

Humberto Oliart-Guzman¹
 Antonio Camargo Martins²
 Saulo Augusto Silva Mantovani³
 Thasciany Moraes Pereira⁴
 Breno Matos Delfino⁵
 Fernando Luiz Cunha Castelo Branco⁶
 Athos Muniz Braña⁷
 Rhanderson Gardinali Campos⁸
 Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira⁹
 Mônica da Silva-Nunes¹⁰

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE ASSIS BRASIL, ACRE, NO PERÍODO DE 2003 A 2010

Clinical and epidemiological profile of leprosy cases reported in Assis Brazil, Acre, in the period 2003 to 2010

RESUMO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. No período de 2001 a 2007, o Acre foi o 8º Estado com os maiores coeficientes de prevalência e incidência de hanseníase em todo o Brasil. Este é um estudo retrospectivo que utilizou os dados das fichas de notificação de casos de hanseníase do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do município de Assis Brasil, Acre, entre 2003 e 2010. Os dados foram digitados e analisados no programa SPSS, sendo que médias e proporções foram comparadas com o Teste de Anova e o Teste do Qui-Quadrado. Foram notificados 25 casos novos, com coeficiente de detecção de 98,7/100.000 habitantes em 2010, sendo 56% casos índices e 44% contatos; oito (32%) casos de hanseníase paucibacilar e 17 (68%) de hanseníase multibacilar. Predominou a forma dimorfa (52%), seguido da forma tu-

Oliart-Guzman H, Martins AC, Mantovani SAS, Pereira TM, Delfino BM, Branco FLCC, Braña AM, Campos RG, Oliveira CSM, Silva-Nunes M. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase notificados no município de Assis Brasil, Acre, no período de 2003 a 2010. *Hansen Int.* 2011; 36(1), p. 39-45.

berculóide (32%) e forma virchowiana (16%). A baciloscopia foi negativa em 75% dos testes. Nove pacientes foram considerados curados no tempo preconizado, um paciente necessitou de maior tempo de tratamento, oito pacientes ainda estavam em tratamento e seis casos tiveram evolução desconhecida. A alta frequência de casos de hanseníase multibacilar reforça a ideia da demora no diagnóstico e da dificuldade em detectar formas mais leves da doença, contribuindo para manter a transmissão, necessitando de maior ação do sistema de saúde.

Recebido em 04/05/2011.
 Corrigido em 20/06/2011.
 Aceito em 25/06/2011.

- 1 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: hosoliart@hotmail.com
- 2 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: antonio_camargo0@yahoo.com.br; saulo <sauloaugustomantovani@hotmail.com>; athos <athosbrana@hotmail.com>; fernando <flccbranco@uol.com.br>; thascy <thascy_moraes@hotmail.com>; crisufac@yahoo.com.br;
- 3 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: sauloaugustomantovani@hotmail.com
- 4 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: thascy_moraes@hotmail.com
- 5 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: brenomd_@hotmail.com
- 6 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: flccbranco@uol.com.br
- 7 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: athosbrana@hotmail.com
- 8 Graduando de Medicina, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: doutorhanderson@yahoo.com.br
- 9 Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: crisufac@yahoo.com.br
- 10 Médica, Doutora em Parasitologia, Professora Adjunta, Universidade Federal do Acre, Br 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, email: msnunes1@yahoo.com.br
 Endereço para contato: Mônica da Silva Nunes, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, BR 364 km 04, Rio Branco, AC, Cep 69.915-900, telefone (68) 3901-2518, email: msnunes1@yahoo.com.br
 Financiamento: Universidade Federal do Acre e Fundação de Tecnologia do Estado do Acre – FUNTAC/FDCT
 Título resumido: Hanseníase em Assis Brasil, AC

