



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DE CASOS DE HANSENÍASE
PREVALENCE OF LEPROSY CASES
PREVALENCIA DE CASOS DE LEPROSA

Débora Aparecida da Silva Santos¹, Laura Bordignon Spessatto², Luan Sudário Melo³, Ricardo Alves de Olinda⁴, Helen Cristina Fávero Lisboa⁵, Michele Salles da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência de casos de hanseníase. **Método:** estudo epidemiológico, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A fonte de dados utilizada foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pela Secretaria de Saúde, incluindo todos os dados de casos novos. Para a análise das variáveis, foram utilizados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** houve prevalência de 2.696 casos, predominando o sexo masculino (56,05%); raça parda (46,92%); faixa etária 35-49 anos (30,16%); residentes na zona urbana (90,21%) e escolaridade de 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto (25,89%); casos multibacilares (61,16%); forma clínica dimorfa (51,37%); esquema terapêutico PQT/MB/12 doses (51,26%) e grau zero de incapacidade (79,08%). **Conclusão:** o município continua sendo uma região endêmica, devendo promover o controle e a redução de casos. **Descritores:** Prevalência; Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Estudos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence of leprosy cases. **Method:** epidemiological, transversal, descriptive study, with quantitative approach. The data source used was the Notification of Injury Information System (SINAN), made available by the Secretariat of Health, including all new case data. The Chi-square test and Fisher's exact test were used to analyze the variables; level of significance of 5% ($p < 0.05$). **Results:** There was a prevalence of 2,696 cases, predominantly male (56.05%); brown (46.92%); age group 35-49 (30.16%); urban residents (90.21%) and 5th to 8th grade incomplete elementary school (25.89%); multibacillary cases (61.16%); dimorphic clinical form (51.37%); therapeutic regimen MDT / MB / 12 doses (51.26%) and zero degree of disability (79.08%). **Conclusion:** the municipality continues to be an endemic region, and should promote control and reduction of cases. **Descriptors:** Prevalence; Leprosy; Primary Health Care; Epidemiological Studies.

RESUMEN

Objetivo: analizar la prevalencia de casos de lepra. **Método:** estudio epidemiológico, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. La fuente de datos utilizada fue el Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN), disponible por la Secretaría de Salud, incluyendo todos los datos de casos nuevos. Para el análisis de las variables, se utilizó la prueba Qui-cuadrado y la prueba Exacto de Fisher, nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** hubo prevalencia de 2.696 casos, predominando el sexo masculino (56,05%); raza parda (46,92%); grupo de edad 35-49 años (30,16%); residentes en la zona urbana (90,21%), y escolaridad 5º a 8º grado de la enseñanza fundamental incompleta (25,89%) casos multibacilares (61,16%); forma clínica dimorfa (51,37%); esquema terapéutico PQT / MB / 12 dosis (51,26%) y grado cero de incapacidad (79,08%). **Conclusión:** la comunidad sigue siendo una región endémica, debiendo promover el control y la reducción de casos. **Descritores:** Prevalencia; La Lepra; Atención Primaria de Salud; Estudios Epidemiológicos.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), Brasil. E-mail: deboraassantos@hotmail.com; ²Acadêmica, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), Brasil. E-mail: lauraspessatto@hotmail.com; ³Acadêmico, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), Brasil. E-mail: luansudario@hotmail.com; ⁴Estatístico, Professor, Doutor, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: ricardo.estat@yahoo.com.br; ⁵Farmacêutica Bioquímica, Professora Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), Brasil. E-mail: helcrisq@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), Brasil. E-mail: michelesalles@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma das enfermidades mais antigas da história, sendo considerada uma doença crônica, infectocontagiosa, que apresenta um bacilo com alta infectividade, porém, manifesta-se em uma pequena parte dos infectados, já que o bacilo é transmitido para muitos, mas a grande maioria não adocece.¹

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a pessoa que apresenta uma ou mais características, como lesão e/ou área da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas, e presença de bacilos *Mycobacterium leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele, é considerada portadora de hanseníase. A classificação operacional baseia-se no número de lesões cutâneas. Os casos com até cinco lesões de pele são classificados como paucibacilares (PB) e os com mais de cinco, como multibacilares (MB).²

Os casos diagnosticados devem ser notificados pelo profissional de saúde, por meio da ficha de Notificação/Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pois é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.^{2,3}

O número de casos detectados está reduzindo devido ao tratamento e à saída do registro ativo no Brasil. Entretanto, o número de casos novos diagnosticados continua endêmico em vários países.⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a quantidade de casos novos detectados em todo o mundo, em 2011, foi de 219.075. Nos primeiros meses de 2012, 105 países e territórios apresentaram novos casos, revelando uma prevalência mundial de 181.941 casos em tratamento. Em 2012, o Brasil ficou em segundo lugar em relação aos números de novos casos, com 33.303, correspondendo a 15,4%, perdendo apenas para a Índia, com 126.800.³

