nos últimos anos, tenha promovido um aumento na detecção de casos novos de hanseníase¹⁵.

Na cidade de Salvador (Ba), a taxa de detecção da hanseníase no período de 2001 a 2009, constatou-se altos níveis endêmicos (16,66/100 mil hab.) para a doença, tendo sido diagnosticados 3.226 pacientes, principalmente no ano de 2004. Essa tendência elevada foi encontrada também para menores de 15 anos, o que pode indicar surtos endêmicos e expansão da doença¹¹ ficando em primeiro lugar em incidência de hanseníase na Bahia, tendo o município de Vitória da Conquista ocupado a 14ª posição com 737 casos novos, ficando à frente de Feira de Santana, segunda cidade mais populosa da Bahia¹².

Dentre os analisados, a faixa etária de 41 a 60 anos representou a maior proporção de casos, acompanhada da faixa dos 26 aos 40 anos. Juntos representando mais de 60% dos casos novos no estudo (Tabela 1). Muitos trabalhos mostram que indivíduos na faixa etária economicamente ativa são os mais acometidos pela enfermidade^{19,39,40,41}, podendo causar prejuízos econômicos ao município, caso desenvolvam incapacidades, lesões, estados reacionais, que afastem das atividades produtivas, além de gerar um custo social demasiado⁴².

O sexo feminino (51%) foi ligeiramente superior ao sexo masculino (49%) do sexo masculino (Tabela 1). Estudos realizados em outros municípios da Bahia^{11,13,19,24,43}, e do Mato Grosso²⁵ registram frequências maiores da doença em indivíduos do sexo feminino, que podem estar relacionados a fatores como maior cuidado da aparência física e disponibilidade nos centros de saúde com programas voltados para mulheres⁴⁴ o que difere dos homens que ainda padecem de centros especializados para a prevenção e acompanhamento, recorrendo a alternativas mais acessíveis às suas demandas (farmácias, prontos-socorros)⁴⁵. Pode-se também associar a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, e com isso a vulnerabilidade de contrair a doença^{44,46}. Entretanto, outros relatos indicam que o percentual de casos novos para o sexo masculino mais elevado, tanto nas regiões Norte e Nordeste⁴⁷ como para o país de um modo geral⁴⁰.

A zona urbana apresentou maior proporção da doença com 74% dos casos (n=688) (Tabela 1). Vários estudos epidemiológicos confirmam esses achados demonstrando que as áreas urbanas podem representar mais de 80% das notificações. A urbanização descontrolada e a forte migração populacional de áreas rurais no Brasil, principalmente pelas melhores ofertas de

emprego, em particular na região Nordeste, têm sido os principais fatores apontados para o crescimento da hanseníase nessas áreas, que levam a um aumento da polarização econômica, exclusão as oportunidades sociais e materiais, maior ocorrência de assentamentos pobres com maior número de moradores por residência pode estar favorecendo um maior contato físico entre as pessoas. Essas situações, somadas às más condições de vida nos arredores das cidades, favorecerem a continuidade da transmissão da hanseníase nestes locais^{16,17,18,19,20,22,39,48,49,50}. Por outro lado, as melhorias nos programas assistenciais^{15,23}. Bairros localizados da zona urbana representaram a maioria do número de notificações dos casos novos com uma grande variação na frequência (entre 2% e 7%) da doença. Todavia, o bairro de Lagoa das Flores apresentou um percentual elevado de ocorrência, mesmo localizado na zona rural da cidade. Vale salientar que os povoados pertencentes ao município, com destaque para São Sebastião, Simão, Limeira e Veredinha, somaram juntos 6% das notificações. O município de Vitória da Conquista apresenta 85% de cobertura em saneamento básico e abastecimento de água potável^{23,51}, e por tanto, supõe-se que a oferta ou ausência de saneamento básico não tenha sido o fator limitrofe para ocorrência dos focos endêmicos da doença nos bairros visto que, tanto nos bairros localizados na área urbana, que são assistidos com ampla oferta de água e esgoto, quanto naqueles mais ruralizados, com poucas propriedades, domicílios esparsos e discreto decréscimo da população, como no bairro Lagoa das Flores, mostraram grande frequência da doença. Provavelmente o alto endemismo da hanseníase nos bairros da zona urbana tenha ocorrido devido ao aumento da densidade populacional, assim como pelo fato de existirem centros comerciais e de serviços que propiciam um maior contato entre as pessoas e a transmissão da doença⁵². Quanto ao bairro da Lagoa das Flores, o intenso fluxo dos moradores para a zona urbana proporciona uma maior agilidade na detecção de casos, como também a grande rotatividade de agentes de saúde no local.

