

## PERFIL DE CASOS E FATORES DE RISCO PARA HANSENÍASE, EM MENORES DE QUINZE ANOS, EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DA REGIÃO NORTE DO BRASIL<sup>1</sup>

PROFILE CASES AND RISK FACTORS FOR LEPROSY IN UNDER FIFTEEN YEARS IN THE MUNICIPALITY HYPERENDEMIC NORTHERN BRAZIL<sup>1</sup>

Mariane Cordeiro Alves FRANCO<sup>2</sup>, Geraldo Mariano Moraes MACEDO<sup>3</sup>, Bernardo Queiroz de MENEZES<sup>4</sup>, Fernando Octávio Machado JUCÁ NETO<sup>4</sup>, Anna Camila Alves FRANCO<sup>4</sup> e Marília Brasil XAVIER<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Demonstrar o padrão temporal da hanseníase, aspectos clínicos e relações de contatos, em menores de 15 anos, em área de antiga Colônia de Hansenianos do Norte do Brasil, considerando os fatores de risco. **Método:** estudo ecológico longitudinal e de série de casos da década 2003 a 2013, em que foram entrevistados 29 pacientes, dos 36 casos notificados no período. Variáveis investigadas: sociodemográficas; história e tempo de contato intradomiciliar; cosanguineidade; critérios clínicos; baciloscopia; realização de BCG e evolução. **Resultados:** notificados 226 casos de hanseníase de todas as faixas etárias, sendo 15,92% (36 casos) em menores de 15 anos com queda importante no coeficiente de detecção. No Pará redução discreta da notificação. Aumento de casos novos em 2005, 2009 e 2011. Predominaram o gênero feminino, faixa etária de 11 a 14 anos, renda familiar menor que um salário mínimo, grau de escolaridade ensino fundamental, lesão única em membros inferiores, forma MHI-PB, tratamento completo em seis meses de PQT, sem recidiva e sem sequelas com grau zero de incapacidade. Cura em 93,1%, sem baciloscopia. Contato intradomiciliar presente em 86,2% com tempo médio de contato de 8,6 anos e 72,4% das crianças com cicatriz de BCG no diagnóstico. **Conclusão:** a hanseníase constitui um grave problema de saúde pública na área estudada, com alta taxa de incidência em menores de 15 anos, sendo a recidiva preocupante, o que deve ser bem investigada, pois a exposição é precoce, com fator de risco representado por contato dentro da família, exigindo maior vigilância.

**DESCRITORES:** hanseníase, fatores de risco, epidemiologia, menores de quinze anos.

### INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), caracterizando-se pela elevada infectividade e baixa patogenicidade. Enfermidade dermatoneurológica, crônica e granulomatosa de evolução lenta, que afeta principalmente o tegumento e a parte periférica do sistema nervoso, podendo apresentar períodos

de agudização denominados de reações. É considerada potencialmente incapacitante e, embora curável, seu diagnóstico causa grande impacto psicossocial, pelos preconceitos e estigmas que a envolvem<sup>1</sup>.

A afecção pode atingir pessoas de todas as idades e sexo. Contudo, o risco de adoecer está ligado a diversos fatores, tais como os níveis de endemia, condição

<sup>1</sup> Trabalho realizado nas Unidades de Saúde da Vila de Santo Antônio do Prata - Igarapé Açu – Pará - Brasil.

<sup>2</sup> Doutoranda do Núcleo de Medicina Tropical/Universidade Federal do Pará (NMT/UFPa) Belém – Pará – Brasil.

<sup>3</sup> Mestrando do Programa de Pós Graduação em Doenças Tropicais da Universidade Federal do Pará (NMT/UFPa) Belém – Pará – Brasil.

<sup>4</sup> Alunos de iniciação científica do NMT/UFPa, Belém – Pará – Brasil.

<sup>5</sup> Professora Titular do Curso de Medicina da UEPA/Professora Adjunta NMT/UFPa, em Belém – Pará – Brasil.

socioeconômica desfavorável, situação precária de vida e saúde<sup>2</sup>.

Em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) notificou mais de 200.000 novos casos da doença no mundo inteiro. O Brasil é responsável por 93% de todas as notificações da hanseníase no continente americano, sendo a segunda área mais endêmica do planeta, perdendo apenas para a Índia<sup>3</sup>. Apesar dos esforços da OMS em erradicar a hanseníase no mundo até 2005, em alguns países ela ainda representa um grave problema de saúde pública com prevalência igual ou maior que um caso para 10.000 habitantes. No Brasil, apesar da redução importante do número de casos, de 19 para 4,68 doentes em cada 10.000 habitantes, no período compreendido entre 1985 a 2000, a doença ainda constitui um problema de saúde pública que exige vigilância resolutiva<sup>1,2</sup>.

