



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM EPIDEMIOLOGIA**

Fabíola Leal Silva

Recidiva da Hanseníase no estado da Bahia

Salvador, BA
2014

FABÍOLA LEAL SILVA

Recidiva da Hanseníase no estado da Bahia

Dissertação, sob forma de artigo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora : Prof^a. Maria Inês Costa Dourado

Salvador, BA
2014

FABÍOLA LEAL SILVA

Recidiva da Hanseníase no estado da Bahia

Dissertação, sob forma de artigo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora : Prof^a. Maria Inês Costa Dourado

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof ^a . Dr ^a . Maria Inês Costa Dourado (Orientadora) Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.	Parecer _____ Assinatura _____
Prof ^a . Dr ^a . Alcina Marta de Souza Andrade Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde	Parecer _____ Assinatura _____
Prof ^a . Dr ^a . Ceuci de Lima Xavier Nunes Diretora do Hospital Couto Maia	Parecer _____ Assinatura _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Fabíola Leal

Recidiva da Hanseníase no estado da Bahia

Fabíola Leal Silva; Orient. Maria Inês Costa Dourado. – 2014.
35f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA - BR, 2014. 1. Hanseníase; 2. Recidiva.

Dedico esse trabalho aos pacientes portadores de Hanseníase que acompanhei durante minha jornada no Hospital Dom Rodrigo de Menezes

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por mais uma conquista

Agradeço o apoio da minha família e especialmente do meu esposo

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por ter proporcionado a realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

À minha orientadora Dra. Maria Inês Dourado pelo direcionamento

À equipe da DIS/SESAB pela boa vontade e colaboração na disponibilização dos dados solicitados.

Aos colegas do Mestrado Profissional, sempre muito solidários.

Aos participantes da Banca Examinadora que deram contribuições para o enriquecimento desse trabalho.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA que me agregaram novos conhecimentos.

APRESENTAÇÃO

O objeto da presente Dissertação representa um importante uso da ferramenta epidemiológica na avaliação da hanseníase. Trata-se do primeiro estudo sobre a recidiva da hanseníase no estado da Bahia.

Minha inserção durante cinco anos nas atividades de atendimento e acompanhamento médico aos pacientes com diagnóstico de hanseníase no Centro de Referência de Dermatologia Sanitária no estado da Bahia, despertou em mim o interesse de conhecer melhor o subgrupo de pacientes que evoluíam com recidiva da hanseníase após alta por cura. Considero que o desenvolvimento dessa investigação foi uma oportunidade ímpar para estudar e aplicar os conhecimentos obtidos tanto na minha prática de trabalho, como durante a realização do Mestrado em Saúde Coletiva. A concretização desse desejo resultou no produto final deste curso, o artigo intitulado “Recidiva da Hanseníase no Estado da Bahia”, que ora se encontra aqui apresentado segundo as normas do Programa de Pós Graduação, do ISC/UFBA. O Projeto de Dissertação que orientou a construção do presente estudo encontra-se em anexo. Esclareço, entretanto, que foram feitas algumas alterações na metodologia do projeto original. Não foi realizado a avaliação de prontuários e, conseqüentemente, a validação dos casos de recidiva dos pacientes da unidade de referência estadual devido limitações relativas ao tempo previsto para conclusão do curso.

RESUMO

A hanseníase persiste como importante problema de saúde pública para o Brasil. Uma das estratégias para controle da endemia da hanseníase é o tratamento adequado dos pacientes com o regime de poliquimioterapia recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, o monitoramento dos casos de recidiva assume importância por se constituir como o melhor método para medir a eficácia do tratamento. Segundo dados da OMS, o Brasil é o país com maior registro de casos de recidiva no mundo; são poucos os estudos nacionais sobre o tema e nenhum no estado da Bahia. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico de todas as entradas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN/BA) por recidiva diagnosticadas no estado da Bahia e na unidade de referência estadual para tratamento de pacientes com hanseníase. **Método:** Estudo transversal de todas as entradas no sistema de informação por recidiva em hanseníase diagnosticada pelas unidades de saúde do estado da Bahia e pela unidade de referência estadual, no período de 2001 a 2012. As informações foram obtidas do SINAN/BA fornecidas pelo setor de vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). **Resultados:** Foram registrados 1329 entradas por recidiva na Bahia no período de 2001 a 2012, sendo 90 na unidade de referência estadual. Do total de casos, a média de idade foi de 43,3 anos e 59,2% eram do sexo masculino, 70,9% tinha a forma dimorfa ou virchoviana e 77% foram classificados como multibacilares. Entretanto apenas 20,6% dos pacientes realizaram baciloscopia e somente 21,4% tinham informação sobre comprometimento neural. **Conclusão:** O percentual de recidivas no estado da Bahia é influenciado pelos casos notificados em municípios sem centros de referência. É essencial melhorar a precisão diagnóstica nos serviços de saúde do estado, inclusive da unidade de referência estadual, e facilitar o acesso dos pacientes com suspeita de recidiva aos serviços especializados.

Palavras-chave: Hanseníase, Recidiva, Poliquimioterapia

ABSTRACT

Leprosy remains as a major public health problem in Brazil. One of the strategies to control the endemic leprosy is the appropriate treatment of patients with multidrug regimen recommended by WHO. Therefore, monitoring of relapse cases assumes importance as it constitutes the best method to measure the effectiveness of treatment. According to the World Health Organization, Brazil is the country with the most reported cases of recurrence in the world; there are few national studies on the subject and none in the state of Bahia. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological profile of all entrances in the National System of Reportable Diseases (SINAN / BA) of relapsed in leprosy diagnosed in the state of Bahia and reference unit for treatment of patients with leprosy. **Method:** Cross-sectional study of all entrances in the information system of relapse in leprosy reported by health care units in Bahia and in the reference unit, during the period from 2001 to 2012. The database was obtained from the SINAN/BA provided by Department of epidemiological surveillance Department of the State Health Secretary/SESAB. **Results:** There were 1329 entrances of relapsed in leprosy reported in the period 2001-2012, 90 in the state unit of reference. Of all cases, the average age was 43.3 years and 59.2% were male, 70.9% had borderline or lepromatous form and 77% were classified as multibacillary. But, only 20.6% of patients undergoing bacilloscopic smear tests and only 21.4% had information of neural commitment. **Conclusion:** The rate of recurrence in the state of Bahia is influenced by the cases reported in municipalities without reference centers. It is essential to improve the diagnostic accuracy in health services in the state, including in the state unit of reference, or facilitate access for patients with suspected relapsed to specialized services.