Palavras-Chave: Hanseníase; Amazônia; epidemiologia

ABSTRACT

Leprosy is a public health problem in the developing world. Between 2001 and 2007, Acre state presented the 8th highest incidence and prevalence coefficients in the whole country. This is a retrospective study that used the notification data from the local health system, between 2003 and 2010. Data was analyzed in SPSS; averages and proportions were compared using Anova and Chi-square test. There were 25 new cases notified, with a new case detection coefficient of 98,7/100.000 inhabitants in 2010, being 56% index cases, 44% contacts; eight (32%) paucibacillary cases and 17 (68%) multibacillary cases. The predominant clinical form was dimorphous (52%), followed by tuberculoid (32%) and virchow's forms (16%). The bacilloscopy was negative in 75% of cases. Nine patients were considered cured in the allotted time, one patient needed longer treatment time, eight patients were still under treatment and six patients had unknown follow-up. The high frequency of multibacillary cases reinforces the idea that the diagnosis is taking long to be performed and it is difficult to detect mild forms of the disease, contributing for maintaining the transmission, therefore a more effective action must be taken by the health system.

Key words: Leprosy; Amazon; epidemiology

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infecto-contagiosa considerada um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Várias ações foram realizadas pela Organização Mundial da Saúde, nas últimas duas décadas, com o objetivo de reduzir o número de casos de Hanseníase a menos de um caso para cada 10.000 habitantes, nos países onde a hanseníase continua sendo uma doença de grande magnitude. Desde então a carga global de casos diminuiu em quase 90% e o número de países que apresentaram taxas de prevalência acima de 1/10.000 habitantes foi reduzida de 122 em 1985 para nove no início de 2004¹. Apesar de estes avanços os coeficientes de detecção de casos de hanseníase continuam elevados em algumas regiões da Índia e o Brasil, mostrando a necessidade de ampliar a cobertura das atividades de controle da hanseníase.

A hanseníase apresenta uma distribuição geográfica heterogênea no Brasil, com áreas de alta (Região Norte e Centro-Oeste), média (Região Nordeste) e baixa endemicidade (Região Sul e Sudeste). A prevalência de casos de hanseníase no país teve uma redução importante nas últimas décadas, embora o coeficiente de detecção de casos ainda permaneça em níveis elevados².

Uma série de fatores como: incipiente busca ativa de pacientes portadores do bacilo³, diagnósticos tardios⁴, precariedade dos serviços de saúde e abandono no tratamento⁵, podem estar relacionados a este quadro.

Penna e colaboradores⁶, utilizando dados do Ministério da Saúde sobre o número de casos novos de hanseníase notificados entre o período de 2005 e 2007 em todo o Brasil, mostraram a existência de 10 aglomerados, que representam as áreas com maior risco e onde se encontram a maioria de casos de hanseníase no Brasil. Cinco desses aglomerados (Pará, Maranhão, Mato Grosso, Rondônia e o Acre junto com o extremo sudoeste do Amazonas) estão localizados na Amazônia, e três encontram-se contíguos a eles. O coeficiente de detecção de novos casos de hanseníase por 100.000 habitantes em 2007 para a Região Norte foi de 54,25/100.000 habitantes, mais de duas vezes o valor do indicador para o Brasil para o mesmo ano (21,08/100.000 habitantes) e mais de oito vezes o valor do coeficiente para a Região Sul (6,45/100.000 habitantes), o que mostra a importância desta região na transmissão desta doença².

Em 2001, o estado do Acre apresentou um coeficiente de prevalência de 5,6 casos por 10.000 habitantes, o equivalente a 56 casos por 100.000 habitantes, com 403 casos novos registrados⁷. Em 2007 o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase foi de 39,52/100.000 habitantes², ficando entre os 10 estados com maior incidência de hanseníase do Brasil. Há apenas dois estudos publicados sobre as características epidemiológicas da hanseníase no estado do Acre. As informações se limitam a alterações oculares em pacientes portadores da doença, mostrando que 74,4% dos pacientes que foram encaminhados para o serviço de referência em hanseníase apresentaram algum tipo de alteração ocular⁸, outro estudo mostrou a prevalência de hanseníase (0,08%) em escolares da área ribeirinha do Acre⁹. Assim no presente trabalho descreveu-se as características epidemiológicas da hanseníase no município de Assis Brasil, no Acre, no período de 2003 a 2010.