Em 2013, houveram 215.656 novos casos detectados no mundo. O Brasil, por sua vez, é o país responsável por produzir isoladamente 14,39% das notificações mundiais, com a região Norte liderando o rol das estatísticas brasileiras, seguida pela região Centro-Oeste<sup>20</sup>.

O coeficiente de detecção anual de hanseníase em menores de 15 anos é utilizado, pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), para avaliar a magnitude da transmissão em uma determinada população, sendo considerado um dos indicadores mais sensíveis em relação a situação de controle da doença. Em 2011, a detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil foi de 5,22/100.000 habitantes. No mesmo ano, a região Norte apresentou um coeficiente de 13,34 casos/100 mil habitantes e o Estado do Pará apresentou 18,29 casos/100 mil habitantes, indicando elevado grau de endemicidade. Este coeficiente expressa a força de transmissão recente da doença. Portanto, é um indicador chave para orientar onde intervir, com ações que visem a identificação e o tratamento de fontes de infecção ativa e vigilância epidemiológica<sup>4</sup>.

O Pará é o quarto Estado com maior número de casos de hanseníase confirmados em menores de 15 anos no país, ficando atrás somente de Tocantins, Mato Grosso e Maranhão, pois ainda apresenta sérias dificuldades no diagnóstico, o qual é feito tardiamente e o baixo número de contatos intradomiciliares examinados, contando apenas 58,5% desses contatos examinados em 2011, considerado precário, pois é fato que uma criança ou adolescente nunca comparecem sozinhos a uma consulta médica ou de enfermagem<sup>5</sup>. O município de Igarapé Açu destaca-se no cenário regional e nacional de acordo com os indicadores epidemiológicos, pois é considerado hiperendêmico

(gráfico 1), por apresentar seu coeficiente de detecção de casos novos sempre acima de 1/10.000 habitantes, especialmente nos últimos 10 anos<sup>5</sup>.

No cenário complexo da doença hanseníase, especialmente no ambiente biodiverso e socioeconômico da Amazônia, é necessário conhecer e propor alternativas de assistência à demanda de casos que vem surgindo de forma cada vez mais precoce e que são desconhecidos pelo sistema de saúde e em suas políticas, uma vez que menores doentes podem se tornar adulto-jovens incapacitados frente às atividades sociais e econômicas do meio onde vivem, aumentando os custos previdenciários e de saúde. Portanto, na pesquisa o objetivo foi demonstrar o padrão temporal da hanseníase, aspectos clínicos e relações de contatos, em menores de 15 anos, em área de antiga colônia de hansenianos da região Norte do Brasil, considerando os fatores de risco da doença.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo ecológico longitudinal e de série de casos para determinar o coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, recuperados das coortes de hansenianos em área de antiga colônia. A investigação ocorreu a partir da detecção de casos novos disponíveis no Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Ministério da Saúde (SINAN) e arquivos de serviços de saúde local, onde foram investigados os fatores de risco no momento do diagnóstico da doença, estabelecendo as correlações entre as variáveis consideradas como fatores de risco e desfecho (menores de 15 anos notificados no período de 2003 a 2013).

A pesquisa foi executada no município de Igarapé Açu, Estado do Pará, onde está localizada a Vila de Santo Antônio do Prata. O município possui uma população estimada em 36.883 habitantes e localiza-se a 100 km da capital Belém<sup>6</sup>. Criado em outubro de 1906, abriga a Vila de Santo Antônio do Prata, antiga “Colônia do Prata”, a qual foi inaugurada em 1924, na época, com 226 doentes hansenianos, sendo 37 menores de 15 anos<sup>7</sup>. Atualmente possui duas unidades de saúde, uma municipal e outra estadual.

Como população de estudo considerou-se os casos de hanseníase em menores de 15 anos, notificados no município citado, no período de 2003 a 2013, com busca ativa e realização de inquérito durante todo o ano de 2013. Dos 44 casos notificados no SINAN, foram excluídos oito em virtude de já apresentarem 15 anos completos. Os selecionados foram os jovens de 0 – 14 anos. Dos 36 casos foram entrevistados 29 jovens, pois os demais

já não residiam no município. Foi aplicado protocolo de pesquisa com 60 questões sobre dados demográficos; fatores associados ao risco e características clínicas e laboratoriais da doença. Foram excluídos os casos notificados de hanseníase não residentes no município; doentes fora da faixa etária determinada; aqueles que os responsáveis se recusaram a assinar o TCLE ou se recusaram a participar da pesquisa. Para determinação da forma clínica, utilizou-se a Classificação de Madri (Formas Indeterminada/I; Dimorfa/D; Tuberculóide/T e Virchoviana/V)<sup>4</sup>. A classificação em relação ao tratamento foi a utilizada pelo MS como Paucibacilar para formas I/T e Multibacilar para D/V<sup>5</sup>.