Keywords: Leprosy, Relapse, multidrug therapy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de casos notificados de recidiva em Hanseníase por município na Bahia. SINAN/hanseníase. SES/BA, 2001- 2012.	30
---	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo faixa etária, sexo, cor da pele , escolaridade e zona de residência, Bahia, 2001 – 2012 31
- Tabela 2 - Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, número de nervos afetados, grau de incapacidade, classificação operacional, baciloscopia positiva, tratamento inicial, e tempo entre diagnóstico e início do tratamento, Bahia 2001 – 2012.....32
- Tabela 3 - Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo contatos registrados e/ou examinados, episódio reacional durante tratamento, tipo de alta, grau de incapacidade à alta, Bahia, 2001 – 2012.....33
- Tabela 4 - Comparação dos percentuais conforme o sexo das entradas por recidiva em hanseníase na Bahia segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação multibacilar e grau de incapacidade física ao diagnóstico e à alta terapêutica, Bahia, 2001 – 2012.....34
- Tabela 5 - Comparação dos percentuais conforme o cor da pele das entradas por recidiva em hanseníase na Bahia (n=1329) segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação multibacilar e grau de incapacidade física ao diagnóstico, e grau de incapacidade à alta, Bahia, 2001 – 2012.....35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Divep	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
IB	Índice baciloscópico
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
PQT-MB	Poliquimioterapia utilizada para multibacilar
PQT-PB	Poliquimioterapia utilizada para paucibacilar
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
URE	Unidade de Referência Estadual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	16
3 RESULTADOS	18
4 DISCUSSÃO.....	21
4.1 LIMITAÇÕES	25
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	26
REFERÊNCIAS	27
TABELAS E FIGURAS	30
ANEXO 1 (PROJETO DE DISSERTAÇÃO).....	36

.

1 INTRODUÇÃO

A recidiva da Hanseníase é definida como ocorrência de sinais de atividade clínica da doença, após a alta por cura, afastada a possibilidade de estados reacionais (OMS, 2006). Por sua vez, o conceito de cura em hanseníase é definido pelo Ministério da Saúde brasileiro (MS) com base na regularidade do tratamento. É considerado curado todo paciente que conclui o tratamento nos prazos estabelecidos, conforme esquemas terapêuticos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotados pelo MS¹.

Segundo os últimos boletins divulgados pela OMS, o Brasil é o país com maior número de recidivas. Em 2012, o país foi responsável por 1.709 (49,8%) do total de 3.427 casos de recidiva registrados no mundo (OMS, 2013). A Bahia apresentou 111 registros de recidiva em 2012 e é o sexto estado em número de casos (Brasil, 2014).

Os casos de recidiva são raros entre os pacientes tratados regularmente com a poliquimioterapia (PQT), entretanto, recomenda-se vigilância constante. As baixas taxas de recidiva demonstradas por diversos estudos comprovam a excelente resposta ao PQT dose fixa (Balagon et al., 2009; Fajardo et al., 2009; Kyaw et al., 2008; Maghanoy, Mallari, Balagon, & Saunderson, 2011). Os principais indicadores epidemiológicos usados para medir recidiva são: taxa bruta de recidiva²; taxa pessoas-ano de recidiva³; risco cumulativo de recidiva (calculado por métodos estatísticos, tais como regressão de Cox e Kaplan Meier); e a magnitude ou proporção de recidiva (Balagon et al., 2009; Diniz, Moreira, Puppim, Wand, & Rey, 2009; Gelber, Balagon, & Cellona, 2004; Kaimal & Thappa, 2009; Kumar, Girdhar, & Girdhar, 2012, 2013; Linder, Zia, Kern, Pfau, & Wagner, 2008). Entretanto, não

¹ Esquema paucibacilar (PQT/PB): dose mensal supervisionada de rifampicina (600mg) e dapsona (100 mg), e uso diário de dapsona (100mg) com duração de seis doses mensais, as quais devem ser feitas em até nove meses.

Esquema multibacilar (PQT/MB): dose mensal supervisionada de rifampicina (600mg) e dapsona (100 mg) e clofazimina (300mg), e uso diário de dapsona (100mg) e clofazimina (50mg) com duração de doze doses mensais, que devem ser utilizadas em até dezoito meses. Os pacientes que não apresentarem melhora clínica, cujas lesões estejam ativas ao final do tratamento, podem ser avaliados em unidades de referência para possível utilização de 12 doses adicionais de PQT/MB (Brasil, 2002).

² taxa bruta de recidiva = n° recidivas/n° total de pacientes que completaram a PQT na época da análise X 100

³ taxa pessoas-ano de recidiva = n° de recidivas X 1000/n° de pessoas-ano do acompanhamento

existe padronização no cálculo das taxas de recidiva, razão pela qual fica difícil a comparação de resultados de diferentes estudos.

A OMS calculou o risco cumulativo de recidiva e revelou risco muito baixo, 0.77% para pacientes multibacilares (MB) e 1,07% para pacientes paucibacilares (PB) (OMS,1994). Ainda segundo OMS, pacientes que apresentam índice baciloscópico alto ($IB \geq 4$) no início do tratamento têm maior risco de recidiva, a qual geralmente ocorre no período superior a cinco anos após a cura (OMS, 2006).

O principal diagnóstico diferencial das recidivas são os surtos reacionais, os quais representam episódios inflamatórios que resultam de alterações agudas no balanço imunológico entre hospedeiro e o *M. leprae*. Portanto, após afastada a possibilidade de reação hansênica, suspeita-se de recidiva quando o paciente PB, após alta por cura, apresentar dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticoide, por pelo menos 90(noventa) dias; ou surtos reacionais tardios, em geral, cinco anos após a alta. Para os casos MB, a suspeita de recidiva ocorre quando o paciente, após alta por cura, apresentar lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticoide em doses e prazos recomendados, baciloscopia positiva e quadro compatível com pacientes virgens de tratamento; pacientes com surtos reacionais tardios, em geral, cinco anos após a alta; aumento do índice baciloscópico em 2+, em qualquer sítio de coleta, comparado ao de exame anterior do paciente após-alta da PQT (se houver), os dois coletados na ausência de estado reacional (Brasil, 2002).

Os principais fatores apontados como responsáveis pela recidiva são: a persistência do bacilo (o *M.leprae* pode tornar-se pouco ativo e voltar a se multiplicar após o término do tratamento), a resistência medicamentosa e a reinfecção (Gallo & Oliveira, 1997; Instituto Lauro de Souza Lima, 2011; Ferreira et al, 2011; Da Silva Rocha et al, 2011; Mori et al, 2012). Estudos mostrando associação com características sócio econômicas são raros. Ferreira *et al.* (2011) encontraram como fatores associados à recidiva de hanseníase residir em moradias alugadas, domicílio em madeira ou taipa, coabitar com mais de cinco pessoas no mesmo domicílio e uso de transporte coletivo para chegar à unidade de saúde.

As taxas de recidiva não integram os indicadores para monitoramento e avaliação para a redução da carga de hanseníase propostos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Entretanto, tem sido apontada pela literatura internacional como o melhor indicador para medir a eficácia do tratamento (Kaimal & Thappa, 2009).