Cinquenta e dois por cento (n= 486) dos pacientes não possuía o ensino fundamental completo, e 17% declaram-se não alfabetizados (n=156) (Tabela 1). Embora tenham sido diagnosticados casos da doença em indivíduos com nível superior completo (4,18%), muitos

trabalhos associam a ocorrência de várias doenças infecciosas, como a hanseníase, à baixa escolaridade. Vários autores encontraram resultados similares, com episódios da doença em pessoas com baixa escolaridade, pouca informação, dificuldades no entendimento da doença e dos receituários médicos, o que leva a probabilidade de interrupção do tratamento^{19,24,25,26,28,29,30,31,32,33}.

Encontramos uma predominância da cor parda, 59,10% (n=552), seguido de indivíduos da raça branca, 22,81% (n=213) (Tabela 1), corroborando com outros trabalhos da literatura^{26,28,39}. Outras etnias (preta, amarela e indígena) somaram juntas 122 (13,06%) dos pacientes. Esses dados podem ser o reflexo de aspectos colonizatórios, referentes à miscigenação, migração, processos de ocupação territorial e organização espacial do município⁵³.

Os dados clínicos mostraram maior número de pacientes foram diagnosticados com a forma dimórfica (45%), seguida da tuberculose (23%), virchowiana (18%) e indeterminada (18%), respectivamente (Figura 2). A partir de 2007, houve uma maior número anual de casos novos diagnosticados com a forma dimórfica em relação as demais (Figura 3) o que explica a sua maior proporção concordando com outros trabalhos publicados^{26,27,28,41,47}. Contudo, os resultados da baciloscopia para o *Mycobacterium leprae* foram negativos em 33% das formas clínicas dimórficas mostrando discordância com outros achados da literatura que geralmente apontam os testes baciloscópicos como negativos nos casos paucibacilares, que apresentam até cinco lesões (formas indeterminadas ou tuberculoideas), e como positivos nos casos multibacilares, com mais de cinco lesões cutâneas (formas dimórfica ou virchowiana)³.

Sendo assim, pelo número relatado de formas dimórficas e casos multibacilares pela equipe do centro ao SINAN, o resultado esperado para a baciloscopia seria positivo para a maioria dos pacientes diagnosticados. Tal contradição também foi verificada anteriormente apontando como causas possíveis subnotificações ou erros nos registros, o que leva a falhas na sistematização da assistência ao portador de hanseníase e transtornos ao mesmo^{11,13}.

Estudo realizado por Galloet al.⁵⁴ que correlacionou a classificação clínica da doença, baseada no número de lesões cutâneas, com os exames baciloscópicos, observou-se limitações no método clínico de diagnóstico quando comparados aos resultados laboratoriais.

Dos 837 casos clínicos analisados, 652 casos que apresentavam baciloscopias positivas e 185 negativas. Dentre os positivos, 10,4% apresentavam menos de cinco lesões (falso-negativos), e os negativos, 16,0% apresentavam mais de cinco lesões cutâneas (falso-positivos). Erros na classificação dos pacientes como falso-negativos podem levar a um tratamento inadequado, aumentando o risco de recidivas e do período em que o paciente se mantém como fonte de infecção. Já os falso-positivos, estariam sujeitos a efeitos adversos graves decorrentes de tratamentos desnecessários, além do aumento dos gastos nos serviços de saúde, e sobrecarga para a equipe de acompanhamento desses pacientes. Apesar destes resultados, os autores ressaltam que essa discordância não invalida a operacionalidade do método clínico para diagnóstico da hanseníase, mas que novos critérios devem ser desenvolvidos para aumentar a acurácia dos resultados.

Informações contidas no guia OMS para a eliminação da hanseníase, indicam que o teste baciloscópico, embora seja relativamente simples e de fácil execução, apresentam dificuldades relacionadas com a implementação destes exames, seja pela baixa qualidade (baixa reprodutibilidade ou confiabilidade), seja pela inexistência desses exames nos serviços de saúde⁶.

