

Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais*

Epidemiological profile of leprosy in an endemic city in the North of Minas Gerais

Atvaldo Fernandes Ribeiro Júnior¹, Maria Aparecida Vieira², Antônio Prates Caldeira³

*Recebido da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A hanseníase ainda se destaca como importante problema de saúde pública no Brasil. O perfil heterogêneo de apresentação da doença no país destaca a necessidade de estudos em áreas de maior prevalência. O objetivo deste estudo foi descrever aspectos epidemiológicos da hanseníase em uma cidade do norte de Minas Gerais.

MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2001 a 2009, do Ministério da Saúde. Para verificar a associação estatística entre algumas variáveis e qualquer grau de sequelas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado. Subsequentemente utilizou-se a análise multivariada através da regressão logística para analisar o efeito conjunto das variáveis, assumindo-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Foram identificados 652 pacientes. O grupo etário mais afetado foi de 46 a 60 anos, na maioria, homens, com escolaridade fundamental e residente em áreas urbanas. As sequelas físicas foram identificadas em 128 pacientes (19,6%) no momento do diagnóstico. A análise multivariada mostrou associação entre qualquer grau de sequelas e sexo masculino, idade superior a 45 anos, escolaridade inferior a oito anos, presença de cinco ou mais contatos domiciliares e classificação multibacilar.

CONCLUSÃO: Os achados indicam uma situação crítica para a área estudada. É necessário, portanto, descentralizar os serviços

de atenção à hanseníase e treinar mais profissionais no sentido de capacitá-los para diagnóstico e tratamento mais precoces.

Descritores: Epidemiologia, Hanseníase, Incidência.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Leprosy still is considered to be a major public health problem in Brazil. The heterogeneous profile of presentation of the disease in the country highlights the need for studies in areas of high prevalence. The aim of this study was to describe the epidemiological profile of leprosy in an endemic city in the North of Minas Gerais, Brazil.

METHOD: This is a retrospective, descriptive and exploratory study using data from notifications of leprosy cases in the Notifiable Disease Information System of the Brazilian Ministry of Health from 2001 to 2009. In order to assess statistical association between some variables and any degree of disability, we used the Chi-square test. Subsequently, we used the multivariate analysis by logistic regression to analyze the combined effect of the variables, assuming a significance level of 5% ($p < 0.05$).

RESULTS: We identified 652 patients. The most affected age group was 46 to 60 years; mostly male, with elementary school and residents of urban areas. Physical disability was present in 128 patients (19.6%) at the moment of diagnosis. Multivariate statistical analysis demonstrated significant associations between any disability and male gender, being older than 45 years, having less than eight years of schooling, presence of five or more household contacts and having multibacillary classification.

CONCLUSION: The findings indicate a critical situation to the studied area. It is therefore necessary to decentralize the leprosy care services and train more professionals to enable earlier diagnosis and treatment.

Keywords: Epidemiology, Incidence, Leprosy.

INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços governamentais, a hanseníase ainda representa um importante problema de saúde pública no Brasil. O país é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o maior contribuinte da carga sanitária da doença nas Américas e ocupa um dos primeiros lugares no mundo em detecção de novos casos¹. A sua epidemiologia no Brasil revela que, embora haja diminuição da prevalência, a taxa de detecção não alcançou redução efetiva². Em 2011, registrou-se um coeficiente de detecção alto, de 15,88/100 mil habitantes, e um coeficiente de prevalência médio, 1,24/10 mil

1. Graduando. Bolsista de Iniciação Científica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil

2. Mestre. Professora Adjunta. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil

3. Doutor. Professor Adjunto. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil

Apresentado em 03 de outubro de 2011

Aceito para publicação em 30 de abril de 2012

Conflite de interesses: Nenhum - Fonte de Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG)

Endereço para correspondência:

Dr. Antônio Prates Caldeira

Rua Monte Pascoal, 225 – Bairro Ibituruna

39401-347 Montes Claros, MG.