Estudos que caracterizem os casos de recidiva e evidenciem os possíveis fatores associados são essenciais para que se obtenha o melhor manejo do diagnóstico clínico/laboratorial, epidemiológico, terapêutico e de organização de serviços.

Até o momento, são poucos estudos sobre recidiva da hanseníase no Brasil e nenhum na Bahia. Portanto, a caracterização destes casos poderá auxiliar na identificação de fatores que possam estar relacionados à manutenção da endemia e ajudar na avaliação da eficácia do programa de controle da doença no estado.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil clínico-epidemiológico dos casos de recidiva de Hanseníase diagnosticados na Bahia entre 2001 e 2012.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal para avaliar o perfil clínico e epidemiológico de todos os pacientes que evoluíram com recidiva da Hanseníase no estado da Bahia no período de 2001 a 2012. Posteriormente, foram selecionados do total de casos apenas os pacientes diagnosticados com recidiva na Unidade de Referência Estadual (URE)², e também traçado perfil clínico-epidemiológico, visando identificar diferenças entre os dois grupos, principalmente com relação a qualidade da assistência. As informações relativas aos casos de recidiva foram obtidas no SINAN/Bahia, e fornecidas pela Diretoria de Informação em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O critério de inclusão do estudo foi: pacientes notificados com o diagnóstico clínico de recidiva de Hanseníase na ficha do SINAN.

O indicador magnitude de recidivas em hanseníase corresponde ao percentual de entradas como recidivas, e foi definido como: número de recidivas no período pesquisado dividido por todas as entradas do mesmo período para tratamento de hanseníase, multiplicado por 100. O percentual de recidivas foi calculado para todos os municípios.

Foram selecionadas para análise as variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade, zona de residência, forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação operacional no diagnóstico e após tratamento, grau de incapacidade física no diagnóstico e após tratamento, número de contatos registrados e examinados. A variável faixa etária foi dividida nos grupos de menores de quinze anos e maiores ou iguais a 15 anos conforme adotado pelo MS ; e a variável cor da pele foi agrupada em brancos e amarelos ou pardos e pretos.

Para a análise descritiva, as variáveis categóricas foram expressas através de suas proporções. Calculou-se médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal e medianas e quartis para as não-normais.

Realizou-se análise univariada para identificar diferenças no perfil clínico quanto ao sexo e cor da pele nas seguintes variáveis: Forma clínica, número de

² O estado da Bahia contava no período de 2001 a 2012 com uma unidade de referência para tratamento de pacientes com hanseníase, o Hospital Dom Rodrigo de Menezes, que prestava assistência aos pacientes que o procuravam ou por demanda espontânea ou referenciados de outras unidades tanto da rede pública como privada.

lesões cutâneas, grau de incapacidade ao diagnóstico, classificação operacional multibacilar ao diagnóstico, grau de incapacidade à cura. Para esta análise, as variáveis categóricas foram comparadas através do Teste de Qui-quadrado. Para as variáveis contínuas de distribuição não normal foi utilizado o Teste de Mann-Whitney.

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico STATA, versão 9.1 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

O estudo foi conduzido dentro dos padrões éticos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA (n° do parecer 795.365).

3 RESULTADOS

Foram registrados 1329 casos de recidiva da Hanseníase no Estado da Bahia e 90 casos na URE, no período de 2001 a 2012, com média de 108,3 e 7,5 casos por ano, respectivamente.

A Figura 1 representa a distribuição geográfica das entradas de casos por recidiva em hanseníase por município de residência, segundo o número absoluto de recidivas notificados no estado da Bahia no período de 2001 a 2012. Duzentos e três municípios não registraram casos de recidiva no período e apenas três municípios (Barreiras, Juazeiro e Salvador) tiveram mais de 50 casos. O município que concentrou o maior número de recidivas foi Salvador (141 casos)

A proporção de casos de recidivas em relação ao total de notificações por Hanseníase foi de 3,27% no estado da Bahia e de 2,95% na URE, no período de 2001 a 2012. Nos municípios nos quais foram registrados casos de recidiva esta proporção variou de 0.63% a 100%. Em 46 municípios o percentual de recidivas foi inferior a 3%; em 40 municípios este percentual foi superior a 3% e inferior ou igual a 5%; em 70 municípios, foi superior a 5% e menor ou igual a 10%; e em 58, foi superior a 10%. Os 10 municípios com maior proporção de recidiva foram responsáveis por apenas 25 casos do total de 1329, e a população máxima foi de 18970 habitantes.

As características sócio-demográficas dos casos de recidiva de Hanseníase, segundo as variáveis faixa etária, sexo, cor da pele, escolaridade e zona de residência estão apresentadas na Tabela 1. A média de idade foi de 43 (\pm 16.6, min0–Max97) e 40,7 (\pm 16.4, min10-max75) anos para o grupo de pacientes da Bahia e da URE, respectivamente. Nos dois grupos ocorreu predomínio de casos de recidiva entre pacientes pardos e pretos, habitantes da zona urbana e com nível de escolaridade baixo (analfabetos ou ensino fundamental incompleto). Foram registrados 37 casos de recidiva em menores de 15 anos no grupo da Bahia e 03 casos no grupo da URE.

A Tabela 2 apresenta o percentual de entradas por recidiva diagnosticadas no estado da Bahia e na URE segundo as variáveis forma clínica, número de lesões cutâneas, número de nervos afetados, grau de incapacidade ao diagnóstico, classificação operacional, baciloscopia positiva, tratamento inicial e tempo entre o

diagnóstico e o início do tratamento. Predominou nos dois grupos, no momento do diagnóstico, as formas clínicas dimorfas (Bahia 41,4% / URE 60%) e virchovianas (Bahia 29,5% / URE 26,7%), classificação multibacilar (Bahia 77% / URE 87,8%) e o grau de incapacidade zero (Bahia 63,4% / URE 72,2%) . A maioria das baciloscopias realizadas resultaram positivas, nos dois grupos. Sem relato de nervo afetado em 84,4% dos casos da URE.

O número de contatos registrados e o percentual de contatos examinados estão descritos na Tabela 3. Considerando o total de caso (n=1329), 53,1% dos pacientes que referiram coabitar com outras pessoas tiveram 100% dos contatos examinados. Nos casos da URE (n=90) este percentual foi de apenas 6,8%. Em 14 casos do grupo da Bahia (n=1329), nenhum contato foi registrado, mas pelo menos um contato foi examinado; 89 pacientes não referiram contatos; e, 371 fichas não tinham informações sobre contatos. No grupo URE (n=90), todas as notificações tinham informações sobre contatos, porém em 46 fichas (51,1%) foi negado a existência de coabitantes.

Predominou a ausência de reações hansênicas (Bahia 72,8% / URE 79,4%), a alta por cura (Bahia 84,7% / URE 80,8%) e a ausência de incapacidades física ao fim do tratamento (Bahia 75,4% / URE 70%), conforme demonstra a tabela 3.

