

Ana Beatriz Paschoal¹
 Aguinaldo Gonçalves²
 Carlos Roberto Padovani³

RECIDIVA EM HANSENÍASE: REVELAÇÕES A PARTIR DE NOTIFICAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

*Relapse in leprosy: revelations from epidemiological
 notifications*

RESUMO

Modelo do estudo: estudo observacional transversal seriado descritivo de retro-análise comparativo multifásico. Objetivos do estudo: verificar características clínicas de casos de recidiva em hanseníase, identificados no momento da notificação. Metodologia: estudo realizado a partir da Unidade de Vigilância em Saúde (VISA) do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), através da coleta de dados de 110 fichas de notificação / investigação de hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a período de oito anos consecutivos, complementados com registros clínicos viáveis, em serviço médico-hospitalar universitário. Resultados descritivos, relativos às medidas de posição e variabilidade, apresentados sob forma tabular. Para os estudos das associações entre os atributos e as categorias de respostas, aplicação do teste de Goodman intra e inter proporções multinomiais. Todas as inferências estatísticas foram realizadas ao nível de 5% de significância. Resultados: apurou-se que, diante de casos novos para diagnóstico, são mais provavelmente não recidivantes aqueles detectados por encaminhamento que apresentam lesão única, um ou dois nervos afetados e sem incapacidades físicas.

Paschoal AB, Gonçalves A, Padovani CR. Recidiva em hanseníase: revelações a partir de notificações Epidemiológicas. *Hansen Int.* 2017; 42 (1-2): p. 2-11.

Já os recidivantes se classificam predominantemente como multibacilares, embora com baciloscopia negativa. Conclusões: Tais características divergem em alguns aspectos do encontrado na literatura técnica, cogitando-se como fatores explicativos possíveis a forma como são coletados e processados os dados do SINAN, o preparo dos médicos em detectar e a própria dificuldade do diagnóstico mediante a dinâmica das unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia; Hanseníase; Saúde Pública.

Artigo submetido em 25/10/2016

Aprovado em 16/07/2017

1 Médica, residente pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

2 Disciplina de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

3 Disciplina de Bioestatística, Instituto de Biociências, Unesp, Campus de Botucatu.

ABSTRACT

Type of study: comparative, observational, cross-sectional, descriptive study. Objectives: to verify characteristics of leprosy relapsing cases; to clarify peculiarities of such people; to compare results with pertinent technical literature information; to try to understand respective convergences and divergences. Methods: study carried out on data from Health Surveillance Unit of Hospital and Maternity Celso Pierro, Campinas, Brazil, on 110 epidemiological notification information forms have been recorded from the National System on Diseases (SINAN) during eight consecutive years. Descriptive results, referring to position and variability measures are presented on table configuration. Associations have been searched by Goodman's tests intra and inter multinomial proportions. Results: it was observed that, in the diagnosis process, no relapse cases are more probably referred by other services, affected only by one lesion, with one or two nerves impaired and no physical disabilities. Otherwise, relapsed patients are classified as multibacillary, even if with negative bacilloscopy. Conclusions: such characteristics differ in some aspects in relation to what is mentioned on the literature. This can be explained by the way SINAN data are collected and processed, as well as by medical experience on detecting relapses and by operational difficulties presented in the Basic Health Units.

Keywords: Epidemiology; Leprosy; Public Health.

INTRODUÇÃO

Foi definida na Assembleia Mundial de Saúde, em 1991, a meta de eliminação da hanseníase como prevalência inferior a um caso em 10 mil pessoas. Os 122 países mais endêmicos assumiram o compromisso de alcançá-la em nível nacional, e 119 deles já o fizeram. Infelizmente o Brasil não é um desses^{1,2}: no período 2011-2013, os maiores riscos concentraram-se nas regiões central, norte e nordeste, sendo possível definir dez polos de grande endemicidade, com destaque para 621 municípios localizados principalmente em Mato Grosso, Pará, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia. O número total de casos diagnosticados em todos esses Estados representa 44% (13.597 / 31.044) de novos casos registrados em 2013 em apenas 14% da população brasileira³.