Foram utilizados os Softwares Excel 2010, para a confecção de gráficos e tabelas, e BIOESTAT 5.0, para a análise estatística das variáveis relacionadas aos fatores de risco, sendo utilizados os testes G e Qui-quadrado e informados os valores percentuais dos dados analisados<sup>8</sup>. Adotou-se um nível  $\alpha = 0,05$  (5%) para a verificação da

significância. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do NMT/UFPA.

## RESULTADOS

A tabela I demonstra as taxas de detecção da hanseníase a nível nacional, regional, estadual e no município de Igarapé Açu. O Brasil apresentou queda no coeficiente de detecção anual de 3,05 em 2003 para 1,67 em 2013. A região Norte também demonstrou queda de 8,49 a 3,88 na década estudada. O Estado do Pará, apesar da redução da taxa de detecção de 1,2 para 0,61/10.000 habitantes no período estudado, saiu da categoria de hiperendêmico para muito alto índice de detecção. O município de Igarapé Açu apresentou taxa elevada em 2003 (1,45/10.000/habitantes), acima dos valores do Estado, mantendo-se na categoria de município hiperendêmico do início ao fim da série histórica estudada (1,11/10.000 habitantes/2013).

**TABELA I-** Coeficientes de detecção da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, região Norte, Estado do Pará e município de Igarapé Açu, no período de 2003-2013

Ano	Brasil	Região Norte	Para	Igarapé Açu
2003	3,05	8,49	1,20	1,45
2004	2,97	8,18	1,18	1,45
2005	2,92	7,55	1,06	2,61
2006	2,69	7,50	0,89	0,87
2007	2,43	6,51	0,78	0,87
2008	2,36	6,50	0,80	0,58
2009	2,26	6,01	0,73	1,74
2010	1,72	4,04	0,45	0,28
2011	1,83	4,36	0,56	1,39
2012	1,79	4,37	0,50	1,11
2013	1,67	3,88	0,61	1,11

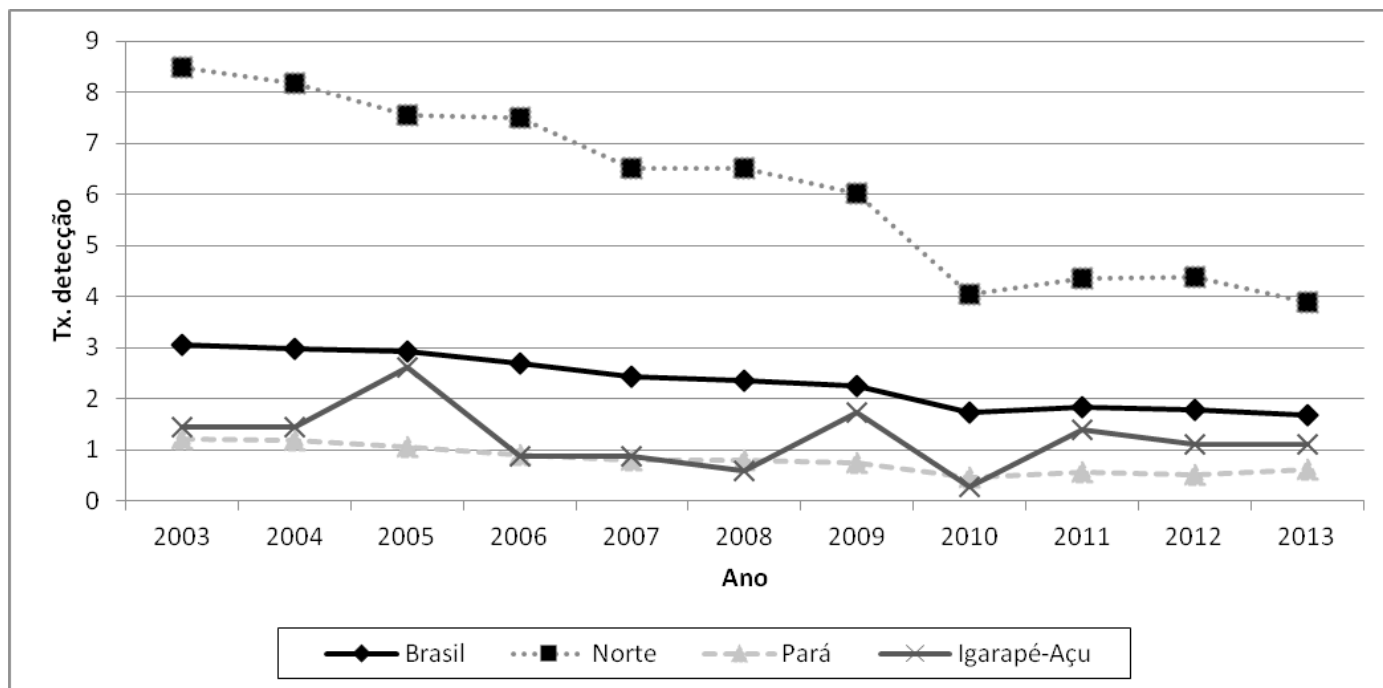
Fonte: DATASUS/MS - Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, 2013

No gráfico I, o comparativo na taxa de detecção em menores de 15 anos, no período de 2003 a 2013, demonstra que o Brasil manteve seu coeficiente de detecção relativamente estável, sem muitas oscilações, mas ainda com características de um índice alto. O Pará apresentou uma diminuição expressiva, porém conservando-se na

categoria de hiperendêmico. No município de Igarapé Açu destacam-se três grandes oscilações nos anos de 2005, 2009 e 2011, porém mantém as características de município hiperendêmico de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde<sup>4</sup>.