Ocorreu diferenças estatisticamente significante entre homens e mulheres, com relação as variáveis forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação operacional e grau de incapacidade ao diagnóstico (Tabela 4). Os homens apresentaram mais forma clínica virchoviana, multibacilar e com maior número de lesões cutâneas. Também foi mais frequente entre os homens a presença de incapacidade ao diagnóstico. Considerando o grau de incapacidade ao fim do tratamento, não foi observado diferença estatisticamente significativa.

Não ocorreu diferença estatisticamente significante quando a variável cor da pele foi analisada levando em consideração a forma clínica, número de lesões cutâneas e classificação operacional ao diagnóstico e grau de incapacidade na alta terapêutica. Com relação ao grau de incapacidade ao diagnóstico, foi verificado diferença estatisticamente significante ($p=0.032$), devido ao maior número de casos incapacidade física grau 2 nos pacientes pardo ou pretos (Tabela 5).

Avaliando a completitude do preenchimento das notificações, foi constatado grande percentual de dados perdidos. Considerando a totalidade das notificações (n=1329) apenas 02 variáveis (ano de notificação e sexo) e 25 casos (1,9% do total) estavam com todos os campos preenchidos. O percentual de perdas por variável oscilou entre 80,1% (ocupação) e 0,3% (tempo entre diagnóstico e tratamento). As variáveis com maior quantidade de campos não preenchidos e o respectivo percentual de perdas, foram: ocupação (80,1%), baciloscopia (79,4%), número de nervos afetados (78,6%), episódio reacional durante tratamento (58,2%), grau de incapacidade ao fim do tratamento (55,9%), número de doses supervisionadas (51,2%), forma clínica (31,6%), escolaridade (22%), grau de incapacidade ao diagnóstico (21%).

Considerando o grupo de pacientes diagnosticados na URE (n=90), foi evidenciado que 100% das notificações continham algum campo não preenchido. As variáveis que apresentaram perda de informação e o percentual de perda foram, respectivamente: tempo entre diagnóstico e tratamento (100%), baciloscopia (70%), grau de incapacidade ao fim do tratamento (66,7%), episódio reacional durante tratamento (62,2%), ocupação (60%), tipo de alta (13,3%), grau de incapacidade ao diagnóstico (12,2%), cor da pele (12,2%), escolaridade (7,8%), zona de residencial (5,6%) e tratamento atual (1,1%).

4 DISCUSSÃO

O acompanhamento dos casos de recidiva é a melhor forma de monitorar a eficácia dos esquemas terapêuticos propostos para tratamento de hanseníase.

A proporção de recidivas durante período do estudo (3,7%) foi superior ao apresentado por alguns pesquisadores brasileiros. Diniz et al (2009) relatou 1,12% de recidivas em análise retrospectiva, de 2000 a 2005, no Espírito Santo; Hercules (2004) encontrou 0,35% de recidivas no registro ativo no município de Duque de Caxias; e Coelho (2013) evidenciou 1,7% de recidivas no período de 1994 a 2010 em Rodonópolis /MT.

Tem sido constatado que a realização do correto diagnóstico de recidivas é tarefa difícil e complexa para as equipes médicas que assistem pacientes com hanseníase. Diniz et al (2009) excluíram 38 dos 142 casos registrados no SINAN como recidiva por não se enquadrarem neste diagnóstico. Brito et al (2005) concluíram que 13,5% dos pacientes estudados que tinham sido retratados, provavelmente representavam episódios reacionais. Para estes pesquisadores, um dos motivos que levam a reintrodução dos esquemas PQT é a dificuldade de diferenciar um caso de recidiva do quadro reacional devido a falta de informações e padronização em prontuários dos pacientes, aliada à ausência ou falta de credibilidade nos exames baciloscópicos e histopatológicos.

Destacou-se, no presente estudo, o alto percentual de recidivas em municípios pequenos com menos de 30.000 habitantes e com menor capacidade de diagnóstico, por não dispor de centros de referência, como os municípios Andaraí (18% recidivas), Urandi (30%) e Varzea do Poço (20%). Como o diagnóstico diferencial entre episódios reacionais, principalmente a reação reversa, com a recidiva necessita frequentemente de recursos clínicos e laboratoriais específicos, muitos casos definidos como recidiva nos municípios baianos podem representar erros de diagnóstico devido a dificuldade na abordagem diferencial.

A avaliação em relação à idade dos pacientes de hanseníase é tradicionalmente segmentada em menores e maiores de quinze anos (OMS, 2012). A faixa etária dos casos estudados prevaleceu acima de 15 anos, estando de acordo

com o relatado na literatura. Poojabylaiah et al (2008) encontraram 74,3% dos pacientes acima de 30 anos. Brito et al (2005) registraram 80,6% dos casos na faixa etária de 15 a 65 anos.

A presença de hanseníase em crianças menores de quinze anos é um indicador de gravidade e demonstra a persistência na transmissão do bacilo e as dificuldades dos programas de saúde para o controle da doença (Barbiere & Marques, 2009). Quando a transmissão é intensa, aumenta a probabilidade de surgimento da doença na população jovem, devido à exposição ao *M leprae* nos primeiros anos de vida (Ferreira, Rocha, & Alvarez, 2007). Contudo, a hanseníase é uma doença com longo período de incubação. Adicionalmente, o intervalo de tempo entre o término do primeiro tratamento e o início dos sintomas de recidiva têm sido relatados como, geralmente, superior há 3 anos (Lastória & Abreu, 2012; Lockwood, 2005; MS, 2010). Um estudo da OMS (1994) revelou tempo médio para recidivar de 2,75 anos nos PB e 3,42 anos nos MB. Para Ferreira (2011), registros de casos de recidiva na população infantil, como encontrados no presente estudo, apontam para a necessidade de discussão sobre problemas operacionais na rede de serviços de saúde, pela dificuldade na abordagem diferencial com outras doenças dermatológicas ou neurológicas e no manejo diagnóstico para a confirmação do caso de recidiva.

Em relação ao sexo e cor da pele ocorreu nos casos estudados (n=1329) predomínio de indivíduos masculinos, pardos ou negros. Diniz et al (2009) estudaram 104 pacientes com recidiva e encontram 59,6% dos casos no sexo masculino e 57,7% entre morenos e negros. Haldar et al (2003) estudaram 128 pacientes com recidiva e encontraram 61% dos casos no sexo masculino. Brito (2005) encontrou distribuição semelhante entre os grupos (caso e controle) avaliados, sendo 49,7% dos pacientes do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino. Dos 22 casos de recidiva avaliados por Gelber et al (2004) 19 eram homens e três eram mulheres. Poucos estudos abordam a associação cor da pele e recidiva da hanseníase. Ferreira et al (2011) encontraram uma associação protetora entre a cor da pele parda e a ocorrência de recidiva em estudo caso controle com 159 pacientes no estado do Mato Grosso. Como a Bahia é um dos estados brasileiros com maior proporção da população autodeclarada parda ou negra, este fato poderia explicar a maior concentração de casos em pardos e negros no presente estudo.

