

# Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA\*

## *Clinic-epidemiologist characterization of the patients diagnosed with hanseniasis in the city of Caxias, MA*

Lailton de Sousa Lima<sup>1</sup>, Fernanda Ramyza de Sousa Jidão<sup>2</sup>, Raimundo Nonato Martins Fonseca<sup>3</sup>, George Ferreira Silva Junior<sup>4</sup>, Rafael Correia Barros Neto<sup>2</sup>

\*Estudo realizado nos Postos de Saúde que atendem pelo Programa Saúde da Família da cidade de Caxias, MA, os quais estão habilitados na detecção e tratamento dos pacientes com Hanseníase.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O Brasil é considerado um país de alta endemicidade, ocupando o 1º lugar no mundo em casos novos e 2º lugar em números absolutos. A característica clínica e epidemiológicas da hanseníase têm sido objeto de inúmeros estudos, no entanto, a quantidade de trabalhos científicos que revelem estas nas cidades do Maranhão é escassa. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com hanseníase na cidade Caxias, MA.

**MÉTODO:** Realizou-se um estudo observacional retrospectivo mediante a análise de 78 prontuários de pacientes diagnosticados com hanseníase em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Caxias, entre janeiro de 2007 e agosto de 2008. Utilizou-se um protocolo preestabelecido na coleta de informações, que teve sua elaboração dirigida aos objetivos do estudo. Coletaram-se dados dos prontuários médicos, complementando-os com os dados da ficha de notificação da Secretaria de Saúde do Estado. Estruturou-se o banco de dados com o programa Epi info (Versão 3.4.3). Aplicou-se o teste Qui-quadrado, considerando estatisticamente significativo quando  $p < 0,05$  e intervalo de confiança (IC = 95%).

**RESULTADOS:** Foram estudados 78 prontuários, onde se observou predominância do sexo masculino (55,1%). A idade média foi 48 anos, com desvio-padrão  $\pm 22$  anos (9 a 98 anos). A maioria dos indivíduos era da cor parda (37,2%), seguida da cor negra (34,6%) e da profissão de lavrador (20,5%). No ano de 2008 houve um acréscimo 31% (38 pacientes total) em relação ao mesmo período de 2007 (29 pacientes no total). A forma clínica de maior prevalência foi a dimorfa (30,8%) com maior incidência no sexo masculino ( $p < 0,05$ ), enquanto no sexo feminino a forma indeterminada prevaleceu (52,6%). A maioria dos casos eram multibacilares (59%). Com relação ao local da lesão, houve predominância no membro superior direito (52,66%) e 33,4% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade física.

**CONCLUSÃO:** Predominaram pacientes do sexo masculino, cor parda, lavradores. Houve aumento da incidência de hanseníase em 2008 comparado ao mesmo período de 2007, mostrando a tendência crescente da endemia. O estudo mostrou prevalência da forma dimorfa e multibacilares denotando diagnóstico tardio e a baixa imunidade dos pacientes.

**Descritores:** Doenças, Epidemiológico, Hanseníase.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Brazil is considered a country of endemic high, occupying 1<sup>st</sup> place in the world in new cases and 2<sup>nd</sup> places in absolute numbers. The clinical characteristic and epidemiologists of hanseniasis have been object of numerous studies, however, the amount of scientific works that disclose these in the cities of the Maranhão is scarce. The objective of this study was to analyze the clinical profile and epidemiologist of the patients with hanseniasis in the Caxias city, MA.

**METHOD:** A retrospective observational study by means of analysis of 78 handbooks of patients diagnosed with hanseniasis in five Basic Units of Health (BUH) of the urban zone of Caxias was become fulfilled, between January of 2007 and August of 2008. A protocol preset in the collection of information was used, that had its elaboration directed to the objectives of the study. They had been collected given of medical handbooks, complementing them

1. Presidente do Núcleo de Pesquisa e Extensão do Centro Acadêmico Aluizio Bitencourt de Albuquerque - CAMABA Monitor da Disciplina Anatomia Humana e Anatomia Topográfica.

