

ESTUDO DA SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO PARÁ¹

STUDY OF THE LEPROSY SITUATION AT THE PARÁ STATE

Vera Regina da Cunha Menezes PALÁCIOS², Rodrigo da Silva DIAS³ e Dilma Costa de Oliveira NEVES⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a situação atual da hanseníase no Pará. **Método:** estudo transversal de prevalência baseado nas informações do DATASUS, reunidas retrospectivamente, incluindo-se dados da hanseníase, entre 2004 e 2006, do Estado do Pará. Analisou-se sexo e classe operacional dos casos do período em pacientes entre 15 e 64 anos com registro ativo; tabularam-se dados e analisaram-se os resultados paraenses, considerando números municipais, individualmente. **Resultados:** todos os municípios apresentaram casos de hanseníase, que pode, assim, considerar-se doença universalmente distribuída no Pará, adensando-se no sul e sudeste paraenses e metrópole belenense, predominando homens entre 20 a 49 anos, com apresentação multibacilar. Ressalta-se constatar casos anteriores a 1991 ainda ativos, possível causa para números como os da pequena Sapucaia, que apresentou prevalência de 62% em 2004. **Considerações finais:** a hanseníase ainda é temor em saúde pública, todavia, paulatinamente, chega-se ao objetivo de manter a incidência da hanseníase inferior a 1/10.000 habitantes.

Descritores: Hanseníase; *Mycobacterium leprae*; saúde pública; notificação.

INTRODUÇÃO

O Brasil mantém a posição mais desfavorável em hanseníase nas Américas e o segundo maior registro de casos novos do mundo nas últimas décadas¹, sendo responsável por cerca de 94% dos casos conhecidos no continente americano e pela notificação de mais de 90% dos casos novos de tal continente².

Inúmeros estudos sobre eventos intervenientes na transmissão, apresentação clínica e prognóstico, comumente, corroboram a hoje indiscutível relevância das questões sócio-econômicas e culturais no perfil epidemiológico do paciente com hanseníase^{3, 4, 5},

geralmente, definido como homem branco, com idade entre 30 e 49 anos de idade, com baixo nível de escolaridade e renda mensal inferior a um salário mínimo, geralmente, já apresentando algum grau de incapacidade física decorrente da doença¹. Esta associação de desfavorável nível sócio-econômico-cultural e presença de seqüelas da hanseníase demonstra grande vulnerabilidade desta população e incorre em prejuízo na qualidade de vida, pois as possibilidades atuais de tratamento, principalmente, na saúde pública, não contemplam reversibilidade adicional aos estigmas hansenianos e tratamentos de vanguarda, como o uso da radiação ultra-sônica pulsada e de baixa

¹ Trabalho realizado na Universidade do Estado do Pará (UEPA).

² Médica Dermatologista; Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA); Docente Auxiliar IV do curso de medicina da UEPA; Mestranda do Programa de Biologia Parasitária na Amazônia, da UEPA/Instituto Evandro Chagas (IEC);

³ Médico de Família e Comunidade ; Professor da disciplina saúde coletiva do internato do curso de Medicina da UEPA e coordenador de estágios e internato do referido curso; Mestrando do Programa de Biologia Parasitária na Amazônia, da UEPA/IEC;

⁴ Mestre em Doenças Tópicas pela Universidade Federal do Pará (UFPA); Médica Pediatra do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Pará; Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA).

intensidade no mal perfurante plantar, além de ainda possuírem poucas fontes bibliográficas, ainda encontram-se em fases experimentais, não obstante os promissores resultados⁶.

Muitos estudos contemporâneos apontam ainda fatores genéticos entre os eventos envolvidos na gênese da hanseníase. Durães e col⁷ demonstram em estudo realizado com 20 focos familiares de hanseníase na cidade de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, que no caso de cônjuges (não consanguíneos, porém com grande exposição ao caso-índice), apenas três foram afetados, enquanto o número de filhos afetados nas famílias estudadas foi muito superior (14 casos). Tais dados permitem inferir grande influência do fator genético na susceptibilidade à doença, não obstante o vasto desconhecimento dos exatos genes envolvidos, ou mesmo seu número total, funções biológicas e variações genéticas responsáveis pelos efeitos observados⁸.