**Gráfico1-** Evolução dos coeficientes de detecção da hanseníase, em menores de 15 anos, no Brasil, região Norte, Estado do Pará e município de Igarapé Açu, no período de 2003 a 2013

Fonte: DATASUS/MS/2014



\*Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos/10.000habitantes: **Hiperendêmico:** >1,0/10.000hab.; **Muito Alto:** 1,0-0,5/10.000hab.; **Alto:** 0,5-0,25/10.000hab.; **Médio:** 0,25-0,05/10.000hab.; **Baixo:** <0,05/10.000hab (Guia de Vigilância Epidemiológica – Caderno 7, pg: 26; Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2009).

Dos 36 casos notificados no período proposto, 80,55% (29) foram abordados em relação às características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais, pois os demais já não residiam no município. A tabela II demonstra que houve discreto predomínio do sexo feminino (51,7%). A faixa etária predominante no diagnóstico foi entre 11 e 14 anos. Em relação à ocupação dos pais, no momento do adoecimento da criança, predominaram as profissões

de lavrador (pai) e atividades do lar para as mães. A renda familiar foi abaixo de um salário mínimo (65,5%), evidenciando o baixo nível socioeconômico das famílias. O nível de escolaridade das crianças e dos pais também predominou o ensino fundamental. Apesar da baixa renda familiar, as casas, em sua maioria, eram de tijolo (55,2%), mas ainda existem casas de barro (24,1%), sendo a água das residências de procedência encanada (82,8%).

**TABELA II-** Dados sociodemográficos de menores de 15 anos portadores de hanseníase de município hiperendêmico da região Norte do Brasil, no período de 2003 a 2013

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	FREQUÊNCIA	%	p - valor (Qui-Quadrado)
<b>GÊNERO DO MENOR</b>			0.8527
Masculino	14	48.3%	
Feminino	15	51.7%	
<b>FX ETÁRIA NO DIAGNÓSTICO</b>			<b>0.0013*</b>
< 07	2	6.9%	
07 a 10	9	31.0%	
11 a 14*	18	62.1%	
<b>Média</b>	<b>11 anos</b>		
<b>OCUPAÇÃO DO PAI</b>			<b>0.0016*</b>
Lavrador*	14	48.3%	
Aposentado	4	13.8%	
Comerciante	2	6.9%	
Mecânico	2	6.9%	
Outras	7	24.1%	
<b>OCUPAÇÃO DA MÃE</b>			<b>0.0002*</b>
Do lar*	20	69.0%	
Estudante	2	6.9%	
Lavadora	2	6.9%	
Outras	5	17.2%	
<b>RENDA FAMILIAR</b>			
Até 01 SM*	19	65.5%	<b>0.0002*</b>
01 a 02 SM	9	31.0%	
02 a 03 SM	1	3.4%	
<b>ESCOLARIDADE DO MENOR</b>			<b>0.0016*</b>
Fundamental Incompleto/Completo*	23	79.3%	
Médio Incompleto/Completo	6	20.7%	
<b>ESCOLARIDADE DO PAI</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Analfabeto	5	17.2%	
Fundamental Incompleto/Completo*	22	75.9%	
Médio Incompleto/Completo	2	6.9%	
<b>ESCOLARIDADE DA MÃE</b>			<b>0.0102*</b>
Analfabeto	4	13.8%	
Fundamental Incompleto/Completo*	17	58.6%	
Médio Incompleto/Completo	8	27.6%	
<b>TIPO DE CASA</b>			<b>0.0434*</b>
Tijolo*	16	55.2%	
Barro	7	24.1%	
Madeira	6	20.7%	
<b>ÁGUA</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Encanada*	24	82.8%	
Poço	5	17.2%	

**FONTE:** Protocolo de pesquisa

(\*)  $p < 0,0001$  (Teste G)

A tabela III descreve as características das lesões e a classificação das formas clínicas. A lesão única predominou entre os jovens (62,1%), tendo como localização principal os membros inferiores - pernas (48,3%), sendo as manchas hipocrômicas em sua

grande maioria (75,9%). Como classificação principal a forma Indeterminada/Paucibacilar (44,8%), porém dois jovens apresentaram a forma virchoviana (6,9%) e, apenas um caso de hanseníase neural pura.

