



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

SUELY ANGELO MATIAS

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOECONÔMICA DA INCIDÊNCIA DE
HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DE MACEIÓ – 2007 A 2012**

Recife

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO A TESES E DISSERTAÇÕES

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso a monografias do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- "Grau 1": livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- "Grau 2": com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- "Grau 3": apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia;

A classificação desta tese se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais da pesquisa científica na área da administração.

Título da Dissertação: Análise Epidemiológica e Socioeconômica da Incidência de Hanseníase na População de Maceió – 2007 a 2012.

Nome do Autor: Suely Ângelo Matias

Data da aprovação: 31 de Outubro de 2014

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 31 de Outubro de 2014

Assinatura da autora

SUELY ANGELO MATIAS

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOECONÔMICA DA INCIDÊNCIA DE
HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DE MACEIÓ – 2007 A 2012**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Bezerra Nogueira

Recife

2014

SUELY ANGELO MATIAS

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOECONÔMICA DA INCIDÊNCIA DE
HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DE MACEIÓ – 2007 A 2012.**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do
título de Mestre em Gestão e Economia
da Saúde

Aprovada em: 31/10/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Rozane Bezerra de Siqueira

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. Evaldo Santana de Souza

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Carlos Feitosa Luna

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Dedico este trabalho ao meu irmão João Paulo Ângelo Matias (*in memória*), pela sua alegria e convivência que me proporcionou durante seus 8 anos de vida.

AGRADECIMENTOS

Momento de reflexão, alegria e eterna gratidão:

Primeiramente a **Deus**, fonte de toda sabedoria, criador do céu e da terra, por todas as graças que tem me concedido;

Aos meus Pais Pedro e Ana por sempre acreditar no meu esforço, pelo apoio e incentivo aos meus estudos e pela força que constantemente me passam, e por compreenderem a minha ausência;

Aos meus irmãos, pela amizade e apoio e por compreenderem a minha ausência;

Ao professor Dr José Ricardo Bezerra Nogueira, pelo privilégio de ter recebido sua orientação, agradeço pela confiança e oportunidade de convívio, amadurecimento e aprendizagem;

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Gestão e Economia da Saúde da UFPE, pelos valiosos ensinamentos;

A banca examinadora por dispor do seu precioso tempo, para analisar este estudo e contribuir com suas experiências.

Aos monitores do Curso de Mestrado Gestão e Economia da Saúde da UFPE, por disponibilizar seu tempo e ensinamentos;

A minha grande amiga, colega de trabalho enfermeira Socorro Paiva pela amizade sincera e pelo apoio constante, em todos os momentos; inclusive por me substituir no trabalho durante o período deste curso.

Aos meus colegas de turma Marcelo e Inez, pelo prazer da convivência, durante o curso e pela amizade construída para a vida;

A Coordenadora do Programa de Hanseníase Quitéria Vânia Bernardino Barbosa da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, pelo apoio e colaboração.

Aos funcionários da secretaria da Pós-graduação desse Mestrado Tunísia e Carlos pela colaboração e apoio durante o curso;

A todos que contribuíram diretamente e indiretamente para a conclusão deste estudo, os meus eternos agradecimentos.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, para a qual, além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemias e às condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam no risco de adoecer. A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública no Brasil. O objetivo deste estudo foi realizar uma análise da incidência da doença entre a população de Maceió, para o período entre 2007 e 2012, baseado no cálculo de indicadores do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo. A população alvo constitui-se de (879) casos notificados como portadores de hanseníase de ambos os sexos atendidos no serviço público de saúde de Maceió. Os dados foram obtidos através do banco do sistema de notificação e agravo da Secretaria Municipal de Maceió. Os resultados mostraram que do total de casos (879) Maceió tem um coeficiente de detecção geral anual de casos novos de hanseníase considerado alto de 14,18/100.000 habitantes. Destes 4% correspondem ao número de menores de 15 ano; 58% têm faixa etária entre 20-49 anos; 59 % são da raça parda; 99% residem em zona urbana; 49% mora nos bairros de maior densidade populacional; A maioria são classificados como multibacilares com forma clínica dimorfa 26% dos casos, seguida das não classificadas com 24%. O maior tipo de entrada foi como casos novos com 91% dos casos; 81% do total de casos obtiveram cura, 13% abandono; 8% apresentaram incapacidade grau 2; 33% exercem atividade econômica; 38% têm apenas ensino fundamental incompleto; a maioria encontra-se na faixa de renda 1 e a taxa de prevalência encontra-se em média 1,56 casos por 10.000 habitantes. A associação do baixo perfil socioeconômico e epidemiológico imprime maior vulnerabilidade a essa população impactando diretamente na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Hanseníase. Fatores socioeconômicos. Fatores epidemiológicos.

ABSTRACT

The leprosy is an infectious disease, with a slow evolution, in which, besides the individual conditions, other related factors to the level of endemics and the unfavorable socioeconomic conditions influence the risk of getting sick. The leprosy also represents a relevant problem of public health in Brazil. This research aims to provide an analysis of the incidence of such a disease among the population in Maceió, in the period between 2007 and 2012, based on indicators' calculus from the Health Department. It is a retrospective and descriptive study. The target population is composed by (879) cases notified as leprosy bearers of both genders assisted by the public health service in Maceió. The data was obtained through the data system of notifications and grievance from the Municipal Secretary of Maceió. The results showed that from the whole cases (879) Maceió has a general annual detection coefficient of new cases considered high of 14,18/100.00 inhabitants. In which 4% correspond to the number of under 15 years old; 58% in the 20-49 age-group; 59% belong to the brown skin-color; 99% live in a urban area; 49% live in high population density neighborhoods: most of them are classified as multibacillary with clinical form dimorph in 26% of the cases, followed by non-classified with 24%. The highest kind of entrance was as new cases with 91% of cases; 81% of the whole cases were healed, 13% dropout; 8% presented incapacity level 2; 33% pursue economic activity; 38% has incomplete grade school; most of them has income bracket 1 and prevalence rate on average 1,56 cases per 10.000 inhabitants. The association of the low socioeconomic and epidemiological profile cause a higher vulnerability to that population affecting straightly on their life quality.

Keywords: Leprosy. Socioeconomic factors. Epidemiological factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de localização geográfica de Alagoas e Maceió.....	27
Figura 2	Divisão de Maceió por Distrito Sanitário.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) – Maceió	30
Gráfico 2	Coeficiente de detecção de casos novos hanseníase por 100.000 habitantes segundo localização geográfica, Brasil, (2007 a 2012)	36
Gráfico 3	Taxa de incidência de hanseníase por ano e sexo. Maceió, (2007 a 2012)..	36
Gráfico 4	Taxa de incidência de casos novos de hanseníase por ano e faixa etária. Maceió, (2007 a 2012)	37
Gráfico 5	Distribuição dos casos de hanseníase em Maceió segundo Classificação Operacional Maceió (2007 - 2012)	37
Gráfico 6	Taxa de prevalência de hanseníase por ano, Maceió (2007 a 2012)	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos Indicadores socioeconômicos de Maceió	29
Tabela 2	Renda, Pobreza e Desigualdade. Maceió, 2010	29
Tabela 3	Distribuição dos casos de hanseníase notificados em Maceió (2007 - 2012)	34
Tabela 4	Distribuição dos casos de hanseníase em Maceió segundo atividade econômica. Maceió (2007 - 2012)	38
Tabela 5	Distribuição da média de preço da medicação da hanseníase poliquimioterapia - PQT por faixa de renda Maceió (2007 - 2012)	39
Tabela 6	Distribuição dos casos de hanseníase segundo faixa de renda x bairros Maceió (2007 - 2012)	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Antes de Cristo
AL	Alagoas
BR	Rodovia Federal
CEP	Comitê de ética e Pesquisa
FJP	Fundação João Pinheiro
GT	Gerencia Técnica
Hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de desenvolvimento Humano do Município
IPEA	Instituto de pesquisa econômica aplicada
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PQT	Poliquimioterapia
PSF	Programa Saúde da Família
SESAU	Secretaria Executiva de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	A hanseníase no Mundo	17
2.2	A hanseníase no Brasil	18
2.3	Descrição da hanseníase	22
2.4	Descrição do Município de Maceió e a Hanseníase	26
3	MÉTODO E RESULTADOS	32
3.1	Delineamento do estudo	32
3.2	Aspectos geográficos e demografia do Município pesquisado	32
3.3	População alvo e Local do estudo	33
3.4	Análise dos dados	33
3.5	Resultados da análise epidemiológica e socioeconômica	34
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
5	CONCLUSÕES	48
	REFERÊNCIAS	50
	APENDICES	54
	ANEXOS	56

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem inclusive evoluir para deformidades (BRASIL, 2002).

Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como: diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis também, pelo estigma e preconceito contra a doença desde a antiguidade até os dias atuais (BRASIL, 2002).

Apesar de todo o empenho e das estratégias do Ministério da Saúde (MS), o Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de hanseníase, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2011 foram registrados cerca de 34 mil novos casos, número inferior apenas aos 127 mil casos na Índia, que tem uma população cinco vezes maior. Em 2010 dos 40.474 casos novos de hanseníase nas Américas 93% foram casos notificados no Brasil (OMS, 2010).

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública no Brasil. A meta de eliminação desta doença, definida como prevalência inferior a um caso a cada 10 mil habitantes, foi definida na Assembleia Mundial de Saúde em 1991 e permanece vigente para os países como o Brasil e regiões que ainda não alcançaram. Em 2010, a OMS revisou a Estratégia Global para redução da carga da doença no período de 2011-2015, na qual enfatiza a garantia da qualidade da assistência ao paciente (BRASIL, 2013).

O alcance dessa meta, no entanto, requer um esforço conjunto dos setores público e privado de modo a superar fatores que dificultam uma ação decisiva sobre a doença (BRASIL, 2002). Tudo isso é influenciado pela capacidade dos serviços de saúde em realizar o diagnóstico, tratar e curar os casos diagnosticados, bem como, pelo envio oportuno de dados relativos ao acompanhamento e evolução dos casos até a cura, principalmente na atenção básica, realizada pela esfera municipal que é porta de entrada dos casos e saída através da cura da maioria dos portadores de hanseníase (OMS, 2010).

O coeficiente de prevalência de hanseníase do Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso da eliminação dessa doença enquanto problema de saúde pública vem

sofrendo redução progressiva nos últimos anos. Porém, em relação a casos novos, a região nordeste ainda apresenta alta endemicidade. (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil apresenta aspectos facilitadores que incluem: a decisão política de eliminação da hanseníase; a hanseníase no contexto Brasil sem miséria; a inserção da hanseníase em todas as pactuações do Sistema Único de Saúde (SUS); a existência de ampla cobertura de unidades pública de saúde com potencial para diagnosticar e tratar a doença até a cura; equipe multiprofissional com a presença de médicos e enfermeiros para a garantia do diagnóstico e acompanhamento dos casos em unidades de saúde; assistência secundária e terciária na rede de atenção a saúde; atuação constante e forte de movimentos sociais; parcerias com organizações não governamentais entre outros (BRASIL, 2013).

Estes aspectos facilitadores citados acima seria o ideal a ser encontrado na prática da realidade brasileira com essa sequência para a atenção exclusiva com a hanseníase. Porém, sabe-se que diante da realidade dos presentes indicadores de incidência da hanseníase no Brasil, esta doença ainda continua como problema no Brasil, um grande desafio a ser enfrentado (Brasil, 2013).

Ainda são poucos os profissionais de saúde que atuam na atenção básica e que se encontram comprometidos com a eliminação deste agravo. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a hanseníase inclui-se no grupo das doenças negligenciadas (BRASIL, 2013). Assim, houve a motivação principal em desenvolver este estudo em Maceió, local em que assisto a essa doença. Diante da colocação alarmante em que o Brasil se encontra, nas estatísticas em relação a incidência desta patologia, percebe-se que o nordeste brasileiro é uma das regiões que ainda concentra grande número de casos, perdendo apenas para as regiões norte e centro-oeste. (BRASIL, 2010).

Maceió, capital do estado de Alagoas, apresenta-se ainda com poucas unidades de Programa de Saúde da Família (PSF), totalizando apenas 30% de cobertura (Brasil, 2012). O PSF tem como meta, trabalhar com equipe padrão composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Estas equipes exercem suas atividades direcionadas a assistirem às famílias cadastradas numa determinada unidade básica de saúde, com quantidade definida de 1500 famílias ou 4500 pessoas (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

Com a presença do PSF, existem as visitas dos agentes comunitários de saúde que utilizam fichas sistematizadas para cada agravo ou doença, além das fichas de informações sociais e demográficas como o diagnóstico da população cadastrada. No caso da hanseníase, o atendimento se dá principalmente através das unidades básicas de saúde. Diante dessa baixa cobertura de PSF, o grande percentual descoberto, 70% da população (BRASIL, 2012), são atendidos pelas unidades tradicionais chamadas de demanda espontânea, que restam para atender as demais famílias não cadastradas pelos PSF.

Assim, verifica-se que há dificuldades em conseguir prestar a devida assistência ou cobertura por vários fatores: baixo número de profissionais médicos e enfermeiros, poucas unidades básicas de saúde, além de não ter a equipe padrão de saúde da família com o planejamento sistematizado e nem a presença do agente comunitário de saúde fazendo a visita domiciliar. Visita essa que pode encontrar muitos casos de hanseníase e direcioná-los ao posto/unidade de saúde (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a análise da busca de informações epidemiológica e socioeconômica auxiliará na visualização da situação detalhada da hanseníase em Maceió, capital de um dos estados da região nordeste, como também auxiliará nas estratégias de combate desta referida patologia, visando à descrição do perfil deste público acometido. Maceió é o município com o maior número de casos notificados no estado de Alagoas, cerca de 50% do total de casos do Estado (SESAU, 2005).

