



Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade do Sul de Minas Gerais no Período de Nove Anos: Estudo Retrospectivo

Epidemiologic Profile of Leprosy in a Southern City of Minas Gerais State in a Nine -Year Period: Retrospective Study

Livia Santiago Peneluppi¹
Marco Aurélio Muniz Moreira¹
Thaís Juliano Garcia Tosta¹
Hugo Ribeiro Bellato¹
Guilherme Benfatti Olivato¹
Clarissa Santos de Carvalho Ribeiro²

1. Graduandos da Faculdade de Medicina de Itajubá FMIIt.
2. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP e Professora Adjunta de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Itajubá.

Recebido em: agosto de 2015

Aceito em: dezembro de 2015

Correspondência

Faculdade de Medicina de Itajubá.
Av. Renó Júnior, 368 - São Vicente
CEP: 37502-138 - Itajubá - MG
Tel: 3629-8700
E-mail: liviapeneluppi@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Itajubá, Minas Gerais, do ano 2005 até 2013. **Materiais e Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo, transversal e descritivo através de pesquisa em banco de dados, no período de 2005 a 2013. **Resultados:** Foram identificados 43 casos de hanseníase no período analisado (média de 4,7 casos/100mil habitantes). Os registros mostraram que a população masculina (62,8%) e economicamente ativa, entre 16 a 60 anos (79,06%) foi a mais afetada. Também se obteve registro de todos os tipos de formas clínicas, graus de incapacidade ao diagnóstico, sequelas da doença e, principalmente, falhas nos registros e falta de dados. Houve um predomínio da forma multibacilar, estando presente todas as formas clínicas. **Conclusão.** Uma melhor análise dos contactantes é necessária para melhor diagnosticar todos os portadores da doença. Soma-se a isso o fato de haver escassez dos dados nas fichas de notificação, o que impossibilita mostrar a realidade da população estudada.

Palavras chave: Hanseníase, Perfil epidemiológico, Incidência.

ABSTRACT

Objective: The objective of this article was to analyze and trace the epidemiological profile of patients seen and diagnosed with leprosy in the city of Itajubá, south of Minas Gerais in the period from 2005 to 2013. **Materials and Methods:** The research was based on an epidemiological, retrospective, bibliographic and documentary study in the city of Itajubá, Minas Gerais, in the period of 2005-2013. **Results:** Forty-three cases were diagnosed in this period. It was possible to observe an average of 4.7 cases / 100.000 inhabitants. The records showed that the male population (62.8%) and the economically active population, 16 to 60 years (79.06%) were the mostly affected. It was also obtained registration of all types of clinical forms, degrees of disability at diagnosis, the disease sequelae and mainly failures in collecting info. In the analysis, there was a predominance of multibacillary form being present in all clinical forms. **Conclusion:** A better analysis of contacts is needed to better diagnose all patients with the disease. In addition to this is the fact that there is scarcity of information in the reporting forms, making it impossible to demonstrate the reality of the population studied.

Keywords: Leprosy, Epidemiology, Incidence

INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, de notificação compulsória, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular obrigatório. Esse bacilo tem alta virulência e baixa patogenicidade, propriedades essas que dependem de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio. O ser humano é o reservatório do bacilo e sua transmissão se dá principalmente pela eliminação destes pelos pacientes multibacilares, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada.^{1,2} Apenas em 1873, através do médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, foi identificado o bacilo *M. leprae* como o causador da doença, tendo sua terminologia substituída por hanseníase em sua homenagem.³

O tempo entre o contágio e o aparecimento dos sintomas pode variar de dois até dez anos. É observado um largo espectro de apresentações clínicas, porém o principal sinal é a presença de manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, em qualquer parte do corpo, com alguma alteração de sensibilidade. Acomete os nervos periféricos, atingindo desde as terminações na derme até os troncos nervosos, sendo clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. As sensibilidades térmica, dolorosa e tátil são alteradas.^{1,4}