Quanto à escolaridade, observa-se que a maior parte dos pacientes (79,7%) não estudou ou não concluiu o ensino fundamental. Apesar disso, 9,5% deles tiveram acesso ao nível médio completo ou ao ensino superior. A OMS informa que o baixo nível socioeconômico está comumente associado à hanseníase em todas as populações, mas as razões que levam a esse fato ainda permanecem sem elucidação (OMS, 2012). Ferreira et al (2011) não encontraram associação entre escolaridade e recidiva de hanseníase.

As formas clínicas mais frequentes foram a dimorfa e a virchoviana assim com relatado por outros pesquisadores. Diniz et al (2009) encontraram 33,7 % de dimorfos e 32,7% de virchovianos nos 104 casos de recidiva estudados. Gelber et al (2004) descreveram 22 casos de recidiva, sendo dez da forma dimorfa-tuberculóide e 12 da virchoviana. Foi observado também, neste estudo, associação positiva entre sexo masculino com forma clínica virchoviana e classificação multibacilar. Balagon et al (2009) evidenciaram 87% de homens e 100% de formas virchovianas ou dimorfo-virchoviana entre os 23 casos de recidiva de hanseníase encontrados em estudo prospectivo no período de 1987 a 1994. Poojabylaiah et al (2008), por sua vez, relatam 03 casos de recidiva sendo todos do sexo masculino e forma clínica virchoviana, entre os 163 pacientes estudados.

Contrariando as definições do MS (2010) que classifica como multibacilar pacientes com mais de 05 lesões de pele e/ou baciloscopia positiva, foi constatado que das 1329 notificações 77% foram classificadas como multibacilar, porém apenas 48,5% tinha registro de mais de 5 lesões cutâneas e 50 % tinha menos de 01 nervo comprometido. Também foi observado 14 casos classificados como paucibacilares porém com registro de mais de 05 lesões cutâneas refletindo erro de diagnóstico ou de digitação. No subgrupo diagnosticado na URE, prevaleceu os casos multibacilares com mais de 05 lesões cutâneas.

A baciloscopia é uma das ferramentas principais para complementar o diagnóstico de recidiva. A OMS (2006) recomenda a realização de baciloscopia para todo paciente suspeita de recidiva classificado como MB para avaliar o aumento do índice baciloscópico (IB) ou a presença de bacilos íntegros. Estudos tem mostrado maior risco de recidiva para pacientes multibacilares com IB maior ou igual a 4 (Gelber & Grosset, 2012; Maghanoy et al., 2011). Das 1329 notificações avaliadas em apenas 274 (20,6%) foi realizado baciloscopia. Mesmo nos pacientes diagnosticados na URE, a baciloscopia foi realizada em apenas 30 % dos pacientes

(em 52 casos foi descrito como não realizada e em 11 não tinha qualquer informação). A pouca utilização deste importante recurso pode estar contribuindo para casos de erros de diagnóstico na distinção entre estados reacionais versus recidiva.

Predominou a ausência de incapacidade física, porém em 20% dos casos não foi encontrado informação do grau de capacidade física no diagnóstico de recidiva . Quanto ao comprometimento neural, não foi encontrada informação em 1044 das 1329 notificações avaliadas. Nos 90 pacientes diagnosticados na URE, foi descrito ausência de nervos afetados em 84.4%. Diniz et al (2009) estudando 104 casos de recidiva de hanseníase no estado do Espírito Santo também encontrou maior frequência de pacientes com nenhum tronco nervoso acometido e ausência de incapacidade física. Para estes pesquisadores, este fato demonstra uma procura mais precoce por cuidados médicos ou falhas na avaliação neurológica dos pacientes. Casos de recidiva não avaliados quanto ao grau de incapacidade física estão em inconformidade com a orientação de exame neurológico sistemático presente nos programa estratégicos de combate a hanseníase e mostram a ineficiência do atendimento instituído nos serviços de saúde.

Não existia informação quanto a ocorrência de episódios reacionais durante o tratamento em 58,2% dos 1329 casos avaliados. Nos pacientes procedentes da URE, esta informação estava perdida em 62,2% dos casos. Os surtos reacionais são o principal diagnóstico diferencial das recidivas. Diferenciar reação reversa de recidiva nos pacientes PB é tarefa difícil e muitas vezes é necessário teste terapêutico com corticoides. Além do alto percentual de perdas de informação encontradas, não há informação quanto episódios reacionais anteriores ao diagnóstico de recidiva e quanto ao uso de drogas para tratamento desse surtos nas fichas de notificação dificultando a análise.

A proporção de contatos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados de casos novos de hanseníase é um dos indicadores epidemiológicos utilizados pelo MS para avaliar a qualidade das ações e serviços oferecidos. É considerado precário quando menor de 75%. No presente estudo, esta proporção foi menor que 60%. Para os pacientes diagnosticado na URE (n=90) este percentual foi de 6,8%.

4.1 LIMITAÇÕES

A interpretação dos dados obtidos no presente estudo deve considerar alguns aspectos importantes. A pesquisa apresentou limitações , principalmente devido a alta proporção de dados perdidos. Tanto características demográficos e socioeconômicas assim como informações clínicas cruciais ao monitoramento de casos de recidiva como baciloscopia , número de nervos afetados, forma clínica e grau de incapacidade física apresentaram grande percentual de informações incompletas

O mau preenchimento dos campos das fichas de investigação epidemiológica da doença favorece a geração de dados deficientes e não confiáveis, comprometendo a qualidade e pertinência das informações disponíveis, contribuindo para o desconhecimento do processo de saúde-doença e a adoção de uma vigilância epidemiológica inefetiva.

Outro ponto a considerar é a inconsistência de alguns dados apresentados provavelmente por erro de diagnóstico. Foram descritos casos de recidiva de hanseníase em crianças menores de 01 ano, pacientes classificados como paucibacilares porém com descrição de mais de 05 lesões cutâneas, casos com capacidade física comprometida porém sem acometimento neural.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A magnitude das recidivas em hanseníase no estado da Bahia foi superior a relatada pela literatura, apontando para a necessidade de melhorar a investigação dos casos visando confirmar o diagnóstico. A maioria dos casos de recidiva da hanseníase na Bahia foi observada entre pacientes do sexo masculino, com as formas clínicas dimorfa ou virchoviana e classificação multibacilar como demonstraram outros pesquisadores.