Fone: (38) 9986-8621

E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

habitantes, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MS)³. Trata-se de uma situação crítica, que necessita de análise cuidadosa para uma intervenção eficaz. A distribuição da hanseníase no Brasil é heterogênea e reproduz as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do país. Em outras palavras, a distribuição da doença confirma que os fatores econômicos, sociais, culturais auxiliam na sua propagação, principalmente quando associados às más condições sanitárias e baixo grau de escolaridade da população^{2,4}. Além da heterogeneidade interregional, existem ainda as diferenças intermunicipais na detecção da hanseníase, também consideradas elevadas no Brasil. Características específicas como a potencialidade do diagnóstico, a situação territorial associada a fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e migrações populares, principalmente em municípios com população menor que 10.000 habitantes, seriam responsáveis pela elevada heterogeneidade². Em 2011, o MS evidenciou que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste obtiveram um coeficiente de detecção muito alto e um coeficiente de prevalência médio, enquanto que nas regiões Sul e Sudeste, esses índices foram considerados médio e baixo, respectivamente. Ao se comparar os coeficientes de prevalência entre os Estados que compõem a região Sudeste, observou-se que o de Minas Gerais (com taxa de 0,55/10 mil habitantes) ocupa a segunda posição em relação à meta de eliminação³.

Alguns autores descrevem uma “endemia oculta” destacando aspectos precários do controle da doença, como busca ativa pouco efetiva em áreas de grande concentração da doença, diagnósticos tardios, deficiência nos programas público-assistenciais, precariedade dos serviços de saúde, abandono do tratamento e baixo nível de esclarecimento da população⁵. Assim, para o controle efetivo da doença, especialmente em áreas endêmicas, é necessário que periodicamente a base de dados oficiais seja analisada, com apontamentos dos aspectos epidemiológicos e críticas sobre a qualidade da coleta dos dados, como campos em branco, duplicidade de registros e incoerência nas informações⁶.

No presente estudo, objetivou-se descrever os aspectos epidemiológicos dos pacientes diagnosticados com hanseníase, identificado variáveis associadas com seqüelas, em um município de elevada prevalência da doença em Minas Gerais.

MÉTODOS

Estudo realizado em Montes Claros, principal pólo urbano do norte do Estado de Minas Gerais. A população do município é de aproximadamente 370 mil habitantes e se concentra, predominantemente, na zona urbana.

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de base documental com abordagem quantitativa. Utilizou-se para a coleta de dados o sistema de notificação oficial do MS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com informações da Ficha Individual de Notificação/Investigação de Hanseníase. O estudo incluiu todas as fichas de pacientes da hanseníase cadastrados no período de 2001 a 2009.

Foram utilizadas para essa investigação as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e procedência, ano de notificação, número de lesões, forma clínica, classificação operacional, avaliação do grau de incapacidade (sequela) e número de contatos domiciliares registrados. Os dados populacionais para cálculo da taxa anual de detecção foram obtidos a partir do portal do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O *software* SPSS for Windows (versão 18.0) foi utilizado para a análise dos dados. Além da distribuição de frequências, as variáveis estudadas foram recodificadas em variáveis binárias com o objetivo de avaliar associação estatística entre as mesmas com algum grau de sequela no momento do diagnóstico. A força de associação foi estimada pelo *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Posteriormente, utilizou-se a técnica da análise multivariada por regressão logística para analisar o efeito conjunto das variáveis estudadas (regressão logística binária backward), assumindo-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - Parecer Consubstanciado nº1685/2009.

RESULTADOS

Ao longo do período estudado foram notificados no município 652 casos de hanseníase. A taxa de detecção de casos, construída a partir do número de casos detectados durante o ano e nunca previamente tratados para hanseníase, para cada 10 mil habitantes está apresentada no gráfico 1. O registro desta série histórica para os anos avaliados mostra discreta flutuação e pequena redução da taxa ao final do período.