Em 2013, no Brasil, a prevalência foi de 1,42 casos por dez mil habitantes, correspondendo a 28.445 casos em tratamento. Embora se registre diminuição dos coeficientes de prevalência e de detecção de casos novos, algumas regiões como Norte, Nordeste e Centro-Oeste são avaliadas como áreas endêmicas.¹ Além disso, os municípios de endemicidade mais elevada estão localizados no entorno da Amazônia brasileira, especialmente em Rondônia, Mato Grosso,

oeste de Goiás, Tocantins, Maranhão e sudoeste do Pará.⁵

O Estado do Mato Grosso ocupa o 3º lugar no país em número de casos de Hanseníase, sendo que, em 2011, foram registrados 2.295 casos novos de hanseníase, o que implica, de forma direta, a cadeia de manutenção desta patologia.⁶

Ao se considerar a hanseníase como uma das doenças mais antigas da história e com alta prevalência de casos na região do Centro-Oeste do Brasil, em especial no Estado de Mato Grosso, e entendendo esta doença como um problema de saúde pública e que possui um alto potencial incapacitante, faz-se indispensável o estudo de sua prevalência. Dessa forma, esta pesquisa justifica-se por Rondonópolis (MT) apresentar-se como uma região endêmica de hanseníase, além de que a prevalência deve ser estudada visando a prevenir casos novos, promover o diagnóstico precoce dos doentes e dos comunicantes, reduzir as possíveis complicações, assim como a mortalidade por esta doença. Dessa maneira, a utilização da prevalência de hanseníase, como indicador epidemiológico, deve ponderar dados relativos aos casos notificados durante os últimos anos, por um período de médio a longo prazo.

OBJETIVO

- Analisar a prevalência de casos de hanseníase.

MÉTODO

Estudo do tipo epidemiológico, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A fonte de dados utilizada foi por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis (MT), incluindo todos os dados de casos novos de hanseníase, relativos a janeiro de 2001 a dezembro de 2015.

Este intervalo de tempo, correspondendo a 15 anos de estudo, foi delimitado por abranger a fase entre o período inicial de implantação de estratégias de eliminação da doença (2001) e as novas diretrizes definidas pelo Plano Integrado (2011-2015) de ações de eliminação e controle da hanseníase.⁷

O cenário do estudo foi um município endêmico de hanseníase no Estado de Mato Grosso. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em seu último censo, Rondonópolis, no ano de 2013, possuía uma população de 208.019 habitantes, com estimativa, para o ano de 2014, de 211.718. Localiza-se, geograficamente, na mesorregião

sudeste do Estado, com latitude de 16°28'15" Sul e longitude de 54°38'08" Oeste.⁸

Foram considerados os números de casos notificados de hanseníase no SINAN e as seguintes variáveis socioeconômicas: sexo (masculino, feminino); raça (ignorados/branco, branca, preta, amarela, indígena); faixa etária (< um ano, entre um e quatro, entre quatro e nove, entre dez e 14, entre 15 e 19, entre 20 e 34, entre 35 e 49, entre 50 e 64, entre 65 e 79, e mais de 80 anos); grau de instrução (ignorados/branco, analfabeto, 1ª a 4ª séries incompletas do ensino fundamental, 4ª série completa do ensino fundamental, 5ª a 8ª séries incompletas do ensino fundamental, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, não se aplica) e zona de residência (Ignorados/Branco, zona urbana, zona rural, zona periurbana).

Além disso, foram consideradas as seguintes variáveis clínicas: classificação (paucibacilar, multibacilar); esquema terapêutico (Ignorados/Branco, PQT/PC seis doses, PQT/MB 12 doses, PQT/MB 12 doses, outros esquemas); formas clínicas (Ignorados/Branco, indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana, não classificada); grau de incapacidade física (Ignorados/Branco, grau zero, grau I, grau II, não avaliado); modo de detecção (Ignorados/Branco, encaminhamento, demanda espontânea, exame de coletividade, exame de contatos, outros modos).

Foram incluídos, no estudo, todos os casos novos de hanseníase na população residente em Rondonópolis (MT) disponíveis no site do SINAN, compreendendo o período de 2001 a 2015 e excluídos casos cujos modos de entrada se deram por transferência de outro município, transferência de outro Estado, recidiva e outros ingressos que não caracterizam casos novos.