**TABELA III-** Características das lesões dermatológicas e classificação das formas clínicas de menores de 15 anos portadores de hanseníase de município hiperendêmico da região Norte do Brasil, no período de 2003 a 2013

CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES CUTÂNEAS	FREQUÊNCIA	%	p - valor (Qui-Quadrado)
<b>NÚMERO</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Nenhuma	1	3.4%	
Única*	18	62.1%	
Menor que cinco	8	27.6%	
Cinco ou mais	2	6.9%	
<b>LOCALIZAÇÃO</b>			<b>0.0062*</b>
Perna*	14	48.3%	
Braço	8	27.6%	
Tórax	7	24.1%	
Face	5	17.2%	
Abdômen	4	13.8%	
Nádega	3	10.3%	
Disseminado	1	3.4%	
<b>CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Manchas Hipocrômicas*	22	75.9%	
Placas eritematosas	7	24.1%	
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>			<b>0.0342*</b>
MHI - PB*	13	44.8%	
MHD – MB	8	27.6%	
MHT – PB	6	20.7%	
MHV – MB	2	6.9%	

**FONTE:** Protocolo de pesquisa

(\*) p <0,05 (Teste G)

Na tabela IV as observações em relação às características clínicas, laboratoriais e evolução revelam que 86,2% dos menores realizou tratamento completo com esquema PQT/PB em 69% dos casos. A ausência de recidiva no grupo estudado foi de 65,5%, porém em 31% do grupo não há relato de informações precisas. Em 82,8% não houve o aparecimento de sequelas e ao exame físico adequado apresentaram grau de incapacidade zero em 86,2% e apenas 10,3% foram transferidos para o município vizinho por mudança de domicílio. A baciloscopia não foi realizada em 79,3% dos casos, sendo o diagnóstico,

nesses casos, eminentemente clínico e epidemiológico. A alta por cura foi alcançada em 93,1% dos casos e apenas dois jovens não conseguiram êxito no tratamento, sendo o mesmo reiniciado. A tabela V demonstra os fatores de risco, identificando o contato intradomiciliar em 86,2% dos casos, sendo a maioria cosanguíneos (89,7%), com predominância do pai e do avô. O tempo de contato foi prolongado, sendo a média de 8,6 anos. A cicatriz da vacina BCG foi identificada, no momento do diagnóstico, em 72,4% dos menores, porém os contatos desses jovens não foram vacinados na mesma proporção.

**TABELA IV-** Características clínicas, laboratoriais e evolução de menores de 15 anos portadores de hanseníase de município hiperendêmico da região Norte do Brasil, no período de 2003 a 2013

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS LABORATORIAIS EVOLUÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>%</b>	<b>p - valor (Qui-Quadrado)</b>
<b>TRATAMENTO</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Completo*	25	86.2%	
Incompleto	4	13.8%	
<b>TEMPO de PQT</b>			<b>0.0411*</b>
6 meses *	20	69.0%	
12 meses	9	31.0%	
<b>RECIDIVA</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
SIM	1	3.4%	
NÃO*	19	65.5%	
Sem Informação precisa	9	31.0%	
<b>SEQUELAS</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
SIM	4	13.8%	
NÃO*	25	86.2%	
<b>GRAU DE INCAPACIDADE</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
0 (Zero)*	25	86.2%	
1 (Um)	3	10.3%	
2 (Dois)	1	3.4%	
<b>TRANSFERÊNCIA</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
SIM	3	10.3%	
NÃO*	26	89.7%	
<b>CURA</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
SIM*	27	93.1%	
NÃO	2	6.9%	
<b>BACILOSCOPIA</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Positiva	3	10.3%	
Negativa	3	10.3%	
Não realizou*	23	79.3%	

**FONTE:** Protocolo de pesquisa

(\*) p= 0,0181 (Teste G)

**TABELA V-Fatores de risco de menores de 15 anos portadores de hanseníase de município hiperendêmico da região Norte do Brasil, no período de 2003 a 2013.**

FATORES DE RISCO	FREQUÊNCIA	%	p - valor	(Qui-Quadrado)
<b>COSANGUINIDADE</b>				<b>&lt; 0,0001*</b>
SIM*	26	89.7%		
NÃO	3	10.3%		
<b>CONTATO INTRADOMICILIAR</b>				<b>0,0002*</b>
SIM*	25	86.2%		
NÃO	4	13.8%		
<b>QUEM?</b>		<b>N = 25</b>		<b>0.5945</b>
Pai	10	40.0%		
Avô	9	36.0%		
Mãe	5	20.0%		
Irmã	1	4.0%		
<b>TEMPO DE CONTATO (anos)</b>		<b>N = 25</b>		<b>0,0012*</b>
Até 05	4	16.0%		
06 a 10*	17	68.0%		
Acima de 10	4	16.0%		
<b>MÉDIA</b>	<b>8,6 anos</b>			
<b>CICATRIZ BCG</b>				<b>0,0158*</b>
SIM*	21	72.4%		
NÃO	8	27.6%		
<b>VACINAÇÃO DO CONTATO</b>				<b>0,0082*</b>
SIM	4	13.8%		
NÃO*	21	72.4%		
Sem Informação	4	13.8%		