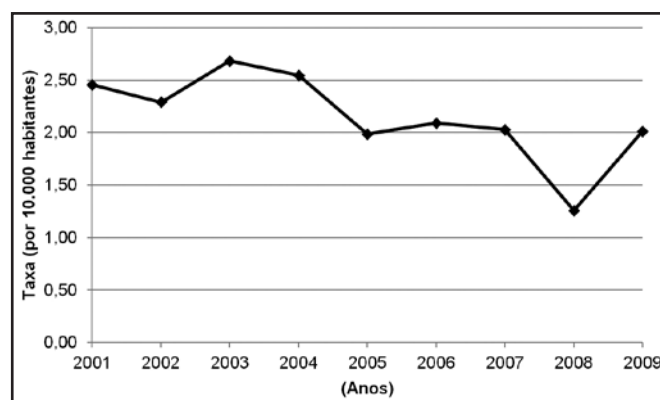


Gráfico 1 – Tendência temporal da taxa de detecção de casos de hanseníase.

Em relação às características sociodemográficas dos pacientes notificados (Tabela 1) registrou-se maior predomínio de casos entre os homens ($n = 347$; 53,2%). A faixa etária predominante variou entre os gêneros, registrando-se maior número de casos femininos entre 46 e 60 anos, com 109 casos (16,6%) e maior número de casos masculinos na faixa etária de 31 a 45 anos, com 101 casos (15,6%). Para o item raça/cor, observou-se predomínio da cor preta e parda, com 163 casos (25,0%) entre os homens, e 149 casos (22,7%) entre as mulheres. Quanto à escolaridade, destacou-se o fato de 62,3% ($n = 406$) dos pacientes notificados não terem alcançado o ensino médio, e 11% (72) do total declararem-se analfabetos.

A maior parte dos pacientes de hanseníase notificados pelo município era procedente de área urbana, com 294 casos (45,1%) no gênero masculino e 292 casos (44,8%) no feminino.

As principais características clínicas e epidemiológicas do grupo identificado são apresentadas na tabela 2. Em relação ao número de contatos, 154 casos (23,6%) entre os homens e 119 casos (18,2%)

nas mulheres, possuíam três a quatro contatos intradomiciliares. Verificou-se que 255 casos (39,1%) entre o gênero masculino e 165 casos (25,3%) entre o feminino, possuíam cinco ou mais lesões. Quanto à forma clínica da doença, a dimorfa revelou-se mais freqüente, com 188 casos (28,8%) entre os homens e 187 casos (28,6%) entre as mulheres. A maioria absoluta dos casos foi classificada como multibacilares. A avaliação das incapacidades físicas

revelou que 128 pacientes (19,6%) apresentavam algum grau de incapacidade já no momento do diagnóstico.

Na tabela 3 são apresentados os dados da análise bivariada (OR bruto) e multivariada (OR ajustado) entre as variáveis estudadas e

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes com hanseníase, segundo o sexo.

Características	Homens		Mulheres	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Idade (Anos)				
≤ 15	16	2,5	22	3,4
16-30	59	9,0	50	7,7
31-45	102	15,6	69	10,6
46-60	97	14,9	108	16,6
≥ 61	73	11,2	56	8,6
Raça/Cor				
Branca	112	17,2	105	16,1
Preta/Parda (Negra)	163	25,0	149	22,9
Amarela	28	4,2	17	2,6
Sem informações	44	6,7	34	5,2
Escolaridade				
Analfabetos	36	5,5	36	5,5
Ensino fundamental	186	28,5	148	22,7
Segundo grau	74	11,3	73	11,2
Superior	12	1,8	18	2,8
Sem informações	39	6,0	30	4,6
Local de residência				
Urbana	294	45,1	292	44,8
Rural	12	1,8	8	1,2
Sem informações	41	6,3	5	0,8

Tabela 2 – Características clínicas e epidemiológicas de pacientes com hanseníase, segundo o sexo.