MATERIAL E MÉTODOS

Área e População de estudo

Assis Brasil, município criado em 1976 a partir de comunidades estabelecidas em antigas áreas de seringais, possui população de 6.075 habitantes¹⁰, sendo que 39% da população residem na zona rural. Assis Brasil ocupa área de 4.974 km² situada na fronteira com a Bolívia, o Peru e os municípios acreanos de Brasiléia e Sena Madureira, a 344 km a sudoeste de Rio Branco, localizada no Vale do Rio Acre (Figura 1). O clima é equatorial quente e úmido, uma subdivisão do clima tropical. Apresenta uma estação predominantemente chuvosa entre novembro e abril e uma estação predominantemente



Figura 1 Mapa mostrando a localização do estado do Acre e do município de Assis Brasil.

seca entre maio e outubro. A temperatura média anual é de 24,5°C, variando entre 20°C e 32°C; a umidade relativa do ar é de 80-90% durante o ano todo. Os índices pluviométricos anuais estão entre 1600 mm e 2750 mm. A vegetação nativa da região é a floresta ombrófila aberta com palmeiras e floresta ombrófila densa¹¹. O índice de desenvolvimento humano (IDH) estimado em 2000 para a população geral do município é de 0,670¹², com uma taxa de mortalidade infantil de 9,0 por 1.000 nascidos vivos (estimativa da Fundação IBGE para 2009; dados não-publicados). A taxa de analfabetismo é de 29,05%¹².

O diagnóstico de Hanseníase é feito no serviço de Saúde local, por médicos ou agentes da Vigilância Epidemiológica. Os casos suspeitos sem confirmação clínica ou laboratorial são encaminhados para investigação complementar e tratamento para o Serviço de Vigilância Sanitária do Estado do Acre, localizado em Rio Branco. Menos frequentemente, equipes de Saúde itinerante com treinamento no diagnóstico de Hanseníase efetuam atendimentos no município.

Coleta dos dados

A distribuição dos casos de hanseníase ocorridos em moradores do município de Assis Brasil e notificados entre 2003 e 2010 foi obtida no Serviço de Vigilância Epidemiológica de Assis Brasil. Os dados epidemiológicos foram obtidos através de consulta das fichas de notificação de casos de hanseníase utilizadas pelo Ministério da Saúde na unidade notificadora, e prontuários individuais, e digitados no programa SPSS para Windo-

ws, versão 13. Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, raça, zona de residência, profissão, tipo de notificação, forma de detecção, métodos diagnósticos, número de lesões, tratamento utilizado e resposta a terapia farmacológica.

Análise Estatística

A análise estatística para avaliar as diferenças nos números de casos notificados conforme as variáveis estudadas foi feita utilizando-se o software SPSS para Windows versão 13. Duas ou mais proporções foram comparadas com o teste do χ^2 ou Teste Exato de Fisher. Variáveis contínuas foram analisadas com o teste de Anova. As diferenças foram consideradas significativas quando a probabilidade (P) da ocorrência do evento foi inferior a 5% ($P < 0,05$).

Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um estudo maior sobre a epidemiologia de doenças endêmicas na Amazônia em andamento no município de Assis Brasil, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (parecer n. 23107.009782/2009-04).