O objetivo deste estudo foi realizar uma análise da incidência da doença entre a população de Maceió no período entre 2007 e 2012, a partir da identificação do perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase e identificação de características socioeconômicas dos pacientes. A contribuição à literatura refere-se à expansão dos indicadores, para além do foco exclusivamente epidemiológico, incluindo uma tentativa de caracterização sócio-econômico-demográfica dos portadores da doença.

O presente estudo encontra-se dividido em cinco partes. Primeiro capítulo: introdução com a contextualização do assunto, justificativa e objetivo. Capítulo dois: revisão da literatura, história da hanseníase no mundo, no Brasil e descrição do município de Maceió. Terceiro capítulo: composto por métodos e resultados ilustrados por tabelas e gráficos. Quarto capítulo: apresenta-se a discussão dos resultados, e por fim, o quinto capítulo com as conclusões do estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Hanseníase no Mundo

A hanseníase é uma doença milenar conhecida desde os tempos bíblicos como lepra (Bíblia Sagrada, 1992) que acomete o homem até hoje. Ainda é difícil afirmar a época do seu aparecimento, pois os relatos são baseados em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações de aspectos que lhe são mais característicos (OPROMOLLA, 1981).

Na Índia, foi escrito o “Shushruta Samhita” (uma espécie de tratado médico) datado de 600 a.C., que descreve hiperestesia, anestesia, formigamento e deformidade sob os termos “vat-ratka” e “vatsonita”. Sob a designação de “kushta”, cita três espécies de manifestações cutâneas principais: “a anestesia local, ulcerações e deformidades - queda dos dedos e desabamento do nariz” características da descrição bem próxima da lepra (OPROMOLLA, 1981).

Há relatos que considera a origem da hanseníase como referência mais remota datadas de 600 a.C. procedente da Ásia, que juntamente com a África podem ser consideradas o berço da doença (BRASIL, 2007). Ainda hoje se discute se a hanseníase é de origem asiática ou africana (EIDT, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde e a Divisão Nacional de Dermatologia sanitária (1989) - conhecendo a história, a origem e o estigma da doença que era também conhecida dos antigos gregos, entre os quais era chamada de elefantíase. Na verdade, o termo *lepra* foi usado por Hipócrates, mas suas descrições indicam doença de pele com lesões escamosas (do grupo leper = escamas), entre as quais certamente podem estar a psoríase e os eczemas crônicos, sem haver, porém, menção às manifestações neurológica da hanseníase (BRASIL, 1989).

As menções à “lepra” são também atribuídas à Bíblia. Este termo foi traduzido por “lepra” ou seu equivalente nos diferentes idiomas, sem que se possa afirmar com certeza seu significado preciso no texto original. A associação da hanseníase com o termo *lepra*, que por sua vez, está associado a imagens de deformidades, reforçadas por conceitos populares e religiosos de impurezas e castigo divino, é uma das principais origens de preconceitos e problemas psicossociais ainda hoje, relacionados à doença (BRASIL, 1989).

Durante a Idade Média, segundo as evidências de que se dispõe, a hanseníase manteve alta prevalência na Europa e no Oriente Médio. O concílio realizado em Lyon, no ano de 583, estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Essas regras consistiam em isolar o doente da população sadia. Ainda na Idade Média (século XII), a criação das primeiras ordens religiosas dedicadas a prestar cuidados aos doentes de hanseníase foram responsáveis pela criação de centenas de asilos para abrigar os acometidos pela doença. Pode-se estimar a magnitude da hanseníase na Europa no século XIII pela existência de cerca de 19.000 leprosários naquele continente (BRASIL, 1989).

Por volta de 1870, a hanseníase já havia praticamente desaparecido em quase todos os países da Europa e mesmo na Noruega, onde ainda podia ser considerada endêmica, sua incidência já se achava em declínio. Admite-se que esse declínio teve como causa principal a melhoria das condições socioeconômicas experimentadas pelos povos europeus ao longo das Idades Moderna e Contemporânea, fator determinante para diminuição da doença, comprovado depois em outros países (BRASIL, 1989).

Duarte (2007) afirma que ao longo da história, essas medidas tomadas para enfrentar o problema da hanseníase que tiveram por base o isolamento do doente, não foram eficazes para a eliminação da doença, pelo contrário, contribuiu para aumentarem o medo e o estigma associados à doença.

Ao mesmo tempo em que a hanseníase tendia ao desaparecimento na Europa, mantinham-se os focos endêmicos da Ásia e África e introduzia-se a doença no Novo Mundo, a partir das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos. Durante o Período da Colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova era endêmica mundial (BRASIL, 1989).

Segundo Eidt (2004), atualmente todos os países da América do Sul tem hanseníase, sendo o Brasil o que apresenta as mais altas incidência e prevalência desta doença neste continente.

2.2 A Hanseníase no Brasil

No Brasil, os primeiros casos de hanseníase foram notificados no ano de 1600, na cidade do Rio de Janeiro, (EIDT, 2004) onde anos mais tarde seria criado o primeiro

“Lazarento” – local para abrigar os doentes de Lázaro, lazarentos ou leprosos. Outros focos da doença foram identificados, principalmente na Bahia e no Pará, o que levou as autoridades da Colônia a solicitarem providencia a Portugal sem, entretanto, serem atendidas. As primeiras iniciativas do Governo Colonial só foram tomadas dois séculos depois, com a regulamentação do combate a doença, por ordem de D João V. Entretanto, as ações de controle se limitaram à construção de leprosários e à assistência precária aos doentes (BRASIL, 1989).

Uma fase intermediária da história da hanseníase no Brasil se constitui no período compreendido entre 1912 e 1920, com o reconhecimento do problema pelas autoridades sanitárias. Emílio Ribas, Oswaldo Cruz e Alfredo Matta começaram a denunciar o descaso do combate à endemia e a tomar medidas isoladas em sua área de atuação, merecendo destaque a iniciativa de Emílio Ribas, em São Paulo. Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, foi instituída a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. As ações de controle daquela época priorizavam apenas a construção de leprosários em todos os estados endêmicos (BRASIL, 1989).

Em 1935, o controle da doença tomou novo rumo, com o plano de ação mais abrangente e com a extensão da assistência aos familiares dos pacientes, através da criação de ligas de caridade (AGRÍCOLA 1946). Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Lepra, que no ano seguinte, realizou censo da doença em números de municípios dos Estados do Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás, além de proceder à coleta e a organização de dados que forneceram informações mais atualizadas da realidade da doença no país. Já naquela época, a região Norte apresentava maior prevalência do país, fato que era explicado em função do clima tropical. Já se fazia também referência à presença, na Amazônia (no trabalho dos seringais), de migrantes nordestinos doentes, justificando-se baixa prevalência no Nordeste pelo caráter migratório da população. Nas regiões leste e sul, chamava a atenção o acometimento de um grande número de estrangeiros (BRASIL, 1989).

A distribuição geográfica da hanseníase no Brasil, nos anos 40 não difere grandemente da que se observa nos dias atuais, sobretudo na alta endemicidade verificada na região Norte. Entretanto, nota-se a precariedade da justificativa encontrada para esse fato. Sabendo-se que a hanseníase já foi endêmica em países tão frio como a Noruega, e que é justamente nas áreas mais quentes do planeta que se situam as nações mais subdesenvolvidas. Deve-se antes estabelecer uma relação entre a ocorrência de casos da doença e a situação socioeconômica das populações, do que atribuir sua predominância a fatores climáticos (BRASIL, 1989).

Como se observou, as medidas tomadas para enfrentar o problema da hanseníase no Brasil não diferem do que ocorreu no resto do mundo. O isolamento dos doentes foi uma iniciativa que não se revelou capaz de controlar a endemia e contribuiu para aumentar o medo e o estigma associados à doença. Deformidades e ulcerações visíveis e falsos conceitos sobre a transmissibilidade e possibilidade de cura ainda determina uma rejeição pela sociedade e até por profissionais de saúde (BRASIL, 1989).

Uma vez que a associação da hanseníase com o termo “lepra” tem provocado reações semelhantes em toda sociedades, a despeito da diversidade cultural, é forçoso concluir-se que essas reações de negação referem-se a um fator cultural básico e universal. As observações feitas por alguns pesquisadores apontam a deformação física como a ocorrência mais temida em todas as sociedades. O medo de contaminação pode parecer o fator fundamental de rejeição ao doente, todavia, deve-se levar em conta que tal medo existe quando se teme o resultado da contaminação. Verifica-se, portanto, que o contágio não explica por si a reação; na verdade, seus possíveis efeitos – as deformações – é que se constitui o elemento fundamental (BRASIL, 1989).

O Brasil teve a iniciativa pioneira de substituir oficialmente o termo “lepra” por hanseníase. Essa medida, entretanto, não tem se mostrado suficiente para, por si só, eliminar o estigma. Em primeiro lugar, por sua adoção não ter sido universal e o termo “lepra” continuar sendo utilizado como sinônimo de hanseníase. Em segundo lugar e principalmente porque a adoção não foi acompanhada de um esforço educativo, no sentido de mudar as atitudes diante da doença. Assim, ainda hoje continuam vigentes leis que discriminam o doente de hanseníase, impedindo sua reabilitação social, persistindo também, mesmo entre profissionais de saúde, um comportamento estigmatizante, que desestimula o portador a prosseguir no tratamento da doença e, inclusive, cerceia seu acesso aos recursos de saúde disponíveis (BRASIL, 1989).

Segundo Coura (2008), no Brasil, por força da Lei Nº 9.010 de março de 1995, essa doença passou a chamar-se de “mal de Hanse” ou hanseníase, em homenagem ao descobridor do bacilo, devido ao preconceito e à discriminação aos portadores de hanseníase. O Ministério da Saúde mudou o termo Lepra para Hanseníase no intuito de minimizar o preconceito e o estigma que a população carregava a respeito da doença. Porém, não se teve muito êxito, pois ainda é perceptível o receio que certas pessoas têm a doença nos dias atuais.

Entretanto, não sendo mais chamada de lepra, a hanseníase não deixa de ser uma doença grave, potencialmente incapacitante e contagiosa, embora com baixa patogenicidade, e que se situa, pois, por alta prevalência, entre as endemias nacionais de maior importância, sendo, pois, um dos mais sérios problemas de saúde pública, enfrentados no Brasil. Enquanto a doença não for assim encarada, continuarão sendo destinados recursos insuficientes para seu controle. E enquanto um programa educativo adequado não for desenvolvido, a hanseníase continuará sendo sinônimo de lepra e persistirão os graves problemas psicossociais por ela encarados (BRASIL, 1989).

A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro de hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura. No Brasil, cerca de 47.000 casos novos são detectados a cada ano, sendo 8% deles em menores de 15 anos (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hanseníase como um problema de saúde pública, principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes. Segundo o boletim epidemiológico da OMS de 27 de agosto de 2010, 16 países no mundo notificaram mil ou mais casos em 2009. Entre as regiões da OMS, a Ásia apresentou a maior taxa de detecção com 9,39 casos por 100.000 habitantes, seguida das Américas com 4,58 casos com 100.000 habitantes. Nestas regiões os dados foram fortemente influenciados pelo número de casos notificados pela Índia com 133.717 (maior número de casos), e pelo Brasil com 37.610 casos, o segundo país em número de casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas, 93% são casos notificados no Brasil (OMS, 2010).

Segundo dados relatados pela OMS (2010), observa-se maior ocorrência nas regiões Norte e Centro-Oeste, seguidos da região Nordeste. A região Norte apresentou nos sete anos acompanhados um coeficiente médio de 69,40/100.000 habitantes, com valores situados entre 54,25/100.000, o mais baixo, registrado em 2007, e 78,01/100.000, o mais alto, correspondente ao ano de 2003.

Na região Centro-Oeste, o coeficiente apresentou um valor médio de 60,77/100.000 habitantes, variando de 40,65/100.000, em 2007, e 68,69/100.000, em 2003. A média do coeficiente, para o período, referente à região Nordeste foi de 35,48/100.000 habitantes, sendo o valor anual mais baixo de 31,53/100.000, em 2007, e o mais alto, de 38,75/100.000, registrado em 2004 (OMS, 2010).

2.3 A Descrição da Hanseníase

Sobre a hanseníase é uma infecção granulomatosa sistêmica, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente da família Micobactereacea, de baixa virulência e lenta multiplicação, intracelular obrigatório. Descoberto e descrito por Gerhard H. A. Hansen em 1968, em Bergen, na Noruega. O bacilo tem tropismo específico pelos filetes nervosos periféricos, afetando pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos linfonodos, medula óssea, vísceras abdominais, testículos e ovários entre outros órgãos (COURA, 2008).

A sua transmissão se faz pelo contágio direto com aerossóis de pacientes infectados pelo bacilo, pela inoculação na mucosa nasal e, ocasionalmente, na pele pelo contato com soluções de continuidade. Também há a possibilidade de ocorrer contaminação por método indireto, através de objetos contaminados e vetores (SBD, 2010).

