

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO-BA

Clinical epidemiological profile of leprosy in children under 15 years in the city of Juazeiro-BA

Perfil clínico-epidemiológico de lepra em menores de 15 años del municipio de Juazeiro-BA

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e clínico dos casos novos de hanseníase em menores de 15 anos notificados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Juazeiro-BA, no período de 2001 a 2010. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratória e descritiva, realizado a partir da análise dos dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) municipal. **Resultados:** Os resultados mostraram que 145 (7,94%) casos novos de hanseníase ocorreram em menores de 15 anos. Verificaram-se taxas de detecção altas para essa faixa etária, com predominância no sexo feminino (n=81; 55,86%) e maior acometimento na faixa etária entre 10 e 14 anos (n=85; 58,62%). As formas paucibacilares (n=107; 74,48%) da doença predominaram sobre as formas multibacilares (n=37; 25,52%), sendo a forma clínica tuberculoide (n=80; 55,17%) a mais prevalente. As incapacidades atingiram 18 (12,41%) dos pacientes avaliados no diagnóstico e 15 (10,34%) na alta. Uma grande parte de casos (n=58; 40,07%) deixou de ser avaliada ou foi ignorada. **Conclusão:** O perfil epidemiológico e clínico da ocorrência de casos novos de hanseníase no município de Juazeiro-BA evidenciou que os coeficientes de detecção geral de hanseníase e em menores de 15 anos se mantiveram em nível hiperendêmico no período avaliado.

Descritores: Hanseníase; Criança; Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of new cases of leprosy in people aged under 15 years, reported to the Municipal Department of Health (Secretaria Municipal de Saúde - SMS) of Juazeiro-BA, in the period from 2001 to 2010. **Methods:** This is a quantitative study, of exploratory and descriptive nature, performed through the analysis of data contained in the Information System for Notifiable Diseases (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN), in municipal level. **Results:** The results showed that 145 (7.94%) new cases of leprosy affected people under 15 years. High detection rates were verified for this age group, with predominance in females (n=81; 55.86%) and greater occurrence in the age group from 10 to 14 years (n=85; 58.62%). The paucibacillary forms (n=107; 74.48%) have predominated over the multibacillary forms of the disease (n=37; 25.52%), being the tuberculoid clinical form (n=80; 55.17%) the most prevalent one. The disabilities reached 18 (12.41%) of the surveyed patients at the diagnosis time and 15 (10.34%) at the hospital discharge time. Many of the cases (n=58; 40.07%) were not assessed or were ignored. **Conclusion:** The clinical and epidemiological profile of the occurrence of new cases of leprosy in Juazeiro-BA showed that both the overall detection coefficients of leprosy as those for people aged under 15 years remained at hyperendemic levels during the surveyed period.

Descriptors: Leprosy; Child; Descriptive Epidemiology.

Igara Cavalcanti Feitosa Luna⁽¹⁾
Luiza Taciana Rodrigues de Moura⁽¹⁾
Michelle Christini Araújo Vieira⁽¹⁾

11) Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF - Petrolina-PE - Brasil

Recebido em: 01/06/2012
Revisado em: 01/01/2012
Aceito em: 22/11/2012

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y clínico de los nuevos casos de lepra en menores de 15 años identificados en la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de Juazeiro-BA, en el periodo de 2001 hasta 2010. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, de naturaleza exploratoria y descriptiva, realizado a partir del análisis de datos del Sistema de Información de Agravos de Notificación (SINAN) del municipio. **Resultados:** Los resultados mostraron que 145 (7,94%) nuevos casos de lepra se dieron en menores de 15 años. Se verificó tasas de detección elevadas para esa franja etaria con predominio del sexo femenino ($n=81$; 55,86%) y mayor afectación en la franja etaria de los 10 a los 14 años ($n=85$; 58,62%). Las formas paucibacilares ($n=107$; 74,48%) de la enfermedad han superado las formas multibacilares ($n=37$; 25,52%), siendo la forma clínica tuberculoide ($n=80$; 55,17%) la más presente. Las incapacidades atingieron 18 (12,41%) de los pacientes en los cuales se evaluó el diagnóstico y 15 (10,34%) el alta. Una gran parte de los casos ($n=58$; 40,07%) no ha sido evaluada o fue ignorada. **Conclusión:** El perfil epidemiológico y clínico de la presencia de nuevos casos de lepra en el municipio de Juazeiro-BA evidenció que los coeficientes de detección general de lepra y en menores de 15 años se mantuvieron en nivel hiperendémico en el período evaluado.