Atualmente, os princípios básicos para o controle da hanseníase consistem em diagnóstico precoce e tratamento com a poliquimioterapia (PQT)⁴. Esta foi preconizada em 1982 pela Organização Mundial

da Saúde e adquiriu extensão geográfica mundial de 100% de adoção em 1997. No entanto, mostrou-se insuficiente para a eliminação da doença num futuro próximo, já que as taxas de prevalência, apesar de terem diminuído, não chegaram aos níveis desejados^{5,6}. Os principais fatos a que se deve essa situação, num nível imediato, são a insuficiente integração do esquema terapêutico às unidades básicas de saúde e a seus profissionais, aliada à má incorporação do controle da hanseníase a esses serviços. Neste cenário problemático *destaca-se a falta de orientações adequadas aos pacientes, gerando irregularidade do tratamento, o que resulta em resistência medicamentosa e culmina com a ocorrência de casos de recidiva, questão que, a cada dia, se torna mais relevante e controversa na área*⁷.

De fato, para os doentes da forma paucibacilar (PB) os critérios de suspeição e confirmação de recidiva são estritamente clínicos, devendo apresentar, após alta por cura, dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteroide, por pelo menos 90 dias. Já para os da forma multibacilar (MB), exame físico e anamnese auxiliam na suspeição, sendo a confirmação clínico-laboratorial. Após alta por cura, surgem lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem à intervenção com talidomida e/ou corticosteroide nas doses e prazos recomendados e baciloscopia positiva^{8,9}.

No entanto, registra-se muita diversidade a respeito, principalmente no que condiz ao tempo após a alta por cura. A então Coordenação Nacional de Dermatologia já indicou que a recidiva ocorre muito depois da PQT, em geral após intervalo anual, com aparecimento insidioso, desacompanhada de distúrbios sistêmicos, algumas lesões antigas podendo ter bordas eritematosas; notam-se poucas lesões novas, bem como ulcerações, ausência de descamação, um ou outro nervo acometido, mas alterações motoras são lentas e a resposta a esteroides é não pronunciada¹⁰. Há ainda autores que não definem tempo: apenas destacam que ocorre durante o período de vigilância epidemiológica, seja a qualquer tempo, em paciente que tenha completado o tratamento com poliquimioterapia¹¹. Deve haver suspeita também quando os MB iniciarem reações após três anos da alta ou apresentarem-nas durante o tratamento e assim permanecerem por cinco anos. MB recidivam geralmente depois de cinco anos da alta por cura, e PB, normalmente após um ano¹².

OBJETIVO

Isto posto, pretendeu-se verificar identidade e características clínicas de casos de recidiva em hanseníase identificadas no momento da notificação, na busca de entendimento de convergências e divergências entre o observado e o relatado na literatura técnica.

MATERIAL E MÉTODOS

Empreendeu-se estudo observacional transversal seriado descritivo de retro-análise comparativo multifásico, na Unidade de Vigilância em Saúde (VISA) do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), anexo à Pontifícia Universidade Católica de Campinas, através da coleta de dados de 110 fichas de notificação/investigação de hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes a série histórica no período de 2007 a 2014.

Para a informatização, o protocolo de coleta de cada unidade observacional sofreu codificação de acordo com respectiva planilha padronizada e foi armazenado sob forma de banco de dados em Excel.

O processamento deu-se pela aplicação do Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Prosseguiu-se com separação dos casos cujo modo de entrada foi assinalado na ficha de notificação como "recidiva" dos que tiveram qualquer outro. Os resultados descritivos, relativos às medidas de posição e variabilidade, são apresentados sob forma tabular¹³. Para os estudos das associações entre os atributos e as categorias de respostas aplicou-se o teste de Goodman¹⁴ inter e intra proporções multinomiais. Todas as inferências estatísticas foram realizadas ao nível 5% de significância.

Este estudo constitui parte de amplo projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa em Seres Humanos da instituição (CAAE 18760413.0.0000.5481, Parecer 385.474).

RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 apresentam as distribuições de frequências das variáveis clínico-epidemiológicas de interesse, comparando doentes que recidivaram com aqueles que não o fizeram, e entre si. O Quadro 1 sintetiza o significado de tais informações.