De acordo com o presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a doença atinge, sobretudo, a população economicamente ativa, na faixa etária entre 13 e 50 anos. Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino (SBD, 2010).

As manifestações neurológicas são comuns em todas as formas clínicas. Na hanseníase a forma indeterminada não há comprometimento de troncos nervosos, não ocorrendo por isso, problemas motores. Na hanseníase tuberculóide o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso (SBD, 2010).

De acordo com Veronesi (1991), se há um diagnóstico que deve ser firmado com absoluta segurança é o da hanseníase. São tais os conflitos e os danos de natureza efetiva, moral e econômica por ele desencadeado, que este o diagnóstico só será estabelecido quando não houver a menor dúvida.

Ainda o mesmo autor, como todo diagnóstico, o da hanseníase também deve ser feito tomando-se por base o maior número possível de dados positivos característicos ou mesmo negativos, desde que possam servir para sua elucidação. Para o leprólogo e o dermatologista, a clínica pode bastar na grande maioria dos casos. Mas, para o clínico geral, é aconselhável lançar mão de todos os recursos indicados. É óbvia a importância do diagnóstico precoce no que diz respeito aos benefícios que pode trazer ao enfermo, seus familiares e à sociedade, possibilitando maior sucesso ao tratamento, reduzindo o número ou aparecimento de casos contagiantes e concorrendo assim, para uma diminuição dos focos de contágio.

De acordo com a Portaria nº 3.125/2010 do Ministério da Saúde, o diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, e é realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico).

O diagnóstico é feito através do exame clínico, realização da anamnese, avaliação dermatológica e neurológica (presença de alteração de sensibilidade e motora e espessamento neural); e laboratorial, através da baciloscopia, onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais, como os lóbulos auriculares e/ou cotovelos (LIMA *et al.* 2010).

De acordo com a resposta imunológica específica ao bacilo, a infecção evolui de diversas maneiras. Essa resposta imune constitui um espectro que expressa as diferentes formas clínicas (GOMES *et al.* 2005).

O Ministério da Saúde (MS) classifica a hanseníase para fins operacionais de tratamento quimioterápico em duas (PB e MB):

I.Paucibacilares (PB): casos com até cinco lesões de pele:

A classificação - PB pode se apresentar de duas formas clínicas: hanseníase tuberculóide (HT) e hanseníase indeterminada (HI);

Hanseníase Tuberculóide – caracteriza-se clinicamente por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosa, ou por manchas hipocrômica nítida, bem definidas. Apresenta queda de pelos e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. As lesões de pele apresentam-se em número reduzido, podendo, também ocorrer cura espontânea. O comprometimento de nervos ocorre, geralmente, de forma assimétrica, sendo, algumas vezes, a única manifestação clínica da doença. A baciloscopia de raspado intradérmico é negativa (BRASIL, 2010).

Hanseníase Indeterminada – segundo Coura (2008) é a forma inicial da doença na qual, depois de um longo período de incubação, aparece uma mancha hipocrômica ou eritematosa na pele, com bordas irregulares, discreto comprometimento neural e conseqüentemente hipoestesia. A mancha que aparece em qualquer parte do corpo, principalmente nas áreas cobertas por roupas, pode permanecer por longo tempo, regredir ou evoluir para outra forma de acordo com a imunidade do hospedeiro. Em geral as lesões são únicas e isoladas e a sua

busca pelo médico é uma parte importante no exame clínico de qualquer paciente, suspeito ou não de hanseníase.

Pode ocorrer alteração apenas de sensibilidade térmica com preservação das sensibilidades dolorosas e tátil. Não há comprometimento de nervos e, por isso, não ocorrem alterações motoras ou sensitivas que possam causar incapacidades. A baciloscopia de raspado intradérmico é sempre negativa, quando positiva indica evolução da doença (BRASIL, 2010).

II Multibacilares (MB): casos com mais de cinco lesões de pele:

A classificação - MB pode se apresentar de duas formas clínicas mais graves da hanseníase virchowiana (HV) e hanseníase dimorfa (HD):

Hanseníase Virchowiana – caracteriza-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltrativas, de limites imprecisos, brilhante e de distribuição simétrica. Nos locais em que a infiltração for mais acentuada podem se formar pápulas, tubérculos, nódulos e placas chamadas genericamente de hansenomas. Pode haver infiltração difusa da face e de pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios. Devem ser valorizados sintomas gerais incluindo obstrução nasal e rinite, mesmo na ausência de lesões significativas de pele e de nervos. Esta forma constitui uma doença sistêmica com manifestações mucosas e viscerais importantes, especialmente nos episódios reacionais, onde olhos, testículos e rins entre outras estruturas, podem ser afetados. Existem alterações de sensibilidade das lesões de pele e acometimento dos nervos, porém, não tão precoces e marcantes como na forma tuberculóide. A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva com grande número de bacilos (BRASIL, 2010).

Segundo Coura (2008) a forma da hanseníase virchowiana é característica do pólo imune “negativo” de baixa resistência e multibacilar. É a forma com grande capacidade de transmissão e disseminação. Frequentemente ocorre infiltração da face, pavilhão auricular, perda dos pelos dos supercílios, infiltração das pálpebras com lesões nodulares e pápulo-tuberosas caracterizando a “face leonina” lepromatosa.

Hanseníase Dimorfa – clinicamente oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e as da forma virchowiana. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitada, com pouco ou nenhum bacilos, e lesões infiltrativas mal delimitadas, com muitos bacilos. Uma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento de nervos e os episódios reacionais são frequentes, podendo o paciente desenvolver incapacidades e deformidades

físicas. A baciloscopia de raspado intradérmico pode ser positiva ou negativa (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde estabelece uma classificação para a determinação do grau de incapacidades causadas pela hanseníase, de acordo com as limitações apresentadas nos olhos, mãos e pés dos pacientes nos graus 0, 1 e 2. Segundo a OMS, o grau 0 está classificado os doentes sem qualquer tipo de incapacidade funcional; grau 1, aqueles que apresentam perda de sensibilidade protetora e o grau 2 que, além da perda de sensibilidade, apresentam complicações tais como: úlceras tróficas, garras, reabsorções ósseas, em mãos e/pés ou ainda, lesões oculares diversas (BRASIL, 2010).

Em virtude de sua cronicidade e baixa letalidade, essa doença se mantém ao longo dos anos em expansão endêmica em várias regiões, caracterizada pela distribuição não uniforme, o que resulta em dificuldades para o controle epidemiológico (BRASIL, 2005).

Os fatores associados à distribuição espacial da hanseníase podem ser naturais e sociais. Entre as premissas naturais, encontra-se o clima, o relevo, tipos de vegetação e determinados ecossistemas. Entre as premissas sociais, destacam-se condições desfavoráveis de vida, desnutrição, movimentos migratórios e outras (BATISTA *et al.* 2011).

A hanseníase tem cura. O tratamento é feito nas unidades de saúde do SUS e é gratuito. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico (MS, 2010). Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT/OMS); e pelo Ministério da Saúde do Brasil, visa ao tratamento erradicante do *Micobacterium Leprae* evitando a resistência microbiana, a interrupção do ciclo de transmissão, o controle e a erradicação da endemia, a supressão dos surtos reacionais e a prevenção da incapacidade física (COURA, 2008).

A poliquimioterapia da OMS é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona, clofazimina, com administração associada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema padrão, que podem variar de 6 a 18 meses de acordo com a classificação operacional do doente em paucibacilar e multibacilar (BRASIL, 2009).

Segundo a (OMS, 2010), a hanseníase é uma das doenças que produzem forte impacto social e psicológico sobre as pessoas afetadas, suas famílias e as sociedades em que vivem. O programa de tratamento deve incluir o aconselhamento profissional através de equipe

multiprofissional como importante estratégia de cuidado para com o paciente. Deve também apresentar diretrizes e protocolos para criar e ampliar a competência dos profissionais de saúde em três áreas importantes: capacidade de transformar conhecimentos em informações facilmente compreensíveis pelas pessoas afetadas pela hanseníase; capacidade de gerenciar pessoas e tarefas e habilidades de comunicação. Um profissional de saúde bem capacitado deve ser capaz de aconselhar, apoiar, orientar, partilhar informações e reforçar habilidades que resultem no aumento do poder dos pacientes.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica que foi diagnosticado, utilizando-se ficha de notificação e investigação, do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos três níveis de atenção a saúde, Federal, Estadual e Municipal. A notificação deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. As fichas de notificação dos casos devem ser preenchidas preferencialmente por profissionais das unidades de saúde onde o paciente foi diagnosticado (BRASIL, 2009).

2.4 A Descrição do Município de Maceió e a Hanseníase

O Município de Maceió representado nas figuras 1 e 2, aqui analisado é atual sede da capital do estado de Alagoas elevado pela Resolução Provincial nº 11, de 9 de dezembro de 1839, na categoria de cidade e capital da província e no dia 16 de dezembro de 1839 foi instalada a sede do governo em Maceió, transferida da antiga cidade de Alagoas (hoje Marechal Deodoro) para Maceió. A partir daí, Maceió consolidou seu desenvolvimento administrativo e político. O nome Maceió tem denominação tupi "Maçayó" ou "Maçaió-k" que significa "o que tapa o alagadiço" (IBGE, 2010).

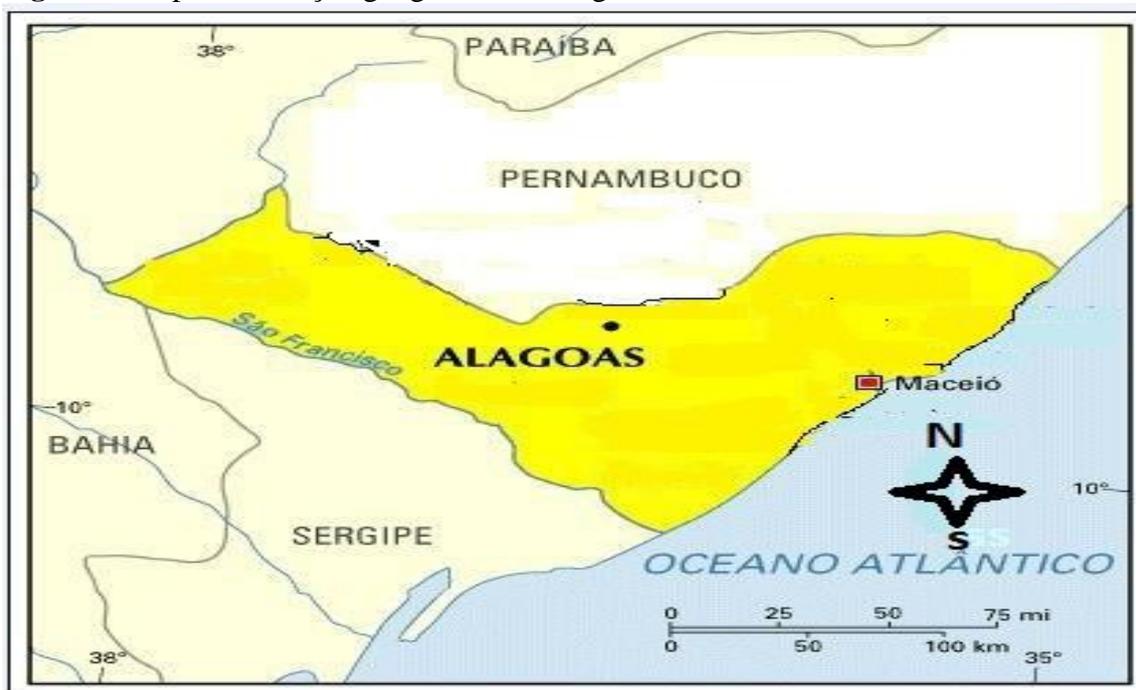
O município de Maceió localiza-se no litoral do Estado entre a lagoa Mundaú e o Oceano Atlântico, ou seja, numa restinga, explicando sua forma alongada como mostra a figura 2, dividida em 50 bairros e sete Distritos Sanitários. É uma cidade porto, local de convergências de estrada, entre elas as federais: BR-101, BR- 104 e BR-316 e as estaduais: AL-101 norte, AL-101 sul e AL-105. Com área territorial de 510,655 km², pertence à 1ª Macrorregião (sede), 1ª Região de Saúde (Município-sede), 1ª Microrregião de Saúde

(Município-sede). Sua população residente é de 932.748 habitantes em 2010, IDH-M 0,721, o que representa o IDH mais baixo das capitais brasileiras (IBGE, 2010).

Maceió enquadra-se como um dos 10 municípios de Alagoas prioritário (com maior número de casos), para a meta da eliminação da hanseníase uma vez que esta doença, além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam no risco de adoecer (Brasil, 2002). Diante disso, fazem-se necessários informar que a população de Maceió atualmente é 932.748 habitantes; dividida por sexo: 53 21% mulheres e 46,79% homens. Do total da população 99% são residentes na zona urbana (IBGE, 2010).