Descriptor: Lepra; Niño; Epidemiología Descriptiva.

INTRODUÇÃO

Doença milenar, infecciosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, a hanseníase é caracterizada pela evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Com a evolução da doença, surgem as lesões nos nervos, especialmente nos troncos periféricos, que acabam acarretando incapacidades e deformidades, resultando não apenas em prejuízos econômicos e psicológicos aos doentes, mas também em preconceito sobre eles⁽¹⁾.

No ano de 2011, dos 219.075 casos novos de hanseníase registrados no mundo, 160.132 foram notificados no Sudeste Asiático; 12.673 na África; 5.092 na região do Pacífico Ocidental; 4.346 no Mediterrâneo Oriental e 36.832 nas Américas. No mesmo ano, o Brasil notificou 33.955 casos novos, ocupando o segundo lugar no ranking mundial, ficando atrás apenas da Índia, com 127.295 casos novos⁽²⁾.

No Brasil, a hanseníase vem, paulatinamente, estabilizando os coeficientes de detecção, porém, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, ainda há taxas em patamares muito elevados, acima de 20 casos por 100.000 habitantes, o que demonstra a necessidade da execução de atividades que colaborem para a diminuição da transmissão

da doença, de modo a atingir as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾.

No ano de 2010, o coeficiente de detecção de casos novos no Brasil alcançou o valor de 17,65/100.000 habitantes. A região Norte apresentou o coeficiente de 42,65/100.000 habitantes. Na região Centro-Oeste, o coeficiente foi de 40,40/100.000 habitantes. Já o coeficiente referente à região Nordeste chegou a 26,08/100.000 habitantes. Nesse mesmo ano, o percentual de casos novos em menores de 15 anos correspondeu a 7,12% ($n=2.420$) do total anual registrado no país, com o maior percentual referente à região Nordeste ($n=1.166$; 3,43%), seguida da região Norte ($n=670$; 1,97%)^(3,4).

Dados do Programa Estadual de Controle da Hanseníase revelam que 68% dos municípios do estado da Bahia apresentam casos notificados, disseminados de forma heterogênea. Porém, existem áreas de concentração, sobretudo nas regiões norte, oeste e extremo sul do estado contribuindo para as altas taxas de prevalência e detecção de hanseníase⁽⁵⁾. No ano de 2011, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia registrou 2.755 casos novos de hanseníase (coeficiente de detecção: 19,5/100.000 habitantes), sendo 197 (7,15%) em menores de 15 anos⁽⁶⁾.

Apesar de a hanseníase ser considerada uma enfermidade do adulto e do adulto jovem, há um grande número de casos em faixas etárias menores de 15 anos. Eles indicam exposição precoce e transmissão persistente da doença, tornando-se um elemento sensível para avaliação de sua dimensão, contribuindo na percepção do padrão endêmico da hanseníase em determinado local⁽¹⁾. Uma região é considerada hiperendêmica quando o coeficiente de detecção em menores de 15 anos se apresenta acima de 10/100.000 habitantes⁽⁷⁾.

A identificação e o acompanhamento de áreas com maiores taxas de detecção e prevalência da doença, através da delimitação de *clusters* (que concentram municípios de acordo com o critério epidemiológico), têm sido umas das principais estratégias de controle. Esses municípios estão localizados sobretudo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A delimitação dessas áreas permite a orientação do programa de controle da hanseníase para regiões onde a disseminação da doença é maior, aumentando a efetividade epidemiológica das ações⁽⁴⁾.