RESULTADOS

Entre novembro de 2003 e julho de 2010, foram notificados 26 casos de Hanseníase no município de Assis Brasil, sendo 25 casos novos e um caso de recidiva (Figura 2 e Tabela 1). O coeficiente de detecção de casos novos em 2010 foi de 98,7 por 100.000 habitantes. Os

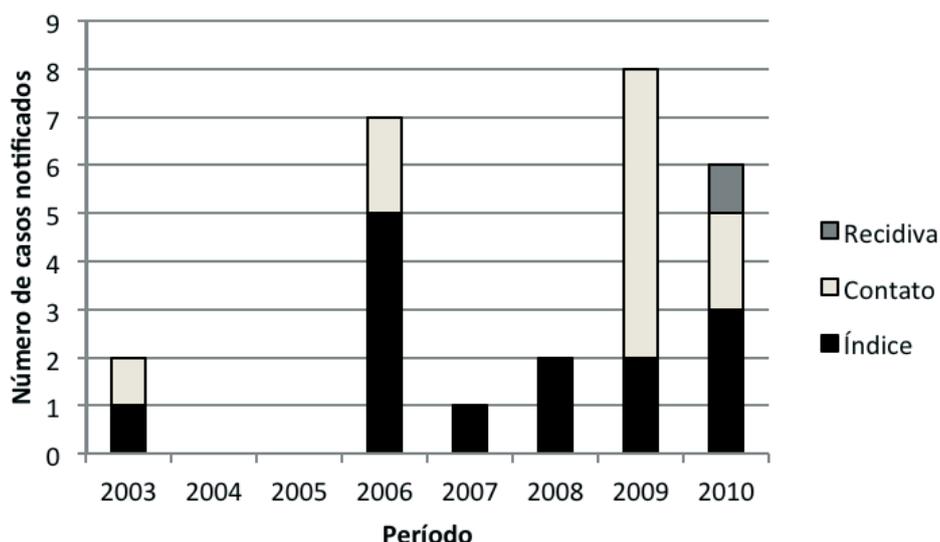


Figura 2 Número de casos novos (contato e índice) e recidivas de hanseníase notificadas no município de Assis Brasil, AC, entre 2003 e 2010.

casos novos ocorreram mais no sexo masculino (60,0%) do que no sexo feminino (40,0%), porém sem significância estatística ($P > 0,05$, Teste do Qui-Quadrado). A média de idade foi de 32,68 anos e a mediana de 29,0; a idade mínima foi de 3 anos e a máxima de 66. Somente um caso ocorreu em indivíduos menores de 15 anos de idade, e 80,0% dos casos ocorreram em indivíduos entre 20 e 49 anos. Quanto ao município de residência todos os pacientes moravam no município de Assis Brasil, sendo 50,0% na zona rural e 50,0% na zona urbana. A profissão dos pacientes foi agricultor em 40,0% dos casos, do lar em 12,0%, estudante em 12,0% e outras profissões em 36,0%.

Em relação ao tipo de caso notificado, 14 (56,0%) foram notificados como casos índices e 11 (44,0%) como contatos, mostrando a alta prevalência de hanseníase entre os contatos dos pacientes. A forma de detecção dos casos foi por encaminhamento (20,0%), demanda espontânea (4,0%); exame de coletividade (48,0%) ou exames de contatos (28,0%). Quanto à forma clínica da doença, oito (32,0%) indivíduos apresentaram a forma tuberculóide, 13 (52,0%) indivíduos apresentaram a forma dimorfa e quatro (16,0%) indivíduos apresentaram a forma virchowiana da doença. Não houve diferença na forma clínica (paucibacilar e multibacilar) entre homens e mulheres ($P = 0,868$, Teste Exato de Fisher), entretanto os pacientes com a forma clínica tuberculóide eram mais novos (média = 21,13 anos) do que os pacientes com as formas dimorfa (média = 39,23 anos) e virchowiana (média = 34,50 anos, $P = 0,026$, Teste de Anova, Tabela 2).

Analisando a classificação operacional da doença, que leva em consideração o número de lesões cutâneas, foram notificados oito (32,0%) casos com hanseníase paucibacilar e 17 (68,0%) com hanseníase multibacilar, sendo que os indivíduos com a forma paucibacilar

Tabela 1 Distribuição dos casos novos notificados entre 2003 e 2010 no município de Assis Brasil segundo características selecionadas.