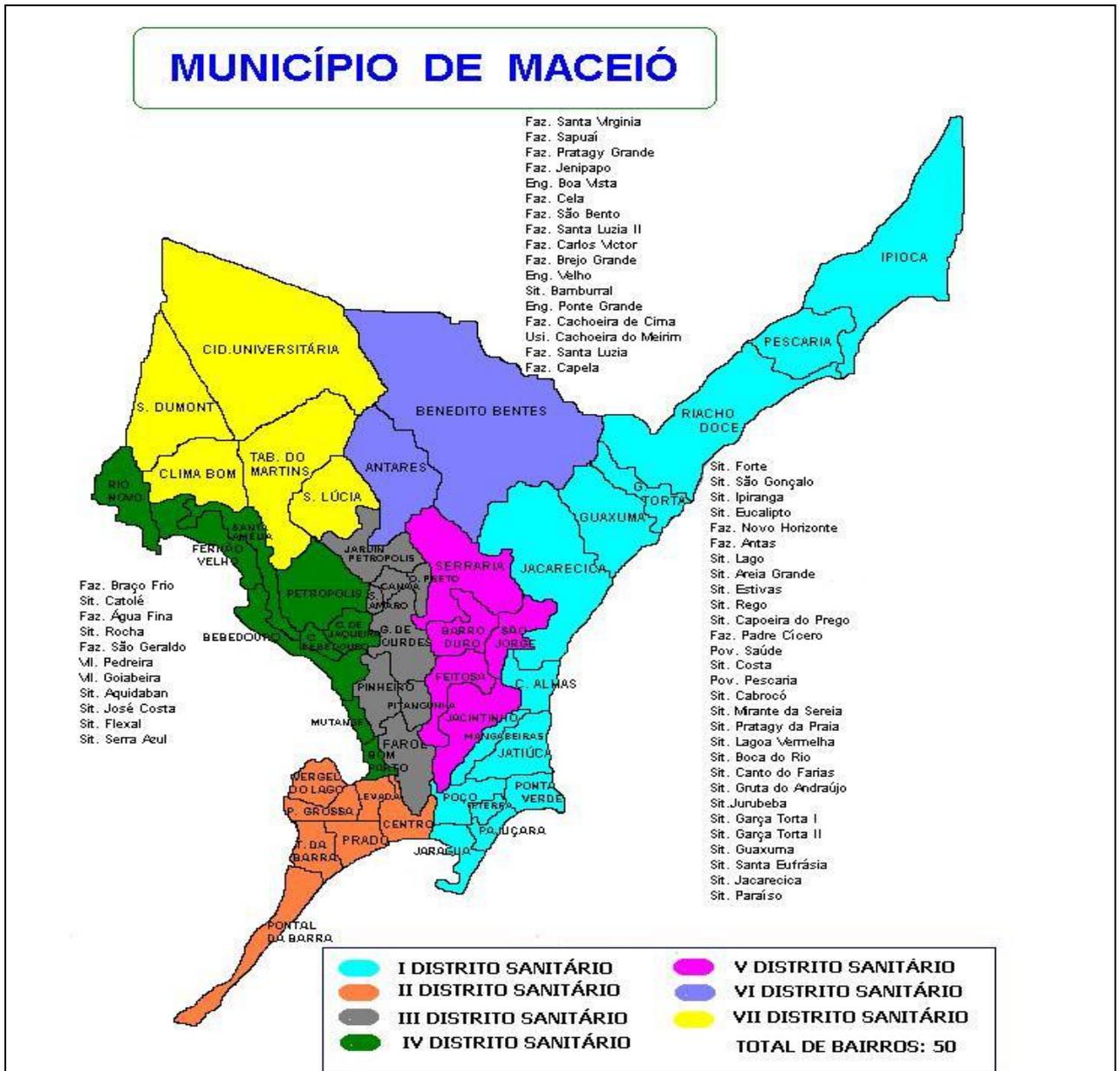
Segue algumas ilustrações através de figuras 1 e 2 de mapas, tabelas 1e 2 e gráfico 1 com informações de Maceió, compostas de indicadores socioeconômicos e demográficos que são sugestivos de uma situação de saúde e educação precárias, uma vez que a população comparada às demais capitais do Brasil apresenta-se como a última em índice de desenvolvimento humano - IDH (IBGE, 2010).

Figura1: Mapa localização geográfica de Alagoas e Maceió



Fonte: ourobranco.com, adaptado pela autora

Figura 2 - Divisão de Maceió por Distrito Sanitário



Fonte: SESAU, 2005.

Tabela 1 - Caracterização dos Indicadores socioeconômicos de Maceió

Indicadores	Taxa/índices			
	Maceió	Alagoas	Nordeste	Brasil
IDH-M	0,721	0,631	0,608	0,699
Esperança de vida ao nascer (em anos)	72,90	68,80	70,80	73,40
Taxa de Mortalidade Infantil/1000 (nascidos vivos)	22,00	18,60	20,30	16,00
Taxa de analfabetismo (%)	11,30	24,30	17,65	9,60
Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	1.846	112,39	34,15	22,43
PIB (R\$/milhão)	12. 987	24.575	507.502	3.770.085

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010 e DATASUS, 2010.

Maceió, atualmente, encontra-se dividido em 50 bairros, subdivididos em 7 regiões administrativas, que corresponde aos VII Distritos Sanitários de saúde, contemplando todos os bairros como mostra a figura 2. Tem como condicionantes para a ocupação os limites físicos de seu sítio natural: o oceano Atlântico, a Lagoa Mundaú e o aglomerado de grotas e encostas localizadas a nordeste da cidade. O relevo da cidade é constituído de três tipologias: as planícies costeiras e lagunar, os tabuleiros e as encostas (SILVA, 2011).

A Coordenação do Programa Municipal da Hanseníase de Maceió através de suas respectivas unidades básicas de saúde acompanha as notificações de cada caso de hanseníase de acordo com o seguinte fluxo: cada distrito sanitário possui um Agente da Vigilância Epidemiológica que, atendendo às decisões tomadas, recolhe as notificações (segunda-feira) de acordo com a semana epidemiológica e as leva à sede da Vigilância Epidemiológica / Coordenação do Programa da Hanseníase do Município de Maceió. Cada ficha deve ser analisada antes da digitação para o envio posterior ao nível central, compromisso que o município de Maceió tem atualmente regularmente assumido para melhor controle dos casos (SESAU, 2005).

Tabela 2 - Renda, Pobreza e Desigualdade. Maceió 2010.

	1991 (R\$)	2000 (R\$)	2010 (R\$)
Renda per capita	455,26	583,12	792,54
% extremamente pobres	13,40	11,53	5,29
% pobres	35,61	31,92	15,57
Índice de Gini ¹	0,62	0,66	0,63

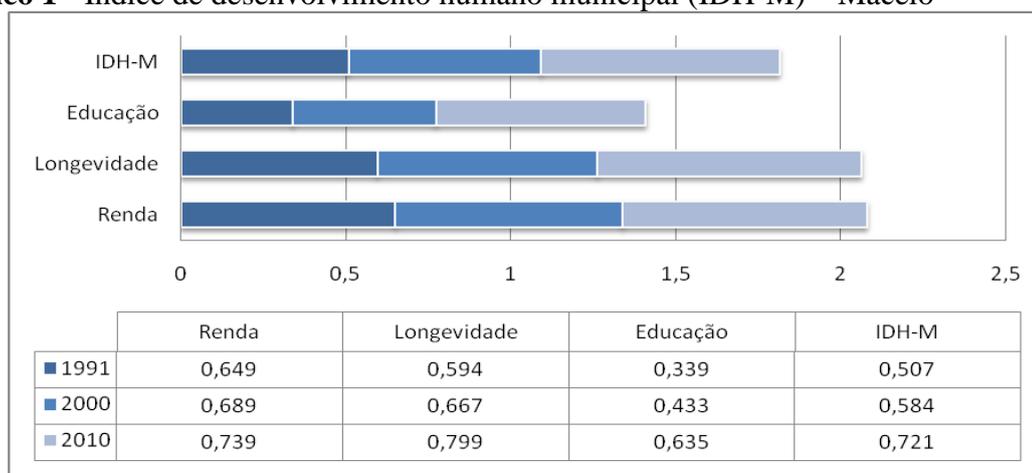
Fonte: Pnud, Ipea e FJP (1991-2010).

¹ Nota: “Índice de Gini - é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar”. (BRASIL, 2013)

Na tabela 2 a renda per capita média de Maceió cresceu 74,09% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 455,26 em 1991 para R\$583,12 em 2000 e R\$792,54 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 28,09% no primeiro período e 35,91% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 13,40% em 1991 para 11,53% em 2000 e para 5,29% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,62 em 1991 para 0,66 em 2000 e para 0,63 em 2010 (BRASIL, 2013).

Maceió ocupa a 1266ª posição, em 2010 em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 1265 (22,73%) municípios estão em situação melhor e 4.300 (77,27%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 102 outros municípios de Alagoas, Maceió ocupa a 1ª posição, sendo que (0,00%) municípios estão em situação melhor e 102 (100,00%) municípios estão em situação pior ou igual (BRASIL, 2013).

Gráfico 1 - Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) – Maceió



Fonte: Pnad, IPEA e FJP (1991-2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Maceió – no gráfico 1 - é 0,721, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,202), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,094), seguida por Longevidade e por Renda (BRASIL 2013).

Em relação à atividade econômica entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 64,60% em 2000 para 66,23% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de

desocupação o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada passou de 22, 24% em 2000 para 11,63% em 2010 (BRASIL, 2013).

Ao realizar a revisão da literatura deste estudo, percebe-se que há pesquisas de vários níveis de pós-graduação e artigos sobre hanseníase em várias localidades do Brasil, porém pouco tem se pesquisado hanseníase em Alagoas. E, em Maceió, não há até o momento desta pesquisa, não foi encontrado artigo ou pesquisa com as características sócioeconômica, ou seja, além dos dados epidemiológicos, como neste presente estudo, onde houve o interesse em visualizar a hanseníase além das características biológicas da população estudada. Dessa forma, esta dissertação preocupou-se em analisar também as características, sociais, econômicas e demográficas no intuito de associar a incidência da doença com o meio social que se encontram estes pacientes, como será demonstrado nos resultados deste estudo como em outras publicações já realizadas em outros Estados do Brasil, e no mundo.

Assim, com a utilização das informações sistematizadas do banco de microdados do Ministério da Saúde mais especificamente o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), com essa ferramenta de avanço criada no SUS é possível realizar vários estudos com os dados armazenados. Juntamente com outros bancos de microdados já existentes, como informações do IBGE facilita a associação de dados epidemiológicos com dados socioeconômicos e demográficos. Tudo isso, pode ser fonte para realizar estudos em qualquer esfera seja, a nível federal, estadual ou municipal. Como nesta pesquisa foi realizada a nível municipal, Maceió.

3. MÉTODO E RESULTADOS

O método utilizado para gerar os resultados será demonstrado na forma de tabelas e gráficos segundo características epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas da população com hanseníase em Maceió, para melhor visualização do objetivo deste estudo.

3.1 Delineamentos do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de base documental com abordagem quantitativa, no qual será delineado o perfil epidemiológico e socioeconômico dos pacientes de hanseníase do município de Maceió- AL nos anos de 2007 a 2012.

O estudo é descritivo e quantitativo, por ser um estudo que possui como função primordial, a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas. Geralmente contêm um grande número de variáveis e utilizam técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo (LAKATOS, 2003).

A técnica do estudo é de base documental e retrospectiva por se tratar de pesquisa cuja fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos, constituindo o que se denomina de fontes secundárias. Estas podem ser aplicadas quando o fato ou fenômeno já ocorreu (LAKATOS, 2003).

3.2 Aspectos geográficos e demográficos do município pesquisado

A cidade de Maceió está localizada na mesorregião leste do estado de Alagoas e na região Nordeste do Brasil é a atual capital do estado de Alagoas. O Município possui área de: 510,655 km² (IBGE, 2010).

No Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010) a população residente é de 932.748 pessoas, sendo composta de 436.492 habitantes do sexo masculino e 496.256 habitantes do sexo feminino. Aproximadamente 99,93% dos residentes maceioenses encontram-se na área urbana da cidade e apenas 0,07% estão na área rural.

3.3 População alvo e local do estudo

A população alvo constitui-se de todos os pacientes (879) portadores de hanseníase do município de Maceió-AL de ambos os sexos atendidos no serviço público de saúde de Maceió no período 2007 a 2012.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram obtidos através do sistema de notificação oficial do Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), implantado em 1993, (ROUQUAYROL; FILHO, 2003) o mesmo é adaptado à municipalização dos serviços de vigilância epidemiológica o que possibilita a coleta e o trabalho com informações desde as unidades de saúde até o nível Federal com informações sistemáticas sobre dados epidemiológicos e sociodemográficos deste pacientes.

De acordo com a Portaria conjunta nº 125, do Ministério da Saúde de 2009, o fluxo de informações em hanseníase deverá ser construído segundo a lógica do envio sistemático dos dados e atualização permanente do sistema de informações, desde o nível municipal até a esfera federal; conforme dados dos anexos (A e B).

Foram respeitadas as normas éticas conforme resolução 466/2012 em manter o anonimato dos portadores de hanseníase; não houve identificação de nenhum paciente por nome, endereço, telefone ou outras informações. Diante disso, os dados utilizados na pesquisa foram liberados após termo de autorização assinado pela secretária de saúde (carta de anuência) da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (anexo E).

A análise foi feita pela microsimulação dos microdados do sistema de notificação oficial do Ministério da Saúde, onde foram investigadas as seguintes variáveis: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, distrito sanitário, ocupação, forma clínica, classificação operacional, avaliação do grau de incapacidade, modo de entrada, esquema terapêutico e tipo de alta. Os dados populacionais para cálculo da taxa anual de detecção foram obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para informações socioeconômicas foi utilizado um mapa com a distribuição espacial da média de renda da população de Maceió por bairros, as quais foram agrupadas por faixa de renda crescente de 1 a 5, conforme o anexo (D).