O município de Juazeiro, situado ao norte da Bahia, localizado na região submédica da bacia do Rio São Francisco, na divisa com o estado de Pernambuco, encontra-se numa dessas regiões de *clusters*. A separação entre os dois estados apenas por uma ponte sobre o rio São Francisco favorece a intensa mobilidade diária, o que pode facilitar a disseminação da hanseníase. No ano de 2010, Juazeiro-BA apresentou coeficiente de detecção geral de 104 casos por 100.000 habitantes. Em relação aos menores de 15 anos,

o coeficiente de detecção foi de 41,9 casos por 100.000 habitantes, evidenciando a situação de hiperendemia em hanseníase nesse município⁽⁸⁾.

A inexistência de pesquisas que expressem a magnitude da hanseníase em Juazeiro-BA, especialmente entre os menores de 15 anos, faz com que este estudo assumira características de relevância. Ele pretende analisar a situação clínico-epidemiológica desse agravo em menores de 15 anos e aprofundar o conhecimento sobre o comportamento dessa endemia, contribuindo para a intensificação das ações de vigilância em saúde e controle da hanseníase nessa região.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico e clínico da ocorrência de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos notificados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Juazeiro-BA, no período de 2001 a 2010.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratória e descritiva, realizado a partir da coleta de dados secundários contidos nas fichas de notificação de hanseníase do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) de Juazeiro-BA. Incluíram-se no estudo todos os casos novos de hanseníase, na faixa etária de menores de 15 anos, de ambos os sexos, residentes em Juazeiro-BA e notificados no SINAN no período de 2001 a 2010.

Para a coleta de dados absolutos, elaborou-se um instrumento composto das seguintes variáveis: idade, classificada em faixa etária (menor de 1 ano, de 1 a 4 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos); sexo (feminino, masculino ou ignorado); avaliação da incapacidade física (grau 0, grau 1, grau 2, não avaliado); classificação operacional (paucibacilar, multibacilar); formas clínicas (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana, não classificada); e modo de detecção do caso novo (encaminhamento, demanda espontânea, exame de coletividade, exame de contatos, outros modos, ignorado).

A análise de dados foi realizada através do cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais recomendados pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação da hanseníase. Utilizaram-se os seguintes indicadores: coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes; coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes; proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico em menores de 15 anos; e proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado em menores de 15 anos.

As distribuições anuais dos números de casos novos de hanseníase por bairro em menores de 15 anos também recebeu análise para avaliar a evolução da endemia nos bairros onde esses casos foram detectados durante o período estudado. Os dados encontrados, após armazenados, receberam tabulação, com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007.

O estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a assinatura da carta de anuência pelo secretário municipal de saúde de Juazeiro-BA e do termo de confidencialidade pelo pesquisador. Foi ainda aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CAEE 0090.0.441.000-11).

RESULTADOS

No período estudado, houve 145 casos novos de hanseníase notificados em menores de 15 anos de idade, representando 7,94% do total de casos novos diagnosticados no mesmo período.

Considerando os coeficientes de detecção geral de hanseníase, observou-se a persistência de hiperendemia, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (acima de 40 casos/100.000 habitantes), mesmo havendo um declínio entre os anos de 2005 e 2006 (Figura 1). Os coeficientes de detecção de hanseníase em menores de 15 anos também se mantiveram hiperendêmicos (acima de 10 casos/100.000 habitantes), exceto no ano de 2006, quando houve uma queda brusca, mas, ainda assim, foi considerado um patamar alto da endemia (Figura 2).

Nos anos de 2001 e 2002, ocorreu um aumento na detecção dos casos, período em que ocorreu a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e ações de descentralização do Programa de Combate à Hanseníase no município. Nos anos seguintes, houve um decréscimo desses coeficientes, chegando a um dos menores valores no ano de 2009, com redução de aproximadamente 46% em relação ao maior coeficiente de detecção. Porém, em 2010, observou-se um aumento brusco em relação ao ano anterior, devido à intensificação das ações de controle através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância (PET Saúde/VS), que proporcionou a descoberta de casos subnotificados.

Com relação aos aspectos demográficos, houve predominância do sexo feminino (n=81; 55,86%), com distribuição total dos casos nas seguintes faixas etárias: 5 (3,45%) estavam entre 1-4 anos, 55 (37,93%) entre 5-9 anos e 85 (58,62%) tinham entre 10-14 anos.