Fonte: Protocolo de pesquisa

(\*) p <0,05 (Teste G)

## DISCUSSÃO

A hanseníase, por se tratar de uma doença infecciosa, crônica com elevada infectividade, baixa patogenicidade e de evolução lenta, apresenta desafios seculares em relação ao controle epidemiológico. Considerada potencialmente incapacitante, embora curável, seu diagnóstico ainda provoca grande impacto psicossocial, pelos preconceitos e estigmas que a envolvem<sup>1,2,3,4</sup>.

Neste estudo pode-se demonstrar que houve queda significativa no coeficiente de detecção da doença na série histórica estudada, com declínio de 45,3% a nível nacional, 55% na região Norte, 50% no Estado do Pará e de apenas 22% no município de Igarapé Açu (tabela I). No estudo apareceram três grandes picos de variação da doença, em

2005, 2009 e 2011 com aumento de detecção nesses anos. Tal fato pode ter ocorrido por coincidir com campanhas para identificação de casos novos na Vila de Santo Antônio do Prata. Local que abriga os hansenianos há mais de 100 anos e que ainda carrega o estigma de Colônia Isolada na região Norte do país. Porém, ainda é alarmante a detecção de casos novos no Brasil. Em 2012 foram diagnosticados 29 mil casos de hanseníase, dos quais 1.936 foram em menores de 15 anos<sup>5,6,7</sup>.

No grupo estudado não houve diferença significativa em relação ao gênero, com 51,7% de meninas acometidas. Resultados divergentes foram encontrados em estudos realizados nos municípios de Paracatu (MG), Fortaleza (CE) e em Manaus (AM) com predomínio discreto no sexo masculino<sup>9,10,11</sup>. Em relação a idade no momento do



diagnóstico o maior acometimento ocorreu de 11 a 14 anos (62,1%) o que confirma um longo período de incubação da doença no grupo estudado<sup>9</sup>.

Em relação aos fatores ocupacionais e socioeconômicos encontrados foi revelado que a profissão predominante dos pais foi a de lavrador (48,3%); do lar nas mães (69%); com renda familiar abaixo de um salário mínimo (65,5%), demonstrando precariedade econômica nas famílias abordadas. Em relação ao nível de escolaridade houve predomínio do fundamental incompleto nos menores (79,3%) e nos pais (tabela II) e, apesar do nível de pobreza, as casas de tijolo foram a maioria (55,2%) sendo abastecidas por água encanada em quase a totalidade dos casos (82,8%), semelhantes resultados foram encontrados em estudos com a mesma linha de pesquisa<sup>9,10,11</sup>.

As características mais importantes em relação as lesões de hanseníase foram: mancha única (62,1%), especialmente localizada nos membros inferiores – pernas - dos menores (48,3%); hipocrômicas (75,9%) tendo como classificação preponderante a forma Indeterminada Paucibacilar (MHI-PB) (44,8%). Em estudos semelhantes, os resultados, em relação a essas variáveis, foram bastante diversos. Em trabalhos realizados no Rio de Janeiro e no Amazonas foi predominante a forma tuberculóide<sup>11,12</sup>. Entretanto, em Minas Gerais foi identificada a forma dimorfa (56%) como mais prevalente<sup>13</sup>, porém em outro estudo mineiro realizado com menores de 15 anos também encontrou-se a forma paucibacilar como a mais frequente no grupo estudado (60%)<sup>13</sup>.

A tabela IV demonstra o encontro de 86% dos casos com realização de tratamento completo e pelo período de seis meses (69%). Confirmando a forma paucibacilar como predominante no grupo. Os casos de recidiva e com sequelas foram negativos em 65,5% e 86,2%, respectivamente, porém as informações em relação a recidiva não foram precisas em 31% dos casos por dificuldade de entendimento adequado dos pais/acompanhantes em relação a essa variável. Entretanto, o encontro de 4 jovens (13,8%) com sequelas demonstra a gravidade da doença e a necessidade do diagnóstico precoce e intervenção imediata, especialmente nas queixas de dor neural para que se possa evitar os estigmas tão marcantes na hanseníase<sup>14,15</sup>.

A grande maioria do grupo estudado evoluiu com grau de incapacidade zero (86,2%) após o tratamento, com três jovens apresentando grau 1 e apenas um jovem com grau 2 de incapacidade, mostrando relação estreita com estudo mineiro de 2005<sup>9</sup>. Importante demonstrar a dificuldade na avaliação do grau de incapacidade em

crianças e tal fato pode comprometer a avaliação dos programas de intervenção da doença nos municípios. Deve-se alertar ainda para o fato da prevenção das incapacidades ser uma atividade fundamental no seguimento adequado dos casos novos, sendo a orientação para o autocuidado, a prevenção e a reabilitação extremamente necessárias ao correto seguimento da doença<sup>13,15,16</sup>.