Características	N	%	P *
Sexo (n=25)			
Masculino	15	60,0%	>0,05
Feminino	10	40,0%	
Raça (n=24)			
Branca	2	8,0%	< 0,01
Parda	22	88,0%	
Zona de residência (n=24)			
Rural	12	50,0%	>0,05
Urbana	12	50,0%	
Profissão (n=25)			
Agricultor	10	40,0%	>0,05
Do lar	3	12,0%	
Estudante	3	12,0%	
Outras	9	36,0%	
Tipo de notificação (n=25)			
Caso índice	14	56,0%	>0,05
Contato	11	44,0%	
Forma de detecção (n=25)			
Encaminhamento	5	20,0%	$P = 0,02$
Demanda espontânea	1	4,0%	
Exame de coletividade	12	48,0%	
Exame de contato	7	28,0%	
Baciloscopia (n=20)			
Positiva	5	25,0%	$P < 0,01$
Negativa	15	75,0%	
Incapacidade funcional (n=25)			
Grau 0	23	92,0%	$P < 0,01$
Grau I	1	4,0%	
Grau II	1	4,0%	
Grau III	0	0,0%	

*Teste do Qui-Quadrado

Tabela 2 Características clínicas dos casos novos notificados entre 2003 e 2010 em Assis Brasil segundo a forma operacional e forma clínica.

Características	Forma operacional			Forma clínica			
	Paucibacilar	Multibacilar	P	Tuberculóide	Dimorfa	Virchowiana	P
Número de casos	8 (32,0%)	17 (68,0%)	>0,05*	8 (32,0%)	13 (52,0%)	4 (16,0%)	>0,05*
Sexo							
Masculino	5 (62,5%)	10 (58,8%)	>0,05*	5 (62,5%)	7 (53,8%)	3 (75,0%)	>0,05*
Feminino	3 (37,5%)	7 (41,2%)		3 (37,5%)	6 (46,2%)	1 (25,0%)	
Idade (média)	21,1 anos	38,1 anos	0,026**	21,13 anos	39,23 anos	34,50 anos	0,008**
Baciloscopia							
Positiva	0 (0,0%)	5 (29,4%)		0	1	4	
Negativa	7 (100,0%)	8 (47,1%)		7	8	0	
Não realizada	0 (0,0%)	4 (23,5%)		0	4	0	
Número de lesões (média)	1,57	8,56	0,034**	1,57	8,15	10,33	0,10**

*Teste do Qui-Quadrado

** Teste de Anova.

eram mais novos (média = 21,1 anos) do que os indivíduos com a forma multibacilar (média = 38,1 anos, $P = 0,08$, Teste de Anova, Tabela 2). A média do número de lesões cutâneas por pessoa foi de 6,43 lesões, e a mediana de três, sendo o número mínimo de lesões um e o máximo de 30.

Em 23 (92,0%) dos pacientes não houve incapacidade funcional, somente 4,0% foram diagnosticados como tendo incapacidade grau I e grau II, respectivamente, tendo o primeiro a forma clínica virchowiana e o segundo a forma clínica dimorfa.

A baciloscopia foi realizada em 20 casos (83,3%), sendo negativa em 75,0% dos pacientes testados ($n=15$). Todos os casos com forma tuberculóide tiveram baciloscopia negativa ($n= 7$), e todos os casos da forma virchowiana tiveram baciloscopia positiva ($n= 4$), mas somente 7,7% dos casos com a forma dimorfa foram positivos à baciloscopia (Tabela 2). Em relação à classificação operacional, 100% dos casos paucibacilares tiveram baciloscopia negativa, e somente 29,4% dos pacientes com a forma multibacilar testados tiveram baciloscopia positiva, podendo indicar uma baixa sensibilidade da baciloscopia ou problemas operacionais (Tabela 2). A média do número de lesões nas formas tuberculóide, dimorfa e virchowiana foram de 1,57, 8,15 e 10,33, respectivamente ($P = 0,1$, Teste de Anova, Tabela 2). Indivíduos com baciloscopia positiva tiveram mais lesões (média = 15,25) do que indivíduos com baciloscopia negativa (média = 3,93, $P = 0,017$, Teste de Anova).