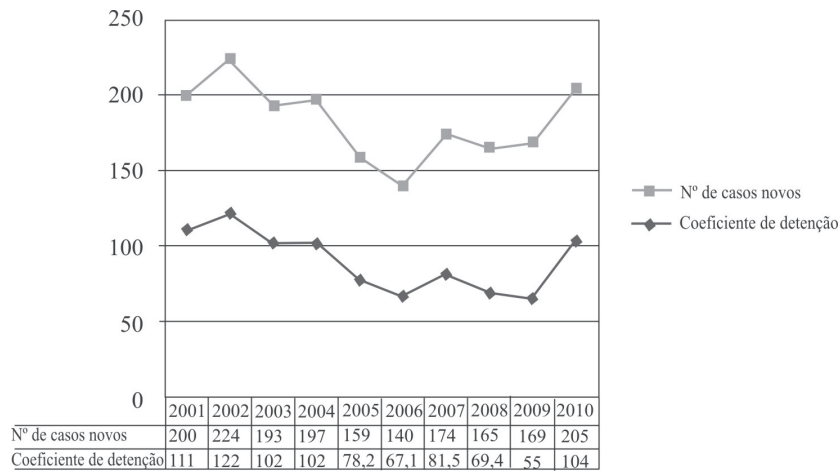


Figura 1 - Número de casos novos e coeficiente de detecção geral anual de hanseníase por 100.000 hab. Juazeiro-BA, 2001-2010.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, 2011.

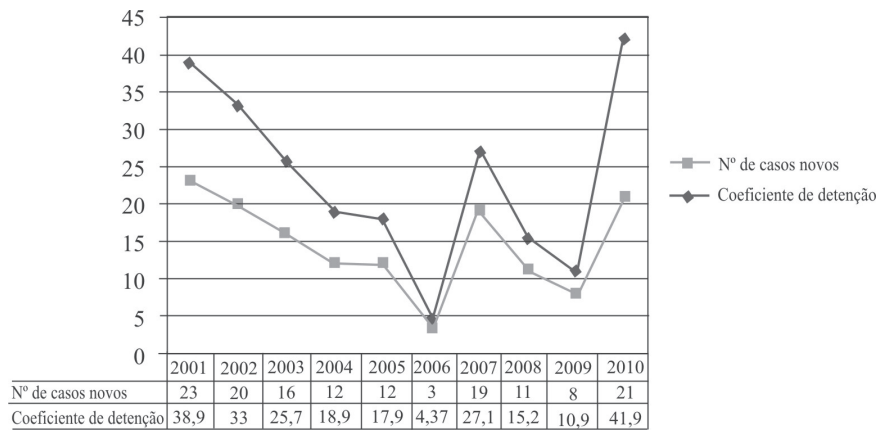


Figura 2 - Número de casos novos e coeficiente de detecção anual de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 hab. Juazeiro-BA, 2001-2010.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, 2011.

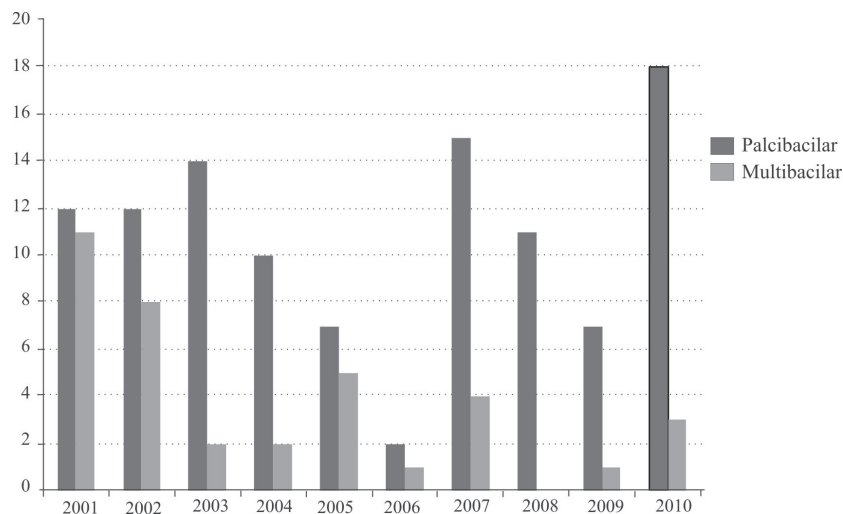


Figura 3 - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade segundo a classificação operacional. Juazeiro-BA, 2001-2010.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, 2011