Foram realizadas análises exploratórias (descritivas) dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e a organização dos resultados em tabelas e gráficos. Para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos e mesmo que os riscos sejam mínimos, por ser um estudo com informações de registros dos bancos de dados disponíveis, este projeto faz parte do projeto matricial intitulado "Distribuição espacial das doenças

de notificação compulsória em Mato Grosso" e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado com parecer 1.571.782 e CAAE 54226316.1.0000.5541. Sendo assim, foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012.⁹

RESULTADOS

Em Rondonópolis (MT), a prevalência de novos casos de hanseníase, notificados e registrados no SINAN, entre os anos de 2001 a 2015, foi de 2.696 casos, sendo que o maior número de casos foi em 2002 (213- 7,90 %) e, em 2012, o menor registro (132 - 4,90%).

Em relação ao gênero da população diagnosticada, 1.185 (43,95%) eram mulheres e 1.511 (56,05%), homens. A distribuição da faixa etária variou de < um ano a >80 anos e o maior acometimento da doença ocorreu entre 35 a 49 anos, com 813 (30,16%) casos novos notificados no período do estudo. Em menores de um ano, foi registrado um (0,04%) caso; entre um e quatro anos, 18 (0,67%); cinco a nove anos, 75 (2,78 %); dez a 14 anos, 111 (4,12%); 15 a 19 anos, 113 (4,19%); 20 a 34 anos, 738 (27,37%); 35 a 49 anos, 813 (30,16%); 50 a 64 anos, 558 (20,70%); 65 a 79 anos, 240 (8,90%) e maior que 80 anos, 29 (1,08%).

Do total de casos registrados, 511 (18,95%) não eram gestantes; 1651 (61,24%) não se aplicavam a gestantes e 526 (19,51%) constam como ignorados. Do total de mulheres (1.185-100%), somente oito (0,68%) estavam gestantes, sendo que duas (0,07%), no primeiro trimestre; quatro (0,15%), no segundo trimestre; uma (0,04%), no terceiro trimestre e uma (0,04%) teve a idade gestacional ignorada.

Quanto à raça, a parda apresentou 1.265 (47,92%) casos e foi a mais prevalente, enquanto a raça negra apresentou 154 (5,71%) casos e a branca, 1.049 (38,91%). Já a amarela registrou 23 (0,85%) casos e, entre os indivíduos indígenas, foram notificados somente quatro, além de 201 casos ignorados ou não avaliados.

No que se refere à escolaridade dos portadores da hanseníase, a maioria estudou entre 1ª a 4ª séries incompletas do ensino fundamental (672 casos - 24,93%) e de 5ª a 8ª séries incompletas do ensino fundamental (698 - 25,89%). Entre os que tiveram o 4º ano do ensino fundamental completo, foram encontrados 119 (4,41%); com o ensino fundamental completo, 57 (2,11%), enquanto que, no ensino médio incompleto, 284 (10,53%) e os que completaram o ensino

médio foram 198 (7,34%) casos. Dos pacientes que possuem ensino superior incompleto, foram registrados 23 (0,85%) casos novos e dos que completaram o ensino superior, 105 (3,89%). Entre os analfabetos, foi possível diagnosticar 402 (14,91%) casos e 43 (1,59%) casos não se aplicam.

Sobre a zona de residência dos pacientes, a grande maioria foi localizada em zona urbana, com 2.432 (90,21%) casos novos registrados, seguida da zona rural, com 142 (5,27%) casos, e zona periurbana, com apenas oito (0,30%) casos, enquanto 114 (4,23%) casos foram ignorados.

Tabela 1. Distribuição da prevalência de casos novos de hanseníase segundo variáveis sociodemográficas. Rondonópolis (MT), Brasil, 2001 a 2015.

Variáveis	Perfil	N° Total	%	2001-2005	2006-2010	2011-2015	X ² (p-valor)
Sexo							
	Masculino	1.511	56,05	551	529	431	6,937(0,032)
	Feminino	1.185	43,95	410	472	303	
Raça							
	Ignorados/ Branco	201	7,46	186	8	7	0,653(0,324)
	Branca	1.049	38,91	302	470	277	
	Preta	154	5,71	47	55	52	
	Amarela	23	0,85	11	8	4	
	Parda	1.265	46,92	415	459	391	
	Indígena	4	0,15	0	1	3	
Faixa Etária							
	< 1 ano	1	0,04	1	0	0	0,954(0,354)
	Entre 1-4 anos	18	0,67	3	10	5	
	Entre 5-9 anos	75	0,78	20	26	29	
	Entre 10-14 anos	111	4,12	45	40	26	
	Entre 15-19 anos	113	4,19	60	40	13	
	Entre 20-34 anos	738	27,32	304	282	152	
	Entre 35-49 anos	813	30,16	285	288	240	
	Entre 50-64 anos	558	20,70	163	214	181	
	Entre 65-79 anos	240	8,90	75	88	77	
	Mais de 80 anos	29	1,08	5	13	11	
Escolaridade							
	Ignorados/ Branco	95	3,52	19	38	38	0,873(0,314)
	Analfabeto	402	14,91	175	134	93	
	1ª a 4ª Séries Incompletas - Ensino Fundamental	672	24,93	211	289	172	
	4ª Série Completa - Ensino Fundamental	119	4,41	0	47	72	
	5ª A 8ª Séries Incompletas - Ensino Fundamental	698	25,89	419	182	97	
	Ensino Fundamental Completo	77	2,11	0	32	25	
	Ensino Médio Incompleto	284	10,53	84	113	87	
	Ensino Médio Completo	198	7,34	0	101	97	
	Ensino Superior Incompleto	23	0,85	0	13	10	
	Ensino Superior Completo	105	3,89	41	31	33	
	Não se aplica	43	1,51	12	21	10	
Zona de Residência							
	Ignorados/ Branco	114	4,23	23	63	28	54,279(<0,001)
	Zona Urbana	2.432	90,21	879	891	662	
	Zona Rural	142	5,27	55	45	42	
	Periurbana	8	0,30	4	2	2	