A alta frequência de formas dimorfa, neste trabalho torna-se um dado preocupante, pois trata-se de um dos estágios mais graves da doença que pode acarretar o surgimento de lesões de pele bem delimitadas, comprometimento de nervos, episódios reacionais, provocados pela instabilidade imunológica do paciente, além da permanência de sequelas, muitas vezes irreversíveis, a depender do grau em que se encontra o enfermo^{2,42}. O mesmo pode ser dito para o tipo virchowiano que, embora tenha surgido em menor percentual, é considerado bastante agressivo, podendo ocasionar infiltrações difusas nas faces, pavilhões auriculares, mucosas nasais, orofaríngea e ocular, com possível perda de cílios e supercílios e a possibilidade de acometimento sistêmico de órgãos e outras regiões no corpo do indivíduo infectado, principalmente dos gânglios linfáticos, olhos, nariz, fígado, testículos, dentre outros^{4,42}. Por isso, sugere-se, entre outras medidas, a realização frequente de campanhas de promoção de saúde, para esclarecimento à população sobre as formas da doença e os cuidados com a higiene, além da vigilância pela equipe médica dos pacientes em tratamento e seus familiares, a fim de evitar interrupções no tratamento.

O uso de dados secundários aponta-se com uma limitação do estudo, já que muitos prontuários apresentavam dados incompletos e subnotificações obrigando aos pesquisadores a descartá-los devido à falta de certeza dos dados.

Os pontos fortes do estudo foram o intervalo de dados e o tamanho da amostra que permitiram traçar o perfil epidemiológico da hanseníase no município e confrontá-lo com os dados estadual e nacional, representando uma contribuição significativa para adoção de futuras medidas sanitárias e de assistência à saúde para o controle da doença.

Conclusão

O presente estudo além de ter permitido observar um panorama da situação epidemiológica dos pacientes com hanseníase em Vitória da Conquista, mostrou alguns avanços que foram alcançados por parte da secretaria municipal de saúde durante os 17 anos de acompanhamento, como a implementação de um centro especializado para o tratamento da doença. Porém, as taxas de detecção de casos novos ainda constituem um sinal de alerta para a vigilância epidemiológica e órgãos públicos.

Diante disso, como medida de combate da carga bacilar é necessário que haja a capacitação periódica de profissionais da saúde para melhor entendimento da doença, a fim de evitar erros no diagnóstico e atrasos no tratamento. A permanência na busca ativa de casos novos, acompanhamento dos pacientes e seus familiares são primordiais na interrupção da fonte de transmissão da doença.

A realização de campanhas frequentes e práticas em saúde são imprescindíveis na conscientização da população acerca de sinais e sintomas da doença; cuidados com a higiene e prevenção contra o bacilo. Nesse sentido, sugere-se que ações e práticas de educação em saúde sejam feitas por equipes multidisciplinares com intuito de disseminação da prevenção da doença.

Agradecimentos

À equipe do Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária do Município de Vitória da Conquista pelas informações sobre os pacientes com hanseníase. À Empresa Baiana de Águas e Saneamento S.A. (EMBASA) pelos relatórios referentes ao saneamento básico na região.

