

ARTIGO ORIGINAL

Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003

Rogério Sobroza de Mello¹, Miriam Carolina Perini Popoaski², Daniel Holthausen Nunes³

Resumo

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica de caráter endêmico, causada pelo *Mycobacterium leprae*, cuja predileção pela pele e nervos periféricos lhe confere características peculiares. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase na região do Sul do Estado de Santa Catarina, no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. Trata-se de pesquisa descritiva, do tipo série de casos, retrospectiva. A população estudada foi composta dos casos de hanseníase notificados ao Ministério da Saúde (Brasil) e os dados foram obtidos da Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase, coletados através de questionário. Entre os 57 casos estudados, observou-se a predominância do sexo masculino, cor branca e faixa etária de 40 a 59 anos. A maioria dos pacientes era multibacilar, pertencente às formas clínicas dimorfa ou virchowiana. O principal modo de detecção de casos novos foi demanda espontânea. A hanseníase apresentou coeficiente de detecção e taxa de prevalência baixos na região estudada, embora a distribuição dos casos não seja uniforme. A detecção ocorre por procura espontânea dos serviços de referência e o tratamento ainda é centralizado. Ações junto aos serviços de saúde podem facilitar a detecção precoce dos casos.

Descritores: 1. *Hanseníase/epidemiologia;*
2. *Hanseníase/classificação;*
3. *Hanseníase/prevenção e controle.*

1. Médico infectologista, professor titular da disciplina de Infectologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

2. Médica.

3. Médico dermatologista, Mestre em Ciências Médicas, professor titular da disciplina de Dermatologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Instituição: Curso de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) - Tubarão/SC.

Abstract

Background: This work comes back its focus of interest toward Hansen's disease, a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*. The skin and nervous manifestations of the disease present a singular clinical picture.

Objectives: It has as objective to trace clinical-epidemiological profile of the patients with Hansen's disease in south region of Santa Catarina state, in the period from January 1st, 1999 to December 31st, 2003.

Methods: It was performed a descriptive study, of the type retrospective series of cases. The data was collected from the notified cases to the Brazilian Health Minister, through Notification/Investigation Form of Hansen's disease. The instrument of collection of data was the questionnaire.

Results: It was observed 57 cases of Hansen's disease with a predominance of white males and aged 40 to 59 years. The majority of the patients was multibacillary with dimorphic or lepromatous forms. The main way of detecting new cases was spontaneous demand.

Conclusions: Hansen's disease presented a low detection and prevalence rates in the studied region and an irregular distribution of cases. It has been detected by spontaneous demand to the reference outpatient services, and treatment is still centralized. Training actions of healthcare professional of basic attention may improve earlier detection of cases.

Keywords: 1. *Leprosy/epidemiology;*
2. *Leprosy/classification;*
3. *Leprosy/prevention and control.*

Introdução

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Possui caráter endêmico, constituindo importante problema de saúde pública no Brasil, assim como em outros países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a hanseníase como eliminada nos locais onde seja alcançada uma taxa de prevalência inferior a 1 caso por 10.000 habitantes.^{1,2}

O Ministério da Saúde (MS) define como caso de hanseníase para tratamento quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.^{2,3}

As manifestações clínicas da hanseníase incluem tanto lesões neurais quanto cutâneas e variam de acordo com as formas de hanseníase. No Congresso de Madri, em 1953, adotou-se a classificação atual e oficialmente utilizada para hanseníase.^{2,4,5}

O tratamento específico do paciente portador de hanseníase, indicado pelo MS, é a poliquimioterapia (PQT) padronizada pela OMS. A PQT mata o bacilo, tornando-o inviável, evitando assim a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e as deformidades por ela causadas, levando à cura quando realizada corretamente e de forma completa.⁶

A definição do esquema terapêutico depende da classificação do caso de hanseníase. No Brasil, adota-se a Classificação de Madri e o MS sugere classificação operacional com os seguintes critérios: paucibacilares (PB) – casos com até cinco lesões de pele, apenas um tronco nervoso comprometido e baciloscopia negativa, e multibacilares (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele, mais de um tronco nervoso acometido ou baciloscopia positiva. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico.⁶