Tabela 1: Comparação das distribuições de frequências das variáveis epidemiológicas estudadas nas casuísticas de recidiva e não recidiva dos hansenianos acolhidos no HMCP de 2007 a 2014

VARIÁVEIS	CASUÍSTICAS		TOTAL
	RECIDIVA	NÃO RECIDIVA	
IDADE (em anos)			
Valor mínimo	20,00	9,00	
Mediana	43,50	47,00	
Valor máximo	64,00	87,00	
Média	42,50	45,30	
Desvio padrão	12,00	18,10	p>0,05 (p=0,61)
SEXO			
Masculino	4 (40,00) aA	62 (62,00) aB	66 (60,00)
Feminino	6 (60,00) aA	38 (38,00) aA	44 (40,00)
MODO DE DETECÇÃO			
Encaminhamento	4 (40,00) aA	77 (77,00) bC	81 (73,64)
Demanda espontânea	4 (40,00) aA	18 (18,00) aB	22 (20,00)
Outros modos	2 (20,00) aA	3 (3,00) aA	5 (4,55)
Não registrado	0 (0,00)	2 (2,00)	2 (1,82)

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS			
Nenhum contato	0 (0,00)	5 (5,00)	5 (4,55)
De 1 a 5 contatos	9 (90,00)	69 (69,00)	78 (70,90)
De 6 a 10 contatos	0 (0,00)	22 (22,00)	22 (20,00)
Mais de 10 contatos	0 (0,00)	2 (2,00)	2 (1,82)
Não registrado	1 (10,00)	2 (2,00)	3 (2,73)

INTERVALO DIAGNÓSTICO / NOTIFICAÇÃO			
Nenhum dia	6 (60,00)	62 (62,00)	68 (61,82)
De 1 a 30 dias	4 (40,00)	29 (29,00)	33 (30,00)
De 31 a 99 dias	0 (0,00)	4 (4,00)	4 (3,64)
Mais de 100 dias	0 (0,00)	5 (5,00)	5 (4,55)

INTERVALO DIAGNÓSTICO / INÍCIO DO TRATAMENTO			
Nenhum dia	8 (80,00)	74 (74,00)	82 (74,55)
De 1 a 30 dias	2 (20,00)	23 (23,00)	25 (22,73)
De 31 a 99 dias	0 (0,00)	1 (1,00)	1 (0,90)
Mais de 100 dias	0 (0,00)	1 (1,00)	1 (0,90)
TOTAL	10 (100,00)	10 (100,00)	10 (100,00)

Letras minúsculas: leitura horizontal, comparação entre casuísticas; Letras maiúsculas: leitura vertical, comportamento da variável no interior de cada casuística. Para ambas, letras diferentes indicam diferença significativa.

Tabela 2: Comparação das distribuições de frequências das variáveis clínicas estudadas nas casuísticas de recidiva e não recidiva dos pacientes com hanseníase acolhidos no HMCP de 2007 a 2014.

VARIÁVEIS	CASUÍSTICAS		
	RECIDIVA	NÃO RECIDIVA	TOTAL
QUANTIDADE DE LESÕES CUTÂNEAS			
Ausência	1 (10,00) aAB	9 (9,00) aA	10 (9,09)
Única	0 (0,00) aA	0 (20,00) bB	20 (18,18)
Várias (≤5)	3 (30,00) aBC	21 (21,00) aB	4 (21,82)
Numerosas (>5)	6 (60,00) aC	48 (48,00) aC	4 (49,09)
Não registrado	0 (0,00)	2 (2,00)	2 (1,82)
FORMA CLÍNICA			
Indeterminada	2 (10,00) aA	19 (19,00) aB	21 (19,09)
Tuberculóide	1 (10,00) aA	21 (21,00) aB	22 (20,00)
Virchowiana	3 (30,00) aA	35 (35,00) aB	38 (34,55)
Dimorfa	3 (30,00) aA	22 (22,00) aB	25 (22,73)
Não classificado	1 (10,00) aA	3 (3,00) aA	4 (3,64)