X²: Teste de qui-quadrado; p-valor < 0,05 indica a existência de associação entre a variável dependente ano com as respectivas variáveis independentes.

Quanto à classificação operacional dos casos novos da hanseníase diagnosticados, 1.047 (38,84%) casos eram paucibacilares, enquanto 1.649 (61,16%) eram multibacilares.

Ao longo dos quinze anos de estudo, os casos multibacilares aumentaram e os paucibacilares diminuíram (Figuras 1 e 2).

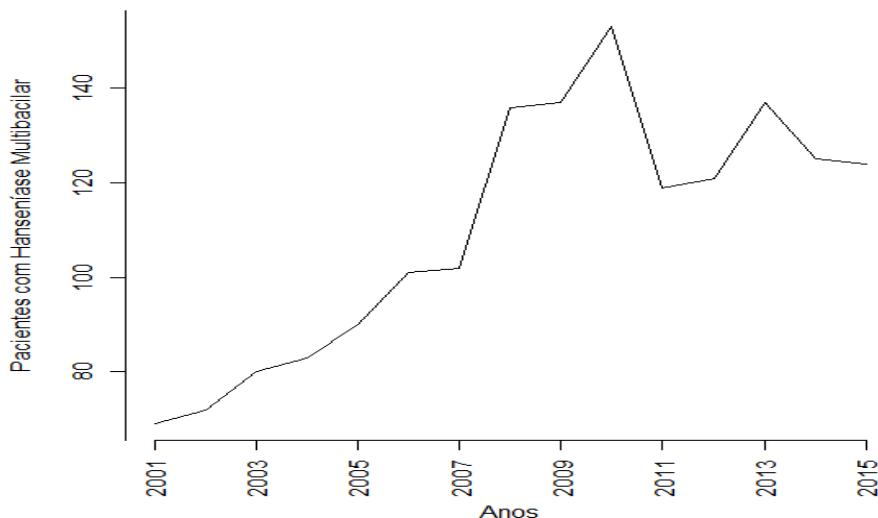


Figura 1. Comportamento dos casos novos de hanseníase multibacilares. Rondonópolis (MT), Brasil, 2001 a 2015.



Figura 2. Comportamento dos casos novos de hanseníase paucibacilares. Rondonópolis (MT), Brasil, 2001 a 2015.

No que se refere às formas clínicas, a forma dimorfa e tuberculoide foram as que apresentaram maior número de casos, com 1.385 (51,37%) e 973 (36,09%), respectivamente. Na forma virchowiana, foram registrados 156 (5,79%) casos e a indeterminada, 174 (6,45%). Entre os não classificados, foram identificados apenas quatro casos.

Na avaliação do esquema terapêutico aplicado aos indivíduos diagnosticados, foi possível observar que o esquema PQT/MB/12 doses foi o mais frequente, com 1.382 (51,26%) casos novos registrados, enquanto o esquema PQT/PB/seis doses registrou 1.032 (38,28%). Em 280 (10,39%) casos, foram utilizados esquemas terapêuticos substitutos e apenas dois (0,07%) do total de casos não foram avaliados ou foram ignorados.

Ao se considerar o grau de incapacidade física, do total de 2.696 casos novos, foram avaliados 2.442 pacientes; 172 (6,38%) não foram avaliados e 82 (3,04%) foram ignorados. Assim, o grau zero foi o mais prevalente ao diagnóstico, verificado em 2.132 (79,08%) pacientes; o grau I, em 223 (8,27%) e o grau II, em 87 (3,23%).

Dos casos novos notificados no período do estudo, os modos de detecção mais prevalentes foram por meio da demanda espontânea e encaminhamento, com 1.208 (44,81%) e 1.096 (40,65%) casos novos, respectivamente. Foram registrados 233 (8,64%) casos por meio do exame de coletividade e 145 (5,38%) pelo exame de contato, enquanto sete (0,26%) foram por outros modos de detecção e sete (0,26%) foram ignorados. Desses outros modos de

detecção, não existe, no banco de dados, a especificação quanto ao diagnóstico no município em estudo.