O diagnóstico é clínico, epidemiológico e através do exame dermato-neurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervo periférico. A classificação operacional, visando o tratamento com Poliquimioterapia (PQT) é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios: Paucibacilar (PB),

onde ocorrem casos com até cinco lesões de pele, e o Multibacilar (MB), onde existe mais de cinco lesões de pele.¹ São descritos quatro diferentes padrões fisiopatológicos, de acordo com o sistema de classificação seguido no Brasil: virchowiana, tuberculóide, indeterminado e dimorfo.⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶, determinou metas para reduzir prevalência e até erradicar a doença, utilizando o regime de PQT e medidas de detecção precoce da doença.⁷ Com isso, em 1991, dez anos após a introdução dessa terapia, a OMS propôs a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. Passou a ser considerada eliminada a doença quando a prevalência de casos conhecidos for menor do que um por 10mil habitantes.^{4,7}

O Brasil é considerado o segundo país do mundo em prevalência de hanseníase, com uma média de 47mil casos novos por ano de 2009 a 2012, onde temos a região Norte e Centro-Oeste como as mais prevalentes, seguidas de Nordeste, Sudeste e Sul. Em Minas Gerais, atualmente, 80% dos 853 municípios do Estado fazem diagnóstico e realizam tratamento com PQT. O Estado possui o segundo maior coeficiente de prevalência na região Sudeste (com taxa de 0,55:10.000hab).⁸ A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública se tornou um dos componentes estratégicos do Plano Brasil Sem Miséria.^{7,8}

Este estudo tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico da hanseníase na cidade de Itajubá, no sul do Estado de Minas Gerais, no período de nove anos (2005-2013).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, retrospectivo e descritivo realizado no município de Itajubá, Minas Gerais. Os dados foram obtidos através da base de dados do SINAM (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde. A amostra foi censitária, sendo incluídos todos os hansenianos diagnosticados, residente do município de Itajubá e notificados pelo sistema no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2013. As variáveis estudadas foram: número de casos, idade, sexo, número de lesões cutâneas, as formas clínicas e classificação técnica da doença, complicações gerais e o grau de incapacidade, o qual é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés da seguinte maneira: Grau zero: não há comprometimento neural; Grau I: há diminuição ou perda da sensibilidade; Grau II: presença de incapacidade ou deformações.

Não foram incluídos pacientes que não residiam neste município. Os parâmetros de endemicidade para o coeficiente de detecção da hanseníase recomendados pelo Ministério da Saúde utilizados nesta pesquisa foram os graus:

Hiperendêmico: > 40,00/100.000 hab/ano; Muito Alto: 20,00 a 39,99/100.000 hab/ano; Alto: 10,00 a 19,99 /100.000 hab/ano; Médio: 2,00 a 9,99 /100.000 hab/ano; Baixo: < 2,00/100.000 hab/ano. Os dados foram inseridos no software MS Office Excel 2007 e em seguida foram categorizados e foram apuradas suas frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS

Do total de 43 pacientes notificados em Itajubá, 39 deles foram casos novos e 4 ignorados, não havendo nenhuma transferência ou relato de recidiva. Aplicando este número absoluto no cálculo do coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes por ano, obteve-se uma média de 4,7 casos/100.000 habitantes/ano, baseado nos cálculos propostos pelo Ministério da Saúde.⁹

No que tange as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a maioria era do sexo masculino, residia na zona urbana e a faixa etária mais prevalente foi a de 45-60 anos. Não houve ocorrência de casos em menores de 15 anos. Estes dados estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1- Dados sociodemográficos

	n	%
Sexo		
Feminino	16	37,2
Masculino	27	62,8
Zona Habitada		
Urbana	29	67,4
Rural	6	13,9
Casos Indeterminados	8	18,6
Idade		
Abaixo de 15 anos	-	-
16 – 30 anos	12	27,9
30 – 45 anos	8	18,6
45 – 60 anos	14	32,6
Acima de 60 anos	9	20,9

Ao analisar a quantidade de lesões cutâneas ao diagnóstico, baseado no critério técnico, observou-se que na maioria dos casos os pacientes já apresentavam cinco ou mais lesões

(20,9%). Em cinco casos não se obteve informação quanto ao número de lesões cutâneas ao registro. (Tabela 2).