BACILOSCOPIA			
Negativa	7 (70,00) aB	62 (62,00) aC	69 (62,73)
Positiva	3 (30,00) aAB	32 (32,00) aB	35 (31,82)
Não realizada	0 (0,00) aA	4 (4,00) aA	4 (3,64)
Não registrado	0 (0,00)	2 (2,00)	2 (1,82)
ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL			
PQT/PB/6doses			
PQT/MB/12doses	1 (10,00)	32 (32,00)	33 (30,00)
Outros esquemas	9 (90,00)	65 (65,00)	74 (67,27)
	0 (0,00)	3 (3,00)	3 (2,73)
NÚMERO DE NERVOS AFETADOS			
Zero			
Um	8 (80,00) aB	61 (61,00) aB	69 (62,73)
Dois	0 (0,00) aA	11 (11,00) bA	11 (10,00)
Três	0 (0,00) aA	8 (8,00) bA	8 (7,27)
Quatro ou cinco	1 (10,00) aA	3 (3,00) aA	4 (3,64)
Não registrado	0 (0,00) aA	4 (4,00) aA	4 (3,64)
	1 (10,00)	13 (13,00)	14 (12,73)
GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA			
Zero			
Um	6 (60,00) aA	74 (74,00) aB	88 (80,00)
Dois	2 (20,00) aA	(8,00) aA	10 (9,09)
Não avaliados	1 (10,00) aA	(7,00) aA	8 (7,27)
Não classificado	1 (10,00)	1 (1,00)	2 (1,82)
	0 (0,00)	2 (2,00)	2 (1,82)
TOTAL	10 (100,00)	100 (100,00)	110 (100,00)

Quadro 1: Síntese do significado das distribuições de frequências das variáveis nas casuísticas de recidiva e não recidiva dos hansenianos acolhidos no HMCP de 2007 a 2014.

VARIÁVEIS	PREDOMÍNIO SIGNIFICATIVO	
	ENTRE GRUPOS	NA CASUÍSTICA
Idade	Ausente	Ausente
Sexo	Ausente	Ausente
Modo de detecção	Encaminhamento em não recidiva	Ausente
Quantidade de lesões cutâneas	Lesão única em não recidiva	Numerosas
Classificação operacional	Ausente	Multibacilares
Número de nervos afetados	Um e dois em não recidiva	Zero
Forma clínica	Ausente	Ausente
Baciloscopia	Ausente	Negativa
Grau de incapacidade física	Zero em não recidiva	Ausente

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos expressam-se, em boa medida, reveladores. Dentre as variáveis com comportamentos confluentes com os registrados na literatura, estão número de nervos afetados e grau de incapacidade física, neste estudo predominando significativamente, nos recidivantes, acometimento de zero nervos e grau zero¹⁵.

Quanto aos resultados destoantes, a ausência de diferença significativa entre os sexos no interior da casuística se contrapõe ao correntemente mais encontrado, que é a maior frequência em homens¹¹. Outro fato que surpreende foi a detecção de parcela expressiva de multibacilares recidivantes, ainda que o relatado pela Organização Mundial de Saúde foi de 0,7% de risco em MB e 1,1% para os PB¹¹. Mais um aspecto é quanto à forma clínica com ausência de predomínio estatístico dentre os recidivantes, em contraponto à referência de que como mais comumente envolvida está a dimorfa⁸. Referente à baciloscopia, predominou a negatividade; entretanto, na literatura técnica, em ambas as classificações operacionais, considera-se característica de recidiva o ressurgimento de positividade, e dentre os doentes MB, a persistência de índice baciloscópico alto ou aumento deste^{8,16}.

Tais disparidades entre os dados resultantes do atual estudo e os de outros textos científicos podem ter muitas explicações, incluindo: a) a maneira como são colhidas e registradas as informações referentes aos doentes; b) o eventual constrangimento dos profissionais de saúde para o reconhecimento de um recidivante em hanseníase e c) a dificuldade, em meio a tantas controvérsias, de já afiançar a categoria de recidiva no momento da notificação.

Neste, merece destaque, com efeito, o preenchimento das fichas. Os dados são escritos manualmente, por vezes ininteligíveis, com várias cópias, com risco de numerosos erros. Além disso, são compilados de diversas fontes, como prontuários, fichas de cadastro da enfermagem e de controle de comunicantes, planilhas de inclusão, entre outras. Ademais, pelo longo trajeto que percorrem, constituído de Serviço-Município-Estado-Federação, estão propensos a negligências e perdas¹⁷. Resultado dessas condições são subnotificação (calcula-se que apenas 1/3 dos casos são notificados¹⁸) ou arquivamento de dados incorretos. Tais entraves refletem-se, conseqüentemente, na epidemiologia do agravo, interferindo, em última instância, no combate ao mesmo, pois, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90, art. 35): as transferências federais a Estados,

Distrito Federal e municípios definem-se “segundo análise técnica de programas e projetos” (caput), 50% do volume desses recursos repassados em base ao tamanho da população, e a outra metade a partir da combinação de critérios como perfis epidemiológico e demográfico¹⁹.