3.5 Resultados da análise epidemiológica e socioeconômica

Ao longo do estudo foram notificados em Maceió: 879 casos de hanseníase distribuídos nesta tabela 3 por vários seguimentos, bem como por distrito sanitário, zona de residência, faixa etária, raça/cor, grau de incapacidade, forma clínica, esquema terapêutico, modo de entrada, tipo de saída, ou seja, alta e escolaridade.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de hanseníase notificados em Maceió (2007 - 2012).

DISTRITOS SANITÁRIOS	%
I Distrito	9,10
II Distrito	22,53
III Distrito	5,01
IV Distrito	11,72
V Distrito	16,04
VI Distrito	8,53
VII Distrito	27,08
Total	100,00
ZONA DE RESIDÊNCIA	%
Urbana	99,20
Rural	0,80
Total	100,00
FAIXA ETÁRIA	%
0 – 14	4,21
15 – 19	5,57
20 – 34	31,63
35 – 49	26,51
50 – 64	23,09
65 acima	8,99
Total	100,00
RAÇA /COR	%
Branca	24,80
Preta	12,06
Amarela	1,14
Parda	58,70
Indígena	0,11
Ignorada	3,19
Total	100,00
GRAU DE INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO	%
Grau zero	51,99
Grau I	25,82
Grau II	8,53
Não avaliado	13,65
Total	100,00
FORMA CLÍNICA	%
Indeterminada	11,95
Tuberculóide	21,84
Dimorfa	26,28
Virchowina	16,15
Não classificada	23,78
Total	100,00

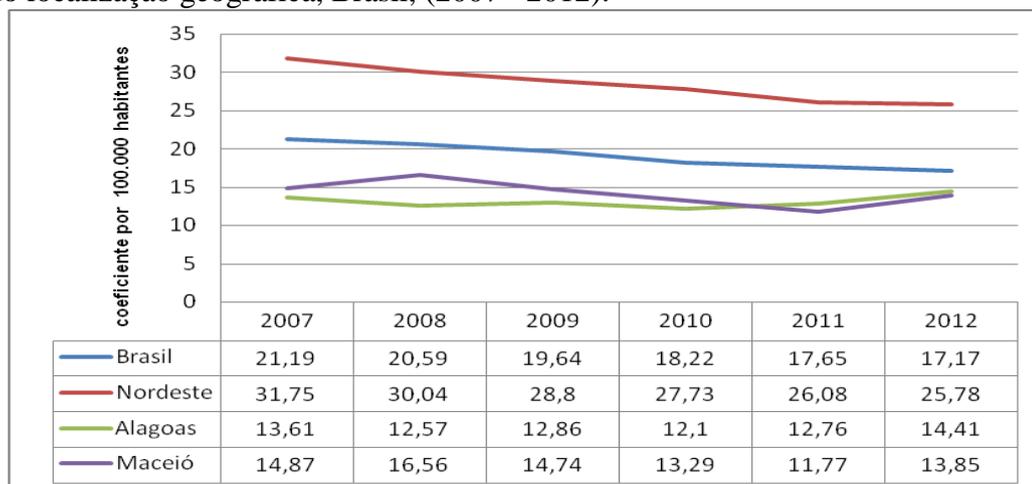
ESQUEMA TERAPÊUTICO	CONT.	%
PQT/MB/ 12 doses		44,94
PQT/PB/ 6 doses		54,61
Outros esquemas substitutos		0,46
Total		100,00
MODO DE ENTRADA		%
Casos novos		90,78
Transferidos do mesmo município		0,68
Transferidos de outros municípios		0,80
Transferidos de outros estados		1,14
Recidivas		2,96
Outros reingressos		3,64
Total		100,00
TIPOS DE SAÍDA		%
Cura		80,66
Transferido para mesmo município		0,91
Transferido para outros municípios		0,91
Transferido para outros estados		1,48
Óbitos		1,59
Abandonos		12,74
Erros de diagnósticos		1,71
Total		100,00
ESCOLARIDADE		%
Sem informação		3,18
Ensino fundamental incompleto		37,99
Ensino fundamental completo		58,81
Total		100

Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió

Ainda nesta tabela 3, foi realizado um perfil epidemiológico destes pacientes, conforme as categorias selecionadas. Dessa forma, houve sempre o predomínio para uma determinada característica em relação à outra categoria da mesma tabela. Como no caso concentraram-se os casos nos distritos mais populosos e pobres os DS II e o DS VII, zona urbana, faixa etária ativa, raça parda, grau de incapacidade zero, forma clínica dimorfa, esquema terapêutico PB, modo de entrada como casos novos e tipo de saída, foi tipo alta por cura. Mesmo com pequenas diferenças em alguns casos.

Em relação à escolaridade percebe-se nitidamente que possuem baixa escolaridade, a escolaridade predominou com o nível ensino fundamental incompleto 37,99% e ensino fundamental completo 58,81%. Os demais se classificaram como ignorados sem informação, com apenas 3,18%. Embora que foi apenas uma pequena parte da população, 28 pessoas, que talvez esteja em idade extrema, crianças ou idosos, que não se enquadraram nas categorias de grau de escolaridade.

Gráfico 2 - Coeficiente de detecção de casos novos hanseníase por 100.000 habitantes segundo localização geográfica, Brasil, (2007 - 2012).

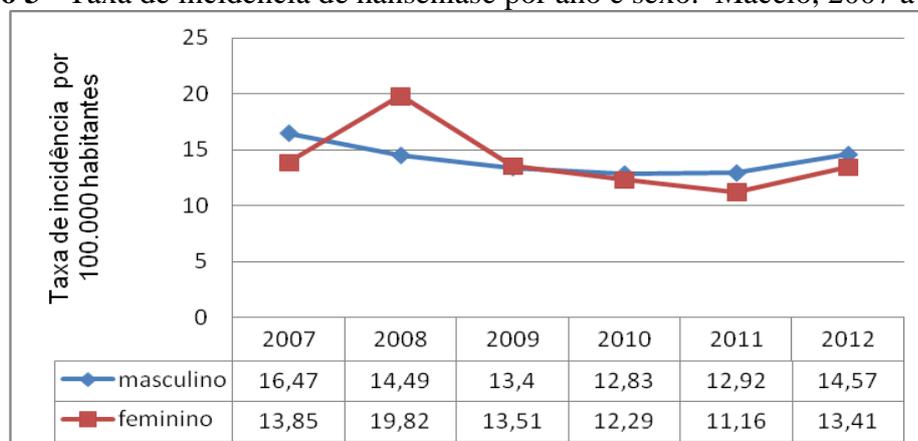


Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos do MS e SMS de Maceió.

Quanto à taxa de detecção de casos novos, construída a partir do número de casos, detectados durante o ano e que não tiveram hanseníase antes, para cada 100 mil habitantes conforme os indicadores do Ministério da saúde encontram-se representados no gráfico 2. O registro desta série histórica demonstra discretas flutuações para Maceió, ao comparar com as demais localidades comparadas e inseridas no contexto.

Segundo as estatísticas apresentadas neste gráfico 2, observa-se que o Brasil e a região Nordeste vêm diminuindo a taxa de detecção de 2007 a 2012, porém Alagoas e Maceió contribuem com aumento de casos, diante dos últimos anos deste estudo, diante da oscilação das linhas apresentadas.

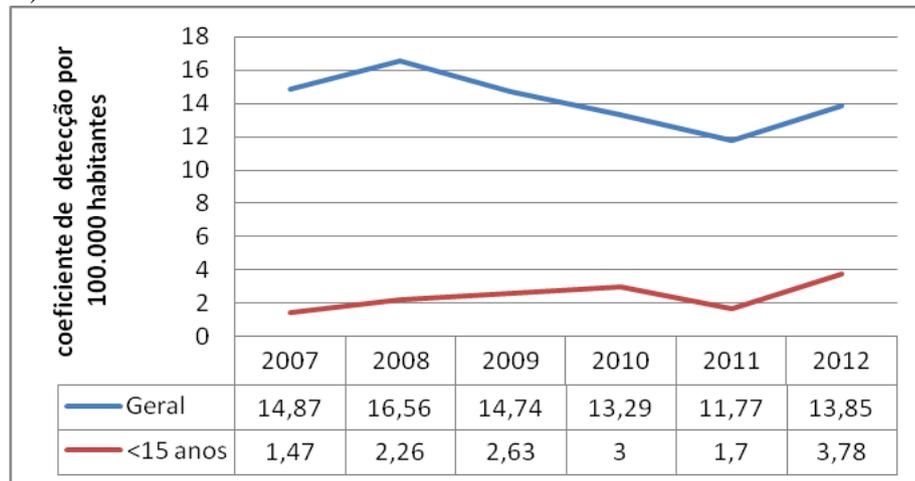
Gráfico 3 - Taxa de incidência de hanseníase por ano e sexo. Maceió, 2007 a 2012.



Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió.

Neste gráfico 3 apresenta em anos do estudo que a hanseníase em Maceió encontra-se com incidência distribuída em ambos os sexos, com pequenas diferenças. Em 2008 e 2009, predominou no sexo feminino.

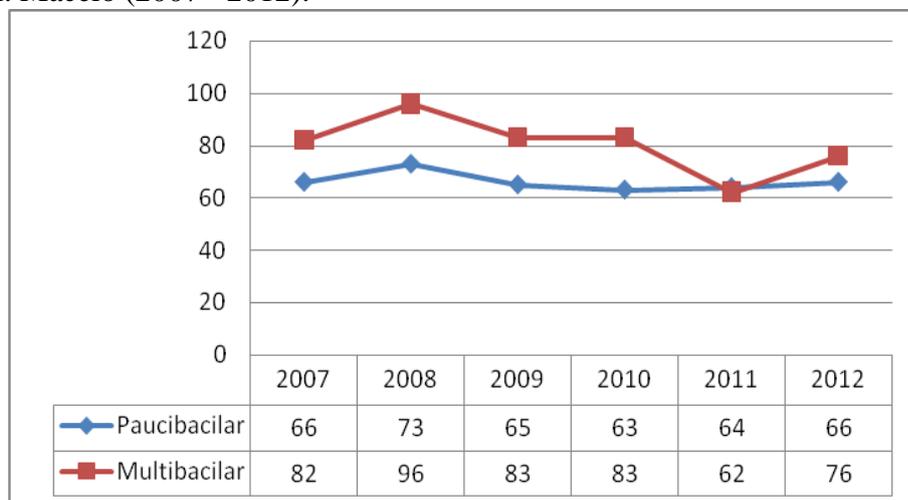
Gráfico 4 - Taxa de incidência de casos novos de hanseníase por ano e faixa etária. Maceió, (2007 a 2012).



Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió.

Nesta gráfico 4 ainda sobre faixa etária, o Ministério da Saúde conta como indicador usado para medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. Os casos divididos por idade: abaixo de 15 anos, observa-se que há 4% do total de casos deste estudo, estão concentrado em menores de 15 anos. segundo os cálculos de indicador do Ministério da saúde; obtém-se um coeficiente de incidência médio 2,47.

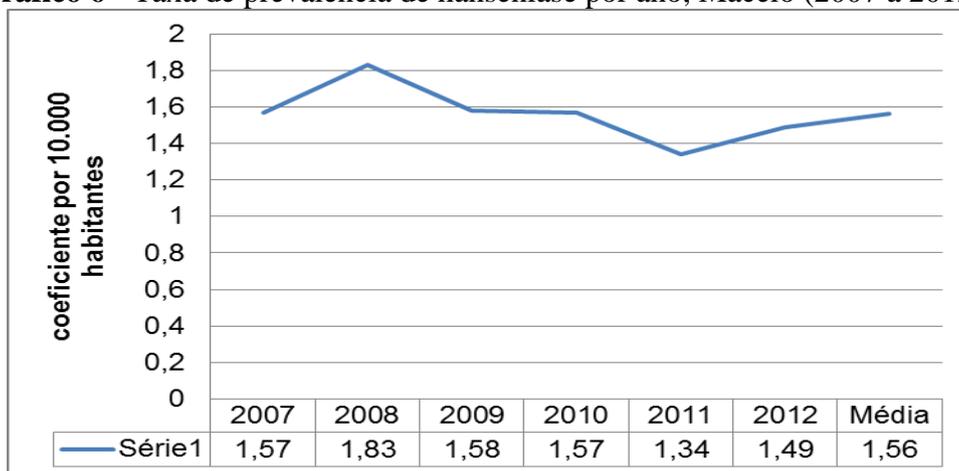
Gráfico 5 - Distribuição dos casos de hanseníase em Maceió segundo Classificação Operacional. Maceió (2007 - 2012).



Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió

Nesta gráfico 5 - de classificação operacional, os casos multibacilares, predomina na maioria dos anos deste estudo, exceto em 2011, que apresentou-se quase igual ao número de casos paucibacilares.

Gráfico 6 - Taxa de prevalência de hanseníase por ano, Maceió (2007 a 2012).



Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió.

Em relação ao gráfico 6 - representa a taxa de prevalência de hanseníase por ano, Maceió, (2007 a 2012). Observa-se que iniciou em 2007 com 1,57 oscilou e depois terminou com 1,49 casos por 10.00 habitantes. Em média 1,56 casos nos anos deste estudo.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de hanseníase em Maceió segundo atividade econômica. (2007 – 2012).

