

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS-RJ DE 2011 A 2016.

Epidemiological profile of leprosy in Teresópolis-RJ from 2011 to 2016.

Carolinne C. Alves¹, Margarete D. Ribeiro²

¹Estudante do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO, carolinne.c.alves@gmail.com;

²Professora do Curso de Medicina do UNIFESO, margarete.domingues@terra.com.br

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, e ainda constitui um relevante problema de saúde pública no Brasil. É uma doença crônica granulomatosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que possui alta infectividade e baixa patogenicidade. Logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. Os profissionais de saúde devem ter, sempre, uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, que causa prejuízos econômicos e psicológicos aos portadores. **Objetivo:** Descrever a epidemiologia da doença no município de Teresópolis-RJ, de 2011-2016, e demonstrar indicadores básicos de saúde que auxiliam a caracterizar a morbidade, magnitude, força de transmissão e tendência da endemia, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal. **Métodos:** Este é um estudo descritivo e quantitativo, que utiliza, como instrumento de coleta, a Ficha de Notificação/Investigação da Hanseníase do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), sendo esta uma doença de notificação compulsória em todo o Brasil e de investigação obrigatória. **Resultados:** Foram notificados 18 casos nos anos, sendo a faixa etária mais prevalente de 40 a 70 anos, 67% residentes em zona urbana, 77,7% com escolaridade baixa, 61% dos casos eram multibacilares e 55,5% já possuíam algum grau de incapacidade física no diagnóstico. **Conclusões:** Há prevalência na população com condições socioeconômicas menos favorecidas e a endemia vem decrescendo nos últimos anos, porém detectou-se um alto índice de diagnóstico tardio, necessitando de ações de educação permanente à população e aos profissionais de saúde.

Descritores: Hanseníase; Indicadores básicos de saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is one of the oldest diseases of mankind, and still constitutes a major public health problem in Brazil. It is a chronic granulomatous disease caused by *Mycobacterium leprae*, which has high infectivity and low pathogenicity. At the beginning of the treatment, the transmission of the disease is interrupted and, if carried out in a complete and correct, ensures the cure of the disease. Health professionals should always have an attitude of vigilance in relation to potentially incapacitating disease, which causes economic and psychological damage to the carriers. **Aims:** To describe the epidemiology of the disease in the municipality of Teresópolis-RJ, 2011-2016, and demonstrate indicators that help to characterize the morbidity, magnitude, strength of transmission and the trend of the endemy, may subsidize actions to fight this disease in

the municipal scope. **Methods:** This is a descriptive and quantitative study, which uses as an instrument for collecting the file of notification/research of Leprosy of SINAN, this being a notifiable disease throughout Brazil and research required. **Results:** 18 cases were reported in recent years, being the most prevalent age range from 40 to 70 years, 67% of residents in the urban area, 77.7% with a low educational level, 61% of the cases were multibacillary and 55.5% had some degree of physical incapacity in the diagnosis. **Conclusions:** There is a prevalence in the population with disadvantaged socioeconomic conditions and the endemics has been decreasing in recent years, however, we detected a high rate of delayed diagnosis, requiring actions of permanent education to the population and health professionals.

Keywords: Leprosy; Health status indicators; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase está entre as mais antigas doenças da humanidade. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. É uma doença infectocontagiosa, crônica, de evolução lenta e que pode apresentar agudizações (1).

É causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido-resistente, que é um parasita intracelular citoplasmático de macrófagos, acometendo principalmente a pele e/ou nervos periféricos, com tropismo pelas células de Schwann. Seu ciclo evolutivo é lento, cerca de 11-16 dias, e o bacilo possui alta infectividade e baixa patogenicidade. A transmissão ocorre principalmente pelo contato direto, e o doente bacilífero elimina os bacilos pelas vias respiratórias superiores, sendo o domicílio apontado como importante espaço de transmissão da doença. Se o sistema imune for competente, a pessoa infectada não adoece (infecção subclínica), culminando com a eliminação dos bacilos. Porém, se o sistema imune estiver deprimido, surge a forma indeterminada, podendo permanecer assim por meses ou anos, até que ocorra a cura ou evolua para algum subtipo da doença. Outra possibilidade é a doença estabelecer-se desde o princípio, de maneira definida (2).