Atualmente, a classificação preconizada para a hanseníase pela Organização Mundial da Saúde (OMS) baseia-se na apresentação clínica da doença e no índice bacteriológico de lesões: de acordo com número de lesões, a doença pode ser classificada em doença de lesão única (01 lesão), hanseníase paucibacilar (02 a 05 lesões cutâneas) ou hanseníase multibacilar (mais de 05 lesões cutâneas)^{9, 10}. Tal método é de fácil aplicabilidade prática, além de, razoavelmente, balanceado entre sensibilidade e especificidade¹⁰, principalmente se comparada, por exemplo, à clássica divisão de Ridley e Jopling^{4, 5, 10, 11}. Deve-se, contudo, despender a necessária atenção ao fato de que por tal classificação um número pequeno, porém significativo, de casos de hanseníase multibacilar possam acabar por ser inapropriadamente tratados como de forma paucibacilar¹².

Mundialmente, cerca de 720.000 novos casos de hanseníase são reportados a cada ano, e aproximadamente 02 milhões de pessoas apresentam seqüelas concernentes à doença¹². Os seis países com maior endemicidade no mundo (em ordem decrescente Índia, Brasil, Mianmar, Madagascar, Nepal e Moçambique) contabilizam 88% de todos os casos novos de hanseníase do planeta. Estudos de coorte recentes têm demonstrado um pico do surgimento da doença entre os 10 e os 20 anos de idade. Após a puberdade, há duas vezes mais casos de hanseníase em homens do que em mulheres¹². A prevalência global da hanseníase registrada, isoladamente, no começo de 2007 foi de 224.717 casos, com um total de 259.017 novos casos notificados em todo o mundo (excluindo-se o pequeno número de casos na Europa). O número global de casos novos caiu em 40.019 (13,4%) de 2005 para

2006, sendo que esta queda tem se mantido, nos últimos cinco anos, em torno de 20% por ano¹³.

No Brasil, na primeira metade da primeira década deste século, a média de casos novos detectados foi de 47.400 casos, mantendo uma média de 4.000 casos anuais (8,4%) em menores de 15 anos, com coeficiente médio de detecção de 0,7/10.000 hab., indicando transmissão recente e ativa da doença, pois, muito embora cerca de um terço das unidades básicas de saúde do Brasil ofereça diagnóstico e tratamento para hanseníase, sabe-se que a maioria delas não oferece adequados cuidados de prevenção e reabilitação¹.

A hanseníase é diagnosticada em todas as regiões do país, mantendo-se as regiões Norte e Centro-Oeste hiperendêmicas e a região Nordeste com parâmetro de endemicidade muito alto, inclusive nos menores de 15 anos¹⁴, sendo que o Brasil ainda apresenta uma alta magnitude da epidemia de hanseníase em tal faixa etária, com coeficiente de detecção de 0,6/10.000 hab.¹⁴. Embora o maior número absoluto de crianças com hanseníase tenha sido detectado na região Nordeste, o maior coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi encontrado na região Norte, com 1,62 casos para cada 10.000 hab.¹, demonstrando a manutenção da epidemia nesta região.

Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência têm declinado ano a ano no Brasil, como resultado da consolidação do esquema de tratamento poliquimioterápico², apesar de as taxas de detecção de casos novos manterem-se altas^{1, 15}, o que tem levado a constantes modificações do prazo da meta de eliminação da hanseníase, estabelecida pela Estratégia Mundial para a Eliminação da Hanseníase e definida pela OMS como 01 caso para cada 10.000 habitantes^{16, 17} (atualmente para o ano 2010)¹⁸.

A incidência da hanseníase cresceu vertiginosamente no estado do Pará na década de 90, ao passo que o coeficiente de detecção da enfermidade tornava-se maior a cada ano daquela década em, praticamente, todo o país até pouco além de 1996-97^{18, 19}, quando tais números atingiram um platô ou mesmo passaram a decair ano após ano, à exceção da região Centro-oeste do Brasil, que ainda hoje apresenta tanto coeficiente de detecção quanto prevalência de casos de hanseníase elevados¹⁹.