Atividades	%
Ativos	32,87
Estudantes	7,96
Donas de casa	21,84
Aposentados/pensionistas	9,10
Desempregados	28,21
Total	100

Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió e Mapa de renda.

Nesta tabela 4, referem-se às atividades econômicas dos pacientes, apenas 32,87% exerce alguma atividade remunerada, os mesmos estão distribuídos em profissões oriundas de um salário mínimo, bem com empregada doméstica, motorista, pedreiro entre outras.

Tabela 5 - Distribuição da média de preço da medicação da hanseníase, a poliquimioterapia - PQT por faixa de renda, Maceió (2007 – 2012).

FAIXA DE RENDA	MÉDIA DO PREÇO DE MERCADO PQT (R\$)	MÉDIA DO PREÇO REDE PÚBLICA PQT (R\$)
1	102,18	35,73
2	105,74	36,97
3	84,32	29,48
4	101,53	35,50
5	92,32	32,28

Fonte: Preço kit da medicação em São José do Rio Preto – São Paulo. 2007.

Diante desta tabela 5, foi realizada uma média de preço da medicação por faixa de renda da população, porém, evidenciou uma média dos custos, variou de R\$ 84,32 a 105,00, preço de mercado, enquanto o preço ofertado na rede pública seria 65% mais barato.

Tabela 6 - Distribuição dos casos de hanseníase segundo faixa de renda x bairros (2007-2012).

FAIXA DE RENDA POR BAIRRO	N. BAIRROS	% CASOS
1	21	52,1
2	14	35,3
3	3	3,18
4	4	2,73
5	8	6,59

Fonte: Elaborado pela autora, dados extraídos da SMS de Maceió e Mapa de renda.

Nesta tabela 6, percebe-se que a maioria dos casos de hanseníase está concentrada nos bairros de faixa 1 com mais da metade dos casos, 52,1% e em segundo lugar vem os bairros de faixa 2 com 35% e por fim vêm os demais bairros com menos número de casos.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante deste estudo, observou-se que Maceió-Alagoas contribui com o aumento de casos de hanseníase na região Nordeste segundo estatística do banco de dados do município. De acordo com informações do boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) nesse mesmo período a região Nordeste ainda é considerada a terceira com coeficiente de detecção 25,8 casos novos por 100 mil habitantes, apresenta endemicidade muito alta, ficando atrás apenas da região Norte e Centro-oeste com respectivamente 42,3 e 40,1 casos novos por 100 mil habitantes em 2012, o que caracteriza hiperendemicidade.

O nordeste contribui para o aumento de casos de hanseníase detectados no Brasil e Maceió, capital do Estado de Alagoas, pertencente ao Nordeste brasileiro, apresenta-se comum a taxa de detecção superior a do Estado em quase todos os anos deste estudo, exceto em 2011 e 2012, com uma diferença mínima. Sabe-se que Maceió, atualmente concentra em média 50% do total de casos de hanseníase em Alagoas. Segundo inquérito epidemiológico MS/SVS, por meio de distribuição espacial, verifica-se que o Estado de Alagoas é considerado área silenciosa ou de baixa endemicidade para hanseníase em todas as regiões.

Ainda na apresentação da distribuição dos casos de hanseníase detectados por ano deste estudo no município de Maceió. O coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase é um indicador de saúde usado para determinar a tendência e avaliar as mudanças na situação da hanseníase ao longo do tempo; observa-se uma média de 146,5 casos notificados por ano. Estes valores calculados em cada ano pelo total da população obtém-se um coeficiente de detecção geral considerado alto: de 14,18. Assim, diante deste parâmetro, e em relação ao coeficiente geral de detecção do Estado de Alagoas com uma média de 13,05, Maceió apresenta-se com coeficiente mais alto.

Ao analisar distribuição dos casos de hanseníase notificados em Maceió por Distrito Sanitário, sabe-se que a cidade é composta por 50 bairros, e estes subdivididos em sete Distritos sanitários, percebe-se que a distribuição dos casos de hanseníase concentra-se um maior número nos bairros que compreende os Distritos Sanitários II, V e VII.

Estes três distritos são compostos por bairros bastante populosos, de alta densidade populacional, onde as condições socioeconômicas da população são as mais precárias do município de Maceió, concentrando um somatório de 577 casos, o que corresponde a um

percentual de 65,6% do total de casos. Esses dados estão em consonância com a literatura ao relacionar as condições epidemiológicas da hanseníase com as condições socioeconômica da população as quais prevalecem ligadas a pobreza, aglomerados de pessoas, numa área geográfica a beira da Lagoa Mundaú, no caso do Distrito sanitário II, outras concentradas em áreas urbanas, de alta densidade populacional, bem como as favelas e áreas de muita pobreza, Distrito V e VII facilitando a disseminação do bacilo.

Além disso, vale salientar que a zona de residência predominante da maioria dos casos quase que total 870 em área de residência da zona urbana e apenas 7 casos em zona rural, também apresentando-se em consonância com a literatura de estudos sobre a hanseníase, sabe-se que dados do Instituto de Pesquisa Economica Aplicada - IPEA em 2010, a taxa de urbanização de Maceió, é de 99,93%, e diante deste estudo os casos de hanseníase encontram-se 99% nesta zona de residência (BRASIL 2013).

Quanto à faixa etária, o Ministério da Saúde conta como indicador usado para medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência, os casos divididos por idade: abaixo de 15 anos, observa-se que há 4% do total de casos deste estudo, estão concentrado em menores de 15 anos segundo os cálculos dos indicadores do MS, obtém-se um coeficiente de incidência médio 2,47.

Neste caso, Maceió de acordo com as notificações destes anos, contribui com o aumento considerado médio para os casos nesta faixa etária de menor de 15 anos. De acordo com informações do boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS (BRASIL, 2013) em relação ao coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, de 2003 a 2012, no Brasil, variou de (7,98 e 4,81) respectivamente muito alto e alto, Maceió encontra-se com coeficiente em melhor situação, (médio 2,47) em relação ao coeficiente do País.

Vale ressaltar que a detecção de hanseníase predomina na faixa etária jovem e adulto, principalmente, na faixa etária economicamente ativa, cerca de 714 casos, que corresponde a um percentual do total de casos em percentagem 81,2%, ou seja, esse público, muitas vezes enfrenta dificuldade em trabalhar, manter-se no trabalho ou de enfrentar um novo trabalho, pois até hoje se tem muito falado em hanseníase de forma negativa, ainda há muito estigma, ficando sob risco de exclusão da cadeia produtiva.

Em relação distribuição de casos de hanseníase em Maceió por sexo predominou maior incidência no sexo feminino, exceto no ano de 2008 e 2011, com pouca diferença,

talvez pelo hábito cultural da mulher procurar mais os serviço médico se diagnosticou mais casos em mulheres.

Segundo dados da OMS, na maior parte do mundo os homens são mais afetados do que as mulheres geralmente na proporção de 2:1. Essa preponderância não é universal e há várias áreas que a ocorrência é igual para ambos os sexos em particular na África (BATISTA, *et al*).

Diante desta variável foi identificada a distribuição dos casos, segundo a raça/cor, é sabido que a população do município de Maceió, segundo dados do IBGE (2010) são da raça parda, provavelmente haja mais casos nesta categoria. A mesma concentra-se a maioria dos casos, um percentual de 59% do total de notificados neste período de 2007-2012, encontra-se nessa população.

Em segundo lugar vem à raça/cor branca com 218 casos. Porém, esta categoria, de identificação de raça/cor é muito difícil de identificar, por se tratar de um país bastante heterogêneo, no sentido de raça e cor, como também, às vezes o profissional que notifica, pouco valoriza esse dado, ou nem preenche este campo tão importante para fins epidemiológicos e estatísticos, onde muitas vezes ficando em branco e registrando como dado ignorado, neste gráfico apresentou 28 casos.

Com relação à distribuição dos casos de hanseníase em Maceió segundo o grau escolaridade, este estudo, nos mostra que o maior percentual de pessoas se encontra com apenas o nível fundamental completo, o que observa que a hanseníase se concentra no nível social e educacional menos favorecido diante dessa realidade, o que corrobora com a literatura, Ministério da Saúde (2013).

Embora a situação da educação no País venha melhorando, segundo fontes do IBGE (2010) a taxa de analfabetismo em Maceió ainda é de 11,3%. Foram registrado 3,18% da população estudada sem informação; 37,99% possuem apenas o ensino fundamental incompleto e 58,81% possuem o ensino fundamental completo, ou seja, são pessoas que devido a baixa escolaridade terão mais dificuldade em procurar os serviços de saúde e entender o mínimo sobre sua doença e tratamento. A concentração de casos encontra-se naqueles com níveis de escolaridade mais baixo, o que evidencia neste estudo e em outros realizados em outros estados é que a hanseníase continua com as populações socialmente excluídas.

Amaral (2008), afirma que a escolaridade é uma variável que deve ser levada em consideração pelos serviços de saúde para melhor planejar suas ações e desenvolvimento de suas atividades, principalmente na elaboração de ações educativas que visem ensinar sobre a doença e as formas de prevenção e tratamento. Ao considerar um grupo de baixa escolaridade, a abordagem a esses pacientes deve-se adequar as suas capacidades cognitivas.

Segundo Martins (2009) quanto menor a escolaridade e a renda, maiores são os riscos para o indivíduo desenvolver a hanseníase, assim como maior é o comprometimento da qualidade de vida destas pessoas, principalmente quanto às relações sociais e aceitação da doença.

Quanto a atividade econômica desenvolvida, na tabela 4, pela população desse estudo constatou-se grande parte (67%) não desenvolvem atividades remuneradas, somente (33%) exercem atividades produtivas, e mesmo assim, as profissões realizadas são em média um salário mínimo, como garçom, empregada doméstica, motorista, pintor, entre outras, o que obriga a viver com um salário mínimo, ou na informalidade.

Segundo Lana *et al.* (2009), existe uma relação estatisticamente significativa entre a hanseníase e os baixos valores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, o que inclui estas três importantes variáveis: renda, educação e longevidade, sendo que tal situação pode estar associada à organização do serviço de saúde dessas localidades e à presença de fatores que favoreçam a manutenção da endemia relacionada à posição de exclusão social.

Percebe-se que diante dessa classificação de ocupação, a hanseníase encontra-se em consonância com o nível de educação das pessoas, já apresentada antes, mais uma vez confirmando que esta doença se encontra numa população socialmente excluída.

Quanto a situação dos dados epidemiológicos deste estudo, observa-se que em relação as variáveis estudadas: classificação operacional, chama à atenção os casos multibacilar, por dois motivos, primeiro por ser a forma mais grave, com maior possibilidade de sequelas e outro por ser transmissível, observa-se um percentual de 54,2% dos casos notificados. Desta forma, mostra que o município deve investir e avaliar as políticas pública de saúde para controle e eliminação da hanseníase, uma vez que essa classificação operacional é a que representa maior preocupação com a disseminação do tipo de bacilos *M. Leprae* em circulação na população.

Além disso, o tratamento é mais longo, no mínimo 12 meses, o que dificulta a adesão dos pacientes, por motivo das manifestações reacionais individuais esperadas da hanseníase, como também os efeitos colaterais da medicação, a disciplina que estes precisam terem, além da motivação em continuar com o tratamento até o final. Tudo isso, requer um total apoio de uma equipe multiprofissional presente na longa jornada de tratamento destes pacientes, e sabe-se que na prática, nem sempre os serviços de saúde oferecem esse apoio aos mesmos.

Ainda em relação a classificação da hanseníase, dividindo em paucibacilar (Indeterminada e Tuberculoide) e multibacilar (Dimorfa e Virchowiana) percebe-se que a maioria dos casos são multibacilares, o que preocupa por ser a forma mais grave, e ainda chama a atenção um grande número de casos não classificados que termina considerando e tratando como multibacilar, assim somando um total de 582 casos, isso é bastante considerado, pela maioria ser da forma mais grave e contagiosa (BRASIL, 2010).

Na representação dos esquema terapêutico, observou-se que de acordo com a classificação operacional que predominou - a multibacilar - o tratamento para esta forma é o esquema de poliquimioterapia multibacilar com doze doses, o mais longo, ou outro substituto raramente usado. O esquema PQT/MB/12doses para o paciente é longo e muito desgastante devido os seus episódio de reações, onde muitos terminam abandonando, por levar muito tempo e provocar efeitos colaterais, desta forma tornando o bacilo da hanseníase mais resistente e conseqüentemente dificultando o sucesso no tratamento e eliminação da doença.

Segundo Virmond (1997), a informação de que a hanseníase é curável e que o tratamento é grátis e simples deve ser amplamente divulgada junto à população, para que diminua a ignorância e se comece a percebê-la como uma doença qualquer, livre de preconceitos. Desta forma, cada vez mais os casos poderão ser detectados em sua fase inicial e tratados adequadamente diminuindo, assim, a fonte de infecção na comunidade, a incidência e a prevalência da hanseníase.

Observa-se que a maiorias dos casos de hanseníase do município de Maceió foram procedentes pela entrada (tipo 1 - anexo A), que corresponde a casos novos 798 , ou seja, pessoas que nunca tiveram hanseníase antes neste município, isso significa que esta doença encontra-se com um grau de incidência em alta. E que as pesssoas estão procurando o serviço de saúde para se tratar e conseqüentemente, são notificadas, dessa forma, como nas outras regiões do país, a maioria se dá entrada ao serviço como casos novos.