As manifestações clínicas estão diretamente relacionadas ao tipo de resposta a *M. leprae*, podendo-se classificar a doença em Hanseníase Indeterminada (HI), Tuberculoide (HT), Virchowiana (HV), Dimorfa ou Boderline (HD), havendo ainda a forma neural pura. A hanseníase possui potencial incapacitante devido, entre outros fatores, às manifestações neurológicas, que se apresentam como perda da sensibilidade progressiva (térmica, dolorosa e

tátil), distúrbios motores, tróficos e distúrbios vasomotores e secretórios. Podem ocorrer ainda as reações hansênicas (tipo 1 ou 2), que são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, mais frequentes nos casos multibacilares, e podem ocorrer antes do diagnóstico, durante ou depois do tratamento com poliquimioterapia (2).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação da Hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (3).

O diagnóstico é eminentemente clínico, podendo ser complementado pela bacterioscopia e a histopatologia das lesões cutâneas. Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: I. lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade; II. acometimento de um ou mais nervos com espessamento neural; III. baciloscopia positiva. Caso novo de hanseníase refere-se à pessoa que nunca recebeu qualquer tratamento específico (3,4).

A partir do diagnóstico de um caso de hanseníase, deve ser feita, de imediato, a sua investigação epidemiológica, que tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Por isso, a vigilância de contatos intradomiciliares é muito importante. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (3).

O Brasil ainda se encontra em segundo lugar em número de casos no mundo, perdendo apenas para a Índia. A situação epidemiológica da doença no país é considerada heterogênea devido à grande variação do coeficiente de prevalência nas diversas regiões do país. Devido ao longo período de incubação, a hanseníase é menos frequente em menores de 15 anos de idade; contudo, em áreas de maior prevalência ou detecção da doença em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária (1).

Este trabalho se justifica pela necessidade de descrever e analisar o perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase no município de Teresópolis-RJ, calculando os indicadores de morbidade e magnitude da doença no período de

2011-2016, avaliando a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento, para oferecer, caso necessário, medidas pertinentes que possam embasar campanhas para prevenção destes casos.

2.OBJETIVO

Descrever o perfil epidemiológico dos casos de Hanseníase no município de Teresópolis-RJ, entre 2011 e 2016, calculando os indicadores de magnitude e morbidade.

3.MÉTODOS

O trabalho é uma pesquisa quantitativa e descritiva que utilizou, como instrumento de dados, a Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase fornecida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de dados obtidos pelo Departamento de Informática (DATASUS) do SUS (Sistema Único de Saúde).

Como referenciais teóricos, para embasamento científico deste estudo, foram utilizadas teses e artigos de revista científica, e artigos científicos publicados em bancos de dados como Scielo, Pubmed e EBSCO-host, além livro e de manuais do Ministério da Saúde.

O estudo foi desenvolvido no município de Teresópolis, localizado na região serrana do Rio de Janeiro. No último censo, realizado no ano de 2010, sua população era de 163.746 habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população estimada, em 2016, era de 174.587 habitantes.

Este trabalho foi submetido à Comissão de Ética de Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) e aprovado (número do parecer: 2.224.873), e respeita os princípios éticos envolvendo seres humanos ao assegurar os direitos dos sujeitos acerca dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, estando de acordo com o estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados da Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase de 2011-2016, no município de Teresópolis-RJ, foram analisados e categorizados de acordo com o perfil epidemiológico: faixa etária; raça; zona de

residência; escolaridade; forma clínica; classificação operacional; baciloscopia; avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico; modo de detecção do caso novo; tipo de saída. Esses dados obtidos foram tabulados usando planilhas e gráficos do Microsoft Excel.