O estado do Pará detém, em situação consonante com a região Centro-Oeste e os outros estados da região Norte, elevadas taxas de detecção de casos novos de hanseníase a cada ano¹.

A taxa de cura em hanseníase no estado do Pará, ano de 2005, foi de 71,43%, evidenciando a necessidade de

maiores esforços em encerrar junto ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os casos que receberem alta por cura¹⁸, uma vez que a persistência dos pacientes curados nas estatísticas de prevalência da hanseníase levaria a uma falsa proporção da magnitude da enfermidade e após o estabelecimento da descentralização e municipalização do controle da doença através do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH)^{14, 20}, houve um incremento na responsabilidade dos municípios em tal programa²⁰, o que nem sempre tem sido observado com a devida importância. A municipalização do PNEH, em contrapartida, possibilitou uma análise mais profunda da distribuição espacial da hanseníase no Brasil^{20, 21}, por meio da utilização de ferramentas como o Sistema de Informações Geográficas (SIG), que é recomendado como arma eficaz nas medidas para eliminação da hanseníase em toda e qualquer região endêmica pela OMS²¹.

A endemia está distribuída de forma heterogênea no Pará, com maior distribuição nas regiões Sul e Sudeste do estado. Há municípios, dentre os mais atingidos, todavia, também nas regiões Nordeste, Sudoeste e, até mesmo, na área metropolitana de Belém, em que o elevado fluxo migratório provocado por ser esta região a mais desenvolvida e economicamente mais próspera do Pará poderia ser apontado como relevante fator causal para tais números¹.

O indicador número de lesões, em relação aos casos novos, nos últimos cinco anos, mostra que ocorreu um importante aumento do diagnóstico na fase inicial da doença no estado do Pará¹⁸. O percentual de casos com uma única lesão chega a mais de 30% a partir de 2003, concomitantemente à redução de casos multibacilares ou avançados da doença diagnosticados, tardiamente, pelos serviços de saúde¹⁸. Sexo feminino, idade jovem, paucibacilaridade (formas indeterminada e tuberculóide, com baciloscopia negativa)²², residência em área urbana, preponderância de lesões maculares, ausência de seqüelas físicas e casos diagnosticados em unidades básicas de saúde são os fatores epidemiológicos que compõem, de acordo com recentes estudos do Ministério da Saúde, o perfil condizente com pacientes portadores da apresentação clínica de lesão única²², o que demonstra a influência desta classificação clínica da hanseníase na doença com evolução de bom prognóstico.

A carência de estudos mais detalhados sobre os aspectos contemporâneos gerais da hanseníase no Brasil e, principalmente, no estado do Pará é evidente. Os poucos trabalhos com este enfoque são quase na totalidade patrocinados pelas instituições governamentais de vigilância e promoção da saúde, estando a iniciativa

científica não-governamental de praxe mais dedicada a temas correlatos mais específicos. Os graves problemas responsáveis pela dificuldade em adequar as estatísticas nacionais e estaduais à meta de eliminação da hanseníase nos prazos estabelecidos pelo PNEH¹⁷, como diagnóstico tardio, não-adesão ao tratamento pelo paciente e falhas nos fluxos de registro e notificação, necessitam de melhor esclarecimento para possibilitar a revisão de estratégias e adoção de novas medidas para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública²³, o que promove caráter indeclinável à exposição e análise dos fatores que compõem a real situação atual da hanseníase na região Norte do Brasil e no estado do Pará.

OBJETIVO

Analisar a situação atual da hanseníase no estado do Pará.

MÉTODO

Estudo transversal de prevalência com delineamento documental, a partir dos dados disponíveis no Sistema Único de Saúde, DATASUS²⁹, encontrado em caráter de domínio público no link <http://tabnet.datasus.gov.br/> e que utiliza como fonte os arquivos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tal sistema foi desenvolvido para ser operacionalizado num nível administrativo o mais periférico possível, ou seja, a unidade de saúde. Caso o município, porém, não disponha de microcomputadores nas suas unidades, o sistema poderá ser operacionalizado nas secretarias municipais, regionais ou estaduais de saúde.