Sabe-se que a distribuição da hanseníase é desigual entre países e até mesmo entre regiões e localidades do mesmo país.⁷ Na medida em que a doença se torna rara em certas regiões, quinze países com mais de 1 milhão de habitantes foram considerados endêmicos pela OMS ao final do ano de 2000, ou seja, com prevalência acima de 1 caso por 10.000 habitantes.^{1,2} No ano de 2001, foram detectados 690.830 novos casos, 91% desses nos seis países onde a doença é endêmica e mais prevalente (Índia,

Brasil, Madagascar, Moçambique, Nepal e Tanzânia). A taxa de prevalência nestes países foi estimada em 3,9 por 10.000 habitantes, com uma distribuição extremamente desigual. A Índia é responsável por 78% destes casos.⁸

Apesar de todo o empenho no que diz respeito à eliminação da hanseníase, o Brasil detém o segundo lugar mundial em número absoluto de casos (77.676 casos – 4,6/10.000 habitantes) e índice de detecção considerado muito elevado (2,41/10.000 habitantes – 41.070 casos novos).² O coeficiente de detecção anual de casos novos define-se pelo número de casos novos residentes diagnosticados no ano dividido pela população total residente em 01/07/ano, multiplicando-se o resultado por 10000. É classificado da seguinte forma: hiperendêmico (maior ou igual a 4,0/10000 habitantes); muito alto (maior ou igual a 2,0 e menor que 4,0); alto (maior ou igual a 1,0 e menor que 2,0); médio (maior ou igual a 0,2 e menor que 1,0); e baixo (menor que 0,2).⁶

Aproximadamente 56% dos casos de hanseníase registrados no Brasil provêm das regiões Norte e Nordeste do país, assim como 40% dos casos novos. Santa Catarina encontra-se com um índice global inferior a 1 caso por 10.000 habitantes, considerando-se que as taxas divergem entre as diferentes regiões do estado.³ Portanto, há regiões em que os casos da doença praticamente inexistem, enquanto em outras a taxa de prevalência permanece elevada.

Apesar dos índices favoráveis obtidos pelo Estado de Santa Catarina no combate à hanseníase, não existe um estudo a respeito do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de tal moléstia na AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna), considerando-se a relevância de tais informações para melhorar as estratégias de programas de saúde.

O objetivo deste trabalho é traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase na AMUREL - SC, no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003 e verificar a frequência de notificação dos casos.

Métodos

O trabalho realizado compreendeu um estudo descritivo do tipo série de casos retrospectivo. A população estudada foi composta dos casos de hanseníase

notificados ao Ministério da Saúde no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003, na região sul do Estado de Santa Catarina, compreendendo 18 municípios: Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Orleans, Pedras Grandes, Rio Fortuna, Sangão, São Ludgero, Santa Rosa de Lima, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão.

Os dados foram obtidos através da Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase do Ministério da Saúde (MS) da República Federativa do Brasil, que foi consultada na 20ª Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina, com sede no município de Tubarão. As recidivas diagnosticadas no período estudado foram incluídas no estudo, enquanto os registros ativos notificados em datas fora deste foram excluídos.

A coleta de dados foi realizada através de questionário, constituído por uma série ordenada de perguntas estruturadas, tendo caráter aberto e de múltipla escolha.

As variáveis estudadas foram: data do diagnóstico, município de residência, zona de residência, sexo, idade, cor, escolaridade, ocupação, número de lesões cutâneas, número de troncos nervosos acometidos, forma clínica, incapacidade ao diagnóstico, classificação operacional, modo de entrada, modo de detecção de casos novos, esquema terapêutico inicial, número de contatos registrados e status do paciente com relação ao tratamento no momento da pesquisa.

Utilizou-se para entrada dos dados o programa Epi-Data® e para análise o programa EpiInfo® versão 6.0. As variáveis qualitativas são descritas em números absolutos e proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão.

O projeto deste estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), da qual obteve parecer favorável.

Resultados

Dos 57 casos de hanseníase diagnosticados na região sul do Estado de Santa Catarina, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, 10 (17,4%) foram notificados no ano de 1999, 7 (12,3%) no ano de 2000, 9 (15,8%) no ano de 2001, 14 (24,6%) no ano de 2002 e 17 (29,8%) no ano de 2003.