Tabela 2. Distribuição da prevalência de casos novos de hanseníase em Rondonópolis, no período de 2001 -2015, segundo variáveis clínicas. Rondonópolis, MT, 2016.

Variáveis	Perfil	N° Total	%	2001- 2005	2006- 2010	2011- 2015	X ² (p- valor)
Classificação	Paucibacilar	1.047	38,84	567	372	108	345,49(<0,001)
	Multibacilar	1.649	61,16	394	629	626	
Esquema terapêutico	Ignorados/ Branco	2	0,07	0	0	2	1,362(0,543)
	PQT - PB - 6 DOSES	1.032	38,28	563	371	98	
	PQT - MB - 12 DOSES	1.382	51,26	158	594	630	
	Outros esquemas	280	10,39	240	36	4	
Formas clínicas							1,093(0,568)
Grau de incapacidade física	Ignorados/ Branco	4	0,15	0	0	4	51,813(<0,001)
	Indeterminada	174	6,45	91	55	28	
	Tuberculoide	973	36,09	504	331	138	
	Dimorfa	1.385	51,37	319	554	512	
	Virchowiana	156	5,79	47	59	50	
	Não classificados	4	0,15	0	2	2	
Modo de detecção	Ignorados/ Branco	7	0,26	0	1	6	21,417(<0,001)
	Encaminhamento	1.096	40,65	394	443	259	
	Demanda espontânea	1.208	44,81	461	396	351	
	Exame Coletividade	233	8,64	89	83	61	
	Exame de Contatos	145	5,38	16	76	53	
	Outros modos	7	0,26	1	2	4	

X²: Teste de qui-quadrado; p-valor < 0,05 indica a existência de associação entre a variável dependente ano com as respectivas variáveis independentes.

DISCUSSÃO

Os dados revelam que Rondonópolis (MT) apresentou, entre os anos de 2001 a 2015, prevalência de 2.696 casos novos de hanseníase. Desses, a maioria foi do sexo masculino, com 1.511 casos (56,05%); com maior proporção da raça parda, com 1.265 casos (46,92%); faixa etária entre 35-49 anos, com 813 casos (30,16%); residentes na zona urbana, com 2.432 casos (90,21%) e com escolaridade de 5^a a 8^a séries do ensino fundamental incompletas, com 698 (25,89%).

Estes resultados corroboram com alguns dos achados entre o período de 2001 a 2007, na região da AMREC, que compreende 11 municípios do Estado de Santa Catarina, onde o diagnóstico de hanseníase foi de 54 casos, com 31 do sexo feminino e 23 do masculino. A média de idade foi de 43,3 anos e variou de 12 a 83 anos. A maioria dos casos diagnosticados foi em pessoas da raça branca, totalizando 79,6% dos casos, enquanto as raças negra e parda foram identificadas em 3,7%. Os casos ignorados ou não avaliados somam 13% do total de casos novos. Em relação à zona de residência, 81,5% foram identificados na zona

urbana e somente 11,1% em zona rural; um caso ocorreu na região periurbana e foi ignorada esta informação em três (5,6%) casos.¹⁰

Além deste estudo, em Maricá, Rio de Janeiro, do ano 2000 a 2013, foram diagnosticados 191 casos de hanseníase e, destes, 103 (53,6%) eram do sexo masculino; 183 (96%) tinham 15 anos ou mais, houve a predominância da forma virchowiana em 34,2% dos casos e, no total, 62,5% foram da forma multibacilar e 67,5% tiveram incapacidade física grau zero.¹¹

Por outro lado, entre 2007 e 2008, em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza-CE, a prevalência de hanseníase foi de sexo feminino (37 - 67%); raça parda (36 - 65,5%); baixo nível de escolaridade, com concentração no fundamental incompleto (25 - 45,5%) e prevalecendo a classificação operacional, em 2007, como 13 (59,1%) do tipo paucibacilar e nove (40,9%), multibacilar. Já em 2008, 14 (42,4%) eram paucibacilar e 19, (57,6%) multibacilar.¹²

Ainda cabe ressaltar que, de acordo com o protocolo de hanseníase de Rondonópolis, de 2011, as altas taxas de detecção de casos novos, a prevalência, em níveis elevados, em alguns municípios brasileiros e reduzidos em outros, o diagnóstico tardio, a falta de articulação entre os serviços de saúde, a falta de capacitação do pessoal da rede de serviços de saúde e o abandono de tratamento foram as maiores dificuldades identificadas para o controle da doença. É imprescindível que a hanseníase seja enfrentada como uma obrigação para o desenvolvimento do nosso país e da população e não seja apenas programa de determinado governo.⁶