O sistema de dados do SINAN possibilita a análise global e integrada de todos os agravos definidos, gerando informações nos níveis acima referidos, além de distrito e bairro.

A base de dados local é transferida sistematicamente entre os diversos níveis de gestão do sistema de informações, sendo distribuídos para as coordenações de cada agravo os dados específicos. A Coordenação Nacional do SINAN, desta forma, ao chegar a base de dados ao Ministério da Saúde, envia para o Programa Nacional para Eliminação da Hanseníase (PNEH) os dados sobre a doença.

Os dados da fonte supracitada incluídos na estatística

do trabalho foram as informações clínico-epidemiológicas básicas concernentes à prevalência da hanseníase no estado do Pará nos anos de 2004, 2005 e 2006 (últimos anos de atualização do banco de dados eletrônico do SUS), objetivando analisar a recente evolução deste agravo no Pará, estando incluídos na amostra os dados disponíveis sobre sexo e classe operacional dos casos notificados no referido período, em pacientes com idade entre 15 e 64 anos (com exceção para os dados sobre prevalência, quando todas as faixas etárias foram incluídas) e com registro ainda ativo, independentemente da presença de comorbidades. Os casos de pacientes fora da faixa etária ou com registro já encerrado por qualquer motivo foram excluídos. Dados adicionais sobre esquema terapêutico, situação dos casos, classificação dos registros, ano de diagnóstico, presença de incapacidades e seqüelas, modo de entrada no SINAN, evolução do caso e número de lesões cutâneas, que se encontram presentes nas estatísticas do DATASUS24, não foram incluídos nesta pesquisa. Depois de observados os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a um número total de: 10.018 (2004), 7.274 (2005) e 6.541 (2006) casos de hanseníase no Estado do Pará. Os números apurados foram então distribuídos nas seguintes subcategorias: sexo (masculino, feminino ou ignorado); faixa etária (segundo o SINAN, em anos – 15 a 19; 20 a 34; 35 a 49; e 50 a 64); classe operacional (multibacilar, paucibacilar ou ignorado); e residência (número de casos notificados de acordo com o município), sempre relacionando os respectivos subgrupos a cada um dos três anos incluídos nesta pesquisa e segundo as descrições das variáveis disponíveis para tabulação, variáveis para os dados de notificação e das variáveis para dados de acompanhamento, que estão presentes no site do DATASUS24. Houve, então, a tabulação dos dados, com o cruzamento dos subgrupos pré-determinados, e posterior análise pormenorizada dos resultados do estado do Pará, levando em consideração os números individuais de cada município paraense e da região metropolitana de Belém. Como apoio bibliográfico, 119 fontes científicas foram estudadas, das quais 30 foram utilizadas como referência para esta obra.

RESULTADOS

Quadro 1 – Dez municípios com maior número de casos de hanseníase, Pará, 2004-2006

MUNICÍPIO PA	2004	2005	2006
Belém	755	613	631
Ananindeua	398	293	363
Marabá	411	400	289
Parauapebas	288	296	238
Xinguara	170	247	222
Jacundá	343	200	204
Redenção	422	238	181
Paragominas	439	158	169
Tailândia	152	172	159
Breu Branco	423	134	155
TOTAL	3.801	2.751	2.611

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

Quadro 2 – Casos de Hanseníase, segundo a classificação operacional, Pará, 2004-2006

CLASSE OPERACIONAL	2004	2005	2006
Ignorado	110	74	48
Paucibacilar	3.277	2.378	2.064
Multibacilar	6.544	4.742	4.397
TOTAL	9.931	7.194	6.509

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

Quadro 3 – Prevalência da Hanseníase segundo faixa etária (SINAN), Pará, 2004-2006

FAIXA ETÁRIA (SINAN)	2004	2005	2006
15-19	1.237	888	745
20-34	3.914	2.924	2.697
35-49	2.961	2.064	1.837
50-64	1.819	1.318	1.230
TOTAL	9.931	7.194	6.509

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

Quadro 4 – Casos de Hanseníase, segundo sexo, Pará, 2004-2006

SEXO	2004	2005	2006
Ignorado	5	3	2
Masculino	6.268	4.503	4.061
Feminino	3.658	2.688	2.446
TOTAL	9.931	7.194	6.509