Referências

- 1 World Health Organization. Global leprosy update. Weekly epidemiological record. Genebra: WHO; 2017.
- 2 Avelleira JC, Azulay-Abulafia L, Azulay DR, David-Azulay R. Micobacterioses. Em: Azulay-Abulafia L, Azulay DR, David-Azulay R. editores. Dermatologia. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 949-1018.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 1a ed. Brasília, 2017. 222p.
- 4 Yamashita-Tomimori J, Floriano MC. Hanseníase. Em: Pires AC. Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Manole Ltda; 2006. p. 493-498.
- 5 Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global Para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem Hanseníase. Genebra: OMS; 2017.
- 6 World Health Organization. Guia para laEliminación de la Lepra como Problema de Salud Pública. Geneva: WHO, LEP; 2000.
- 7 World Health Organization. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. Weeklyepidemiologicalrecord. Genebra: 2016.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Registro ativo: número e percentual, Casos novos de Hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2016. [publicação online]. 2016. [acesso em 22 de Março de 2019]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/11/Tabela%20Geral_12016.pdf
- 9 Alves RCOL. A influência de uma cidade média do Sudoeste da Bahia: o caso de Vitória da Conquista [dissertação]. Barcelona (ES): Universitat de Barcelona; 2014.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Taxa de Detecção de hanseníase por 100.000 habitantes Estados e regiões, Brasil, 1990 a 2016 [homepage na internet]. 2016a. [acesso em 23 Fevereiro de 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Taxa-de-detec---o-geral-de-hansen--ase-1990a2016-.pdf>.
- 11 Moreira SC, Batos CJC, Tawil L. Epidemiological situation of leprosy in Salvador from 2001 to 2009. An Bras Dermat. 2014;89(1):107-117.
- 12 Lima JRB, Nunes DO, Dias AO. Distribuição da Hanseníase no Estado da Bahia: Uma abordagem socioambiental da doença. RevCientFacul Sete Set [revista em internet]. 2016 Dezembro [acesso em 05 de Abril de 2018]; 10(11):171-179. Disponível em: <http://fase.edu.br/revistarios/internas/conteudo/resumo.php?id=204>.
- 13 Santos Filho RC. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011 [monografia]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2012.
- 14 Barbosa DRM, Almeida MG, Santos AG. Características Epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. RevFaculMedicRib Preto. 2014; 47 (4):347-356
- 15 Souza CDF, Santos FGB, Marques CS, Leal TC, de Paiva JP, De Araújo EMCF. Estudo espacial da hanseníase na Bahia, 2001-2012: abordagem a partir do modelo bayesiano empírico local. Epidemiol. Serv. Saúde. 2018;27(4):1-12.
- 16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Informações estatísticas. Vitória da Conquista, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/pesquisa/23/27652?detalhes=true>. Acesso em: 20 Dezembro 2018. 11:08:00.
- 17 Miranda WC. Condições socioeconômicas e ambientais associadas à hanseníase na Bahia, Brasil [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
- 18 Cabral-Miranda W, Neto FC, Barrozo LV. Socio-economic and environmental effects influencing the development of leprosy in Bahia, north-eastern Brazil. Trop Med Int Health 2014;19(12):1504-1514.
- 19 Silva MEGC, De Souza DCF, Silva SPC, Da Costa FM, Do Carmo RF. Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. An Bras Dermatol. 2015;90(6):799-805.
- 20 Kerr-Pontes LRS, Montenegro ACD, Barreto ML, Werneck GL, Feldmeier H. Inequality and leprosy in Northeast Brazil: an ecological study. Int J Epidemiol. 2004;33(2):262-269.
- 21 Pescarini JM, Strina A, Nery JS, Skalinski LM, De Andrade KVF, Penna MCF, et al. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: A systematic review and meta-analysis. PLOS Neglect Trop Dis. 2018;12(7):1-20.

- 22 Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna MLF, Aquino R, Rodrigues LC, et al. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. *PLOS Neglect Trop Dis.* 2014;8(11):1-7.
- 23 Gesner O; Scazufca P; Pires RC; Ranking do saneamento instituto trata Brasil. [publicação online]; 2018 [acesso em 23 abr 2020]. Disponível em <http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking-2018/realatorio-completo.pdf>.
- 24 Freitas DV, Xavier SS, Lima MAT. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Ilhéus-BA, no Período de 2010 a 2014. *Jourof Health Scie.* 2017;19(4):274-277.
- 25 Martins RJ, Carloni MEOG, Moimaz SAS, Garbin S, Garbin ASI. Sociodemographic and epidemiological profile of leprosy patients in an endemic region in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2016;49(6):777-780.
- 26 Souza CDF, Fernandes TRMO, Matos TS, Tavares CM. Leprosy in the elderly population of an endemic state in the Brazilian Northeast (2001---2017): epidemiological scenario. *An Bras Dermatol.* 2020;95(1):91-94.
- 27 Trindade LC, Martins LC, Marques DM, Mendes MS, Fonseca FLA, Pereira LAA. Importance of epidemiological surveillance of leprosy: analysis of the occurrence of leprosy in intra-domiciliary contacts in a capital in the Brazilian northeast region. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53:1-4.
- 28 Viana LS, De Aguiar MIF, De Aquino DMC. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. *J. Res.: Fundam. Care.* Online 2016;8(2):4435-4446.
- 29 Santos AS, De Castro DS, Falqueto A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. *RevBrasEnferm.* 2008;61(esp):738-743.
- 30 Kerr-Pontes LRS, Barreto ML, Evangelista CMN, Rodrigues LC, Heukelbach J, Feldmeier H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. *Int J Epidemiol.* 2006;35:994-1000.
- 31 Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *RevSocBrasMed Trop.* 2010;43(1):62-67.
- 32 Silva MN, Toledo BJ, Gelatti LC. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO. *Rev Eletrônica Ciências Hum Saúde Tecn [revista em internet].* 2015 [acesso em 10 de Abril de 2019]; 4(1):18-28. Disponível em: [https://revista.fasem.edu.br/index.php/fasem/article/view/75](http://www.https://revista.fasem.edu.br/index.php/fasem/article/view/75).
- 33 Maciel LB. Frequência do gênero dos pacientes com Hanseníase em relação à baciloscopia nos municípios do estado do Espírito Santo [dissertação de mestrado]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2013.
- 34 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase. Brasília, 2010. 54p.
- 35 Maia MR. Zoneamento Geoambiental do Município de Vitória da Conquista-Ba: um subsídio ao planejamento. [Dissertação de mestrado]. Salvador (Ba): Universidade Federal da Bahia; 2005.
- 36 Chaves MF. O processo de monopolização e valorização do solo urbano em Vitória da Conquista -BA: contradições na cidade do capital. *Revconflictsocialeslatinoamericanos [publicação online].* 2016 [acesso em 2 de Abril de 2019]; (3):105-123. Disponível em: <http://criticayresistencias.comunis.com.ar/index.php/CriticaResistencias/article/view/60>.
- 37 Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Perfil dos Territórios de Identidade da Bahia. 3v. Salvador: SEI, 2015. 260p.
- 38 Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde. Características dos indicadores - Fichas de qualificação da RIPSAs - Taxa de incidência de Hanseníase [homepage na internet]. 2012. [acesso em 21 Maio de 2018]. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-6/?l=pt_BR.
- 39 Silva PLN, Chagas RB, Versiani CMC, Macedo LP, De Almeida LML, Dos Santos AG, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase no Norte de Minas Gerais. *RevEletr Gestão Saúde [internet].* 2013 [acesso em 05 de Abril de 2018]; 4(3): 896-907. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/324>.
- 40 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. Volume 49 N° 4; 2018.
- 41 Aquino EMM, De Souza CA, Aguilar LA, Costa MR, Gonçalves JTT, Karina Andrade De Prince KA, et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes Notificados com Hanseníase, em uma Cidade do Norte de Minas no Período de 2009-2013. *RevBras de Ciênc Saúde.* 2019;23(2):123-130.
- 42 Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(3):373-382.