Ainda com alguns resultados semelhantes encontrados, em Uberaba, Minas Gerais, no período de 2000 a 2006, foram registrados 455 casos da hanseníase, sendo 55,4% do sexo masculino, com faixa etária dos 34 a 49 anos (31,4 %), grau de escolaridade em média de quatro a sete anos (34,9%), com forma clínica dimorfa (69,1%) e a classe operacional multibacilar (87%) mais prevalentes.¹³

Dos casos novos diagnosticados em Rondonópolis-MT, entre os anos de 2001 a 2015, houve predominância dos casos multibacilares, com 1.649 casos (61,16%). Em menores de 15 anos, foram detectados 205 casos (5,61%). Dados semelhantes foram encontrados no Estado da Paraíba, nos anos de 2010 e 2011, em que, na classificação operacional, o tipo mais predominante foi o multibacilar, com 51,1% e 57,2%, respectivamente. Nos dados referentes ao

resultado dos exames baciloscópicos, houve predominância de resultados negativos.¹⁴

Além disso, no que tange aos municípios do Estado MT, em Cáceres, foram diagnosticados 34 novos casos de hanseníase entre os anos 2001 a 2007, sendo que, desses, 26 casos eram paucibacilares e oito, multibacilares. Em pessoas menores de 15 anos, neste mesmo período, foram diagnosticados três casos novos. Entre os casos paucibacilares diagnosticados, 19 eram do sexo feminino e, nos multibacilares, seis casos eram do sexo masculino. Surgiram casos novos de hanseníase nas residências dos casos diagnosticados; dos 34 casos novos, seis casos foram encontrados em contatos domiciliares. Foram detectados cinco casos novos em média, por ano, nestes anos de análise, tendo um coeficiente de detecção de 106 casos/100 mil habitantes. Nesse sentido, 35,3% dos casos novos foram diagnosticados em contatos domiciliares ou de vizinhança. Isso indica o domicílio como o principal local de transmissão da doença. Em 2005, houve uma mudança na equipe de saúde da área adscrita à USF do município de Cáceres. Essa nova equipe colaborou com a prática de vigilância entre contatos domiciliares e de vizinhança, já que foram identificados casos novos em residências com casos preexistentes.¹⁵

Ainda sobre os resultados deste estudo, em Rondonópolis (MT), a forma clínica que mais prevaleceu foi a dimorfa, apresentando 1.385 casos (51,37%) durante o período analisado, sendo que, na avaliação do esquema terapêutico aplicado aos indivíduos diagnosticados, o esquema PQT/MB/12 doses foi o mais frequente, com 1.382 (51,26%) casos novos registrados e, quanto ao grau de incapacidade, 90,58% dos casos foram avaliados e, desses, a maioria apresentou grau zero de incapacidade, com 2.132 casos (79,08%).

Quanto à classificação segundo a forma clínica, entre 2001 a 2008, em Teresina (PI), a forma tuberculoide apresentou redução de 34,7% para 25,39% e a indeterminada aumentou crescentemente de 28,22%, em 2001, para 30,21%, em 2008. Em relação à forma dimorfa, no início da série, apresentou dados percentuais de 20,02%, chegando a 28,09%, em 2008. Já na forma virchowiana, em 2001, foram registrados 121 casos, exibindo uma redução em dados absolutos para 86 casos, em 2008. No início, houve uma predominância de casos paucibacilares. Posteriormente, houve aumento dos multibacilares, com a média de 460,62 (62,05%) e 278,87 (37,86%) casos, respectivamente. Em relação à distribuição por sexo, houve pequena oscilação percentual

ao longo dos anos, apresentando um discreto predomínio do sexo feminino.¹⁶

Em relação às formas clínicas, entre 2001 a 2007, em Santa Catarina, as formas tuberculoide e virchowiana tiveram uma distribuição de 27,8% cada. No sexo masculino, a forma que apresentou maior prevalência foi a virchowiana, com nove (39,1%) casos. Já no sexo feminino, as formas, indeterminada e dimorfa apresentaram maiores índices, 28,5% cada. Já quanto à classificação operacional, quando se compara a forma clínica entre os paucibacilares, 42,3% correspondem à forma indeterminada e 50%, à tuberculoide, do total de paucibacilares. Entre os multibacilares, 55,6% representam a variante virchowiana e 29,6%, a dimorfa.¹⁰

No Estado da Paraíba, nos anos de 2010 e 2011, em relação ao grau de incapacidades, foi semelhante, e mais de 75% dos doentes caracterizaram grau zero, não apresentaram comprometimento neural de olhos, mãos ou pés nos dois anos. Referente à forma clínica da doença, os casos analisados se mostram igualmente distribuídos nos dois anos avaliados, levando em consideração a classificação sul-americana para a hanseníase, com destaque para as formas polarizadas (51,9%, em 2010, e 55,7%, em 2011) da doença.¹⁴