Na verificação da distribuição de casos notificados por bairro, observou-se maior concentração nos bairros Argemiro (n=9; 6,21%), Quidé (n=7; 4,83%) e Codevasf (n=6; 4,15%). Um dado importante foi a ausência de registro do bairro de residência em 74 (51%) dos casos notificados.

A Figura 3 evidencia que as formas paucibacilares prevaleceram em relação às multibacilares no decorrer dos anos. A forma clínica tuberculoide correspondeu a 80 (55,17%) casos (Tabela I). Apenas no início do período estudado (nos anos de 2001 e 2002) houve equivalência nessa proporção, quando o número de casos multibacilares se aproximou do número de casos paucibacilares.

Tabela I - Distribuição dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade segundo a forma clínica. Juazeiro-BA, 2001-2010.

Forma clínica	n	%
Indeterminada	26	17,93
Tuberculoide	80	55,17
Dimorfa	33	22,76
Virchowiana	4	2,76
Não classificada	2	1,38
Total	145	100

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, 2011.

Considerando o grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico, entre os 141 (97,24%) pacientes avaliados, houve predomínio do GIF zero, porém, 18 (12,41%) pacientes apresentaram algum grau de incapacidade física no diagnóstico e somente um pequeno percentual (n=5; 3,76%) não foi avaliado. Em relação ao GIF na alta por cura, a maioria dos casos avaliados (n=71; 48,96%) apresentou grau zero. Houve incapacidade em 15 (10,34%) e uma grande parte (n=58; 40,07%) deixou de ser avaliada ou foi ignorada (Tabela II).

Tabela II - Percentual dos casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade segundo o grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico e na alta. Juazeiro-BA, 2001-2010.

Grau de Incapacidade	Diagnóstico	Alta por cura
	n=145	n=145
Grau 0	84,83%	48,96%
Grau 1	10,35%	9,65%
Grau 2	2,06%	0,69%
Não avaliado	3,76%	29,7%
Ignorado/branco	0%	11%

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) – Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS, 2011.

No tocante ao modo de detecção dos casos, ocorreu a predominância da descoberta de 116 (80%) casos novos de

hanseníase de forma passiva, através de encaminhamentos e demanda espontânea.

DISCUSSÃO

No município de Juazeiro-BA, os coeficientes de detecção geral de hanseníase e de detecção em menores de 15 anos se mantiveram em nível hiperendêmico no período avaliado na presente pesquisa. A taxa de detecção é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica do sistema de saúde⁽⁷⁾.

Um estudo feito no período de 1980 a 2006 mostra que a taxa de detecção da hanseníase no Brasil aumentou nas duas últimas décadas do século XX, coincidindo com a reforma sanitária que ocorreu no mesmo período. De acordo com o autor, esse aumento sugere que a taxa refletiu a melhora do acesso à atenção primária⁽⁹⁾. Em Duque de Caxias-RJ, pesquisadores encontraram aumento da detecção de casos nos bairros onde se realizaram mais ações estratégicas de controle da doença⁽¹⁰⁾. O coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes tem como utilidade medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência⁽⁷⁾.

Enquanto a hanseníase se torna mais rara em alguns países ou regiões, no Brasil, o número de casos tem se mantido estável, mostrando que irão surgir mais nos próximos anos. O comportamento de detecção de casos de hanseníase se mantém constante nos últimos 30 anos. Um fato preocupante é essa prevalência oculta, definida como casos esperados que não estão sendo diagnosticados ou o são tardiamente⁽¹¹⁻¹³⁾.