Foram calculados os indicadores de força de morbidade, magnitude e da qualidade das ações e serviços da doença no município de Teresópolis, com base nos dados obtidos pelo SINAN: taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 000 habitantes; taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos, por 100 000 habitantes; proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados; proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de 2011-2016.

4.RESULTADOS

Após a análise dos dados obtidos, foi possível descrever os aspectos epidemiológicos dos casos de Hanseníase em Teresópolis, de 2011 a 2016. Um total de 18 casos foram diagnosticados e notificados neste período, sendo que 12 foram casos novos, dois foram transferidos de outro município, três foram recidiva e um foi marcado como “Outros ingressos”. Esses pacientes tiveram diferentes modos de entradas, sendo nove por encaminhamento, dois por demanda espontânea, um por exame de coletividade e 6 tiveram esse campo Ignorado/em Branco.

Em relação à raça, 28% dos casos notificados eram da raça parda, 28% eram da raça preta, 39% da raça branca e 5% têm esse espaço ignorado ou em branco. Em relação à zona de moradia, 67% dos casos notificados são residentes da zona urbana, enquanto 33% residem na zona rural. Em relação à escolaridade, 11,1% eram analfabetos, 50% possuíam o Ensino Fundamental incompleto, 5,5% possuíam o ensino fundamental completo, 11,1% possuíam o Ensino Médio incompleto e 16,66% possuíam o Ensino Médio completo,

enquanto 5,5% têm esse espaço ignorado/em branco. Outros aspectos são apresentados nos gráficos a seguir:

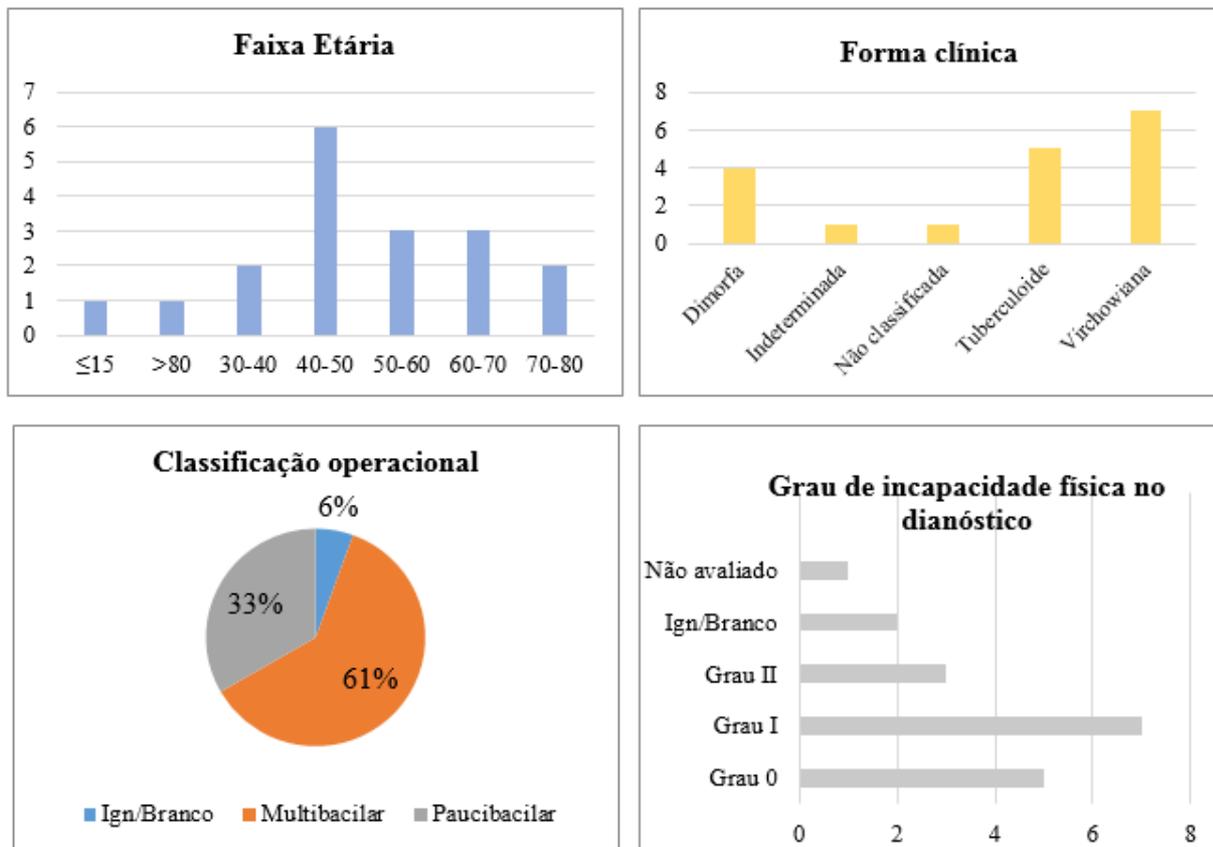


Figura 1: Aspectos epidemiológicos dos casos de Hanseníase em Teresópolis, de 2011 a 2016.

Em relação ao tipo de saída do paciente, 11 foram notificados como curados (dois em 2011, quatro em 2012, dois em 2013, dois em 2014 e um em 2015); três foram transferidos para outro município, um foi transferido para outro estado e três não tiveram esse campo preenchido na ficha. Sendo assim, a proporção de cura de Hanseníase entre os casos novos diagnosticados nesse período é de aproximadamente 61,1%.

A taxa de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes de Teresópolis, em 2011, foi de 2,41; em 2012, de 2,98; em 2013, de 1,18; em 2014, de 1,17; em 2015, de 1,16, e em 2016, de 1,72.

Em Teresópolis, de 2011 a 2016, não foi notificado caso algum na população de zero a 14 anos. Sendo assim, a taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos, por 100 000 habitantes é de zero. Apenas um caso de 15 anos foi notificado em 2011.

Dentre os 18 casos novos notificados no período do estudo, cinco foram classificados como grau 0 de incapacidade física no diagnóstico, cinco como grau I, três classificavam-se como grau II, dois tiveram esse campo “Ignorado/em branco” e um paciente não foi avaliado. Sendo assim, o indicador “Proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados” foi de 16,66%.

5.DISCUSSÃO

Em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou, como objetivo, a eliminação da hanseníase como problema de saúde até o ano 2000. Definiu-se, como eliminação, alcançar uma taxa de prevalência menor que um caso a cada 10 000 habitantes. Em 2014, 213 899 novos casos foram detectados ao redor do mundo, sendo 33 789 nas Américas e, destes, 94% pertenciam ao Brasil (5). A taxa de detecção anual de casos novos de Hanseníase por 100 000 habitantes tem como utilidade medir força de morbidade, magnitude e tendência das endemias. Seus parâmetros, segundo o Ministério da Saúde são: Hiperendêmico: $\geq 40/100.000$ hab; Muito alto: 20 a 39,99/100.000 hab.; Alto: 10 a 19,99/100.000 hab.; Médio: 2 a 9,99/100.000 hab.; Baixo: $< 2/100.000$ hab. (3)

Quadro 1: Taxa de detecção anual de casos novos por 100 000 habitantes.