Em Curitiba, Foz do Iguaçu e Londrina, houve um aumento no número de casos novos de hanseníase, com grau de incapacidade física avaliado. Contudo, Foz do Iguaçu obteve um resultado satisfatório somente a partir de 2007. Estes municípios mostraram proporção de cura regular ao longo da série temporal. Nos anos de 2007 e 2008, Curitiba se destacou, pois apresentou proporção precária em relação à cura, devido à oscilação do indicador, e mostrou melhora em relação aos casos curados com grau de incapacidade física avaliado, enquanto Londrina e Foz do Iguaçu, em 2001 e 2008, apresentaram resultados precários, voltando a diminuir em 2010. Ao longo da série histórica considerada, o número de abandono do tratamento mostrou-se baixo, permanecendo classificado como bom nos três municípios.¹⁷

Entre 2001 a 2007, em Santa Catarina, em relação à forma recidiva, foram encontrados cinco (9,3%) casos onde quatro deles aconteceram por transferência de outro Estado e um de transferência de outro município. De acordo com o número de casos novos e o número de lesões, foi possível constatar que em 43,2% não havia lesão; em 22,7% havia lesão única e em 25%, mais de cinco lesões. Dos casos diagnosticados, 13% foram por meio da demanda espontânea, dois

casos foram descobertos por meio de exame de contatos e a maioria (61,1%) foi por meio do encaminhamento, sendo que em 22,2%, os dados foram ignorados.¹⁰

Em relação ao modo de detecção, os casos diagnosticados, por meio da demanda espontânea, em Rondonópolis (MT), foram os mais prevalentes, apresentando 1.208 casos (44,81%), seguidos dos casos diagnosticados por meio de encaminhamento, com 1.096 casos (40,65%).

No Estado da Paraíba, foram diagnosticados, entre os anos de 2001 e 2011, 9.375 casos de hanseníase. Desses, 335 (3,6%) foram por meio de exame de contatos e 9.040 (96,4%), pelas formas de detecção passiva (encaminhamento, demanda espontânea, exame de coletividade, outros modos). Desses casos, apenas a variável nível de escolaridade apresentou níveis estatisticamente significativos (p-valor < 0,0341), em que se observou menor escolaridade entre os indivíduos detectados por meio do exame de contatos. Quanto às incapacidades físicas, apresentou maior índice a forma de detecção por exames de contatos, que trouxe maior número de casos com grau de incapacidade. Contudo, quando investigado de forma isolada, o grau 2 de incapacidade se apresenta com menor índice de ocorrência.¹⁸

No município de Rondonópolis, os casos da doença ainda estão acima do que é preconizado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Com isso, se torna necessário que os serviços de saúde tenham conhecimento suficiente para realizar a busca ativa de novos casos, diagnóstico precoce e o tratamento, podendo, assim, evitar as incapacidades físicas e os estigmas e preconceitos causados pela doença.⁶

Nesse sentido, o Plano Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) realizou pesquisas baseadas no coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase, em busca de compreender o processo evolutivo da doença no Brasil. O número de casos detectados está reduzindo devido ao tratamento e à saída do registro ativo, entretanto, o número de casos novos diagnosticados continua endêmico em vários países.¹⁹

Para agregar potenciais recursos humanos à estratégia do plano de eliminação da hanseníase, existe uma parceria com a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) e a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) nas campanhas de busca ativa de casos novos e a divulgação de sinais e sintomas, envolvendo profissionais de saúde e

acadêmicos, formalizando parceria com universidades públicas e/ou privadas.⁷

Dessa forma, ainda no que tange à diminuição da incidência de hanseníase, alguns fatores colaboram com esta redução, tais como a imunização com Estratégia Global Aprimorada para a Redução Adicional da Carga da Hanseníase - Diretrizes Operacionais (Atualizadas), a BCG, o desenvolvimento econômico e as boas práticas para o controle da hanseníase. Ainda que a carga da hanseníase esteja diminuindo, novos casos serão diagnosticados, daí a necessidade de que os serviços de diagnóstico e o tratamento estejam apropriados para realizar o atendimento.²⁰

CONCLUSÃO

Esses achados de prevalência de hanseníase em Rondonópolis (MT), entre os anos de 2001 a 2015 (2.696 casos), permitem revelar que, apesar da redução do número de casos diagnosticados e notificados, o município continua sendo uma região endêmica e que merece especial atenção por parte do desenvolvimento de políticas públicas que visem ao controle e à redução de casos, seguindo o plano integrado de ações estratégicas do governo.

As características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com hanseníase, identificados nesta pesquisa, demonstram o seguinte perfil: sexo masculino; faixa etária 35-49 anos; raça parda; com baixo nível de escolaridade; residentes na zona urbana e prevalência da forma clínica dimorfa; classificação operacional multibacilar; esquema terapêutico PQT/MB/12 doses e com grau zero de incapacidade (79,08%).