Apesar de a doença se manter estável, no Brasil, a distribuição de casos novos de hanseníase ocorre de maneira desigual entre as áreas. Dessa forma, é necessário que os gestores conheçam a situação epidemiológica local para definirem as ações prioritárias de acordo com cada situação.

Com relação ao gênero, no presente estudo, observou-se maior prevalência no sexo feminino. A ocorrência de casos de hanseníase, aparentemente, tem igual frequência entre ambos os sexos na população em geral⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Outros estudos verificaram predominância do sexo masculino em menores de 15 anos^(17,18).

Quanto à distribuição por faixa etária, na presente investigação, o maior número de casos de hanseníase conforme o aumento da idade, com predominância na faixa etária de 10 a 14 anos, foi compatível com outras pesquisas, que justificam a menor prevalência da hanseníase em crianças menores de 5 anos de idade devido à proteção orgânica natural e ao tempo longo de incubação do bacilo^(14,17).

O registro de casos na faixa etária de 1 a 4 anos reflete a gravidade da endemia no município avaliado

no atual estudo, pois significa que as crianças entram em contato precocemente com doentes bacilíferos⁽¹⁹⁾. A hanseníase em menores de 5 anos pode ser potencialmente incapacitante em virtude do acometimento precoce e da possibilidade do aparecimento de deformidades, embora estudos epidemiológicos revelem ser rara a ocorrência de incapacidades graves em crianças⁽²⁰⁾.

Sobre a distribuição geográfica, a concentração dos casos ocorreu nos bairros periféricos da cidade, com exceção de três casos ocorridos no Centro. Os casos antigos e não diagnosticados contribuem para a alimentação da cadeia de transmissão da doença no município. Em um estudo feito em Teresina-PI, o autor relata ter encontrado taxas de detecção elevadas em áreas de difícil situação socioeconômica⁽²⁰⁾, o que corrobora com o achado de outros autores no estado do Rio de Janeiro, onde a maior prevalência dos casos ocorreu em população com menores níveis de escolaridade e renda⁽¹⁶⁾.

O presente estudo também permitiu detectar falhas no SINAN, pois houve significativa ausência de registro dos bairros de residência, prejudicando a interpretação real da situação. A não inserção desses dados pode demonstrar inconsistências na qualidade da informação.

De acordo com a classificação operacional, na atual investigação, as formas paucibacilares foram as mais frequentes em todos os anos. Outros estudos evidenciaram a predominância de formas paucibacilares entre as crianças, mas esse achado é considerado esperado devido ao período de incubação da doença^(1,14,18). Entretanto, há pesquisas demonstrando uma distribuição diferente do presente estudo, em que foi encontrada maior concentração das formas multibacilares^(17,21).

As formas paucibacilares são comuns em indivíduos com resistência ao bacilo e podem se curar espontaneamente. As formas multibacilares ocorrem em pacientes com baixa resistência ao bacilo. Estes casos devem servir de alerta ao serviço de saúde local, pois são fontes de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença e são considerados formas contagiantes e potencialmente incapacitantes⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, a forma clínica mais frequente foi a tuberculóide. Achados semelhantes foram encontrados por outros estudos^(14,18). Ela é característica em pessoas que apresentam resistência ao *M. leprae*, mas sofreram contatos sucessivos e acabaram desenvolvendo a doença^(1,17). O predomínio dessa forma numa região é um indicador epidemiológico importante da tendência crescente da hanseníase e só o diagnóstico e o tratamento precoces poderão quebrar a cadeia de transmissão dessa doença⁽¹⁵⁾.

A forma indeterminada se constitui na fase inicial da hanseníase, podendo evoluir para a cura espontânea ou para formas polarizadas (tuberculóide, dimorfa ou vichorwiana). A fase inicial é a ideal para a hanseníase ser descoberta e

tratada, pois evitará as deformidades físicas e quebrará a cadeia de transmissão da doença. No entanto, no presente estudo, o percentual da forma indeterminada foi inferior ao das formas polarizadas, demonstrando a alta prevalência da doença nessa região e o atraso no diagnóstico^(14,15,21).