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

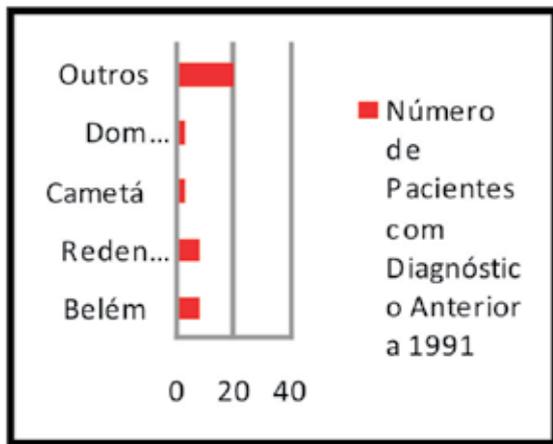


Figura 1 – Municípios paraenses com maior número de casos diagnosticados antes de 1991 em registro ainda ativo em 2006.

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

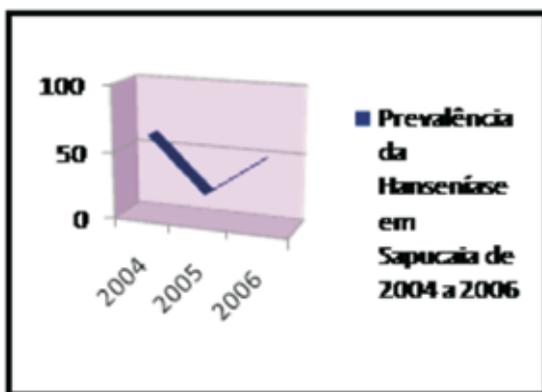


Figura 3 – Prevalência da Hanseníase, Sapucaia – Pará, 2004 a 2006.

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

DISCUSSÃO

A distribuição da hanseníase no Pará é heterogênea, com certo adensamento no sul e sudeste do estado, como é demonstrado no Quadro 1.

Há municípios, dentre os mais atingidos, nas regiões do nordeste e sudoeste e, até mesmo, na área metropolitana de Belém, não apenas pelo elevado e constante fluxo populacional provocado pelo desenvolvimento econômico da região, inflacionando os números da conurbação com casos advindos de outras áreas do estado, como também pela demanda já direcionada à busca pelo atendimento médico especializado^{1, 25}.

A grande prevalência de casos no Pará pode ser justificada, em parte, pelo grande investimento realizado

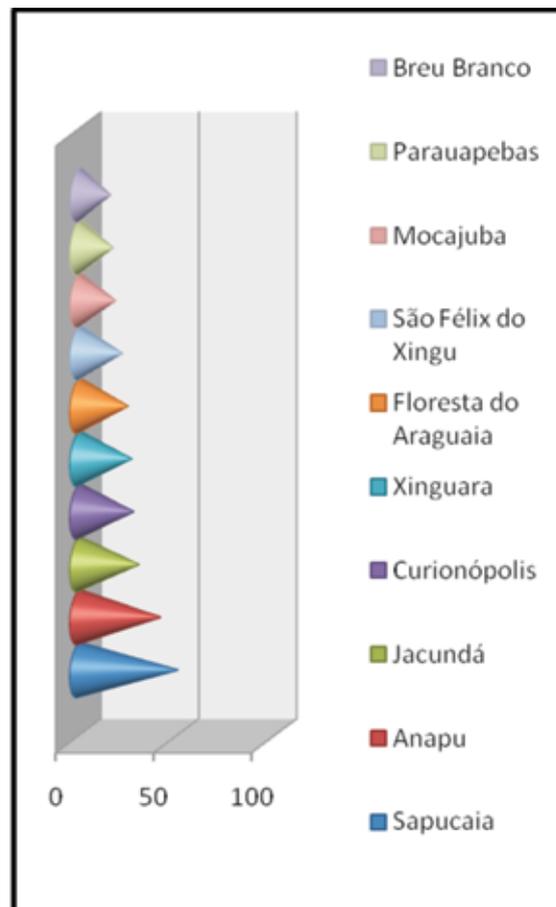


Figura 2 – As dez maiores taxas de prevalência de hanseníase por município do Pará no ano de 2006.