Características	Homens		Mulheres	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Número de lesões				
≤ 2	88	13,4	124	19,0
3-4	4	0,6	16	2,4
≥ 5	255	39,1	165	25,3
Apresentação clínica				
Indeterminada	10	1,5	25	3,8
Tuberculoide	10	1,5	27	4,1
Dimorfa	188	28,8	187	28,6
Virchoviana	136	20,8	63	9,6
Sem informações	3	0,4	3	0,4
Classificação operacional				
Paucibacilar	20	3,0	52	7,9
Multibacilar	324	49,6	250	38,3
Sem informações	3	0,4	3	0,4
Sequelas				
Grau 0	248	38	256	39,2
Grau 1	59	9,0	33	5,0
Grau 2	28	4,2	8	1,2
Sem informações	12	1,8	8	1,2
Numero de contatos domiciliares				
≤ 2	120	18,4	121	18,5
3-4	154	23,6	119	18,2
≥ 5	68	10,4	63	9,6
Sem informações	4	0,6	3	0,4

Tabela 3 – Associação entre variáveis e sequelas ao diagnóstico de hanseníase.

Variáveis	Sequelas		p- valor	OR bruta (CI95%)	OR Ajustada* (CI95%)
	I ou II	Nenhuma			
Gênero					
Masculino	87	248	<0,001	2,19 (1,43-3,37)	2,52 (1,57-4,04)
Feminino	41	256		1,0	1,0
Idade (Anos)					
> 45	81	238	0,001	1,93 (1,27-2,93)	1,77 (1,12-2,81)
≤ 45	47	266		1,0	1,0
Escolaridade (Anos concluídos)					
≤ 8	98	297	<0,001	3,45 (1,88-6,43)	2,73 (1,50-4,98)
> 8	15	157		1,0	1,0
Número de contatos domiciliares					
≥ 5	36	92	0,016	1,77 (1,11-2,84)	1,70 (1,03-2,81)
< 5	90	408		1,0	1,0
Número de lesões					
≥ 5	102	302	<0,001	2,62 (1,61-4,30)	1,14 (0,67-1,96)
< 5	26	202		1,0	1,0
Classificação operacional					
Multibacilar	127	434	<0,001	25,55 (3,79-500,55)	9,49 (1,28-70,52)
Paucibacilar	1	69		1,0	1,0

*Análise multivariada por regressão logística.

a presença de algum grau de incapacidade ao diagnóstico. Os resultados mostram que houve maiores chances de incapacidade em pacientes masculinos, maiores de 45 anos, com escolaridade igual ou inferior a oito anos, com cinco ou mais contatos domiciliares e aqueles classificados como multibacilares.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar o comportamento de identificação da hanseníase em uma área endêmica do país. Ao longo do período estudado, as taxas de incidência elevadas e com apenas discretas flutuações de um ano para o outro destacam a dificuldade de controle da doença, que se mantém acima da meta de eliminação da hanseníase proposta pela OMS (< 1 caso/10 mil habitantes). Esse resultado está em consonância com outros registros da literatura nacional^{7,8}.

O acompanhamento das variações espaciais, temporais e das diferenças entre países e também dentro de um mesmo país é essencial na avaliação de tendência da hanseníase e auxilia para tomada de decisões. As informações atuais mostram que alguns países apresentam tendência crescente de detecção, enquanto que outros possuem tendência decrescente ou de estabilização sendo difícil realizar previsão definitiva dessa dinâmica nos próximos anos⁹. Esse dado reforça a importância de investigações epidemiológicas que possam subsidiar um cuidado mais efetivo.

Em relação às variáveis sociais e demográficas verificou-se que os portadores e ex-portadores de hanseníase se encontravam na faixa etária entre 31 e 60 anos, refletindo maiores riscos de comprometimento da dinâmica econômica familiar, em decorrência dos efeitos que a doença exerce, ao considerar que a população economicamente ativa é mais afetada^{7,10}. É preciso, porém, manter a vigilância sobre os estratos mais jovens da população, porque a identificação de muitos casos em menores de 15 anos pode ser um indicador de aumento de portadores bacilíferos sem tratamento nas comunidades, o que traduz ações reduzidas de controle da doença¹¹.