43 Luna ICF, Moura LTR, Vieira MCA. Perfil clínico-epidemiológico da Hanseníase em menores de 15 anos no Município de Juazeiro-Ba. *RevBrasProm Saúde*. 2013; 26(2): 208-215.

44 Dias JL, Godoy GMS, Aguiar RS, Gomes GPLA. Características determinantes entre portadores de hanseníase em uma área hiperendêmica. *RevBrasCiên Saúde [revista em internet]*. 2013 Outubro-Dezembro. [acesso em 5 Abril de 2019]; 11(38):32-37. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/issue/view/181.

45 Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciên Saúde Col*. 2005; 10(1):105-109.

46 Oliveira MHP, Romanelli G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cad Saúde Púb*. 1998 Jan; 14 (1):51-60.

47 Ferreira AF, De Souza EA, Lima MS, García GSM, Corona F, Andrade ESN, et al. Mortalidade por hanseníase em contextos de alta endemicidade: análise espaço-temporal integrada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e87.

48 Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da Hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *RevBrasEnferm*. 2008;61:701-707.

49 Gomes LC, Cortela DCB, Silva EA, Da Silva AMC, Ferreira SMB. Leprosy: prevalence and factors associated with seropositivity for antiINDO-LID antibodies in children under 15 years of age. *An Bras Dermatol*. 2019;94(4):405-410.

50 Murto C, Chammartin F, Schwarz K, Da Costa LMM, Kaplan C, Heukelbach J. Patterns of Migration and Risks Associated with Leprosy among Migrants in Maranhão, Brazil. *PLOS Neglect Trop Dis*. 2013;7(9):e2422.

51 Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009–2011. *TropMedInt Health*. 2014;19(10):1216–1225.

52 Pires Veiga AJ, Veiga DAM, Matta JMB, editores. Densidade Demográfica como Instrumento de Planejamento Urbano: Um Estudo de Caso Sobre Vitória da Conquista- BA. *Anais do II Simpósio Cidades Médias e Pequenas da Bahia*; 2011 Out 31 - Nov2; Vitória da Conquista, BA. 2011. [lugardesconhecido]: [editoradesconhecida], 2011.

53 Avelino e Sarmiento AP, Pereirao AM, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da Hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *RevSocBrasClín Méd*. 2015;13(3):180-184.

apud Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Distribuição da Hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

54 Gallo MEN, Júnior LANR, De Albuquerque ECA, Nery JAC, Sales AM. Alocação do paciente hanseniano na poliquimioterapia: correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos. *AnBrasDermatol*. 2003;78(4):415-424.

Endereço para Correspondência

Estrada do Bem Querer, km 4, Caixa Postal 95 Vitória da Conquista - BA

CEP: 45083-900

e-mail: dicojc@yahoo.com.br

Recebido em 22/11/2019

Aprovado em 13/04/2020

Publicado em 30/03/2020