Todos os casos sobre os quais se tem informação do tratamento foram tratados com a poliquimioterapia preconizada pelo Ministério da Saúde. Quanto ao esquema inicial de tratamento, oito (32,0%) dos pacientes foram tratados com o esquema poliquimioterápico para a forma paucibacilar (dapsona e rifampicina) durante 6 meses e 17 (68,0%) com o esquema para a forma

multibacilar (dapsona, rifampicina e clofazimida) durante 1 ano. Em relação à evolução do tratamento, oito (32,0 %) pacientes tiveram sucesso com o tratamento preconizado na primeira consulta, um paciente (4,0%) recebeu alta do tratamento multibacilar com 6 meses e somente em um (4,0%) caso (forma virchowiana, classificação multibacilar, baciloscopia positiva) houve necessidade de prolongar o tratamento além das recomendações do Ministério da Saúde. Em seis casos (24,0%) o resultado do tratamento era desconhecido e em nove casos (36%) os pacientes ainda estavam em tratamento (Figura 3).

DISCUSSÃO

O coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase foi de 98,7/100.000 habitantes em 2010, o que está acima da média para a região Norte e muito acima do coeficiente do Acre em 2008 (39,52/100.000 habitantes²). Ainda assim, é provável que esteja ocorrendo subnotificação, visto que o número de casos novos foi baixo ou inexistente entre 2003 e 2005. Houve discreto predomínio dos casos no sexo masculino (60,0%), porém sem significância estatística, fato observado por outros autores⁴.

Quanto à distribuição por idade, nota-se que a maioria dos casos ocorreu na população economicamente ativa, como também observado em outros estudos^{3,13}. A população mais jovem também está sendo afetada, sendo que 3,84% dos casos ocorreram em indivíduos menores de 15 anos, o que, apesar de ser uma baixa taxa, é preocupante em termos de saúde pública, pois esse grupo é mais vulnerável às incapacidades que podem decorrer da infecção e também onde o diagnóstico clínico se torna mais difícil. Miranzi *et al.*³ encontraram 1,97% dos casos em menores de 15 anos em Minas Gerais, já Imbiriba *et al.*¹⁴ encontraram uma prevalência

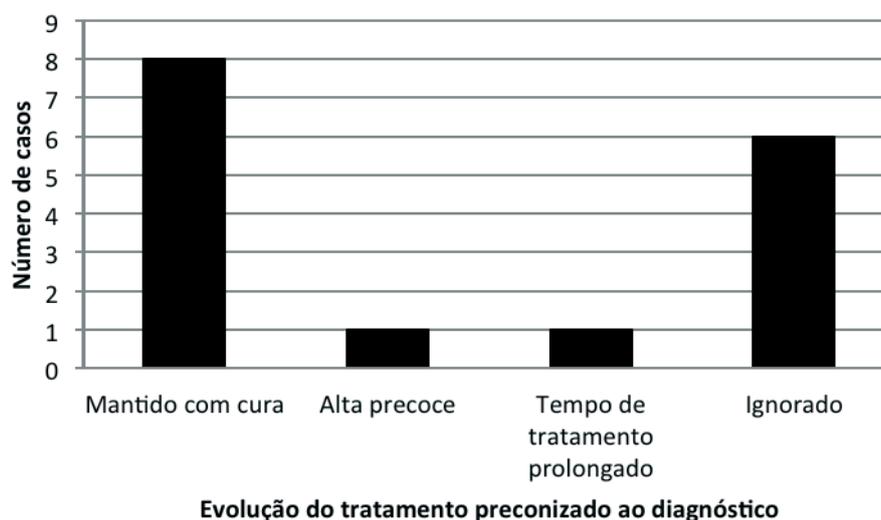


Figura 3 Evolução do tratamento medicamentoso preconizado no momento do diagnóstico no município de Assis Brasil, AC, entre 2003 e 2010.

alta de hanseníase (10,0%) nessa faixa etária em Manaus (AM). É grande a ocorrência de hanseníase em agricultores, sendo que isso já foi observado em outros estudos na região amazônica^{4,15}.