Na detecção do recidivante, sabe-se que a identificação de características associáveis a um provável caso revelam-se obviamente essenciais na obtenção de melhor acurácia do diagnóstico clínico. Assim, essa detecção torna-se crucial para condução adequada do doente²⁰, já que a precocidade em tal procedimento possibilita evitar o aumento da morbidade, da persistência bacilar, da resistência medicamentosa e de incapacidades físicas^{8,21,22}. Entretanto, o que se tem notado são dificuldades com diagnósticos diferenciais e encaminhamentos excessivos para especialidades, retardando a PQT ou introduzindo-a de maneira incorreta, favorecendo a ocorrência de recidivas, dado que esta é o indicador mais importante para avaliação de tratamento eficaz⁸.

Apesar dos já detectados e discutidos óbices dos responsáveis para lidar em campo com os casos de recidiva, deve-se levar em conta a questão de afiançar tal modo de entrada já no decurso da notificação. Como antes posto, ainda carecem de consenso na comunidade científica os critérios para definição de recidiva, principalmente com relação ao tempo de surgimento após alta por cura, fazendo com que haja insegurança conceitual para o médico no momento da avaliação clínica. Além disso, como também já abordado, em MB a recidiva deve ser confirmada por meio de exames complementares, incluindo, destacadamente, a técnica de Shepard, que é complexa e sabidamente demorada⁷. Acrescente-se a isso a extensa demanda de atendimento nas unidades básicas de saúde, o que cria uma dinâmica de consultas de curta duração, fatos que vão à contramão do que se precisa para o diagnóstico seguro. Questiona-se, portanto, a inclusão na ficha de notificação ao SINAN, da categoria de número seis em “modo de entrada”, correspondente à recidiva.

Mediante este cenário referente tanto à estrutura de notificação quanto à conceituação e conhecimento do agravo, ganham relevância os diagnósticos diferenciais: o profissional de saúde precisa estar atento a outras possíveis afecções que se manifestam de maneira semelhante, porém possuem sutilezas que, se notadas, são capazes de contribuir para a identidade de recidiva. É o caso dos quadros reacionais, incluindo reações tipo I e tipo II, que quando ocorrem após alta terapêutica podem ser confundidas com recidiva⁸. Nesse

sentido, os Quadros 2 e 3 exibem, por meio de treze critérios selecionados, o comportamento das três manifestações mencionadas. O objetivo aí presente não é tão somente o de confirmar ou descartar o diagnóstico de recidiva mediante critérios clínicos, mas sim de explorar características e resultados do processo que inclui tantas controvérsias e que se dá num momento único e precoce, sem a disponibilidade

de outros recursos. Além disso, torna-se instrumento útil quando se considera o preconizado de que em locais onde a hanseníase seja menos comum, a capacidade de fazer a suspeição e encaminhar o paciente à unidade de referência se torna a habilidade mais importante exigida na matéria aos profissionais da atenção primária²³. **(Quadros 2 e 3)**

Quadro 2: Comparação das características clínicas de reação tipo I, reação tipo II e recidiva em hanseníase

CRITÉRIOS	REAÇÃO TIPO I	REAÇÃO TIPO II	RECIDIVA
Ocorrência em relação à PQT	Durante ou até seis meses após conclusão ⁽¹⁵⁾	Tardamente, durante o curso ⁽²⁵⁾	Muito depois da conclusão ⁽¹⁵⁾
Aparecimento	Abrupto ⁽¹⁵⁾	Abrupto ⁽²⁴⁾	Insidioso ⁽¹⁵⁾
Envolvimento sistêmico	Geralmente ausente, pouco frequente ^(15,24)	Presente ^(24,25)	Ausente ⁽¹⁵⁾
Lesões antigas	Eritematosas, brilhantes, inchadas e infiltradas, com limites mais evidentes ⁽¹⁵⁾	Inalteradas ⁽²⁴⁾	Surgimento de bordas eritematosas ⁽¹⁵⁾
Acometimento neural	Frequente, com dor, alteração da sensibilidade e perturbações motoras ^(24,25)	Menos frequente ^(24,25)	Lento, em único nervo ⁽¹⁵⁾
Envolvimento ocular	Piora da capacidade de oclusão palpebral ⁽²⁵⁾	Inflamação ocular (irite, iridociclite, esclerite) ⁽²⁵⁾	Não há referências
Sequelas	Mão em garra, pé caído, paralisia facial, logoftalmo ⁽²⁴⁾	Não há referências	Não há referências