As dificuldades observadas para comprovar o diagnóstico de recidiva na rede assistencial primária, indicam a importância de garantir o acesso destes casos a serviços especializados. Entretanto, é imprescindível garantir a presença de equipe técnica capacitada e o suporte laboratorial necessário a abordagem do paciente com hanseníase, nos centros de referência.

Visando possibilitar o uso de um dos critérios de recidiva utilizados pelo Ministério da Saúde, que é o aumento de 2+ em relação ao IB da alta, é necessário garantir a realização da baciloscopia ao término do primeiro tratamento.

A baixa proporção de contatos examinados evidencia a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde quanto a necessidade da investigação dos contatos visando interromper a cadeia de transmissão da hanseníase, principalmente em caso de recidiva devido a possibilidade de *M. leprae* multiresistentes ao tratamento.

O alto percentual de incompletude dos registros dificultou a construção do perfil epidemiológico dos casos de recidiva de hanseníase no estado da Bahia e a incoerência de dados nas fichas de notificação demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde acerca da importância da qualidade da informação para a vigilância epidemiológica dos casos de recidiva em hanseníase

REFERÊNCIAS

- Balagon MF, Cellona RV, Dela Cruz E, Burgos JA, Abalos RM, Walsh GP, Saunderson PR, Walsh DS. Long-Term Relapse Risk of Multibacillary Leprosy after Completion of 2 Years of Multiple Drug Therapy (WHO-MDT) in Cebu, Philippines. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 81 (5), 2009; 895-899.
- Barbiere, C., & Marques, H. (2009). Hanseníase em crianças e adolescentes : revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. *Pediatria*, 31(4), 281–290.
- Brasil, Ministério da Saúde (2012). *Plano integrado de ações estratégicas de Eliminação da Hansenise, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma Como Causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases*.
- Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portaria 3.125, 2010. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf>. Acesso em: Nov. 2013
- Brasil, Ministério da Saúde [Internet]. Secretaria Executiva. Datasus [acesso em jan. 2014]. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas Públicas, Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Cadernos de Atenção Básica. Nº10. Brasília (DF); 2002.
- Brito MFM, Ximenes RAA, Gallo MEN. O retratamento por recidiva em hanseníase. *An Bras Dermatol*, 2005; 80(3): 255-260.
- Coelho, N.M.B. Caracterização dos Casos de Recidiva de Hanseníase diagnosticados entre 1994 e 2010 no município de Rondonópolis-MT. 2013. 48f. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás. Goiás. 2013.
- Da Silva Rocha, A. et al. *Genotyping of Mycobacterium leprae from Brazilian leprosy patients suggests the occurrence of reinfection or of bacterial population shift during disease relapse*. *Journal of Medical Microbiology*, 60 (Pt 10), 1441-6. doi:10.1099/jmm.0.029389-0, 2011.
- Diniz LM, Moreira MV, Puppim MA, Oliveira MLWDR. *Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2009; 42 (4): 420-424
- Fajardo, T. T. et al. *A comparative clinical trial in multibacillary leprosy with long-term relapse rates of four different multidrug regimens*. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 81(2), 330-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19635893>, 2009.

Ferreira, I. N., Rocha, R., & Alvarez, A. (2007). Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu – Minas Gerais , Spatial distribution of leprosy, *10*(4), 555–567.

Ferreira, S. M. B., Ignotti, E., & Gamba, M. A. (2011). Factors associated to relapse of leprosy in Mato Grosso, Central-Western Brazil. *Revista de Saúde Pública*, *45*(4), 756–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739078>

Gallo, M. E. N., & Oliveira, M. L. W. (1997). Recidivas e reinfecção em hanseníase. *Medicina, Ribeirão Preto*, *30*, 351–357.

Gelber RH, Balagon MVF, Cellona RV. The relapse rate in MB leprosy patients treated with 2-years of WHO-MDT is not low. *Int J Leprosy*, 2004; *72* (4): 493-499.

Gelber, R. H., & Grosset, J. (2012). The chemotherapy of leprosy: an interpretive history. *Leprosy Review*, *83*(3), 221–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23356023>

Haldar A, Mahapatra BS, Mundle M, Haldar S, Saha AK. A study of relapse after MDT in a district in West Bengal, India. *Indian Journal of Leprosy*, 2003; *75* (1), 1-8.

Hercules, F.M. Recidiva de Hanseníase no município de Duque de Caxias. 2004. 158f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2004

Instituto Lauro de Souza Lima, Coordenadoria de Controle de Doenças, S. de E. da S. (2011). Recidiva e resistência em hanseníase. *Revista de Saúde Pública*, *45*(3), 631–3.

Kaimal, S., & Thappa, D. M. (2009). Relapse in leprosy. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, *75*(2), 126–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19293498>

Kumar, A., Girdhar, A., & Girdhar, B. K. (2012). Six months fixed duration multidrug therapy in paucibacillary leprosy: risk of relapse and disability in Agra PB cohort study. *BMJ Open*, *2*(4). doi:10.1136/bmjopen-2012-001403

Kumar, A., Girdhar, A., & Girdhar, B. K. (2013). Twelve months fixed duration WHO multidrug therapy for multibacillary leprosy : incidence of relapses in Agra field based cohort study. *Indian Journal of Medical Research*, *38*(October), 536–540.

Kyaw, K., Tsoh, T. M., Swe, S. Y. Y., Nagaoka, Y., Takezaki, S., Suzuki, K., & Ishii, N. (2008). Clinical analysis of multibacillary leprosy patients after 1-year fixed World Health Organization recommended multidrug therapy at Yangon General Hospital, Myanmar. *The Journal of Dermatology*, *35*(5), 264–9. doi:10.1111/j.1346-8138.2008.00464.x

Lastória, J. C., & Abreu, M. (2012). Hanseníase : diagnóstico e tratamento. *Diagn Tratamento*, *17*(4), 173–9.

Linder K, Zia M, Kern WV, Pfau RKM, Wagner D. Relapses vs. reactions in multibacillary leprosy: proposal of new relapse criteria. *Trop Med and Int Health.*, 2008; 13 (3); 295-309.

Lockwood, D. N. (2005). Leprosy. *Medicine*, 33(7), 26–29.
doi:10.1383/medc.2005.33.7.26

Maghanoy, A., Mallari, I., Balagon, M., & Saunderson, P. (2011). Relapse study in smear positive multibacillary (MB) leprosy after 1 year WHO-multi-drug therapy (MDT) in Cebu, Philippines. *Leprosy Review*, 82(1), 65–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21644473>

Mori, S., Yotsu, R. R., Suzuki, K., Makino, M., & Ishii, N. (2012). Present situation of leprosy in Japan, 2006-2010: analysis of drug resistance in new registered and relapsed cases by molecular biological methods. *Journal of Dermatological Science*, 67(3), 192–4. doi:10.1016/j.jdermsci.2012.05.002

Poojabylaiah, M., Marne, R. B., Varikkodan, R., Bala, N., Dandakeri, S., & Martis, J. (2008). Relapses in multibacillary leprosy patients after multidrug therapy. *Leprosy Review*, 79(3), 320–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009982>

WHO. (2013). Weekly epidemiological record; 2013; (35), 365–380.