Neste estudo, uma porção expressiva dos casos foi detectada em contatos. Sabe-se que contatos de pacientes multibacilares tem uma chance maior de se tornarem doentes^{16,17} e neste caso os dados podem estar refletindo essa maior incidência nesse grupo de risco. Por outro lado, pode ter ocorrido um viés de detecção, sendo que os contatos de pacientes com Hansen podem estar procurando o serviço de saúde com maior frequência do que indivíduos que nunca tiveram o diagnóstico de Hansen na família ou vizinhança.

A forma de detecção dos casos mostra que as atividades educativas quanto à hanseníase são deficientes no município, já que somente 4,0% dos casos procuraram o serviço espontaneamente. Por outro lado, a utilização de mutirões de diagnóstico parece ser eficiente para o diagnóstico de casos, como demonstrado em outros estudos¹⁸, e deve continuar a ser empregada no município. Na região amazônica, o acesso a postos de diagnóstico é dificultado pela falta de estradas e meios de locomoção, e no caso de Assis Brasil, a prevalência de casos na zona rural e áreas ribeirinhas pode estar sendo subestimada.

A forma clínica predominante foi a dimorfa (52%), seguida da forma tuberculóide. É interessante notar que a forma tuberculóide predomina em indivíduos mais jovens, enquanto que indivíduos mais velhos tendem a desenvolver as formas dimorfa e virchowiana. Hinrichsen *et al*¹³ também descrevem o aumento da gravidade da doença conforme a idade. Pelo predomínio de ausência de incapacidades, pode-se sugerir que ou o diagnóstico esteja sendo feito precocemente nesse

município, provavelmente através dos exames de coletividade, que corresponderam a 45,0% da forma diagnóstica, ou incapacidades como anestesia corneana não estão sendo detectadas⁴. Por outro lado, não está se conseguindo fazer o diagnóstico na forma indeterminada, visto a ausência dessa forma clínica nos casos diagnosticados, mas somente após a evolução para as formas multibacilares.

O número de lesões foi significativamente maior nas formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) do que na forma paucibacilar (tuberculóide). A positividade da baciloscopia aumentou conforme o número de lesões, o que reforça o uso do critério clínico para o diagnóstico operacional, entretanto na forma dimorfa é importante efetuar-se a baciloscopia para a correta classificação operacional e tratamento.

A cobertura da baciloscopia não atingiu 100% dos casos. A positividade nos casos com a forma dimorfa é menor do que a encontrada em outros estudos⁴, podendo sugerir dificuldades técnicas na execução do exame. Por outro lado, a baixa positividade, principalmente nas formas classificadas como multibacilar pode reforçar a hipótese de que a microscopia tem baixa sensibilidade nesse serviço ou que a detecção dos casos está sendo feita na fase precoce da doença.

A qualidade da informação sobre o tratamento foi ruim, com 24% dos casos com evolução ignorada. Mesmo assim, há uma tendência a haver sucesso do tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde conforme a classificação operacional.

CONCLUSÕES

Apesar do pequeno número de casos notificados no período de 2003 a 2010, a taxa de detecção de casos novos no município é extremamente alta, e é possível