Quanto à quantidade de pacientes que já apresentaram incapacidade no momento do diagnóstico, 75 casos grau II o mais grave e 227 casos com incapacidade grau I, estas incapacidades são sinais de diagnóstico tardio, fora os 120 casos que nem foram avaliados.

Esse é um indicador de proporção de casos com grau 2 de incapacidade física entre os casos novos detectados e avaliados; é utilizado para estimar a efetividade das atividades desenvolvidas para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta. É utilizado para medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde. Com a seguinte interpretação: Alto 10%; Médio 5 a 9% e Baixo < 5. Isso é um dado preocupante (9,88%) para Maceió, considerado como médio, pois, muitas vezes, os casos grau II, já apresentam incapacidades, irreversíveis (BRASIL, 2010).

Apesar da maioria dos casos apresentarem sucesso no tipo de saída mais esperado: o de alta por cura (saída tipo 1 - anexo B) com 709 dos casos. Indicador de proporção de cura entre os casos, considerado o principal indicador de avaliação da qualidade de atenção, é o percentual de cura dos casos diagnosticados, utilizado para avaliar a efetividade do tratamento dos casos novos. Neste caso, Maceió apresenta-se classificado de acordo com os parâmetros dos indicadores, com percentual de (80,6%) considerado como regular (BRASIL, 2010).

Porém, ainda há alto índice de abandono ao tratamento, cerca de 112 casos o que preocupa com a resistência possível para o bacilo. Este indicador: proporção de abandono de tratamento entre casos novos diagnosticado nos anos do estudo é usado para medir a capacidade dos serviços em assistir casos de hanseníase. Com a seguinte interpretação: Bom < 10%; Regular 10 – 25% e Alto > 25%. Assim, Maceió se encontra com coeficiente de (12,7%) classificados como abandono regular.

Em relação à prevalência da hanseníase, indicador muito importante. Em Maceió (2007-2012), observou-se que em média de acordo com os parâmetros dos indicadores do MS, Maceió encontra-se com uma média de 1,56 casos por 10.000 habitantes, este indicador é usado para medir a magnitude da doença, neste caso ficou classificado como médio 1,00 a 4,99/10.000 habitantes, ou seja, a hanseníase de acordo com a OMS ainda é um problema de saúde pública. Sendo considerada como eliminada quando a taxa de prevalência é menor que um doente para cada dez mil habitantes.

Dessa forma, há uma necessidade dos gestores em melhorar a assistência à hanseníase no município, para que diminua o número de incidência dos casos, o de prevalência, o de abandono, e que aumente o número de cura. Nota-se que a medida de prevenção através da

divulgação de campanhas de promoção e prevenção da hanseníase, pelos representantes da atenção básica de saúde e pela mídia, ainda é pouco eficaz para eliminá-la a hanseníase, a fim de que a mesma não continue como doença negligenciada depois de tantos anos já descoberta além dos avanços da cura pela medicina.

Além disso, o acolhimento por uma equipe multidisciplinar faz-se necessário à população caso necessite de assistência e tratamento da hanseníase e conseqüentemente, melhorar o número de alta por cura, o resultado mais esperado por todos.

Em relação aos custos, realizados na distribuição da média de preço da medicação da hanseníase a poliquimioterapia - PQT foi realizada uma média de preço da medicação por faixa de renda da população, porém, evidenciou-se uma média dos custos, caso o paciente fosse desembolsar, o pagamento do seu kit (PQT) de tratamento; e observou-se que o preço de mercado variou de R\$ 84, 32 a 105,00, enquanto que se o governo fosse pagar este valor sairia para a rede pública um valor bem abaixo do preço de mercado, em média 65% mais barato. Considerando que compõe o referido Kit para tratamento PB e MB adulto e criança; uso mensal, kit PB (6 meses) - Rifampicina 300 mg e Dapsona 100 mg; enquanto que no kit MB (12 meses) também para tratamento mensal encontra-se Rifampicina 300 mg, Dapsona 100 mg e Clofazimina 100 mg (CURTO; BARBOZA; PASCHOAL, 2007).

Porém, a partir de 1995 o tratamento poliquimioterápico passou a ser gratuito em todos os países endêmicos através da Organização mundial da Saúde (OMS). Incentivados pelo sucesso da nova medida terapêutica, a OMS propôs em Assembleia Mundial realizada no ano de 1991 a meta de eliminação da Hanseníase até o ano 2000 para menos de um caso para cada 10mil habitantes inclusive para o Brasil.

Devido ao insucesso do Brasil e de alguns países africanos e asiáticos, a meta de eliminação da doença de Hansen foi prorrogada para o ano de 2005, o que mais uma vez não ocorreu, pois na América, países como Brasil, Guiana, Santa Lúcia, Suriname e Paraguai não alcançaram o índice de prevalência de menos de um caso para cada 10.000 habitantes. Vale destacar que nessa ocasião a indústria farmacêutica Novartis garantiu a distribuição gratuita das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase, através da OMS, até o ano de 2010 como uma das estratégias para alcançar até essa data os índices de pós-eliminação da doença no mundo todo. Porém, mais uma vez, esse prazo foi prorrogado em Assembleia Mundial, se estendendo de 2011 – 2015 (OMS, 2011).

De acordo com a equipe de peritos em hanseníase da OMS considera-se atualmente para fins operacionalmente como caso confirmado de hanseníase todas aquelas pessoas que apresentem os sinais clínicos da doença seja qual for à forma apresentada independente da confirmação bacteriológica, fazendo-se necessário o uso da PQT.

A poliquimioterapia (PQT) foi preconizada pela OMS em 1982 e implantada gradualmente no Brasil a partir de 1991, foi normatizada pela portaria nº 140/91 do Ministério da Saúde de acordo com a forma clínica e o número de lesões apresentadas pelo cliente, visando prevenir a resistência medicamentosa, diminuir a frequência das reações abreviar o tempo de tratamento (Brasil, 1990). Ficando evidente como já esperado que o quanto mais cedo for feito o diagnóstico e o devido tratamento da doença, obviamente será menos dispendioso. (CURTO *et al.* 2007).

Por fim, ao avaliar a distribuição do número de casos de hanseníase por faixa de renda versus bairros fica bem evidente que a concentração dos casos de hanseníase se concentrou nos bairros de menor faixa de renda, na faixa 1, e depois na faixa 2, mais uma vez em consonância com outras tabelas de renda desse estudo e com informações da literatura, que o público desse estudo é semelhante ao de outras pesquisas sobre hanseníase no Brasil, composto de pessoas com baixa renda e concentrado em bairros menos privilegiados, mais uma vez comprovando a persistente exclusão social que acompanha os portadores de hanseníase.

5. CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi realizar uma análise da incidência da doença entre a população de Maceió, para o período entre 2007 e 2012. A partir da identificação do perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase e identificação de características socioeconômicas dos pacientes.

Ao analisar a situação epidemiológica e socioeconômica, os resultados demonstraram que o município de Maceió contribui com o aumento de casos de hanseníase na região Nordeste e conseqüentemente, no Brasil, segundo estatísticas deste estudo, em ambos os sexos. Estes valores calculados em cada ano pelo total da população obtém-se um coeficiente de detecção geral considerado alto. Segundo indicador de detecção de casos novos do Ministério da Saúde.

Quando se analisa às formas clínicas chama à atenção o grande número das forma contagiosas, os casos multibacilares, as formas dimorfas, virchowiana e as não classificadas, que considera como potencialmente transmissível. Isso mostra a dificuldade em quebrar a cadeia de transmissão e conseqüentemente diminuir a incidência desta doença.

Em relação ao tratamento, sabe-se que a medicação é disponibilizada gratuitamente pelo serviço público de saúde, SUS, porém a adesão ao tratamento, observou-se 81% receberam alta do sistema por cura. E o último indicador foi o de prevalência percebeu-se que a hanseníase ainda continua como problema de saúde pública, no Brasil e em Maceió, com mais de um caso por 10 mil habitantes.

Apesar de a série histórica utilizada compreender um número pequeno de anos, o que limita a realização de inferências a partir dos dados disponíveis, pode-se perceber, a partir dos resultados encontrados, que os serviços de saúde de Maceió não estão sendo capazes de captar e tratar todos os casos de hanseníase reportados, uma vez que há uma significativa taxa de abandono, 12,74%.

Observou-se que, dos portadores de hanseníase, a maioria faz parte de uma população com baixa escolaridade e baixa renda, concentrada nos bairros mais populosos e pobres de Maceió. Bairros de alta densidade populacional concentrado em áreas de grandes favelas com aglomerados de famílias com pouca cobertura de unidades de saúde da família, ou unidade tradicional de saúde.

Outro fator importante é a faixa etária relacionada à ocupação econômica. A maioria dos casos refere-se a pessoas em idade economicamente ativa, o que dificulta o exercício de atividades de trabalho por vários fatores, podendo levar a situações de exclusão social.

Assim, a prevenção e o controle da hanseníase devem fundamentar-se em políticas públicas efetivas através da construção de sustentabilidade econômica, política e social do plano de eliminação da hanseníase, além da descentralização e integração das ações de controle dos serviços de saúde, principalmente através da atenção básica de saúde e da sensibilização popular e da capacitação dos profissionais de saúde.

Vale salientar a importância da sistematização de um banco de dados, como fonte de muitas variáveis armazenadas sobre determinada doença, como no caso a hanseníase; podem-se direcionar vários estudos sobre a mesma. É possível realizar inclusive cruzamento de inúmeras variáveis, possíveis de informações relevantes, direcionadas para diferentes áreas que se deseja pesquisar como área biológica, social, espacial entre outras contribuindo para a implantação e/ou avaliação das políticas de saúde que possam viabilizar melhor investigação de causas e efeitos das patologias na vida da população.

Por fim, os resultados revelaram a importância do banco de dados na vigilância em epidemiológica, de forma a armazenar informações que contribuam para a diminuição e controle da hanseníase para além da visão das características epidemiológica, uma vez que os pacientes estudados apresentam perfil socioeconômico semelhante aos demais portadores do país.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. P.; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almerana-Minas Gerais. Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, nov. 2008.
- BATISTA, E. S. *et al.* Perfil epidemiológico sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes. **Revista Brasileira Clinica Medica**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.101-6, 2011.
- BÍBLIA. Português. **A Bíblia Sagrada**. 82. ed. São Paulo: Ed. Ave Maria, 1992.
- BRASIL. Lei n.º 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 1995.
- _____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil** – versão 1.0.0, PNUD, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia**. Brasília, DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Roteiro para uso do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN NET Hanseníase**. Brasília, DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº 125/2009**. Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Brasília, DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125/2010. **Diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase**. Brasília, DF, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia_de_hanseníase.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.125, de 07 de outubro de 2010. **Diário Oficial da União**, seção 1, n. 198, p. 55-60, sexta-feira, 15 de out. 2010. Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/anexos/Anexo_Por_3125_10.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase - cadernos da atenção básica**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia_de_hanseníase.pdf>. Acesso em: 14 de jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**: informe epidemiológico, 2008. [Citado 2010 nov. 29]. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 14 de jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. 2005. Disponível em: <portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situaçãohanseníase-2007.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. 2008. Disponível em: <portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situaçãohanseníase-2007.pdf>. Acesso em 25 de jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. 2013. Disponível em: <portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situaçãohanseníase-2007.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996.

COURA, J. R. da. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CURTO, M.; BARBOZA, D. B.; PASCHOAL, V. D. A. Avaliação da importância do diagnóstico e tratamento precoce da Hanseníase em relação ao custo do tratamento. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 153-160, 2007.

DATASUS-IDB - Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 08 nov. 2013.

DUARTE, M. T. C. ; AYRES, J. A. ; SIMONETTI J. P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v. 15, set./out. 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20 fev. 2014. Edição Especial.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13. n. 2, p. 76-88, maio-ago. 2004.

HELENE, L. M. F.; SALUM, M. J. L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 101-13, 2002.

GOMES, C. C. D. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referencia na região nordeste do Brasil. **Associação Brasileira Dermatologia**, v. 80(Suppl 3), S283-8, 2005.

GOOGLE. **Dados geográficos**. Disponível em: <<http://ourobranco.wordpress.com/dados-geograficos/>>. Acesso em: 15 out. 2013.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=270430#>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

JORNAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Ano IX n. 1, (IBGE, 2010) Disponível em:< www.sbd.org.br/down/Pdf/Jornal/jornal_09_01.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANA, F. C. F. *et al.* Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 3, p. 539-44. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a10.htm>> Acesso em: 21 ago. 2013.

LIMA, L. S. *et al.* Caracterização clínica- epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.7, n.2, p.74-83, 2010.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica dom Bosco, Campo Grande, 2009.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2010a.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **OMS Divulga situação mundial da hanseníase**. 2010 [citado 2010 nov. 29]. Disponível em: < new.paho.org/bra/index.php>. Acesso em: 14 de maio 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; A. FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE DE ALAGOAS. Serviço de Vigilância dos Agravos Crônicos – SEVAC. **Diagnóstico da situação do programa da hanseníase no município prioritário, capital e região metropolitana**. Maceió, set. 2005.

SILVA, J. D. N. **Urbanização e saúde em Maceió, AL:** o caso dos bairros Vergel do Lago, Jacintinho e Benedito Bentes. Maceió, 2011. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Alagoas, 2011.

VERONESI, R. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

VIRMOND, M.; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 358-63, jul./set. 1997.