Quadro 3: Comparação das características clínicas de reação tipo I, reação tipo II e recidiva em hanseníase

CRITÉRIOS	REAÇÃO TIPO I	REAÇÃO TIPO II	RECIDIVA
Forma / Classificação mais recorrentes	Dimorfa [tuberculóide] ⁽²⁴⁾	Multibacilar ⁽²⁴⁾	Dimorfa [virchowiana] ⁽⁸⁾
Lesões novas	Várias, adjacentes às antigas, simétricas, muitas vezes ulceradas ⁽¹⁵⁾	Nódulos sensíveis ao toque, vermelhos/violáceos ⁽²⁴⁾	Poucas ⁽¹⁵⁾
Duração	Poucos meses ⁽²⁴⁾	Poucos meses ou anos ⁽²⁴⁾	Pelo menos até retratamento ⁽¹²⁾
Reação a fármacos	Melhora com esteroides ^(15,24)	Melhora com talidomida ⁽²⁴⁾	Não melhora com corticoides nem talidomida ⁽²⁵⁾
Descamação na regressão	Presente ⁽¹⁵⁾	Central ⁽⁸⁾	Ausente ⁽¹⁵⁾
Baciloscopia	IB \geq 2,0 no diagnóstico indica maior número de episódios reacionais durante o tratamento e após alta medicamentosa ⁽²⁵⁾	Bacilos fragmentados e granuloso ⁽²⁵⁾	IB mais frequente de \geq 4 + ⁽²⁶⁾ .

CONCLUSÕES

Os procedimentos executados na presente investigação permitiram conhecer-se evidências no sentido de que houve variações entre o encontrado no atual estudo e em outros da respectiva literatura técnica. Especificamente, destacam-se: diante de casos novos para diagnóstico de recidiva em hanseníase, são mais provavelmente não recidivantes aqueles detectados por encaminhamento que apresentam lesão única, um ou dois nervos afetados e sem incapacidades físicas. Já os recidivantes se classificam predominantemente como multibacilares, embora com baciloscopia negativa. As causas são variadas, mas incluem provavelmente:

I) A dinâmica de coleta e inserção dos dados nos sistemas de registro, feitas muitas vezes por funcio-

nários não habilitados ao todo e que percorre longo trajeto até a instância federal,

II) A dificuldade do profissional da saúde em reconhecer seguramente um recidivante em hanseníase, considerando diagnóstico diferencial com as reações hansênicas.

Mediante os fatos apresentados, releva-se a questão de já aprofundar a categoria de recidiva no momento da notificação. Por isso, cogita-se a não inclusão, nas fichas do SINAN, da categoria de número seis em “modo de entrada”, correspondente a “recidiva”, sugerindo-se sua substituição por dois novos campos: “suspeita de recidiva, aguarda confirmação” e “recidiva já confirmada”.