Com relação aos municípios de residência, 14

(24,6%) pacientes residiam em Tubarão, 14 (24,6%) em Laguna e 8 (14,0%) em Imbituba. Todos os pacientes residiam no Brasil. Na maioria dos municípios, o coeficiente de detecção anual de casos novos foi classificado como médio (maior ou igual a 0,2 a 1,0/10.000 habitantes). (Tabela 1)

Tabela 1 - Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase nos municípios da Região Sul do Estado de Santa Catarina por 10.000 habitantes (Região Sul do Estado de Santa Catarina, 1999-2003).

Município	1999	2000	2001	2002	2003
Tubarão	0,7	0,2	0,3	0,3	-
Laguna	0,2	0,4	0,2	0,6	1,5
Imbituba	0,6	0,3	0,6	0,8	-
Capivari de Baixo	-	-	-	0,5	1,6
Braço do Norte	-	0,4	-	0,4	0,4
Sangão	-	-	1,2	2,3	-
Imaruí	0,8	-	-	-	0,8
Gravatal	-	0,9	-	-	0,9
Orleans	-	-	1,0	-	-
Grão Pará	-	-	-	1,7	-
São Ludgero	-	-	-	-	1,1
Treze de Maio	-	-	-	-	1,5
Armazém	-	-	-	-	1,4
Jaguaruna	-	-	-	-	0,7

Quanto à zona de residência, 66,7% dos pacientes residia na zona urbana, enquanto 24,6% residia na zona rural. A maioria dos casos pertencia ao sexo masculino (33 casos, 57,9%), com 24 casos correspondendo ao sexo feminino (42,1%). A idade ao diagnóstico da população estudada variou entre 20 e 84 anos, sendo a média de 51,3 anos (desvio padrão = 12,9), mediana de 51,0 anos e moda de 41,0 anos. A maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária de 40 a 59 anos (61,5%). Com relação à cor, 52,6% da população estudada era da cor branca, correspondendo a 30 pacientes. Entre os 27 pacientes restantes, essa variável foi ignorada. No que diz respeito à escolaridade, 21,1% dos pacientes tinham de 1 a 3 anos completos de estudo, 36,8% de 4 a 7 anos, 14,0% de 8 a 11 anos e 7,0% 12 anos ou mais; 14,0% não tinham nenhuma escolaridade. Com relação à ocupação, 14,0% dos pacientes eram aposentados e 12,0% trabalhavam apenas no lar.

Considerando-se o número de lesões cutâneas, 47,4% dos pacientes apresentavam sete ou mais lesões, seguidos de 17,5% com apenas uma lesão cutânea. (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição da população estudada de acordo com o número de lesões cutâneas (Região Sul do Estado de Santa Catarina – SC, 1999-2003).

Número de lesões cutâneas	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	3,0	5,3
Uma	10,0	17,5
Duas	2,0	3,5
Três	3,0	5,3
Quatro	3,0	5,3
Cinco	1,0	1,8
Seis	3,0	5,3
Sete ou mais	27,0	47,4
Ignorado	5,0	8,8
Total	57,0	100,0

No que diz respeito ao número de troncos nervosos acometidos, 28,1% dos pacientes não tinham acometimento de nenhum tronco nervoso. Cabe salientar que em 35 pacientes, o que corresponde a 61,4% da população estudada, o acometimento de troncos nervosos foi respondido como ignorado. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição da população estudada de acordo com o número de troncos nervosos acometidos (Região Sul do Estado de Santa Catarina – SC, 1999-2003)

Número de troncos nervosos acometidos	Frequência	Porcentagem
Nenhum	16,0	28,1
Um	1,0	1,8
Dois	2,0	3,5
Três	1,0	1,8
Quatro ou mais	2,0	3,5
Ignorado	35,0	61,4
Total	57,0	100,0

Com relação à forma clínica, 36,8% dos pacientes foram classificados como portadores de hanseníase dimorfa, 35,1% virchowiana, 17,5% indeterminada e 5,3% tuberculóide. Considerando-se a avaliação da incapacidade ao diagnóstico, a maioria dos pacientes foi classificada como Grau 0, correspondendo a 70,2%. No que diz respeito à classificação operacional, a maioria dos pacientes (43 casos, correspondendo a 75,4%) era multibacilar.