	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	18,07	17,53	15,69	15,65	14,07
Região Sudeste	7,57	6,66	5,7	5,31	4,68
Rio de Janeiro	11,13	9,41	7,91	7,45	6,33
Teresópolis	2,41	2,98	1,18	1,17	1,16

Fonte: SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação/DATASUS MS/SVS/CGHDE - Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação

A partir dos dados obtidos, percebe-se que o Brasil se encontra em alta endemia durante os anos de 2011 a 2016. A região Sudeste, durante esse período, classifica-se como média endemia, enquanto o estado do Rio de Janeiro classificou-se como alta endemia apenas no ano de 2011, e, a partir de 2012, reduziu para média endemia, com níveis decrescentes. O maior número de casos de hanseníase do estado concentra-se nos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro (6). A cidade de Teresópolis, por sua vez, encontrava-se em média endemia nos anos de 2011 e 2012, reduzindo para baixa endemia de 2013 a 2015. Permanece em baixa endemia em 2016, porém com um coeficiente maior do que nos anos anteriores, de aproximadamente 1,72 por 100 000 habitantes.

A hanseníase pode atingir pessoas de qualquer idade ou sexo. Contudo, é rara a ocorrência em crianças. Quando diagnosticada em menores de 15 anos, está relacionada a uma maior endemicidade da doença. A detecção da doença em criança indica a manutenção da endemia e a precocidade da exposição ao bacilo (4,7). A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de 0 a 14 anos, por 100 000 habitantes tem como utilidade medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência (3). Em Teresópolis, de 2011 a 2016, não foi notificado caso algum nessa população, tendo então uma baixa força de transmissão recente da endemia. Apenas um caso de 15 anos foi notificado em 2011, e a faixa etária mais prevalente foi de 40-50 anos, seguida pelas faixas etárias de 50-70 anos e de 30-40 anos. Percebe-se que é uma doença que acomete a faixa etária economicamente ativa, tendo grande importância para a saúde pública (8).

A maioria dos casos notificados em Teresópolis mora na zona urbana (67%). Segundo dados da literatura, a doença costuma ocorrer preferencialmente em áreas de maior acúmulo populacional (9). Apenas 16,66% dos pacientes possuíam o Ensino Médio completo, e os demais (77,7%) possuíam escolaridade inferior. Vários estudos demonstraram que a hanseníase é relacionada com as condições de vida e pobreza, e que há uma tendência a concentração dos doentes em camadas da sociedade menos favorecidas, e nos pacientes com baixa escolaridade (6,10).

Os dados obtidos em relação à classificação operacional, em Teresópolis, apontam para uma predominância da forma multibacilar (61%). A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB, mesmo não sendo fundamental para o diagnóstico. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo não exclui o diagnóstico de hanseníase (4). Em Teresópolis, não foi feita a baciloscopia em nenhum dos 18 casos diagnosticados no período do estudo. Sendo assim, estes casos foram classificados em MB pelos aspectos clínicos, isto é, com cinco ou mais lesões de pele. A predominância dessa forma poderia sugerir uma maior transmissão da doença e um diagnóstico tardio (3). Multibacilares tem 65% de chances de desenvolver deformidades quando já apresentam função neurológica alterada no momento diagnóstico, contrastando com 16% nos casos paucibacilares, demonstrando a necessidade de cuidado e diagnóstico precoce dos casos (11).

O indicador “proporção de casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados” tem como utilidade refletir alto índice de diagnóstico tardio, avaliar a efetividade das atividades de detecção oportuna e/ou precoce de casos (3). Em Teresópolis, o resultado proporcional foi de 16,66%, um valor definido como alto pelo Ministério da Saúde, e outros 38,8% foram diagnosticados com grau I de incapacidade. A evolução da Hanseníase sem tratamento se dá com lesões de nervos, especialmente em troncos periféricos, que costumam resultar em deformidades e incapacidades, causando prejuízos econômicos e psicológicos aos portadores (7). O quadro 2 demonstra os critérios de avaliação do grau de incapacidade física. Após análise dos dados obtidos,