Quanto à variável sexo, neste estudo, predominou o masculino com diferenças numéricas reduzidas entre homens e mulheres. A literatura apresenta resultados divergentes em relação à prevalência da hanseníase segundo o sexo^{5,12}. Alguns autores afirmam que o maior contato social entre homens e sua frequente exposição a ambientes de risco contribui para elevar o número de casos¹⁰, enquanto que a menor preocupação com a estética corporal e falta de políticas específicas para esse público pode contribuir na deficiência do diagnóstico, o que justificaria o predomínio do sexo feminino em alguns estudos⁸. Outros autores¹² afirmam que a preponderância da doença no sexo masculino não é universal e que quando relacionados às reações hanseníase o sexo feminino, gravidez e amamentação são fatores de risco para a ocorrência, ressaltando a característica imunológica e genética presente na doença¹³.

A variável raça/cor relevou maior predomínio de negros (pretos e pardos), mas sem um gradiente significativo com os brancos. Em princípio esse achado apenas reproduz o processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial, aspectos já apontados em outros estudos^{3,14,15}.

O predomínio de pessoas com baixa escolaridade entre os portadores de hanseníase estudados é similar aos resultados de outros estudos^{5,16}. Esta variável é um indicador indireto de condições sociais e os resultados refletem a relevância deste aspecto para o controle da doença. O grau de conhecimento, acesso ao serviço de saúde, compreensão das orientações quanto ao tratamento e medidas de prevenção se vinculam à capacidade de autocuidado e ao número de anos estudados^{5,17}.

Dois outros achados que merecem destaque neste estudo são referentes ao número de lesões e a classificação operacional. Sobre o número de lesões deve ser lembrado que o aparecimento das lesões é o que determina, na maioria das vezes, a procura dos serviços de saúde pelos portadores, ainda que alguns pacientes multibacilares possam não desenvolver lesões e comportarem-se como foco transmissor da doença⁸. O registro de que mais da metade dos pacientes possuía cinco ou mais lesões deve ser motivo de alerta para os serviços de saúde. A elevada proporção de pacientes multibacilares observada neste estudo também é um achado preocupante já registrado em outros estudos^{5,12}, mas não observado universalmente¹⁸. Ambas as variáveis, também associadas a maiores chances de seqüelas podem ser indicadoras de dificuldade de acesso e/ou diagnóstico.

Quanto às formas clínicas, os resultados são compatíveis com outros estudos^{5,12,19}. As mais comuns no grupo estudado (dimorfa e virchowiana) são reconhecidas pelo grande poder de transmissibilidade e elevado índice de incapacidade residual. Esses dados devem ser notadamente discutidos entre profissionais de saúde como estratégia de sensibilização para diagnóstico e abordagem precoces.

No momento do diagnóstico, percentual importante de pacientes (19,6%) se apresentou com algum grau de incapacidade física. Esse percentual é superior ao observado em outro estudo realizado no mesmo estado²⁰. Todavia, é inferior aos percentuais apresentados em outros estudos^{21,22}. A variação observada pode denotar maior vigilância e cuidado em relação aos pacientes mais gravemente acometidos nos locais de menor percentual de seqüelas e/ou diagnósticos tardios para os locais onde as sequelas residuais são mais prevalentes. É importante destacar ainda que algumas incapacidades se instalam algum tempo após a conclusão do tratamento, quando os pacientes não são adequadamente orientados a preveni-las. As neuropatias são bastante frequentes nesses pacientes e demandam expressivos cuidados clínicos e fisioterápicos. Entretanto, não é forçoso supor que tais pacientes não recebem os cuidados necessários, pois integram as parcelas mais pobres da sociedade, historicamente excluídas, em consonância com o apontamento de outro estudo²³. Considerando que este aspecto não foi objeto do presente estudo, outras pesquisas serão necessárias para abordar essa questão.