Os três casos identificados como transferência (10,3%) ocorreram por mudança de domicílio da família do menor, sendo a maioria (89,7%) tratada na Unidade Estadual de Saúde, com boa evolução clínica, pois a cura foi diagnosticada em 93,1% dos pacientes<sup>11</sup>. O diagnóstico clínico e epidemiológico foi evidenciado em 79,3%, pois esses pacientes não realizaram confirmação laboratorial (baciloscopia), sendo o relato do caso índice na família fundamental para a suspeita do diagnóstico e seguimento adequado do caso.

Em relação a história de contato foi positiva em 86,2%, com cosanguinidade positiva em 89,7%, sendo o mais apontado como responsável o pai (40%), seguido pelo avô (36%). O tempo de contato entre o diagnóstico do caso índice e o aparecimento da lesão dermatológica na criança ficou na média de 8,6 anos (tabela V). De acordo com o Ministério da Saúde (MS), considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos. Portanto, o diagnóstico do caso índice e a busca ativa dos contatos é fundamental para a eliminação da cadeia de transmissão da doença<sup>14,17,18</sup>.

Ainda na tabela V, foi demonstrada a presença da cicatriz da vacina BCG em 72,4% dos jovens pesquisados, embora o relato de vacinação dos contatos tenha sido negativo em proporção semelhante, 72,4% dos casos. É preconizado pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/MS, duas doses da vacina BCG para proteção adequada contra a doença. Observou-se que a população estudada apresentou boa cobertura vacinal, porém com apenas uma cicatriz do BCG, sendo, proporcionalmente, deficiente a vacinação dos contatos neste estudo<sup>4,19</sup>.

## CONCLUSÃO

A faixa etária predominante foi a dos adolescentes, independente do sexo. O nível socioeconômico das famílias é muito baixo. Houve predomínio de lesão única em membros inferiores, de formas paucibacilares com identificação de dois casos de MHV em crianças com as idades de oito e doze anos. A taxa de abandono de tratamento e recidiva são relevantes, principalmente considerando a idade dos pacientes e risco de agravamento

de incapacidades. Assim como o índice de incapacidades apresenta-se entre os casos no momento do diagnóstico, demonstrando o diagnóstico tardio da doença.

Apesar da significativa taxa de recidiva e abandono após novos tratamentos, dos casos recuperados das coortes, apenas dois pacientes encontram-se em tratamento no momento da aplicação do protocolo de pesquisa.

Quanto aos fatores de risco para a doença, consanguinidade e contato intradomiciliar, mostraram-se significativamente relevantes, sem diferenças entre si e também sem diferença na relação de parentesco. O tempo de contato foi relevante, com média de 8.6, e entre os casos de menores que tiveram contato intradomiciliar de um caso índice, observou-se alta taxa de ausência da segunda dose do BCG.

No diagnóstico da hanseníase, os desafios são enfrentados rotineiramente e muitas são as dificuldades encontradas, tanto pelo profissional de saúde que ainda tem dificuldades na abordagem para o diagnóstico definitivo, como pelos doentes que procuram as unidades de saúde e encontram morosidade no acesso que acabam desistindo ou protelando a consulta. Tal fato provoca a permanência do caso índice dentro das famílias, exigindo maior vigilância pelos órgãos responsáveis. O tratamento que, apesar do fornecimento gratuito da medicação na rede básica de saúde, ainda é longo o que também é causa de abandono. Todos esses fatores, certamente contribuem para a manutenção de casos, os quais devem ser identificados o mais precocemente possível para o controle adequado da doença.

## SUMMARY

### PROFILE CASES AND RISK FACTORS FOR LEPROSY IN UNDER FIFTEEN YEARS IN THE MUNICIPALITY HYPERENDEMIC NORTHERN BRAZIL.

Mariane Cordeiro Alves FRANCO, Geraldo Mariano Moraes MACEDO, Bernardo Queiroz de MENEZES, Fernando Octávio Machado JUCÁ NETO, Anna Camila Alves FRANCO, Marília Brasil XAVIER