2. Graduandos de Medicina da Universidade Estadual do Maranhão.

3. Professor Titular da Disciplina de Anatomia Topográfica do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Maranhão e Professor Titular da Disciplina de Fisiologia Humana da Universidade Estadual do Maranhão.

4. Clínico Geral das Unidades Básicas de Saúde.

Apresentado em 11 de dezembro de 2008.

Aceito para publicação em 16 de fevereiro de 2009.

Endereço para correspondência:  
Prof. Lailton de Sousa Lima  
Travessa da Arueira, 311 – Centro  
65602-260 Caxias, MA.  
Fone: (99) 8123-7345  
E-mail: dr.lailtton@yahoo.com.br

with the data of the fiche of notification of the Secretariat of Health of the State. The data base with the program was structuralized infor Epi (Version 3.4.3). The test was applied statistical Chi-square, considering significant when  $p < 0.05$  and reliable interval (IC = 95%).

**RESULTS:** 78 handbooks had been studied, where if it observed predominance of the masculine sex (55.1%). The age measured was 48 years, with shunting line-standard  $\pm 22$  years (the 9 to 98 years). The majority of the individuals was of the medium brown color (37.2%), followed of the black color (34.6%) and of the profession of farmer (20.5%). In the year 2008 the same had an addition 31% (38 patient's total) in relation the period of 2007 (29 patients in the total). The clinical form of bigger prevalence was the borderline (30.8%) with bigger incidence in masculine sex ( $p < 0.05$ ), while in the female patient the undetermined form prevailed (52.6%). The majority of the cases were multibacilar (59%). With regard to the place of the injury, (52.66%) had predominance in the right superior member and 33.4% of the patients had presented some degree of disability.

**CONCLUSION:** In the study they had predominated patient of the masculine sex, medium brown color, farmers. Hanseniasis in 2008 had increase of the incidence the same compared the period of 2007, showing the increasing trend of the endemic disease. The study it showed prevalence of the delayed diagnostic form borderline and multibacilar denoting and low the immunity of the patients.

**Keywords:** Epidemiologist, Hanseniasis, Illnesses.

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença infecto-contagiosa crônica e curável causada pelo bacilo de Hansen, que apresenta alta infectividade, mas baixa patogenicidade, sendo seu poder imunogênico responsável pelo alto potencial incapacitante da doença<sup>1</sup>.

A distribuição geográfica da hanseníase seria maior onde o padrão de vida fosse mais baixo e onde fosse mais endêmica<sup>2</sup>. Em virtude de sua cronicidade e baixa letalidade, mantém ao longo dos anos a expansão endêmica em várias regiões, caracterizada pela distribuição não uniforme, o que resulta em dificuldades para o controle epidemiológico<sup>3,4</sup>.

Considerada doença polimorfa, a expressão de suas manifestações clínicas reflete a relação entre o hospedeiro e o parasita. Nos indivíduos que adoecem, de acordo com a resposta imunológica específica ao bacilo, a infecção evolui de diversas maneiras. Essa resposta imune constitui um espectro que expressa as diferentes formas clínicas<sup>5</sup>.

Sua forma indeterminada é frequentemente vista nas regiões do mundo onde a doença é endêmica ou hiperendêmica<sup>6</sup>. Esta forma da doença apresenta-se em sua maioria, com manchas com perda da sensibilidade dolorosa e tátil<sup>7</sup>. Almeida Neto<sup>8</sup> referia que as formas indeterminadas poderiam ser traduzidas como um estágio inicial e transitório da doença, sendo encontradas em indivíduos de resposta imune não definida diante do bacilo, usualmente crianças exteriorizando-se por máculas hipocrômicas ou eritemato-

hipocrômicas, planas, com distúrbios ligeiros de sensibilidade, em geral somente térmica, com anidrose e alopecia. (Figura 1).