Neste estudo, as variáveis que se mostraram associadas a seqüelas residuais (grau I ou II) foram: gênero masculino, idade superior a 45 anos, escolaridade igual ou inferior a oito anos, presença de cinco ou mais contatos domiciliares e o fato de ser multibacilar. As variáveis identificadas são marcadores de precário autocuidado e/ou marcadores de baixo nível socioeconômico. Corrêa, Ivo e Honer²⁴ apontam que a escolaridade, um marcador indireto de condição social, é um fator determinante na incidência de incapacidades, já que a incidência piora quando o portador é anal-

fabeto, sendo que quanto maior o grau de escolaridade, maior a probabilidade de melhora. É razoável assumir que as variáveis associadas com algum grau de incapacidade não denotam aspectos específicos da doença, mas alertam os profissionais de saúde para a necessidade de valorização da vulnerabilidade social dos pacientes de hanseníase, antes e após o tratamento.

Particularmente em relação à classificação operacional, este estudo mostrou que ser um portador multibacilar está associado a uma chance nove vezes maior (OR = 9,49; IC95% = 1,28-70,52) em desenvolver algum grau de incapacidade física. Outros autores também registraram que a classificação operacional multibacilar possui maior relação com a presença de incapacidades^{18,21}. Esses mesmos autores destacam que muitos pacientes assim classificados desenvolverão alguma reação ou lesão neural e que esse fato pode significar detecção tardia da doença.

Os resultados observados apontam, em última análise, a capacidade diagnóstica dos serviços municipais de saúde para a detecção de casos da hanseníase. Esses resultados traduzem uma detecção tardia, provavelmente resultante muito mais de demandas espontâneas (buscas passivas)¹⁷. É possível inferir ainda que a descentralização das ações de controle da doença preconizadas para as equipes da Estratégia de Saúde da Família, ainda é restrita, pois as taxas de detecção de casos permaneceram relativamente estáveis no período estudado. O processo de integração das ações de controle da hanseníase nos serviços de atenção primária tende a produzir melhores resultados e solidificar o controle da doença. Entretanto, alguns desafios surgem em decorrência da autonomia dos municípios brasileiros em organizar os serviços de saúde, e muitos apresentam dificuldades político-administrativas, que se refletem na desestruturação de serviços e programas de saúde^{25, 26}.

Em outras palavras, ainda que as questões ligadas ao nível social e econômico impliquem em maiores riscos individuais e familiares, não se pode desprezar a influência que a organização e a estruturação do Sistema Único de Saúde assumem em cada município. Aspectos como a falta de médicos em determinadas áreas ou avaliações com o especialista muito demoradas podem ser variáveis que favorecem novos contatos, mantendo todo o ciclo de contágio.

Diante dos resultados encontrados, é necessário que o município promova e intensifique a descentralização das ações de controle da doença, desenvolva programas de capacitação para as equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estimule a busca ativa de novos casos. Também é importante que sejam desenvolvidas ações de acompanhamento durante e após o tratamento, com o objetivo de prevenir incapacidades físicas, manter o controle dos contatos intradomiciliares e consolidar o sistema de vigilância sobre a doença. Há necessidade ainda de se desenvolver estratégias práticas e inovadoras que atendam as necessidades assistenciais dos grupos especiais, carentes, marginalizados e isolados geograficamente.

As ações do programa nacional de controle da hanseníase têm se mostrado efetivas e alguns autores sugerem que uma taxa de detecção elevada pode traduzir melhor acesso ao nível da atenção primária²⁷. Entretanto os resultados não traduzem uma integração uniforme das ações de controle na atenção primária em todo o país. Aspectos como baixa capacitação e desinformação dos gestores municipais, dificuldades na referência dos casos e a visão

dos centros especializados como principais responsáveis pelo tratamento da doença já foram apontados como dificultadores do controle da hanseníase^{25,26}.

Destaca-se que o valor de pesquisas desta natureza reside em possibilitar o retorno imediato à comunidade que originou os dados. No caso na hanseníase, a distribuição espacial diferenciada em todo território nacional reflete, além dos aspectos socioeconômicos, a ausência de conhecimento e ações sistematizadas dos gestores de saúde e revela ainda a complexidade dos fatores, naturais e sociais envolvidos no seu controle^{3,28}.