Tabela 2. Lesões cutâneas ao diagnóstico

Lesões cutâneas	n	%
1	9	20,9
2	4	9,3
3	4	9,3
4	4	9,3
≥5	17	39,5
Não classificadas	5	11,6

Quanto à avaliação da forma clínica observou-se que, dos pacientes classificados, a maioria (25,5%) apresentavam a forma dimórfica. Porém, 32,2% não foram classificados

quanto a forma clínica, o que revela falha ou negligência no preenchimento das fichas cadastrais dos pacientes de hanseníase. (Tabela 3).

Tabela 3. Formas clínicas da hanseníase

Forma clínica	n	%
Virshowiana	7	16,2
Dimórfica	11	25,5
Tuberculoide	8	18,6
Indeterminada	3	6,9
Não classificada	14	32,2

Já a classificação técnica mostrou um percentual de 62,7% (n=27) de multibacilares, e 30,2% (n=13) de paucibacilares, e ainda três pacientes não classificados.

Em se tratando dos graus de incapacidade física, 46,5% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade ao diagnóstico. Os dados detalhados estão contidos na Tabela 4.

Tabela 4. Grau de incapacidade ao diagnóstico

Incapacidade	n	%
Grau I	15	34,9
Grau II	5	11,6
Sem Registro	6	14
Ausência de Incapacidade	17	39,7

Complicações importantes nos membros superiores foram encontradas em 25 pacientes (58,1%), entre elas perda de

sensibilidade e dor. Nos membros inferiores, pelo menos 30 pacientes (46,5%) também relataram alterações semelhantes (Tabela 5).

Tabela 5- Complicações nos membros superiores e inferiores

Complicações	n	%
Membro superior	25	58,1
Perda de sensibilidade	14	32,6
Dor	9	20,9
Membro inferior	30	46,5
Perda de sensibilidade	16	37,2
Dor	14	32,5
Perda de força	22	51,2

Além disso, espessamentos dos nervos foram encontrados. Nos membros superiores, 32,6% espessamento do nervo ulnar direito e 30,21% do ulnar esquerdo. Nos membros inferiores, espessamento de nervo fibular direito em 35% e espessamento dos nervos fibular esquerdo, tibial posterior direito e esquerdo em 25,6%.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu que fosse possível a identificação do comportamento da hanseníase numa área endêmica do país. No período determinado no estudo, foram diagnosticados 43 casos e as taxas de incidência se apresentaram oscilações discretas de um ano para o outro. A média do coeficiente de detecção anual de novos casos de hanseníase por 100.000 habitantes ficou no ordem de 4,7 casos/100.000 habitantes/ano, encontrando-se na categoria “endemicidade média” - 2,00 a 9,99 /100.000 habitante/ano, segundo o Ministério da Saúde.⁹

De acordo com a literatura estudada, Ribeiro Junior e cols¹⁰, demonstraram, em relação às variáveis sociais e demográficas, maior prevalência de hanseníase na faixa etária entre 31 e 60 anos, refletindo maiores riscos de comprometimento da dinâmica econômica familiar devido a doença ser limitante. Tal resultado vai de encontro aos encontrados na

presente pesquisa, em que 32,6% dos casos atingiram uma população entre os 45-60 anos. Tais dados podem revelar a progressão da doença no decorrer da idade até por volta dos 60 anos, decaindo a partir daí sua prevalência/incidência, poupando a população mais idosa. Não foi encontrado nenhum caso em crianças menores de 15 anos, o que pode indicar subnotificação de pacientes bacilíferos e falhas nas ações de controle da doença.

Segundo o atual levantamento houve predomínio na forma clínica dimórfica (25,5%) e uma pequena prevalência na forma indeterminada (6,9%), o que pode demonstrar um atraso do sistema de saúde no diagnóstico nas fases iniciais da doença. Este atraso no diagnóstico da forma indeterminada é preocupante, pois as formas bacilíferas conhecidas como multibacilares (dimórfica e virchowiana) quando não destacadas precocemente levam ao acometimento neurológico e ocorrências de lesões incapacitantes por serem fontes de infecção, além de manter a transmissibilidade da doença.¹¹⁻¹³