FONTE: DATASUS – Ministério da Saúde

entre os anos de 2001 e 2006 na capacitação das ações de controle da hanseníase e das equipes de saúde de atenção primária, com ênfase na ESF (Estratégia Saúde da Família), aumentando a oferta de unidades de saúde e profissionais capacitados ao diagnóstico e tratamento da enfermidade^{18, 19}.

A classe operacional da doença que prevaleceu nos três anos da pesquisa foi a forma multibacilar, com número quase duas vezes superior ao total de casos paucibacilares no ano de 2004. Há diversos estudos desde as primeiras pesquisas em hansenologia que apontam fatores genéticos intrinsecamente ligados à forma clínica pela qual a doença se manifesta e mesmo à disseminação da doença em determinados grupos e regiões isoladas,

principalmente no concernente ao fator HLA, em que o padrão HLA-DQ 1 determinaria susceptibilidade à doença e, conseqüente, materialização clínica em formas multibacilares². Além da ainda pouco esclarecida faceta genética da hanseníase, outros fatores de susceptibilidade como desnutrição e contato íntimo com o caso índice facilitado pelas pequenas e superlotadas habitações freqüentemente encontradas nesta região, ambas as características muito comuns no perfil epidemiológico do hanseniano no estado do Pará, estão de praxe relacionadas à preponderância da classe operacional multibacilar^{3, 7, 10}.

As evidências da importância de fatores genéticos, bem como de mazelas sócio-econômico-culturais, tal qual o convívio de crianças e idosos com pacientes portadores de formas multibacilares graves da enfermidade em cômodos pequenos e ocupados por muitas pessoas, impelem o foco ainda mais para a importância da vigilância e mesmo profilaxia de contactantes de casos-índice conhecidos de hanseníase. Algumas pesquisas mais recentes têm demonstrado um grande acréscimo na detecção precoce de novos casos da doença, assim como um relevante implemento no controle de pequenos surtos^{9, 26, 27, 28}.

As faixas etárias mais acometidas neste estado entre 2004 e 2006 foram, respectivamente, 20 a 34 e 35 a 49 anos de idade, constatando-se em todos os anos do estudo que quase 2/3 dos doentes de hanseníase são homens. O padrão epidemiológico encontrado, que é o do paciente do sexo masculino e em idade economicamente ativa, é condizente com o que está evidenciado em estudos do mundo inteiro¹², demonstrando que o contato interpessoal constante pelas atividades profissionais ainda é uma das principais formas de propagação da doença, uma vez que na sociedade patriarcal em que estão incluídos os pacientes relacionados nesta pesquisa, ainda é, na maioria das vezes, o homem que toma a frente das atividades econômicas e profissionais do lar, o que leva, não por coincidência, quase sempre o chefe-de-família a ser também o caso índice de uma pequena população. Outro relevante dado a se destacar é a freqüente inclusão no banco de dados eletrônico do SUS (DATASUS²⁴), em quase todos os aspectos avaliados, da categoria ignorado, o que denota uma persistente indiferença com o adequado preenchimento de prontuários e fichas de notificação que leva à omissão de dados fundamentais para a correta prevenção e controle da hanseníase.

A análise de dados referentes ao ano de diagnóstico leva a interessantes constatações, como a existência de pacientes que receberam diagnóstico antes de 1991 e, ainda, não tiveram seus casos encerrados. A partir deste

fato, surgem duas hipóteses principais: os pacientes estão concluindo seus respectivos tratamentos e os casos não estão sendo devidamente encerrados junto ao SINAN^{18, 29} ou, por causas diversas e não esclarecidas, tais pacientes tem tido seu tratamento continuado por anos a fio, ou mesmo persistentemente interrompido e reiniciado. As duas hipóteses, sendo a primeira muito mais plausível, associadas a falhas no diagnóstico da hanseníase com conseqüente supervalorização de queixas e sinais clínicos por profissionais de saúde inadequadamente qualificados para tal incumbência, podem estar, relevantemente, relacionadas a outras notáveis discrepâncias, como a prevalência explosiva da enfermidade na pequena cidade de Sapucaia, no interior paraense, onde, pelos dados disponíveis, com exceção para o ano de 2005, mais de metade da população seria composta de portadores de hanseníase²⁴.