A hanseníase tuberculóide acomete indivíduos competentes. O predomínio dessa forma numa região é um indicador epidemiológico importante de tendência crescente da doença. As lesões são eritematoinfiltradas, tuberosas, anulares ou circinadas, de dimensões variáveis com a característica de apresentarem o limite externo sempre nítido. No geral são simétricas, pouco numerosas; às vezes única, com anestesia ou hipoestesia. É possível a observação de um filete nervoso superficial que se inicia a partir da lesão, denominada lesão em raquete. O comprometimento neural geralmente é único. Existem casos em que não há lesão cutânea, ocorrendo somente lesão neurítica que pode chegar à necrose, conhecida sob a forma de neurite coliquativa e impropriamente denominada de abscesso de nervo<sup>8-10</sup>. O aspecto histopatológico revela infiltrado granulomatoso, com numerosos linfócitos, representado por nódulos formados por conjunto de células epitelióides, cujo centro pode ser ocupado por células gigantes de Langhans – originadas pelos histiócitos ou macrófagos dispostos na porção superior da camada malpighiana e periferia linfocitária<sup>11</sup> (Figura 2).

A hanseníase virchowiana, por outro lado, corresponde ao pólo de baixa resistência dentro do espectro da doença, caracterizando-se pela cronicidade de sua evolução. Hanseníase Virchowiana, correspondente à antiga "Tuberosa", conhecida na África como hanseníase tipo elefante<sup>12</sup>: lesões cutâneas eritematosas, eritematoacastanhadas, eritematoamareladas, ferruginosas e espessadas com limites externos não nítidos. São encontradas, também, infiltrações em placa, pápulas, nódulos e tubérculos, lesões circunscritas que recebem a denominação de hansenomas. Tem distribuição



Figura 1 – Forma indeterminada



Figura 2 – Forma tuberculóide

universal e são frequentemente simétricas. O espessamento<sup>13</sup>, localizado na pele da face, pode mostrar um aspecto de fâcies leonina: acentuação dos sulcos naturais, os pavilhões auriculares, mormente os lóbulos, apresentam-se espessados e a madarose é comum. Ocorre espessamento, também, nas mucosas nasais, orofaríngea e ocular. As lesões neurais são simétricas. Outras podem se manifestar em linfonodos, testículos, baço, fígado. O tegumento com espessamento universal que se inicia na face e mãos<sup>14</sup> dando à pele uma aparência luzidia, cicatricial, sem nódulos, muitas vezes, transparente sob a qual se destacam capilares e conhecida como lepra bonita de Latapi ou hanseníase de Lúcio<sup>15</sup>; quando estão presentes ulcerações (nódulo-necróticas) por vasculite, recebe a denominação de fenômeno de Lúcio ou hanseníase de Lúcio<sup>16</sup>.

O aspecto estrutural revela infiltrado com tendência a difusão, interessando derme, hipoderme e órgãos, sendo representado, quase exclusivamente, por células de Virchow – macrófagos contendo, no citoplasma, numerosos bacilos de Hansen, globias e gotículas de gordura, com aparência espumosa, vacuolada, considerando que as gotículas são dissolvidas pelo xilol quando dos cortes em parafina<sup>17</sup>. O infiltrado não alcança a epiderme, sendo separado por uma faixa de colágeno, a faixa de Unna, de aspecto normal sem bacilos e sem infiltração<sup>17</sup>. Os bacilos e as massas globóides são encontrados em número elevado. O teste de Mitsuda é negativo, exteriorizando um defeito na imunidade mediada por células.

Já o caráter instável da hanseníase dimorfa expressa alterações clínicas que vão desde lesões semelhantes às encontradas no pólo virchowiano às presentes no pólo tuberculóide. A quantidade de lesões existentes é variável<sup>18</sup>. (Figuras 3 e 4).