WHO. (2006). Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities 2006- 2010. Operational Guidelines. Regional office for South- East Asia. New Delhi- World health Organization; 50p.

WHO. (2012). WHO Expert Committee on Leprosy: Eighth report. WHO technical report series. No 968. Geneva - World Health Organization; 2012; 61p.

WHO.(1994). The Leprosy Unit Division of Control of Tropical Diseases. Risk of relapse in leprosy. WHO/CTD/LEP/94.1, 1994.

TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1. Número de casos notificados de recidiva em Hanseníase por município na Bahia. SINAN/hanseníase. SES/BA, 2001- 2012.

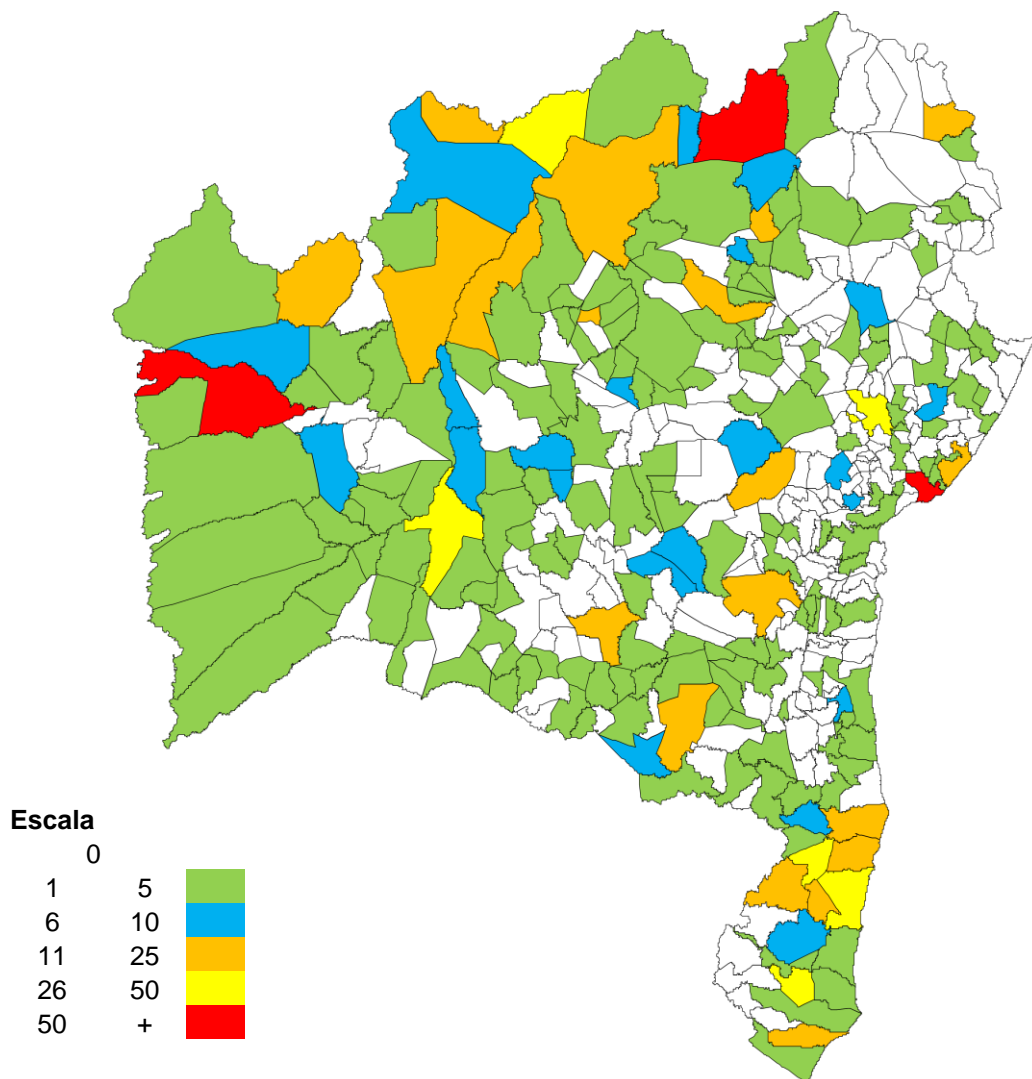


TABELA 1. Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo faixa etária, sexo, cor da pele, escolaridade e zona de residência, Bahia, 2001 – 2012

Característica	Bahia (n = 1329)	URE (n = 90)
	N (%)	N (%)
Idade		
Menor que 15 anos	37 (2.8%)	3 (3.3%)
Maior ou igual a 15 anos	1276 (97,2%)	87(96,7%)
Total	1303 (100%)	90 (100%)
Idade (média ± desvio padrão)	43.0 ± 16.6	40.7 ± 16.4
(Mín – Máx)	0 - 97	10 -75
Sexo		
Feminino	542 (40.8%)	37 (41.1%)
Masculino	787 (59.2%)	53 (58.9%)
Total	1329 (100%)	90 (100%)
Cor da Pele		
Branco ou amarelo	191 (16.7%)	14 (17.7%)
Pardo ou preto	952 (83.3%)	65 (82.3%)
Total	1143 (100%)	79 (100%)
Escolaridade		
Analfabeto e EF* incompleto	785 (75.7%)	58 (69.9%)
EF completo	41 (4.0%)	0 (0.0%)
EM** incompleto	113 (10.9%)	18 (21.7%)
EM completo	67 (6.5%)	5 (6.0%)
Superior incompleto	4 (0.4%)	2 (2.4%)
Superior completo	27 (2.6%)	0 (0.0%)
Total	1037 (100%)	83 (100%)
Zona da residência		
Rural	309 (26.0%)	9 (10.6%)
Urbana	881 (74.0%)	76 (89.4%)
Total	1190 (100%)	85 (100%)

Fonte: SINAN/hanseníase.SESAB, 2001-2012.

Todos os dados são apresentados como n e percentual (%) válido, exceto se especificado.