APÊNDICE A - VARIÁVEIS UTILIZADAS DOS ANEXOS A, B, C e D.

Nome do campo/variável	Descrição da variável
Ano da notificação	2007-2012
Idade	Em dias, Mês ou em anos.
Sexo	Masculino ou feminino
Raça/cor	Branco, preta, parda, indígena, amarela e ignorada.
Escolaridade	Analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio, superior e ignorado.
distrito sanitário	Endereço, distrito de I a VII o qual é vinculado.
Zona rural/urbana	Rural/urbana
Ocupação	Trabalha ou não trabalha
Forma clínica	Tipos de hanseníase, dimorfa, tuberculóide, indeterminada, virchowiana ou não classificada.
Grau de incapacidade	Grau 0, Grau 1, e Grau 2.
Classificação operacional	Multibacilar e paucibacilar.
Modo de entrada	Caso novo Transferência do mesmo município (outra unidade) Transferência de outro município (mesma UF) Transferência de outro estado Transf. De outro país Recidiva Outros reingressos
Modo de detecção	Caso novo Transferência do mesmo município (outra unidade) Transferência de outro município (mesma UF) Transferência de outro estado Transferência de outro país Recidiva
Esquema terapêutico inicial	PQT/ PB/ 6 doses PQT/ MB/ 12 doses Outros Esquemas Substitutos
Tipo de alta	Cura Transf. P/ mesmo município Transf. P/ outro município Transf. P/ outro estado Transf. P/ outro país Óbito Abandono Erro diagnóstico
Faixa de renda	Faixa 1: até 3 salários mínimos; Faixa 2: acima de 3 até 5 salários mínimos; Faixa 3: acima de 5 até 7 salários mínimos; Faixa 4: acima de 7 até 10 salários mínimos; Faixa 5: acima de 10 salários mínimos.
Custos da medicação	Média de preço em R\$. Brasil

**APÊNDICE - B DADOS SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE MACEIÓ X
NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE**

Bairros de Maceió	População	Faixa de renda	Número de casos de hanseníase
Tabuleiro dos Martins	55818	2	143
Jacintinho	77846	1	85
Vergel do Lago	32307	1	75
Benedito Bentes	67964	1	72
Levada	10582	1	50
Bom Parto	13599	1	46
Clima Bom	47858	1	36
Cidade Universitária	52269	2	30
Ponta Grossa	24186	2	28
Feitosa	25386	2	29
Trapiche da Barra	24257	2	25
Bebedouro	10523	2	25
Poço	20195	3	20
Santa Lúcia	18844	1	16
Chã de Jaqueira	11463	1	18
Santos Dumont	13792	2	13
Farol	17343	5	13
Prado	17925	1	15
Jatiúca	33758	5	12
São Jorge	4309	1	10
Serraria	16170	4	8
Barro Duro	16361	3	8
Pescaria	2111	1	7
Pajuçara	3229	5	7
Ouro Preto	4066	1	7
Pitanguinha	5053	4	6
Ponta Verde	10597	5	6
Gruta de Lourdes	13687	5	6
Riacho Doce	2917	2	5
Mangabeiras	3953	5	5
Canaã	4187	1	5
Jacarecica	5093	4	5
Cruz das Almas	9250	5	5
Ipioca	5944	1	4
Chã de Bebedouro	11463	1	5
Petrópolis	15765	2	4
Centro	3710	4	3
Antares	9193	2	3
Santo Amaro	1846	1	2
Pontal da Barra	2331	2	2
Mutange	2528	1	2
Jardim Petrópolis	3969	5	4
Jaraguá	4219	2	2
Fernão Velho	5655	1	2
Ponta da Terra	9132	2	2
Pinheiro	19667	4	2
Rio Novo	5743	1	1
Garça Torta	1889	2	0
Guaxuma	2223	3	0
Santa Amélia	8236	2	0

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA HANSENÍASE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº				
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE								
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual						
	2	Agravado/doença HANSENÍASE		3	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Dados de Residência	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento		
	10	(ou) idade	11	SEXO M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Estado		
Notificação Individual	13	Raça/Cor						
	14	Escolaridade						
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito	
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número	23			Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso							
	Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32			
33		Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica		35	Classificação Operacional
Atendimento	37							Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico
	38							Modo de Entrada
Dados Lab.	39							Modo de Detecção do Caso Novo
	40							Baciloscopia
Tratamento	41							Data do Início do Tratamento
	42							Esquema Terapêutico Inicial
Med. Contr.	43							Número de Contatos Registrados
Observações adicionais:								
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde			
	Nome			Função		Assinatura		
	Hanseníase			Sinan NET		SVS 30/10/2007		

ANEXO B - BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE MENSAL



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SES- ALAGOAS

Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

UF:AL Município: Maceió

Nome da Unidade:

N notificação atual	Data da notificaçã o atua	Nome	Mun de Residência	Distrito de Residência	Bairro de residencia atual	Data do último comparec	C O	A I	E T	E R	Data mudança de esquema	Cont Reg	Cont exam	Tipo saída	Data da alta
---------------------------	------------------------------------	------	----------------------	---------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------	--------	--------	--------	-------------------------------	-------------	--------------	---------------	--------------------

CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado

ET: Esquema Terapêutico Atual Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses ; 3 -

Outros Esquemas substitutivos

NC: Número de Contatos Examinados

ND: Número de Doses recebidas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação

Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ memo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado
5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnostico

Emitido em: / /

ANEXO C- INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Utilizou-se para cálculo dos indicadores epidemiológicos sete parâmetros utilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SINAN net hanseníase) do Ministério da Saúde – Brasil (2010) como segue abaixo:

1. Coeficiente de Detecção Anual de Casos Novos, por 100.000 habitantes.

Uso: Determinar a tendência e avaliar as mudanças na situação da hanseníase ao longo do tempo

Método de cálculo:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação} \times 100.000}{\text{População total no mesmo local e período}}$

Interpretação:

Baixo < 2,00/100.000 hab.

Médio 2,00 a 9,99 / 100.000 hab.

Alto 10,00 a 19,99 /100.000 hab.

Muito alto 20,00 a 39,99/100.000 hab.

Hiperendêmico 40,00 /100.000 hab.

2. Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 habitantes.

Uso: Medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência.

Método de cálculo:

$\frac{\text{Número de casos novos em menores de 15 anos residentes em determinado local e diagnosticado no ano da avaliação} \times 100.000}{\text{População de 0 a 14 anos no mesmo local e período.}}$

Interpretação:

Baixo < 0,50/100.000 hab.

Médio 0,50 a 2,49/100.000 hab.

Alto 2,50 a 4,99/100.000 hab.

Muito alto 5,00 a 9,99/100.000 hab.

Hiperendêmico 10,00 /100.000 hab.

3. Proporção de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado.

Usos: Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação.}} \times 100$$

Interpretação:

Bom 90%

Regular 75 a 89%

Precário < 75%

4. Proporção de casos com grau 2 de incapacidade física entre os casos novos detectados e avaliados.

Usos: Estimar a efetividade das atividades desenvolvidas para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta.

Limitações: Deve ser utilizado somente quando o percentual de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico for maior ou igual a 75%.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Nº. de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação.}}{\text{Total de casos novos detectados e avaliados.}} \times 100$$

Interpretação:

Alto 10%

Médio 5 a 9%

Baixo < 5%

5. Proporção de Cura entre os Casos Novos de Hanseníase nas coortes.

Usos: Avaliar a efetividade do tratamento dos casos novos. Limitações: Para o cálculo desse indicador pressupõe-se que a base de dados esteja atualizada, ou seja, que todos os dados de acompanhamento dos casos já tenham sido digitados, e que a análise de duplicidade com execução dos procedimentos indicados já tenha sido realizada.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{nº. de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação.}}{\text{nº total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$$

Interpretação:

Bom 90%

Regular 75 a 89%

Precário < 75%

6. Proporção de abandono de tratamento entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Uso: Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase

Método de cálculo

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ Casos novos diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação} \times 100}{\text{Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes}}$$

Interpretação:

Bom < 10%

Regular 10 – 25%

Alto > 25%

7. Coeficiente de Prevalência

Uso: Medir a magnitude da doença

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos em tratamento em 31/12 do ano de avaliação} \times 10.000}{\text{População residente em 31/12/ano}}$$

Interpretação:

Baixo < 1,00/10.000 hab.

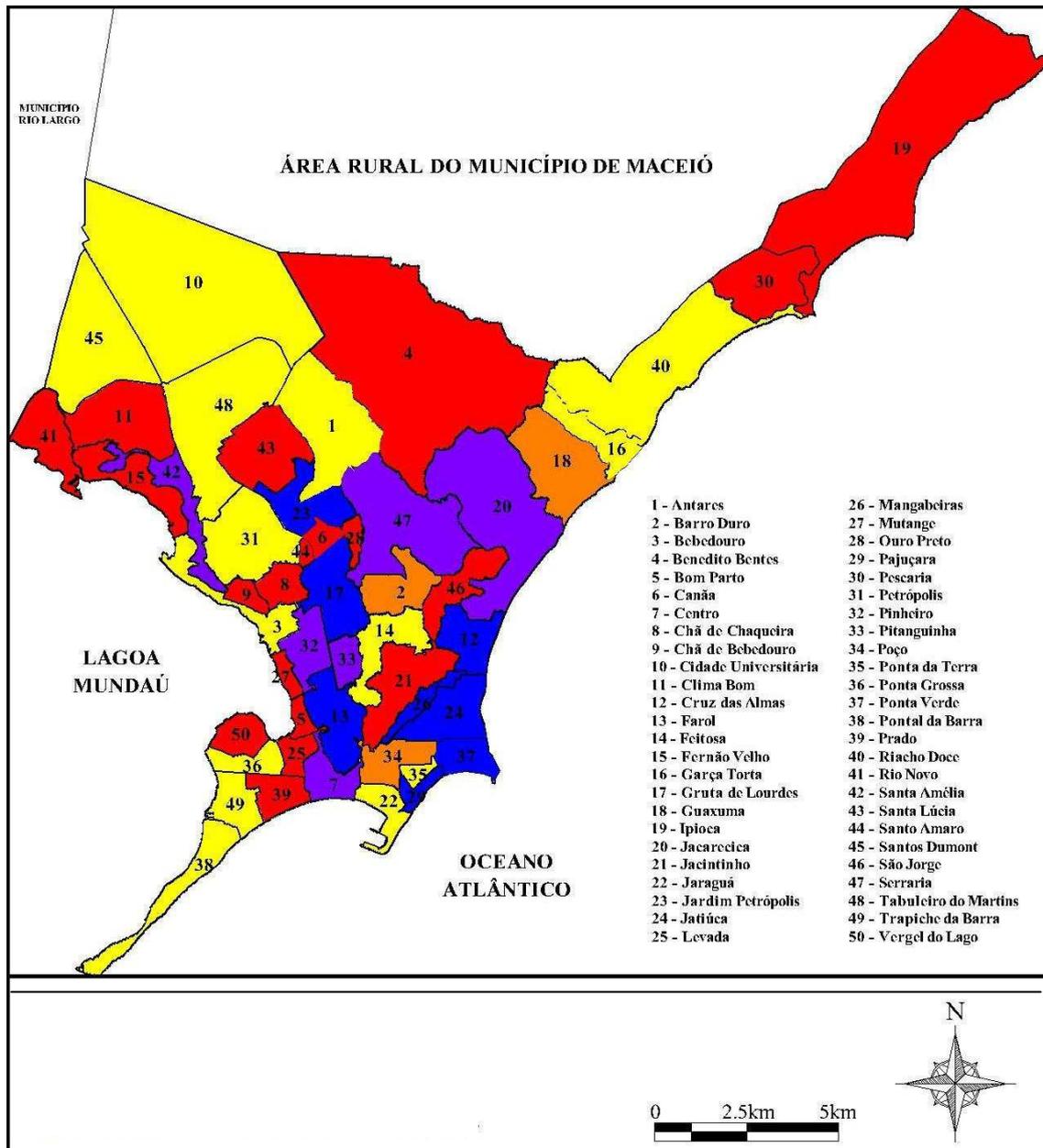
Médio 1,00 a 4,99/10.000 hab.

Alto 5,00 a 9,99/10.000 hab.

Muito alto 10,00 a 19,99/10.000 hab.

Hiperendêmico 20,00 /10.000 hab.

ANEXO D - ESPACIALIZAÇÃO DA RENDA FAMILIAR NA CIDADE DE MACEIÓ



Fonte: Silva, 2011.

Divisão das Faixas de renda:

- Faixa 1: até 3 Salários mínimo;
- Faixa 2: acima de 3 até 5 Salários mínimo;
- Faixa 3: acima de 5 até 7 Salários mínimo;
- Faixa 4: acima de 7 até 10 Salários mínimo;
- Faixa 5: acima de 10 Salários mínimo.

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA – ANUENCIA



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE, através da Profª Tatiane Almeida de Menezes e da pós-graduanda em Gestão e Economia da Saúde, Suely Angelo Matias, à realização da pesquisa intitulada: “Perfil Socioeconômico dos Portadores de Hanseníase Atendidos Pelas Unidades Básicas de Saúde de Maceió”

A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvidas, DVS/CVE. Assim como, a referida pesquisadora deverá apresentar a esta Secretaria os resultados e discussões obtidos ao término do trabalho.

Maceió, 05 de Junho 2014.

SYLVANA MEDEIROS TORRES
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