Dentre os 57 pacientes estudados, 44 (77,2%) eram casos novos e 13 (22,8%) recidivas. Com relação ao modo de detecção dos casos novos, 50,0% dos casos foram diagnosticados por demanda espontânea e 40,9% através de encaminhamento.

Considerando-se o esquema terapêutico inicial, 42,1% dos pacientes utilizaram PQT/MB/12 doses e 22,8% PQT/PB/6 doses. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição da população estudada de acordo com o esquema terapêutico inicial (Região Sul do Estado de Santa Catarina - SC, 1999-2003).

Esquema terapêutico inicial	Frequência	Porcentagem
PQT/PB/6 doses	13,0	22,8
PQT/MB/12 doses	24,0	42,1
PQT/MB/24 doses	11,0	19,3
ROM	1,0	1,8
Ignorado	8,0	14,0
Total	57,0	100,0

Com relação ao número de contatos registrados por paciente, a distribuição foi heterogênea, sendo que a maioria dos casos teve três contatos registrados (26,3%), seguida de 22,8% que possuía um contato registrado. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição da população estudada de acordo com o número de contatos registrados (Região Sul do Estado de Santa Catarina - SC, 1999-2003).

Número de contatos registrados	Frequência	Porcentagem
Nenhum	2,0	3,5
Um	13,0	22,8
Dois	9,0	15,8
Três	15,0	26,3
Quatro	8,0	14,0
Cinco	3,0	5,3
Seis	1,0	1,8
Ignorado	6,0	10,5
Total	57,0	100,0

Com relação ao status do paciente, 38,6% receberam alta por cura, 5,3% abandonaram o tratamento e 12,3% encontravam-se em tratamento no momento da pesquisa. Em 43,9% dos casos, essa variável foi ignorada.

Discussão

O coeficiente de detecção, na maioria dos municípios, foi classificado como médio. Nos municípios de Laguna (2003), Capivari de Baixo (2003), Sangão (2001), Orleans (2001), Grão Pará (2002), São Ludgero (2003), Treze de Maio (2003) e Armazém (2003) estes coeficientes fo-

ram classificados como altos. Apenas o município de Sangão (2002) teve coeficiente de detecção muito alto.

Observou-se que entre 2002 e 2003 houve um importante aumento da detecção de casos em dois municípios (Capivari de Baixo e Laguna). Supõe-se que este aumento possa ter ocorrido por uma melhora da estrutura do atendimento (implantação de programas ou capacitação dos profissionais de saúde) ou por uma maior procura espontânea por divulgação da doença pelos meios de comunicação.

Brasil⁹ atribuiu a queda da detecção nacional em 1998 a problemas no sistema de informação, considerando este achado não significativo do ponto de vista epidemiológico. A substituição das fichas de notificação usadas nos estados pela ficha individual de investigação do SINAN, de âmbito nacional, que ainda estava ocorrendo naquele ano corrobora com esta hipótese. Outro fato que reforça esta interpretação é a reprodução do decréscimo nacional em nível local e estadual.¹⁰

Na região da AMUREL, esta ficha foi adotada durante o ano de 2000. As taxas de detecção referentes a 1999 e 2000 foram incluídas no estudo, apesar da ciência de que esta inclusão pode prejudicar as análises de tendência desta epidemia por introduzir um provável viés de aferição, tendendo a minimizar a sua dimensão.

Observou-se um grande número de pacientes pertencente ao sexo masculino (57,9%), o que foi igualmente observado em outros estudos nas várias regiões do Brasil¹¹⁻¹⁶ e do mundo.¹⁷ O predomínio do gênero masculino poderia traduzir uma maior oportunidade de contato social entre os homens.¹⁸

A maioria dos pacientes (61,5%) encontrava-se na faixa etária de 40 a 59 anos, assim como demonstrado por Helene et al.¹⁹, discordando, porém, de Aquino et al.¹² Este dado representa um acometimento de pacientes pela doença em uma fase produtiva da vida. A idade ao diagnóstico variou entre 20 e 84 anos, sendo a média de 51,3 anos ($\pm 12,9$ anos) e a mediana de 51,0 anos, diferindo, neste aspecto, de outros estudos.^{17,18} O não acometimento de pacientes menores de 15 anos difere de outros estudos nacionais^{12,16}, onde a evidência de pacientes desta faixa etária sugere o contágio nos primeiros anos de vida, comum em regiões onde a transmissão ocorre de forma intensa. No ano de 2000, dados globais mostraram uma proporção de acometimento de crianças de 17%.²⁰