São considerados casos paucibacilares aqueles correspondentes às formas clínicas indeterminada e tuberculóide, e multibacilares os correspondentes às formas dimorfa e virchowiana. A baciloscopia, como exame complementar, se



Figura 3 – Forma dimorfa

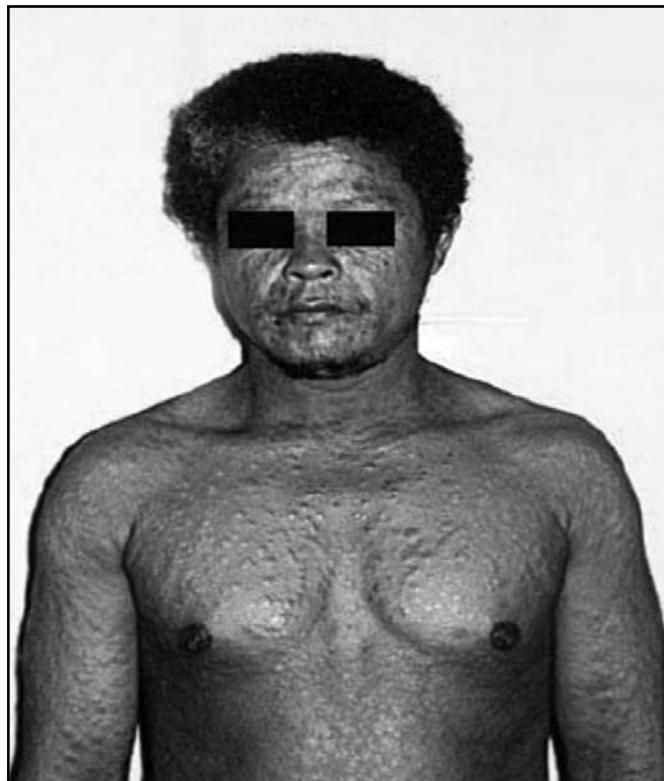


Figura 4 – Forma Virchowiana

positiva, classifica o caso como multibacilar<sup>19,20</sup> (Figura 5). A hanseníase ainda constitui grave problema de saúde pública, nas regiões em desenvolvimento. Estudos recentes indicam que cerca de 90% dos casos concentram-se em seis países: Índia, Brasil, Nepal, Myanmar, Moçambique e Madagascar<sup>20</sup>.

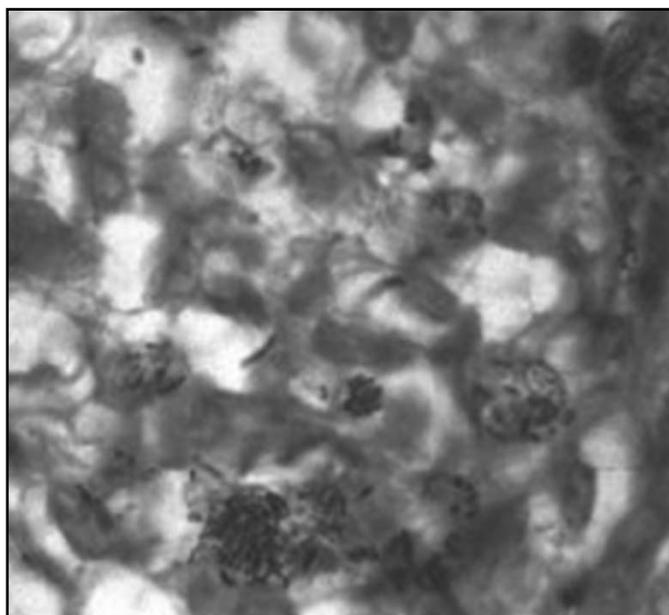


Figura 5 – Baciloscopia positiva no esfregaço dérmico

O Brasil é considerado de alta endemicidade por possuir taxa de prevalência superior a 1:10.000 habitantes, ocupando o primeiro lugar no mundo em números de novos casos detectados e o segundo lugar em números absolutos. A distribuição de casos ocorre de forma desigual no território brasileiro, caracterizando-se por grande concentração urbana<sup>21</sup>.

Assim, com o intuito de estudar essa doença, o presente trabalho propôs-se a determinar os seus aspectos epidemiológicos na cidade de Caxias, MA, bem como identificar em que meses dos anos analisados houve maior número de notificações, o que será de grande valia para organização das datas das campanhas contra a hanseníase, após a publicação dos resultados da pesquisa. Analisar em que condição os pacientes são diagnosticados se: precocemente ou tardiamente. Averiguar em que grau de incapacidade física os pacientes são notificados na cidade de Caxias.