Naturalmente, as limitações do processo de coleta de dados, restrito aos prontuários e fichas de notificação, que ainda apresentam considerável contingente de informações faltosas, comprometem algumas inferências. A restrição geográfica do estudo pode ser entendida também como um limitante do processo de generalização. Outro aspecto a ser destacado é que este estudo não analisou detalhadamente a apresentação clínica da hanseníase e estudo recente conduzido em Minas Gerais mostrou que os fatores de risco mais associados à presença de incapacidades ao diagnóstico, em ordem decrescente de importância, foram: forma clínica virchoviana, forma clínica dimorfa, presença de mais de um nervo acometido e forma clínica tuberculoides²⁹. Todavia, espera-se que este estudo possa fomentar discussões acerca de estratégias para alcançar novas pesquisas e metas mais audaciosas e voltadas aos princípios de equidade e justiça social, preconizados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Weekly Epidemiol Record 2009;84(33):333-40.
2. Corrêa RGCF, Aquino DMC, Caldas AJM, et al. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2012;45(1):89-94.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Distribuição da Hanseníase no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012. [Citado 2012 abr. 24]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200
4. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2007;60(6):696-700.
5. 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.
6. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 63.
7. Sanches LAT, Pittner E, Sanches HF, et al. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: uma análise de 1998 à 2005. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007;40(5):541-5.
8. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011;44(1):79-84.
9. Ministério da Saúde. Estratégia de Eliminação da Hanseníase. Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase, 2011-2015. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2010.
10. Silva AR, Matos WB, Silva CCB, et al. Hanseníase no município de Buriticupu, estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;43(6):691-4.

11. Ferreira IN. Busca ativa de hanseníase na população escolar e distribuição da endemia no município de Paracatu – MG. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.
12. Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med* 2010;8(4):323-7.
13. Batista ES, Campos RX, Queiroz RCG, et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. *Rev Bras Clin Med* 2011;9(2):101-6.
14. Lima LS, Jidão FRS, Fonseca RNM, et al. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. *Rev Bras Clin Med* 2009;7(1):74-83.
15. Mello RS, Popoaski MCP, Nunes DH. 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. *ACM Arq Catarin Med* 2006;35(1):29-36.
16. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2008;61(Esp):701-7.
17. Rodrigues-Júnior AL, Ó VT, Motti VG. Estudo espacial e temporal da hanseníase no estado de São Paulo, 2004-2006. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1012-20.
18. Ramos JMH, Souto FJD. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;43(3):293-7.
19. Resende DM, Souza MR, Santana CF. Hanseníase na atenção básica de saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis - GO. *Hansen Int* 2009;34(1):27-36.
20. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CME. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. *Rev Saúde Pública* 2009;43(2):267-74.
21. Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani CR. Incapacidades físicas em hanseníase: coisa do passado ou prioridade na prevenção? *Hansen Int* 2009;34(1):33-9.
22. Deepak S. Answering the rehabilitation needs of leprosy affected persons in integrated setting through primary health care services and community based rehabilitation. *Indian J Lepr* 2003;75(2):127-42.
23. Goulart IB, Dias CM, Oliveira ACS, et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle de hanseníase em um centro de saúde-escola no município de Uberlândia - MG. *Hansen Int* 2002;27(1):5-13.
24. Corrêa CMJ, Ivo ML, Honer MR. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. *Hansen Int* 2006;31(2):21-8.
25. Dias CR, Pedrazani ES. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. *Rev Bras Enferm* 2008;61(Esp):753-6.
26. Helene LMF, Pedrazani ES, Martins CL, et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm* 2008;61(Esp):744-52.
27. Penna ML, de Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev* 2009 Sep;80(3):332-44.
28. Lockwood DN, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ* 2005;83(3):230-5.
29. Moschioni C, Antunes CM, Grossi MA, et al. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. *Rev Soc Bras Med Trop* 2010;43(1):19-22.