percebe-se que 55,5% dos casos já possuíam algum grau de incapacidade física no diagnóstico, e também preocupa o fato de que 5,5% dos casos não foram avaliados quanto às incapacidades, e 11,1% tinham esse campo ignorado ou em branco na ficha, pois podem se tratar de casos com algum grau de incapacidade e que podem necessitar de cuidados auxiliares. A melhor forma de prevenir as incapacidades é diagnosticar e tratar precocemente os pacientes, que devem ter avaliações neurológicas no início, durante e no final do tratamento. Além disso, devem-se recomendar autocuidados e exercícios, focando, especialmente, os olhos, nariz, mãos e pés. Pode ser necessário ainda cirurgias de reabilitação para incapacidades já estabelecidas (3,12).

Analisar a proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos de 2011 a 2016 tem como utilidade avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento (3). Em Teresópolis, este indicador foi de aproximadamente 61,1% (n=11) durante o período estudado. De acordo com os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde, este é um valor caracterizado como precário (<75%). Porém, pode-se levar em consideração que quatro pacientes foram transferidos da cidade e três não possuem esse campo preenchido. O encerramento da poliquimioterapia (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento (seis doses em até nove meses em PB e 12 doses em até 18 meses em MB), sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta (3).

Um estudo desenvolvido em três centros de referência para Hanseníase em três estados do Brasil (MG, MS e SP), em 2014, analisou os fatores que contribuem para o atraso do diagnóstico no Brasil, e dividiu os fatores em “atraso do paciente” e “atraso do sistema de saúde” (13). No primeiro grupo, destacava-se o fato de os pacientes acreditarem que os sintomas não eram sérios (45,1%), seguidos pelo medo do isolamento e preconceito na sociedade (8,2%), enquanto, no segundo grupo, o atraso no diagnóstico ocorreu, na maioria, pelo erro no diagnóstico feito pelos profissionais de saúde (42,6%) (13). Outro estudo desenvolvido em São Paulo analisou e entrevistou casos diagnosticados entre 1998 e 2006, com o objetivo de avaliar os serviços de saúde, em relação à

descoberta precoce da hanseníase e as dificuldades enfrentadas pela população para iniciar e dar continuidade ao tratamento, e chegou à conclusão de que a maioria ocorreu por busca tardia de atendimento, falta de informação e dificuldade em encontrar atendimento, serviços, e profissionais capacitados (11). Percebe-se então que reduzir a prevalência da hanseníase requer melhorias em várias áreas, incluindo medidas preventivas, educação à população e aos profissionais de saúde, qualidade no diagnóstico e acessibilidade aos programas de saúde (14).

Quadro 2: Critérios de Avaliação de Incapacidade Física:

GrauCaracterísticas

0 Olhos – força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60.

Mãos – força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.

Pés – força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica

1 Olhos – diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar

Mãos – diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.

Pés – diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica

2 Olhos – deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio.entrópico; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas

Mãos – deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas

Pés – deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas

Fonte: Guia de vigilância em saúde, 1ª edição atualizada (2016):Referência bibliográfica nº3.

Outro estudo realizado com pacientes de hanseníase no Ceará, em 2005, constatou que o conhecimento sobre a doença ainda permanecia rudimentar e, em geral, era expresso pela própria experiência vivenciada, envolta de sentimentos negativos (8). Como principais alterações de vida após o diagnóstico da hanseníase, a maioria relatou a melhora dos sintomas com o início do tratamento; alguns, ao contrário, relataram manifestações que influenciaram negativamente na qualidade de vida, causando sentimentos de

impotência (8). Outra pesquisa foi feita em Santa Catarina, em 2010, analisando ex-pacientes em relação ao estigma e preconceito sofrido, e também demonstrou histórias de vida prejudicadas em diversas proporções, acarretando sequelas permanentes (15). Os profissionais de saúde devem desenvolver ações de educação em saúde e prover apoio, esclarecendo dúvidas e auxiliando no enfrentamento da hanseníase, já que a doença pode causar, além de incapacidades físicas, danos emocionais importantes (8). O Ministério da Saúde exige que a população seja informada sobre sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo o processo de cura. Exige, assim, profissionais de saúde capacitados para lidar com todos esses aspectos (4).