## MÉTODO

Após aprovação pela Comissão Gestora do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Maranhão, realizou-se um estudo observacional retrospectivo, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, mediante a análise de prontuários de pacientes adultos e crianças.

Foram analisados 78 prontuários dos pacientes que procuraram que procuraram os Postos de Saúde dos bairros Cangalheiro, Pequizeiro, Salobro, Volta Redonda e Centro, com sinais e sintomas que induziram à impressão diagnóstica de hanseníase e que, portanto, foram submetidos à análise clínica e baciloscópica da lesão. Para acesso aos números dos prontuários dos pacientes, consultaram-se os livros de registro dos casos de hanseníase existentes na Vigilância Epidemiológica.

Colheram-se os dados pelo preenchimento de questionário específico com informações contidas nos prontuários dos

pacientes do Posto de Saúde citados, administrado pela Secretaria de Saúde do Estado de Maranhão que atendia a cerca de 30 portadores de hanseníase/dia, entre novos pacientes e acompanhamento do tratamento.

Utilizou-se um protocolo preestabelecido na coleta de informações, que teve sua elaboração dirigida aos objetivos determinados pelo estudo. Coletaram-se dados do prontuário médico, complementando-os, quando necessário, com os dados da ficha de notificação da Secretaria de Saúde do Estado/Fusam.

Os critérios de inclusão foram: pacientes que na anamnese ou exame físico apresentavam machas na pele com bordas impressas e com hipoestesia da região lesada configurando lesão característica de hanseníase; pacientes que apresentavam exame dermatológico positivo e que foram encaminhados ao posto de saúde; baciloscopia positiva com lesões características de hanseníase.

Estruturou-se o banco de dados com o uso do programa EPI-Info (Versão 6), empregando-se os *softwares*: Word for Windows (Versão 7.0) como processador de texto e para elaboração das tabelas e gráficos.

Todos os resultados foram analisados estatisticamente, aplicando-se o teste Qui-quadrado e assegurando margem de segurança de 95% de confiabilidade, aplicando-se testes de acordo com a amostra e os objetivos propostos.

## RESULTADOS

Foram coletados os prontuários dos pacientes notificados nos anos de 2007 (n = 40, 51,30%) e 2008 (n = 38, 48,70%), sendo que o padrão de notificação segundo os meses é apresentado no gráfico 1.

Houve predominância da cor parda (n = 29) seguida pelos pacientes da cor preta (n = 27) (Gráfico 2). Não se observou correlação significativa entre cor e forma clínica da doença. Com relação à profissão houve predominância dos lavradores com 20,5% (Gráfico 3) e com relação ao grau de instrução dos pacientes a sua maioria apresentava nível de escolaridade baixo, sendo que grande parte era analfabetos (32,10%) (Gráfico 4).

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, observou-se que a frequência dos casos é mais prevalente nos adultos em idade ativa (entre 20 e 59 anos) representando 55,1% de toda a amostra (43 pacientes). Assim as idades representadas nas extremidades do gráfico 5 (crianças e adolescentes à esquerda e idosos à direita) representam a minoria relativa.

A distribuição dos casos por sexo mostrou que houve predominância do sexo feminino entre os portadores de hanseníase sendo 35 (44,9%) do total e 43 (55,1%) pacientes do sexo masculino (Gráfico 6).

De acordo com a classificação clínica utilizada, pode-se observar no gráfico 7 que houve predominância do caráter instável da hanseníase, a forma dimorfa, com 24 casos no total (30,8%) expressada por alterações clínicas que vão desde lesões semelhantes às encontradas no pólo virchowiano com 20 pacientes no total (25,6%) as presentes no pólo tuberculóide com 15 pacientes no total (19,2%).