A prevalência da hanseníase vem caindo ano após ano no Brasil⁴, como resultado da maior adesão ao esquema de tratamento poliquimioterápico e seu conseqüente sucesso^{2, 30}. O Pará, no entanto, assim como os outros estados da região Norte, tem tido anualmente acréscimos na incidência da enfermidade¹, o que representa resultados positivos ao investimento realizado a partir de 2001 na capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária para a detecção da doença.^{1, 18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase constitui, ainda, no Pará um grave problema de saúde pública, mesmo com todo o trabalho que vem sendo realizado em prol de seu controle.

A importância da atenção primária à saúde e de seus programas e profissionais capacitados torna-se cada vez mais evidente, tanto para a vigilância quanto para o diagnóstico e tratamento da doença e, conseqüentemente, seu controle, o que reforça a necessidade da ampliação da cobertura do território nacional por estratégias como a ESF.

O maior número de casos em pacientes em idade produtiva leva a óbvias perdas econômicas, o que faz da hanseníase uma doença cuja importância ultrapassa as raias da saúde.

O sucesso da poliquimioterapia, em associação à melhor qualificação de profissionais de saúde para lidar com o problema, reflete-se em uma gradativa redução das taxas nacionais de prevalência.

A hanseníase não deixou de representar preocupação de grande vulto para a saúde pública no Pará e na região

Norte do Brasil, e as inacabáveis falhas no diagnóstico, tratamento, notificação e preenchimento de prontuários impedem que haja um panorama da doença totalmente fiel à realidade. A evolução no controle da enfermidade, contudo, é evidente, e paulatinamente o estado do Pará,

a região Norte e o Brasil seguem em direção ao objetivo da Organização Mundial da Saúde, que é manter a prevalência da hanseníase em números inferiores a 1/10.000 habitantes.

SUMMARY

STUDY OF THE LEPROSY SITUATION AT THE PARÁ STATE

Vera Regina da Cunha Menezes PALÁCIOS, Rodrigo da Silva DIAS e Dilma Costa de Oliveira NEVES

Objective: to analyze the current leprosy situation at the Pará state. **Method:** this study is based on information from DATASUS. Data were gathered in retrospect, being included Pará's numbers of leprosy between 2004 and 2006. It was analyzed sex and operational class of the cases of the period in patients between 15 and 64 years old with active registration. Data were tabulated and the Pará's results were analyzed considering municipal numbers individually. **Results:** practically all of the municipal districts presented cases of leprosy, which can so be considered universally distributed disease in Pará with concentration in the states's south and southeast besides Belém's metropolis, prevailing men from 20 to 49 years old with presentation multibacilar. It's interesting to verify cases previous to 1991 still assets, possible cause to numbers like the small Sapucaia's ones, which have presented prevalence of 62% in 2004. **Final considerations:** leprosy is still fear in public health, though gradually the objective of maintaining its prevalence inferior to 1/10.000 inhabitants is reached.

Key-words: leprosy; *Mycobacterium leprae*; public Health; notification.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Hanseníase: situação epidemiológica no Brasil e por unidade federada (2001-2006). MS; 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=2696. Acessado em 09 de dezembro de 2007.
2. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36(3):373-82.
3. Avelleira JC et al. Micobacterioses. In: Azulay RD; Azulay DR. Dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan s.a.; 2004. p. 223-33.
4. Burdick AE, Capó VA, Frankel S. Micobacteria. In: Tying SK, Lupi O, Hengge UR. Tropical Dermatology. 1ª ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 255-71.
5. Sampaio SAP, Rivitti EA. Epidemiologia da hanseníase, tuberculose e micobacterioses. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 985-6.
6. Campanelli F. Efeitos da radiação ultra-sônica pulsada e de baixa intensidade sobre o Mal Perfurante Plantar (MPP), manifestação cutânea decorrente da hanseníase [Tese - Mestrado em Bioengenharia]. São Carlos (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2004.
7. Durães SMB, Guedes LS, Cunha MD, Cavaliere FAM, Oliveira MLWDR. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. An Bras Dermatol. 2005; 80(n.sup13); s295-300.
8. Prevedello FC, Mira MT. Hanseníase: uma doença genética? An Bras Dermatol. 2007; 82(5); 451-9.
9. Croft RP, Smith WCS, Nicholls P, Richardus JH. Sensitivity and specificity of methods of classification of leprosy without use of skin-smear examination. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1998. Disponível em http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3754/is_199812/ai_n8814503. Acessado em 15 de dezembro de 2007.
10. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1966; 34; 255-73.