O reconhecimento precoce e o tratamento oportuno são elementos-chave para cessar a transmissão, prevenindo as incapacidades (12). Quando a pessoa doente inicia o tratamento poliquimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença, pois as primeiras doses da medicação matam os bacilos, tornando-os incapazes de infectar outras pessoas (4). Sendo assim, o tratamento compreende: poliquimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Além disso, recomenda-se que seja feito o exame dermatoneurológico de todos os contatos domiciliares (conviventes no domicílio nos últimos 5 anos). A profilaxia é composta também pela aplicação da vacina BCG, por via intradérmica, nos contatos com o exame dermatoneurológico normal. Os contatos com uma cicatriz prévia de BCG ou sem cicatriz devem receber apenas uma dose. Os contatos com duas cicatrizes prévias da vacina não deverão receber uma dose adicional (1,3).

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a hanseníase não está perto de ser erradicada no Brasil. Dados epidemiológicos da cidade de Teresópolis revelaram uma endemia em decréscimo nos últimos anos. Possivelmente, a adoção de estratégia de políticas de saúde pode ter contribuído para este fato. A maioria dos pacientes possui baixa escolaridade, o que sugere uma

predominância da doença na população com condições socioeconômicas menos favorecidas.

Apesar de a endemia estar em decréscimo, os dados obtidos apontam para um diagnóstico tardio dos pacientes, já que 61% classificavam-se como multibacilares e 16,66% já foram diagnosticados com grau II de incapacidade física, e outros 38,8% com grau I. Estes dados sugerem que ainda há a necessidade de ações de educação permanente à população e aos profissionais de saúde com o objetivo de promover o diagnóstico e tratamento precoce, evitando, assim, as sequelas permanentes e os danos sociais, psicológicos e financeiros que a hanseníase pode causar.

7.REFERÊNCIAS

18. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36(3): 373-382.
19. Azulay RD. Dermatologia. 6. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
20. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
22. Barbieri RR, Sales AM, Hacker MA, Nery JAC, Duppre NC, et al. Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. PLoSNegl Trop Dis. 2016; 10(10): 1-11.
23. Hacker MAVB, Sales AM, Albuquerque ECA, Rangel E, Nery JAC, et al. Pacientes em centro de referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. CiêncSaúde Colet. 2012; 17(9): 2533-2541.
24. Silva CGC, Cavalcanti CDTV. Situação de hanseníase no município de Cabrobó, PE, 2001 A 2007. [Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
25. Nunes JM, Oliveira EN, Vieira NFC. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(Supl. 1): 1311-1318.
26. Valle CLP, Pimentel MIF, Libório APO, Bittencourt ALP, Flach DMAM, et al. Situação da hanseníase no estado do Rio de Janeiro no período de 2001 A 2009. Med HUPE-UERJ. 2011; 10: 11-19.
27. Gracie R, Peixoto JNB, Soares FBR, Hacker MAVB. Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012. Ciênc Saúde

Colet. 2017; 22(5): 1695-1704.

28. Arantes CK, Garcia MLR, Filipe MS, Nardi SMT, Paschoal VDA. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(2): 155-164.

29. Lastória JC, Abreu MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Diagn Tratamento*. 2012; 17(4): 173-9.

30. Henry M, GalAn N, Teasdale K, Prado R, Amar H, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An Explorative, Quantitative, Questionnaire Based Study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016; 10(3): e0004542.

31. Hacker MA, Sales AM, Illarramendi X, Nery JA, Duppre NC, et al. A profile of patients treated at a national leprosy outpatient referral clinic in Rio de Janeiro, Brazil, 1986–2007. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(6): 485-491.

32. Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl. 1):1047-1054.