O predomínio da cor branca evidenciado neste estudo (52,6%) reflete a composição étnica da região da

AMUREL, diferindo assim de estudos realizados em outras regiões brasileiras, onde pode-se observar menor número de pacientes da cor branca (17,9%) em contraste com maioria parda (67,6%).¹⁰

A maioria dos pacientes (57,9%) possuía de 1 a 7 anos completos de estudo, concordando com outro estudo.¹² Deve-se observar a porcentagem relativamente baixa de pacientes analfabetos (14,0%).

Observou-se a grande diversidade de atividade econômica citada, sendo que apenas 8,8% dos pacientes tinham a agricultura como ocupação. Neste aspecto, discorda-se de Aquino et al.¹², que observaram que 40,1% dos pacientes trabalhavam como lavradores, porém, concordando com o mesmo quanto à ocupação “do lar” (21,1%).

O número de lesões cutâneas foi maior do que sete em 47,4% dos casos e foi menor do que cinco em 36,9% dos casos, o que foi concordante com a observação de que a maioria dos casos detectados foi de formas multibacilares da doença.

Na grande maioria dos pacientes (61,4%) não houve avaliação do número de troncos nervosos acometidos. Nos pacientes avaliados, houve predomínio do não acometimento de troncos nervosos (28,1%).

Os pacientes multibacilares representam 75,4% dos pacientes estudados, acompanhando o panorama nacional.^{12,15,19} Este fato demonstra que o diagnóstico está sendo feito após a evolução da fase inicial (indeterminada) da doença para as formas virchowiana ou dimorfa, levando a crer que os pacientes só estão procurando os serviços de saúde após a polarização para as formas mais graves e contagiosas da doença, o que pode contribuir para a manutenção do ciclo de transmissão. Também existe a possibilidade de que, devido à menor prevalência, apenas os pacientes mais suscetíveis acabem desenvolvendo doença com uma maior tendência às formas graves. A classificação operacional é importante, mesmo com a instituição de um esquema terapêutico uniforme, devido aos diferentes riscos que pacientes PB e MB apresentam quanto ao desenvolvimento de incapacidades.²¹

Considerando-se a forma clínica, observou-se que a maioria dos pacientes pertencia à forma dimorfa (36,8%), o que foi igualmente evidenciado em outros estudos^{12,19}, seguida da forma virchowiana, correspondendo a 35,1% dos casos estudados, discordando, neste aspecto, de outro estudo¹², onde a hanseníase tuberculóide foi a segunda forma clínica mais prevalente. As formas dimorfa e indeterminada nunca foram as mais freqüentemente diag-

nosticadas.¹⁰ Foi encontrado um predomínio de pacientes portadores de hanseníase virchowiana (50%), seguido da forma dimorfa (35%).¹⁵ O fato de os pacientes diagnosticados como portadores de hanseníase tuberculóide representarem 5,3% dos casos estudados mostra que é pequeno o acometimento da população capaz de desenvolver imunidade celular mais intensa contra o *Mycobacterium leprae*, e portadora de resistência natural a este bacilo, favorecendo a hipótese de não expansão desta endemia. A forma tuberculóide predomina em áreas endêmicas, apesar da taxa de casos tuberculóides e virchowianos permanecer constante.^{22,23}

No que diz respeito à incapacidade na época do diagnóstico, a maioria dos pacientes foi classificada como grau 0 (70,2%), apesar da alta porcentagem de pacientes multibacilares, sendo que 29,8% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade física. Estes dados concordam com os observados em diversos estudos²⁴⁻²⁶, nos quais os relatos de incapacidades físicas variaram entre 22,3%, 37% e 24% respectivamente. Nestes estudos, em que o número de pacientes apresentando incapacidades foi inferior a 50%, utilizaram-se dados secundários, ou seja, registros nos prontuários dos pacientes. Quando a incapacidade foi avaliada através de exame físico¹⁵ encontraram-se 75,4% dos pacientes com algum grau de incapacidade física (67,6% dos pacientes pertencendo ao grau I), dados semelhantes aos encontrados em outros estudos²⁷⁻³⁰, todos com níveis superiores a 55%. Os dados que puderam ser observados neste estudo levam a crer que a avaliação do grau de incapacidade ao diagnóstico não está sendo realizada de forma cuidadosa. Assim sendo, provavelmente muitos pacientes que apresentam anestesia de córnea, mãos e pés deixaram de ser identificados. Os pacientes portadores dos graus II e III (15,8%) refletem uma procura tardia pelo serviço de saúde.