11. Sampaio SAP, Rivitti EA, Marchese LMT. Hanseníase. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 467-88.
12. World Health Organization. Leprosy today. WHO. 2007. Disponível em <http://www.who.int/lep/en/>. Acessado em 15 de dezembro de 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. V carta de eliminação da hanseníase-Pará. Brasil: MS; 2006. p. 01-02.
14. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de atendimento em hanseníase. Brasília: Subsecretaria de vigilância à saúde; 2007. p. 11-38.
15. World Health Organization. Guide to eliminate leprosy as a public health problem. Geneva: WHO; 2000. p. 04-39.
16. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (2006-2010) - Operational guidelines. Geneva: WHO; 2006. p. 01-50.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: MS; 2006. p. 05-31.
18. Pará. Sespa. Hanseníase no Brasil. SESPA. 2007. Disponível em http://www.sespa.pa.gov.br/Situa%C3%A7%C3%A3o/situacao_hanseniaze.htm. Acessado em 12 de dezembro de 2007.
19. Lapa TM, Albuquerque MFPM, Carvalho MS, Júnior JCS. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12); 2575-83.
20. Magalhães MMC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007; 16(2) 75-84.
21. Dias MCFS, Nobre ML, Dias GH. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN utilizando o Sistema de Informação Geográfica - SIG. An Bras Dermatol. 2005; 80(supl3); s289-94.
22. Ignotti E et al. Single lesion as an indicator to monitor the leprosy trend to elimination in hyperendemic areas. Rev Bras Epidemiol, 2007; 10(3); 421-31.
23. Cunha MD et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença em município endêmico do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(5);1187-97.
24. DATASUS. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acessado em 20 de novembro de 2007.
25. Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Análise geoestatística de casos de hanseníase no estado de São Paulo, 1991-2002. Rev Saúde Pública. 2006; 40(5); 907-13.
26. Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwig SV, Scatena JH, Andrade VLG. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. Revista espaço para a saúde. 2007; 8(2); 11-9.
27. Nery JAC et al. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. An Bras Dermatol. 2006; 81(4); 367-75.
28. Sanches LAT, Pittner E, Sanches HF, Monteiro MC. Detecção de casos novos de hanseníase no município de Prudentópolis, PR: Uma análise de 1998 a 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2007; 40(5); 541-5.
29. Façanha MC et al. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza – Ceará, Brasil. An Bras Dermatol. 2006; 81(4); 329-33.
30. Ximenes RAA, Gallo MEN, Brito MFM. Retreatment in leprosy: a case-control study. Rev Saúde Pública. 2007; 41(4); 632-7.

Endereços para correspondência

Vera Regina da Cunha Menezes Palácios
 Trav. Rui Barbosa 619, Apto 1102. Reduto.
 Belém – PA.
 CEP: 66.053-260
 Telefone: (091) 3230-2544 e 9983-3013
 E-mail: verareginapalacios@gmail.com

Dilma Costa de Oliveira Nunes
 Centro Universitário do Pará
 Av. Almirante Barroso, 3.775. Souza.
 Belém – PA
 CEP: 66. 613-903
 Telefone: (091) 9141-6164

Rodrigo da Silva Dias
 Trav. WE 32, Casa 511, Cidade Nova 5. Coqueiro.
 Ananindeua – PA
 CEP: 67.133-150
 Telefone: (091) 3273-3100 e 8159-5350
 E-mail: rsd-hades@hotmail.com

Recebido em 17.02.2009 – Aprovado em 15.04.2011