Fonte de financiamento: CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Exercício de monitoramento da eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/exercicio_monitoramento_elimizacao_hanseniasse_brasil.pdf>
2. Dominguez B. Hanseníase Problema Persistente. *Rev Radis*. 2015;150(1):24-6. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_150.pdf>
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO, 2018 [cited 2015 Feb 10]. Cluster analysis of the overall detection rate of leprosy in Brazil for the triennium 2011-2013; [about 1 screen]. Disponível em: http://www.who.int/lep/resources/Cluster_analysis/en/.
4. Lyon S, Grossi MAF. Diagnóstico e tratamento da hanseníase. In: Lyon S, Grossi MAF. Hanseníase. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p.141-69. Disponível em: <<file:///C:/Users/mapas/Downloads/Hanseniasse-Avan%C3%A7os-e-Desafios-colorido.pdf>>
5. Crespo MJ, Gonçalves A. Avaliação das possibilidades de controle da hanseníase a partir da poliquimioterapia. *Rev. Port. Sau. Pub*. 2014;32(1):80-8. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252014000100011&lng=pt&nrm=i.p&tlng=pt
6. Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveira SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42(42):1-7. doi: 10.26633/RPSP.2018.42
7. Alves DE, Ferreira TL, Nery I. Hanseníase: avanços e desafios. 1 ed. Brasília: Nesprom/UnB; 2014. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasseavancoes.pdf>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia Prático sobre a Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniasse-WEB.pdf>>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Talidomida: orientação para o uso controlado [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/talidomida_orientacao_para_uso_controlado.pdf>
10. Gallo MEN, Oliveira MLW. Recidivas e reinfeção em hanseníase. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1997;30(3):351-7. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v30i3p351-357. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/1189>>
11. Bona SH, Silva LOBV, Costa UA, Holanda AON, Campelo V. Recidivas de hanseníase em los Centros de Referencia de Teresina, Piauí, Brasil, 2001-2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(4):731-38. doi: 10.5123/S1679-49742015000400015. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400015>
12. Diniz LM, Moreira MV, Puppim MA, Oliveira MLWDR. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(4):420-4. doi: 10.1590/S0037-86822009000400012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n4/a12v42n4>>
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Normas de apresentação tabular [Internet]. 3th ed. Rio de Janeiro: IBGE; 1993. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>
14. Goodman LA. On simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial proportions. *Technometrics*. 1965;7(2):247-54. doi: 10.2307/1266673.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase [Internet]. Brasília: MS; 2002. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniasse.pdf>
16. Otsuka A, Ozaki M, Horiguchi Y, Murata Y, Kumano K, Nogami R. Basophils infiltrate the skin lesions in lepromatous leprosy. *Acta Derm Venereol*. 2013;93(1):88-9. doi: 10.2340/00015555-1329. Disponível em: <[file:///C:/Users/mapas/Downloads/3660%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mapas/Downloads/3660%20(1).pdf)>
17. Reis ACSM, Borges DPL, D'Ávila VGFC, Barbosa MS, Ternes YMF, Santiago SB, Santos RS. O cenário de políticas públicas do Brasil diante do quadro das doenças negligenciadas. *Saúde Ciênc*

- Ação. 2017;3(1):99-107. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaCS/article/viewFile/237/179>>
18. Alvarenga AVM, Vale DHA, Silva GRS. Hanseníase: da experiência do estigma ao horizonte da cura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;10(2):1534-40. doi: 10.25248/REAS181_2018. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS181.pdf>>
 19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 DE Setembro de 1990 [Internet]. Brasília. Acessado em 02 nov 2018. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>.
 20. Monte RS, Pereira MLD. Hansen's disease: social representations of affected people. *Rev Rene*. 2015;16(6):863-71. doi: 10.15253/rev_rene.v16i6.2879. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2879>>
 21. Teles RMB, Graeber TG, Krutzik SR, Montoya D, Schenk M, Lee DJ, Komisopoulou E, Kelly-Scumpia K, Chun R, Iyer SS, Sarno EN, Rea TH, Hewison M, Adams JS, Popper SJ, Relman DA, Stenger S, Bloom BR, Cheng G, Modlin RL. Type I Interferon Suppresses Type II Interferon-Triggered Human Anti-Mycobacterial Responses. *Science*. 2013;339:1448-53. doi: 10.1126/science.1233665. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449998>>
 22. Gonçalves M, Prado MAR, Silva SS, Santos KS, Araujo PN, Fortuna CM. Trabalho e hanseníase: as mulheres em suas dores, lutas e labutas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl1):706-14. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0598. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700660&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt>
 23. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Debate*. 2016;40(110):64-80. doi: 10.1590/0103-1104201611005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064>
 24. Foss NT. Episódios reacionais na hanseníase. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2003;36:453-9. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p453-459. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/764>>
 25. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MG), Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. Como reconhecer e tratar reações hanseníase [Internet]. Belo Horizonte: SES; 2007 [cited 2018 nov 02]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/hansenia/public/Reacoes_hansenicas.pdf>
 26. Melo SL, Macedo GMM, Pires CAA, Cunha MHCM. Recidiva hanseníase em área de alta endemicidade no Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2014;5(3). doi: 10.5123/S2176-62232014000300003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000300003>