que muitos casos não tenham sido diagnosticados nesse período, permanecendo não tratados e contribuindo para a manutenção da transmissão da doença. Aparentemente, o serviço de vigilância da hanseníase conseguiu ser mais efetivo nos últimos três anos somente, pela regularidade na notificação de casos novos. Esse retardo no diagnóstico pode ter ocorrido pela dificuldade de acesso da população ao serviço diagnóstico ou por dificuldades técnicas no diagnóstico clínico e laboratorial, o que deve ser reforçado pelo Ministério da Saúde em termos de capacitação profissional contínua.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Global strategy for further reducing the Leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006-2010). Geneva: World Health Organization; 2005.[acessado em 2011] disponível em: <http://www.who.int/lep/resources/SEAGLP20062.pdf>
- 2 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS). Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2008. [acessado em 2011] disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf
- 3 Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010; 43(1): 62-7.
- 4 Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36(1): 57-64.
- 5 Souza AD, el-Azhary RA, Foss NT. Management of chronic diseases: an overview of the Brazilian governmental leprosy program. *Int J Dermatol* 2009; 48(2): 109-16.
- 6 Penna ML, Wand-Del-Rey-de-Oliveira ML, Penna G. Spatial distribution of leprosy in the Amazon region of Brazil. *Emerg Infect Dis* 2009; 15(4):650-2.
- 7 Acre. Secretaria de Saúde do Estado do Acre. SESACRE. Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Acre, 2001. Rio Branco: Secretaria de Saúde do Estado do Acre; 2001.
- 8 Moreno RD, Woods W, Moreno NT, Trindade R, Tavares-Neto J. Alterações oculares na hanseníase, observadas em pacientes ambulatoriais do serviço de referência da cidade de Rio Branco, Acre - Brasil/ Eye lesions observed in outpatients of a leprosy reference center at Rio Branco, state of Acre, Brazil. *Arq Bras Oftalmol* 2003; 66(6): 755-64.
- 9 Bechelli LM, Haddad N, Pimenta WP, Pagnano PM, Melchior E Jr, Fregnan RC, Zanin LC, Arenas A. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica* 1981; 163(12): 78-93.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. [acessado durante o ano de 2011, para informações referentes a 2010.] disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 11 Sistema Estadual de Informações Ambientais (SEIAM), Governo do Estado do Acre. [acessado em 2006]. Disponível em <http://www.seiam.ac.gov.br>
- 12 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2000. [acessado em 2006 para informações sobre 2000]. Disponível em <http://www.undp.org.br/HDR/HDR2000/rdh2000/default.asp>.
- 13 Hinrichsen SL, Pinheiro MRS, Jucá MB, Rolim H, Danda GJN, Danda DMR. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. *An bras Dermatol* 2004; 79(4): 413-21.
- 14 Imbiriba EB, Hurtado-Guerreiro JC, Garnelo L, Levino A, Cunha MG, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. *Rev Saude Pública* 2008; 42(6): 1021-6.
- 15 Fonseca FHM, Cutrim Jr RJ, Carneiro SFM. Hanseníase no estado do Maranhão. Análise de 5.274 casos. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 1983; 57: 175-7.
- 16 Matos HJ, Duppre N, Alvim MFS, Vieira LMM, Sarno EM, Struchiner CJ. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3): 533-42.
- 17 Chanteau S, Glaziou P, Plichart C, Luquiaud P, Plichart R, Faucher JE, Cartel JL. Low predictive value of PGL-I serology for the early serology for the early diagnosis of leprosy in family contacts: Results of a 10-year prospective field study in French Polynesia. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1993; 61: 533-41.
- 18 Lana FC, Amaral EP, Franco MS, Lanza RM. Detecção da hanseníase no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais: redução da tendência epidemiológica ou problemas operacionais para o diagnóstico? *Hansen Int.* 2004; 29(2): 118-23.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do município de Assis Brasil e à Sra. Ludimila, pela disponibilização dos dados. À Prefeitura Municipal de Assis Brasil, pelo apoio logístico. Ao CNPq e à UFAC, pelo apoio na forma de bolsas de Iniciação Científica para H.O.G, A.C.M, S.A.S.M., T.M.P., B.M.D., A.M.B. e F.L.C.C.B. À Fundação de Tecnologia do Estado do Acre – FUNTAC/FDCT e à Universidade Federal do Acre, pelo financiamento da pesquisa.