Os casos novos corresponderam à maioria dos pacientes estudados (77,2%). Dentre estes, 90,9% foram detectados através de demanda espontânea ou encaminhamento, o que mostra um pequeno percentual de busca ativa e exame de contatos, apesar do grande número de pacientes apresentando contatos domiciliares.

A PQT/OMS foi administrada a 84,2% dos pacientes, sendo a PQT/MB (12 ou 24 doses) utilizada no tratamento de 61,4% dos pacientes. Souza & Bacha¹⁵ encontraram uma porcentagem de 92,5% pacientes utilizando a PQT/OMS. Em 14,0% o esquema terapêutico inicial foi ignorado. Conseqüentemente, não se pode

fazer uma análise precisa da correta utilização do esquema terapêutico utilizado inicialmente devido à inexistência de alguns dados.

Dos 32 pacientes em que o atual status do paciente com relação ao tratamento pôde ser avaliado, 68,8% receberam alta por cura e 21,9% encontravam-se em tratamento no momento da pesquisa. Portanto, menos de 10% dos pacientes abandonaram o tratamento, embora grande parte dos pacientes (43,9%) não tivessem referência a essa variável. Oliveira et al.¹⁶ mostrou que 82% dos pacientes completaram o tratamento. O término do tratamento é um importante indicador da efetividade do manejo dos pacientes.²⁰ Presume-se que a porcentagem de pacientes que abandonaram o tratamento possa refletir uma má adesão dos mesmos ao tratamento proposto. Este fato pode estar associado ao longo esquema de tratamento da hanseníase ou ainda ao poder estigmatizante da doença sobre o paciente, o que o impulsiona a negar a sua condição de doente. Deve-se trabalhar mais arduamente com o lado psicológico do paciente portador de hanseníase a fim de que, aceitando sua posição, este possa contribuir de maneira mais significativa para a adesão ao tratamento, diminuindo os índices de abandono. Além disso, os profissionais de saúde devem procurar ativamente os pacientes faltosos à dose supervisionada mensal a fim de encorajá-los a completar a PQT, em vez de esperarem passivamente pelo seu comparecimento.²¹ O contato freqüente dos pacientes com os profissionais de saúde não visa apenas a adesão ao tratamento, mas também a redução do desenvolvimento de complicações e incapacidades.

O objetivo de traçar um perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase na região da AMUREL foi alcançado. Demonstrou-se que a hanseníase apresenta coeficiente de detecção e taxa de prevalência baixos na região sul do Estado de Santa Catarina, embora a distribuição dos casos não seja uniforme. A maioria dos casos pertence ao sexo masculino. A faixa etária mais afetada situa-se entre 40 e 59 anos, com média de 51,3 anos. A cor branca corresponde a 52,6% dos pacientes, havendo maior número de pacientes com ao menos 1 ano completo de escolaridade (78,9%). As formas clínicas predominantes são a dimorfa e virchowiana, e a classificação operacional é a multibacilar. Os pacientes com avaliação de incapacidades apresentam predominantemente o grau 0 e, em grande parte dos pacientes, não se obteve registro do número de troncos acometidos. A principal forma de detecção de casos novos é a demanda espontânea.

Ações de treinamento junto aos serviços básicos de saúde podem facilitar a detecção precoce e efetiva dos casos existentes. Além disso, torna-se necessário maior controle dos casos por parte das unidades de saúde para evitar o abandono ao tratamento, garantindo assim a cura aos pacientes com o mínimo de incapacidades.