O diagnóstico precoce é influenciado por fatores operacionais⁽¹⁾. Sendo assim, o percentual de casos com GIF permite avaliar tanto o componente operacional quanto o epidemiológico, visto que o diagnóstico tardio favorece a manutenção das fontes de infecção. A maioria dos doentes, quando diagnosticados precocemente, não apresenta incapacidades. Com o tempo de duração da doença, o risco de aparecimento das incapacidades aumenta. Portanto, os casos descobertos já com alguma incapacidade, seja apenas alterações na sensibilidade da pele (GIF 1) ou perda de força muscular e/ou deformações (GIF 2), podem ser considerados diagnóstico tardio^(1,22,23).

A proporção de casos novos com GIF 2 entre todos os casos novos notificados durante o ano é usada para avaliar a demora do diagnóstico, como um indicador da qualidade das atividades de detecção de casos⁽²⁴⁾. A frequência desses casos entre os avaliados é considerada alta quando ultrapassa os 10%; média, se estiver entre 5 e 10%; e baixa, se for menor que 5%⁽²⁵⁾. Essa variável em menores de 15 anos de idade foi classificada como baixa no município de Juazeiro-BA durante os anos estudados na presente pesquisa.

Ao se comparar a avaliação do GIF nos momentos de notificação e cura, percebe-se que há inadequação no acompanhamento clínico dos pacientes. A redução do número de casos avaliados na alta pode significar falha no acompanhamento dos casos, negligenciando a rotina pré-estabelecida e comprometendo o desenvolvimento de atenção integral à saúde para a população⁽¹⁸⁾.

Com relação ao modo de detecção no grupo estudado, houve predomínio de demanda espontânea e encaminhamentos, considerados formas passivas de descoberta de casos de hanseníase. O percentual elevado de demanda espontânea, provavelmente através dos próprios familiares suspeitando da doença e sem resolutividade ágil para garantir diagnóstico e tratamento precoce, caracteriza a precariedade nas ações de controle da doença; fato corroborado por outros estudos^(1,18).

Segundo a OMS, os programas nacionais devem promover iniciativas, como o aumento da divulgação dos sinais e sintomas precoces da hanseníase para o público em geral, incentivando as pessoas com suspeita de hanseníase a se apresentarem voluntariamente nas unidades de saúde mais próximas de suas residências⁽²⁴⁾.

Com relação aos encaminhamentos, devido, principalmente, à dificuldade no diagnóstico de hanseníase nessa faixa etária e à ausência de uma rede de atenção básica capacitada e atuante no tocante ao diagnóstico dessa enfermidade, o número de encaminhamentos sem

diagnóstico para os outros serviços tem aumentado⁽¹⁸⁾, o que ocorreu com o município de Juazeiro-BA⁽¹⁸⁾. Um estudo relacionado à capacitação dos profissionais mostra que a combinação do compromisso com os conhecimentos técnicos constitui um cenário promissor a um bom desfecho no controle da doença⁽²⁶⁾.

Apesar de a busca ativa ser uma das estratégias mais importantes para a descoberta de casos em crianças menores de 15 anos, os resultados do presente estudo mostram que esse método foi responsável somente por uma pequena parte das crianças notificadas. A busca ativa auxilia na detecção mais precisa e precoce dos casos, ou seja, contribui para diminuir os casos de prevalência oculta e as incapacidades⁽¹⁾.

É primordial que o município possua informações de boa qualidade para estabelecer estratégias, organizar e avaliar programas e serviços, bem como permitir a utilização mais eficiente e apropriada dos recursos.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico e clínico da ocorrência de casos novos de hanseníase no município de Juazeiro-BA evidenciou que os coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos se mantiveram em nível hiperendêmico no período avaliado, com maior prevalência no sexo feminino e na faixa etária de 10 a 14 anos, sendo a forma clínica mais frequente a tuberculóide e com aproximadamente 12% dos pacientes com algum grau de incapacidade física no diagnóstico.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de implementação da descentralização das ações de vigilância à saúde, com ênfase na educação em saúde, capacitação profissional, diagnóstico precoce, incentivo à notificação correta dos casos, acompanhamento dos doentes e controle de comunicantes.