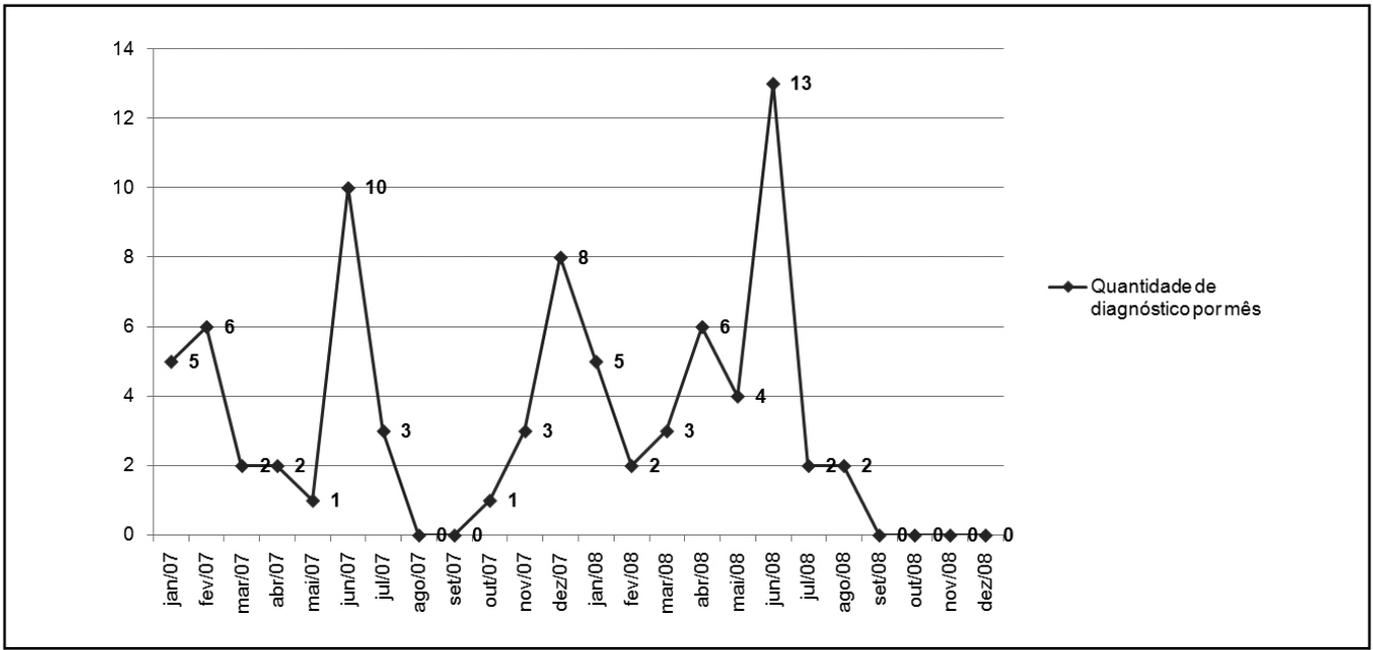


Gráfico 1 – Padrão de distribuição mensal das notificações dos pacientes diagnosticados com hanseníase nos anos de 2007 e 2008.

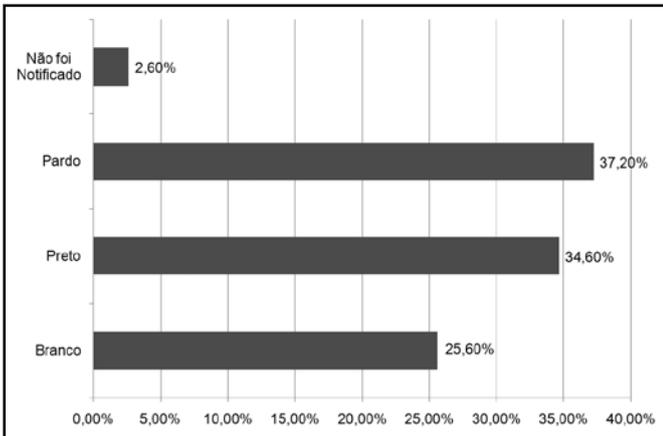


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes segundo a cor.