Referências Bibliográficas

1. Leprosy Info [homepage on the Internet]. Geneva: Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. World Health Organization [updated 2005 June 13; cited 2005 June 21]. Available from: <http://www.who.int/lep/>.
2. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36:373-82.
3. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação: Santa Catarina. Brasília, 2005.
4. Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001:467-88.
5. Goulart IMB, Penna GO, Cunha G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002;35:363-75.
6. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Cadernos de Atenção Básica nº 10. Brasília; 2002.
7. Lombardi C. Hanseníase: epidemiologia e controle. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: São Paulo; 1990.
8. Norihisa I. Recent advances in the treatment of leprosy. *Dermatol Online J.* 2003;9:2.
9. Brasil MTLRF. A diminuição dos índices de detecção e a prevalência oculta. Anais do Congresso Brasileiro de Dermatologia; 2000 Set 23-27; Salvador, Brasil. Rio de Janeiro; 2000.
10. Figueiredo IA, Silva AAM da. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998: a endemia está em expansão?. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:439-45.
11. Goulart IMB, Arbex GL, Carneiro MH, Rodrigues MS, Gadia R. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002;35:453-60.
12. Aquino DMC de, Caldas AJM, Silva AAM da, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36:57-64.
13. Aquino DMC, Almeida PH. Avaliação do programa de hanseníase do Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís – MA, 1999. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33:104-5.
14. Barreto-Silva ARI, Farias LF, Nóbrega-Filho FT, Rocha LP, Talhari S, Cavalcante FH, et al. Características epidemiológicas dos casos de hanseníase que concluíram terapia multidroga atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (1988-2000). *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34:430-6.
15. Souza CS, Bacha JT. Delayed diagnosis of leprosy and the potential role of educational activities in Brazil. *Lepr Rev.* 2003;74:249-53.
16. Oliveira CR, Alencar MJF, Sena Neto AS, Lehman LF, Schreuder PAM. Impairments and Hansen's disease control in Rondônia State, Amazon region of Brazil. *Lepr Rev.* 2003;74:337-48.
17. Kaur I, Indira D, Dogra S, Sharma VK, Das A, Kumar B. "Relatively Spared Zones" in leprosy: a clinicopathological study of 500 patients. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 2003;71:227-30.
18. Lombardi C, Suárez REG. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG, editors. Hanseníase. Manaus: Gráfica Tropical; 1997. p.167.
19. Helene LMF, Salum MJL. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2002;18:101-13.
20. Feenstra P. "Elimination" of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *Int J Lepr.* 2003; 71:248-56.
21. Smith WCS. International Leprosy Congress 2002 – Lessons Learned. *Lepr Rev.* 2003;74:7-10.
22. High WA. Man with na annular, dyspigmented, anesthetic plaque on the right thigh. *Medscape Dermatology.* 2002;3:1.
23. Newell KW. An epidemiologist's view of leprosy. *Bull World Health Organ.* 1966;34:827-57.
24. Saha SP, Das KK. Disability pattern amongst leprosy cases in na urban area (Calcutá). *Indian J Lepr.* 1993;65:305-15.
25. Parra MC. Caracterización socio-econômica de los leprosos atendidos en la unidade de dermatología sanitaria de Maracaibo, Venezuela: un estudio de casos. *Cad Saúde Pública.* 1996;12:225-31.
26. Goulart IMB, Silva AA, Oliveira ACS, Quarasmin CR, Dias CM, Silva DP, et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle de hanseníase. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001;34:453.

27. Oliveira MHP. Associação entre atividades ocupacionais dos hansenianos e incapacidades físicas. Rev Bras Enf. 1993;46:279-85.
28. Pedroso M, Oliveira S, Baccarelli R, Vieira PCT, Gonçalves A. Incapacidades físicas em hanseníase. Estudo multicêntrico da realidade brasileira. An Bras Dermatol. 1989;64:301-6.
29. Pedrazzani ES, Maluf AS, Pedroso M, Toyada CY. Prevenção de incapacidades em hanseníase: realidade numa unidade sanitária. Hansenol Int. 1985;10:10-22.
30. Meima A, Saunderson PR, Gebre S, Desta K, Oortmarssen GJV, Habberna JDF. Factors associated with impairments in new leprosy patients: that AMFES cohort. Lepr Rev. 1999;78:189-203.

Endereço para Correspondência:

Miriam Carolina Perini Popoaski

Av. José Acácio Moreira, 687 Bairro Dehon - Tubarão - SC.

CEP: 88704-000

Telefone: (48) 622-2039/9987-8384 - Fax: (47) 366-4742

e-mail: mipopoaski@terra.com.br