(*) EF: Ensino Fundamental; (**) EM: Ensino Médio

TABELA 2. Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, número de nervos afetados, grau de incapacidade, classificação operacional, baciloscopia positiva, tratamento inicial, e tempo entre diagnóstico e início do tratamento, Bahia 2001 – 2012

Característica	Bahia N (%)	URE N (%)
Forma clínica		
Indeterminada	140 (15.4%)	0 (0.0%)
Tuberculóide	125 (13.8%)	12 (13.3%)
Dimorfa	376 (41.4%)	54 (60.0%)
Virchowiana	268 (29.5%)	24 (26.7%)
Total	909 (100%)	90 (100%)
Lesões cutâneas (mediana e quartis)		
	4 (1 – 8)	5 (1 – 10)
Cinco ou mais lesões	914 (72.19%)	54 (60.0)
Menos de cinco lesões	352 (27.81%)	36 (40.0%)
Total	1266 (100%)	90 (100%)
Nervos afetados (mediana e quartis)		
	1 (0 – 2)	0 (0 – 0) *
Grau de incapacidade		
0	666 (63.4%)	57 (72.2%)
1	269 (25.6%)	13 (16.5%)
2	115 (11.0%)	9 (11.4%)
Total	1050 (100%)	79 (100%)
Classificação operacional		
Paucibacilar	302 (23.0%)	11 (12.2%)
Multibacilar	1012 (77.0%)	79 (87.8%)
Total	1314 (100%)	90 (100%)
Baciloscopia		
Positiva	165 (60.2%)	15 (55.6%)
Negativa	109 (39.8%)	12 (44,4%)
Total	274 (100%)	27(100%)
Tratamento inicial		
PQT / PB / 6 doses	288 (22.0%)	11 (12.2%)
PQT / MB / 12 doses	890 (68.0%)	69 (76.7%)
Outros substitutos	130 (9.9%)	10 (11.1%)
Total	1308 (100%)	90 (100%)
Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento (dias) (mediana e quartis)		
	0 (0 – 5)	---

Fonte: SINAN/hanseníase.SESAB, 2001-2012

TABELA 3. Percentual de entradas por recidiva em hanseníase diagnosticadas no estado da Bahia e na Unidade de Referência Estadual (URE) segundo contatos registrados e/ou examinados, episódio reacional durante tratamento, tipo de alta, grau de incapacidade à alta, Bahia, 2001 – 2012

Característica	Bahia	URE
Contatos registrados (mediana e quartis)	3 (2 – 5)	0 (0 – 3)
	N (%)	N (%)
Percentual examinado por caso		
0%	265 (31.0%)	40 (90.9%)
< 50%	53 (6.2%)	1 (2.3%)
> 50%, < 100%	83 (9.7%)	0 (0.0%)
100%	434 (50.8%)	2 (4.5%)
> 100%	20 (2.3%)	1 (2.3%)
Total	855 (100%)	44 (100%)
Episódio reacional durante tratamento		
Sem reação	405 (72.8%)	27 (79.4%)
Tipo I	100 (18.0%)	7 (20.6%)
Tipo II	36 (6.5%)	0 (0.0%)
Tipo I e II	15 (2.7%)	0 (0.0%)
Total	556 (100%)	34(100%)
Alta		
Cura	1046 (84.7%)	63 (80.8%)
Transferência	59 (3.8%)	10 (12.9%)
Óbito	24 (1.9%)	2 (2.6%)
Erro diagnóstico	28 (2.3%)	0 (0.0%)
Total	1235 (100%)	75 (100%)
Grau de incapacidade na alta		
0	442 (75.4%)	21 (70.0%)
1	113 (19.3%)	5 (16.7%)
2	31 (5.3%)	4 (13.3%)
Total	586 (100%)	30 (100%)

Fonte: SINAN/hanseníase.SESAB, 2001-2012.

Todos os dados são apresentados como n e percentual (%) válido, exceto se especificado.

TABELA 4. Comparação dos percentuais conforme o sexo das entradas por recidiva em hanseníase na Bahia segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação multibacilar e grau de incapacidade física ao diagnóstico e á alta terapêutica, Bahia, 2001 – 2012

Característica	Total N (%)	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Valor p
Forma clínica				< 0.001
Indeterminada	140 (15,4)	68 (12,9)	72 (18,9)	
Tuberculóide	125 (13,8)	59 (11,2)	66 (17,4)	
Dimorfa	376 (41,4)	210 (39,7)	166 (43,7)	
Virchowiana	268 (29,5)	192 (36,3)	76 (20,0)	
Total	909 (100)	529 (100)	380 (100)	
Número de lesões (≥5)	614 (48,5)	394 (53,0)	220 (42,1)	< 0.001
Classificação operacional multibacilar ao diagnóstico	1012 (77,0)	642 (82,7)	370 (68,8)	< 0.001
Grau de incapacidade ao diagnóstico				0.004
Grau 0	666 (63,4)	372 (60,6)	294 (67,4)	
Grau 1	269 (25,6)	161 (26,2)	108 (24,8)	
Grau 2	115 (11,0)	81 (13,2)	34 (7,8)	
Total	1050 (100)	614 (100)	436 (100)	
Grau de incapacidade na alta				0.506
Grau 0	442 (75,4)	253 (74,4)	189 (76,8)	
Grau 1	113 (19,3)	68 (20,0)	45 (18,3)	
Grau 2	31 (5,3)	19 (5,6)	12 (4,9)	
Total	586 (100)	340 (100)	246 (100)	

Fonte: SINAN/hanseníase.SESAB, 2001-2012.

Todos os dados são apresentados como n e percentual (%) válido, exceto se especificado.

TABELA 5. Comparação dos percentuais conforme o cor da pele das entradas por recidiva em hanseníase na Bahia (n=1329) segundo forma clínica, número de lesões cutâneas, classificação multibacilar e grau de incapacidade física ao diagnóstico, e grau de incapacidade à alta, Bahia, 2001 – 2012

Característica	Total N (%)	Branco N (%)	Não branco N (%)	Valor p
Forma clínica				0.952
Indeterminada	124 (15,9)	21 (15,1)	103 (16,1)	
Tuberculóide	105 (13,5)	21 (15,1)	84 (13,1)	
Dimorfa	329 (42,2)	58 (41,7)	271 (42,3)	
Virchowiana	222 (28,5)	39 (28,1)	183 (28,5)	
Total	780 (100)	139 (100)	641 (100)	
Número de lesões (≥5)	582 (53,5)	88 (47,8)	494 (54,7)	0.088
Classificação operacional multibacilar ao diagnóstico	876 (77,4)	142 (74,7)	734 (77,9)	0.339
Grau de incapacidade ao diagnóstico				0.032
Grau 0	570 (63,0)	108 (68,8)	462 (61,8)	
Grau 1	233 (25,7)	39 (24,8)	194 (25,9)	
Grau 2	102 (11,3)	10 (6,4)	92 (12,3)	
Total	905 (100)	157 (100)	748 (100)	
Grau de incapacidade na alta				0.434
Grau 0	394 (77,3)	55 (76,4)	339 (77,4)	
Grau 1	87 (17,1)	17 (23,6)	70 (16,0)	
Grau 2	29 (5,7)	0 (0,0)	29 (6,6)	
Total	510 (100)	72 (100)	438 (100)	

Fonte: SINAN/hanseníase.SESAB, 2001-2012.

Todos os dados são apresentados como n e percentual (%) válido, exceto se especificado.

ANEXO 1
PROJETO DE DISSERTAÇÃO