Demais autores como Fernanda et. al e Francisco et. al¹⁰⁻¹⁴ demonstraram uma predominância da forma multibacilar dos casos identificados de hanseníase, evidenciando a endemicidade da patologia no território nacional. Leva-se a pensar na necessidade de ações mais

efetivas para o alcance de melhores resultados.^{8,11,14,15}

É importante observar que no município estudado a grande maioria dos pacientes (46,5%) já apresentava algum grau de incapacidade ao diagnóstico. A maior parte deles encontrava-se em Grau I de incapacidade. Diferente de outros estudos^{15,16} que mostraram uma prevalência do Grau II. Portanto pode-se concluir que a existência de algum tipo de incapacidade física avaliados no diagnóstico é um importante indicador para reforçar o argumento já citado sobre o diagnóstico tardio, onde a doença quando detectada já provocou algum dano ao paciente. Não há com isso uma busca ativa de casos.

A hanseníase no mundo vem se tornando mais rara, porém nos últimos 30 anos no Brasil o número de casos se manteve estável com áreas de extrema prevalência.¹⁷ É necessário levar em consideração alguns itens, como falta de capacitação e sensibilização da equipe, não estabelecimento de vínculo entre profissionais de

saúde e pacientes, além do escasso conhecimento da população e a maneira como lidam com a doença para solucionar a questão da endemia.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que homens e mulheres foram acometidos de forma desigual pela hanseníase, sendo que um percentual considerável apresentou incapacidades ao início do tratamento, denotando um diagnóstico tardio da doença. Notou-se ainda predominância dos casos multibacilares em relação aos paucibacilares no período analisado. Os achados deste estudo reforçam a necessidade da realização de pesquisas regionais, para se conhecer melhor a distribuição da doença a nível local, levantando aspectos que possam contribuir para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, evitando as incapacidades e deformidades da hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde- Doenças Infecciosas e Parasitárias. Guia de Bolso. 8ª ed. Brasília: MS; 2010. 444p.
2. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev da Soc Bras Med Tropical. 2003;33(3):373-82.
3. Leticia ME, Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Rev Saúde Soc. 2004;13(2):76-88.
4. Penna MLF, Gross MAF, Rocha MCN, Penna GO. Comportamento epidemiológico no Brasil [Internet]. [Acesso em 2014 Abr 18] Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2009_parte2_cap12.pdf
5. Beiguelman B. Genética e hanseníase. Ciênc Saúde coletiva. 2002;7(1):117-28.
6. Organização Mundial de Saúde. Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: OMS; 2000. 21p.
7. Barbosa DRM, Araújo AA, Damasceno JCF, Almeida G, Santos G. Perfil Epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. Rev Rede de cuidados em Saúde. 2014;8(1): 1-13.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Distribuição da Hanseníase no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2012. [Acesso em 2014 Ago 23]. Disponível em

- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 364p.
 10. Brasil quer eliminar a Hanseníase até 2015. Portal Brasil [Internet] 2012 [Acesso em: 2014 Set 18] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/brasil-quer-eliminar-a-hanseníase-ate-2015>.
 11. Lanza FM, Cortez DN, Gontijo TL Rodrigues JSJ. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. Rev de Enferm da UFSM. 2012;2(2):365-74.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase [Internet]. [Acesso em: 2014 Nov 09] [Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html].
 13. Ribeiro GC, Fabri ACOC, Amaral EP, Machado IE, Lana FCF. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina Minas Gerais. Rev Eletr Enferm. 2014;16(4):728-35.
 14. Longo JDM, Cunha RV. Perfil clínico epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. Hansen Int. 2006;31(1):9-14.
 15. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Saldanha ANSL. Desenvolvimento de incapacidade física decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha-MG. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(6):1-6.
 16. Silva Sobrinho RA, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15(6): 171-5.
 17. Luna ICF, Moura LTR, Michelle CR, Vieira MCA. Perfil clínico epidemiológico da hanseníase em menores de 15 anos no município de Juazeiro-BA. Rev Bras Promc Saúde. 2013;26(2):208-15.

Correspondência: Livia Santiago Peneluppi. Faculdade de Medicina de Itajubá. Av. Renó Júnior, 368 - São Vicente. CEP 37502-138. Itajubá – MG – Tel: 3629-8700. E-mail: liviapeneluppi@uol.com.br