É necessário que os atores envolvidos no programa de controle de hanseníase tenham um olhar diferenciado sobre os bairros com características de focos de transmissão contínua, intensificando ações de vigilância entre os escolares, que é a população susceptível ao agravo. Apesar da baixa letalidade e baixa mortalidade, o acometimento da hanseníase em crianças, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode repercutir no futuro delas através de problemas físicos, sociais e psicológicos decorrentes da doença.

REFERÊNCIAS

1. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, Carvalho ACN, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2007 [cited 2011 Jan 16]; 60(6): 696-700. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600014>.
2. World Health Organization - WHO. Global leprosy situation. *Weekly Epidemiological Record*. 2012 [cited 2012 Oct 29];34:317-28. Available from: <http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Vigilância em Saúde: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 2008 [cited 2011 Jun 20]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2011. 2012 [cited 2012 Oct 29]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indi_operacionais_epimieologicos_hans_br_2011.pdf.
5. Assessoria Geral de Comunicação Social do Governo do Estado da Bahia (BR). Ações mobilizam municípios para o Dia Mundial de Luta contra a Hanseníase. 2010 [cited 2011 abr 13]. Available from: <http://www.comunicacao.ba.gov.br>.
6. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (BR). Casos notificados de hanseníase na Bahia em 2011 [cited 2012 oct 29]. Available from: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sinan/hans.def>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. *Diário Oficial da União, Brasília, 2009 Mar 26*.
8. Ministério da Saúde (BR). SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação: Banco de dados Municipal Juazeiro. 2011 [cited 2011 Jan 05]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>.
9. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna, Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008;41(2):6-10.
10. Duarte-Cunha M, Souza-Santos R, Matos HJ, Oliveira MLW. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6):1143-55.
11. Opromolla PA, Dalben I, Cardum, M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(4):356-64.

12. Araújo MC. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(3):373-82.
 13. Sanches LAT, Pittner E, Sanches HF, Monteiro MC. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 a 2005. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(5):541-45.
 14. Imbiriba EB et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos em Manaus, 1998-2005. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(6):1021-6.
 15. Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira MLW. *Dermatologia Tropical: Hanseníase.* 4ª ed. Manaus: Gráfica Tropical; 2006.
 16. Hacker MAVB, Sales AM, Albuquerque ECA, Nery JAC. Pacientes em centro de referência para Hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(9):2533-41.
 17. Ferreira IN, Alvarez RRA. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(1):41-9.
 18. Alencar CHM, Baarbossa JC, Ramos AN, Alencar MJF, Pontes RJS, Castro CGJ, et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos no período de 1995 a 2006. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61:694-700.
 19. Amador MPSC, Albuquerque PJB, Buna MIF, Barros VRS, et al. Hanseníase na infância no município de Curionópolis – Sudeste do Pará: relato de caso. *Hansen Int.* 2001;26(2):121-5.
 20. Oliveira CAR. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Menores de 15 Anos no Município de Teresina [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
 21. Lana FCF, Melendez JGV, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC, Oliveira VAC, et al. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG – Período de 1990 a 2000. *Hansen Int.* 2002;27(2):83-92.
 22. Goulart ISMB, Dias CM, Oliveira ACS, Silva AA, Alves RR, Silva DP, et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde-Escola no município de Uberlândia – MG. *Hansen Int.* 2002;27(1):5-13.
 23. Lana FCF, Amaral EP, Franco MS, Lanza FM. 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.
 24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
 25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. *Diário Oficial da União, Brasília, 2010 Out 07.*
 26. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica versus comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad Saúde Colet.* 2008;16(2):293-308.
- Endereço primeiro autor:**
Igara Cavalcanti Feitosa Luna
Rua das Umburanas, 105
Bairro: Areia Branca
CEP: 56330-130 - Petrolina-PE - Brasil
E-mail: igaraluna@hotmail.com
- Endereço para correspondência:**
Luiza Taciana Rodrigues de Moura
Rua do Imperador 76/303, Bloco B
Vila Moco
CEP: 56306-780 - Petrolina-PE - Brasil
E-mail: luiza.taciana@univasf.edu.br/ ltrm27@hotmail.com