Um fator que merece destaque é o expressivo quantitativo de casos com formas clínicas multibacilares, despontando para o diagnóstico realizado tardiamente e mantendo a transmissão da doença e, consequentemente, a alta prevalência.

O estudo destas variáveis de hanseníase permite a construção de estratégias direcionadas para o campo da saúde coletiva, incluindo a atuação e a participação dos diversos atores sociais como gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, que fortalecem as atividades de prevenção da hanseníase e a promoção da saúde da população, por meio da realização do diagnóstico precoce, do controle, do tratamento adequado e da compreensão do panorama da hanseníase na atualidade.

A principal limitação deste estudo é que toda informação coletada de forma secundária

depende da entrada de dados no sistema de informação por um profissional e, nem sempre, essas informações são preenchidas de forma correta ou são preenchidas em sua totalidade.

Por fim, é indispensável que sejam intensificadas e fortalecidas as ações da vigilância em saúde sobre hanseníase, visto que sejam realizadas a promoção e as intervenções para a redução dos casos de hanseníase no município de Rondonópolis (MT) e naqueles com características semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde (BR). Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação geral de hanseníase e doenças em eliminação. Informe Técnico: Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Mar 08]. Available from: [file:///C:/Users/Meus%20Documentos/Downloads/InfoTecnico_CampanhaHansen%C3%ADase_2015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Meus%20Documentos/Downloads/InfoTecnico_CampanhaHansen%C3%ADase_2015%20(2).pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2016 Mar 08]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2016 Mar 12]. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd21.pdf
5. Ignotti E, Paula RC. Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde

(Org.). Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. 2011 [cited 2016 Mar 22];1:185-202. Available from:

http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sau.de_brasil_2010.pdf

6. Governo Municipal de Rondonópolis. Secretária Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento a hanseníase na cidade de Rondonópolis - MT. 2011 [cited 2016 Mar 22]. Available from:

http://www.rondonopolis.mt.gov.br/docs/Protocolo_Hanseníase_para_impress_o.pdf

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Mar 22]. Available from:

http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [cited 2016 Apr 03] Available from:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510760>

9. Brasil. Portaria n° 466/2012 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012. Publicada no Diário Oficial da União de 13 de junho de 2013 [cited 2016 Apr 03]; Seção 1, p.59. Available from:

<http://conselho.sau.de.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

10. Melão S, Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Epidemiological profile of leprosy patients in the extreme south of Santa Catarina between 2001 and 2007. Rev Soc. Bras. Med. Trop. 2011 [cited 2016 May 20];44(1):79-84. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000100018.

11. Oliveira JCF, Leão AMM, Britto FVS. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. Rev enferm UERJ. 2014 [cited 2016 May 15];22(6):815-21. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a15.pdf>.

12. Souza VB, Silva MRF, Silva LMS, Torres RAM, Gomes KWL, Fernandes MC et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de um

centro de saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde 2013 [cited 2016 Apr 19];26(1):110-16. Available from:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2641>.

13. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. Rev Soc Bras Med Trop 2010 [cited 2016 May 15];43(1):62-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n1/a14v43n1>.

14. Brito KKG, Araujo DAL, Uchôas REMN, Ferreira JDL, Soares MJGO, Lima JO. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. Rev enferm UFPE. 2014 [cited 2016 May 19];8(8):2686-93. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6092>.

15. Garcia DR, Ignotti E, Cortela DCB, Xavier DR, Barelli CSGAP. Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres, MT. Cad Saúde Colet. 2013 [cited 2016 Apr 19];21(2):168-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000200011&script=sci_abstract&tlng=pt.

16. Pereira EVE, Nogueira LT, Machado HAS, Lima LAN, Ramos CHM. Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001-2008. An Bras Dermatol. 2011 [cited 2016 Apr 19];86(2):235-40. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200005.

17. Oliveira KS, Souza J, Campos RB, Zilly A, Silva Sobrinho RA. Evaluation of leprosy epidemiological and operational indicators in priority municipalities in the state of Paraná, 2001 to 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2015 [cited 2016 May 20];24(3):507-16. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300507.

18. Brito KKG, Andrade SSC, Diniz IV, Matos SDO, Oliveira SHS, Oliveira GO. Caracterização dos casos de hanseníase diagnosticados através do exame de contato. Rev enferm UFPE. 2016 [cited 2016 Apr 19];10(2):435-41. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8584>.

19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2016 Mar 12]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniose.pdf

20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2010 [cited 2016 Mar 20]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniose.pdf

Submissão: 29/09/2016

Aceito: 20/07/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Débora Aparecida da Silva Santos
Campus Universitário de Rondonópolis
Avenidas dos Estudantes, 5055
CEP: 78735-901 – Rondonópolis (MT), Brasil