**Purpose:** To demonstrate the temporal pattern of leprosy, clinical aspects and relations contacts in under 15 years, in an area of old leprosy colony in North of Brazil, considering the risk factors. **Method:** Series of cases, longitudinal and ecological study of the decade from 2003 to 2013, in which 29 patients of 36 cases were interviewed during the period. Variables investigated: sociodemographics; history and time of household contact; consanguinity; clinical criterion; bacilloscopy; realization of BCG and evolution. **Results:** 226 cases of leprosy were reported in all age groups and, 15.92% (36 cases) were less than 15 years with a significant decrease in the detection rate. In the state of Para slight reduction of the notification. Increase of new cases in 2005, 2009 and 2011 predominated females, age between 11-14 years, family income less than minimum salary, elementary school education level, single lesion in the lower limbs form MHI-PB, complete treatment in six months of paucibacillary treatment without recurrence and without sequelae, with zero degree of disability. Cure in 93.1% without bacilloscopy. Household contacts present in 86.2% with an average contact time of 8.6 years and 72.4% of children with BCG scar in the diagnosis. **Conclusion:** leprosy is a serious public health problem in the study area with high incidence rate in children under 15 years, with a worrying recurrence, which should be carefully investigated because it is early exposure, with risk factor represented by contact within the family, requiring increased vigilance.s.

**KEYWORDS:** leprosy, risk factors, epidemiology, under fifteen.

## REFERÊNCIAS

01. WHO. World Health Organization. World Health Statistics: part III, Global Health. 2013. Disponível em <[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2013\\_Part3.pdf?ua=1](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Part3.pdf?ua=1)>. Acessado em 29 de março de 2014.

02. WHO. World Health Organization. Leprosy: global situation, prevalence of leprosy. Disponível em URL: <<http://www.who.int/entity/lep/situation/PrevStart2007a.pdf>>. 2007. Acessado em 05 de agosto de 2013.
03. Pan American Health Organization. Key facts on neglected infectious diseases. 2014. Disponível em <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=24728&Itemid=>](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=24728&Itemid=>)>. Acessado em 22 de março de 2014.
04. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.125/2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. 2010. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_n\\_3125\\_hanseníase\\_2010.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf)>. Acessado em 21 de janeiro de 2014.
05. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Distribuição da hanseníase no Brasil. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31200](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200)>. Ministério da Saúde: Brasília. Ano: 2012b.
06. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/para/igarapeacu.pdf>. Acessado em 05 de julho de 2014.
07. BRAGA, L.S.C. Diagnóstico tardio da hanseníase em área de alto risco de transmissibilidade. Dissertação (mestrado) apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ para obtenção do título de mestre. Orientadora: Profª Drª Marília Brasil Xavier, 65f, 2011.
08. Ayres M, Ayres MJ, Ayres Daniel L, Santos ASS. BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém; Sociedade Civil Mamirauá. (2007): MCT-CNPq.
09. Ferreira IN, Alvarez RRA. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). Rev Bras Epidemiol (2005); 8 (1): 41-9.
10. Alencar CHM *et al.* Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). Rev. Bras. de Enferm. Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008.
11. Imbiriba EB, Guerreiro JCH, Garnelo L, Levino A, Cunha MG, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. Rev. Saúde Pública. 2008; 42 (6): 1021-6.
12. Souza VFM, Valle CLP, Daxbacher ELR, Silva RS, Obadia DL. Relato de três casos novos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Itaguaí, Rio de Janeiro – evento de alerta para investigação epidemiológica. An Bras Dermatol. (2011); 86 (5): 1011-15.
13. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, Carvalho ACN, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Enferm. Brasília (2007) Nov-dez; 60 (6): 696-700.
14. Pires CAA, Malcher CMSR, Júnior JMCA, Albuquerque TG, Correa IRSC, Daxbacher ELR. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. Rev Paul Pediatr. (2012); 30 (2): 292-5.
15. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro no período de 200 a 2006. Rev da Soc Bras Med Trop. (2010); 43 (1): 62-67.
16. Souza MWG, Carneiro LR, Costa ALF, Silva DC, Almino MLBF. Epidemiological Profile of leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008. An Bras Dermatol. (2012); 87 (3): 389-95.
17. Sobrinho RAS, Mathias TAF, Lincoln PB. Perfil dos casos de hanseníase notificados na 14ª regional de saúde do Paraná após descentralização do programa para o nível municipal. Cienc Cuid da Saude. (2009); jan/mar; 8 (1): 19-26.
18. Silva AR, Santos ARR, Santos GMC, Silva VEB, Gonçalves EGR. Leprosy in Buriticupu, State of Maranhão: active search in the general population. Rev Soc Bras Med Trop. (2012); mar-abr; 45 (2): 199-202.
19. Zenha EMR, Wambier CG, Novelino AL, Andrade TAM, Ferreira MAN, Frade MAC, Foss NT. Clinical and immunological evaluation after BCG-id vaccine in leprosy patients in a 5-year follow-up study. Journal of Inflammation Research. (2012): 5. 125-135.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil - análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 44, n.11, 2013.

Endereço para Correspondência

Marília Brasil Xavier

Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal

Belém – PA. CEP: 66055-240

Telefone: (91) 32419879 – (91) 9982.8118

E-mail: [mariliabxavier@gmail.com](mailto:mariliabxavier@gmail.com)

Recebido em 24.10.2014 – Aprovado em 30.10.2014