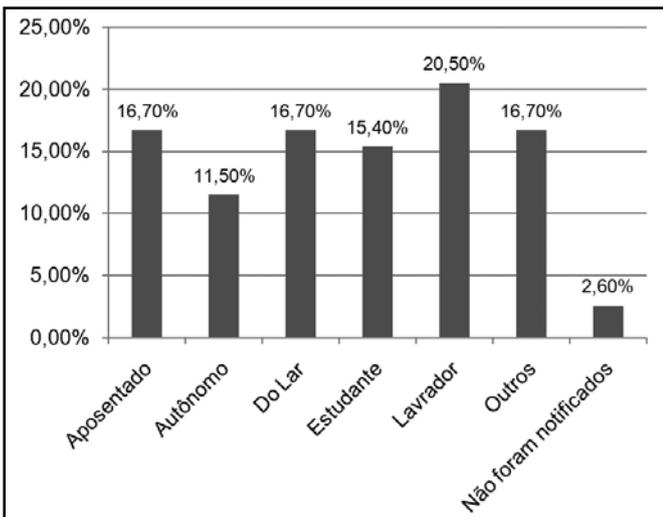


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes segundo a profissão.

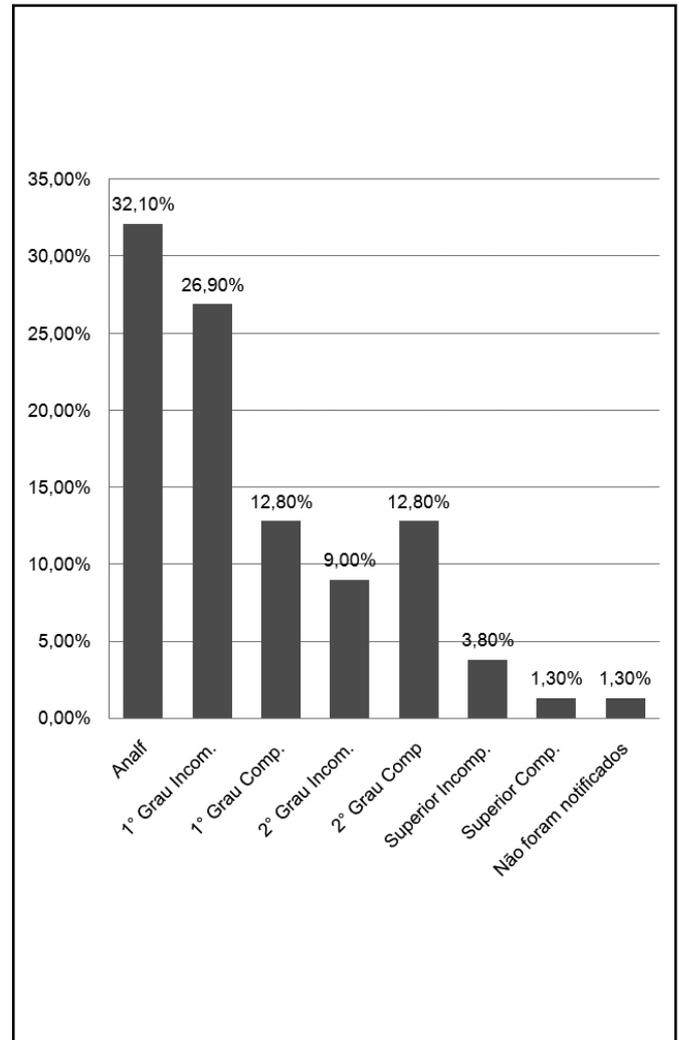


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes segundo o grau de instrução.

A análise dos casos segundo as variáveis sexo e formas clínicas revelaram que no sexo feminino prevaleceu a forma indeterminada seguida da dimorfa, enquanto no sexo masculino a dimorfa foi a mais frequente, com a forma Virchowiana aparecendo em segundo lugar (Tabela 1). Assim o sexo esta indicado como um fator de risco, tendo em vista que o sexo masculino apresentou-se com grande predispo-

sição para o desenvolvimento da forma Virchowiana. Com relação à classificação operacional, houve predominância da forma multibacilar com 59% do total de pacientes com hanseníase (Gráfico 8).

Em relação à quantidade de lesões e forma clínica, agrupando-as em forma paucibacilar (T e I) e multibacilar (V e D), foi observado que nas formas paucibacilares houve

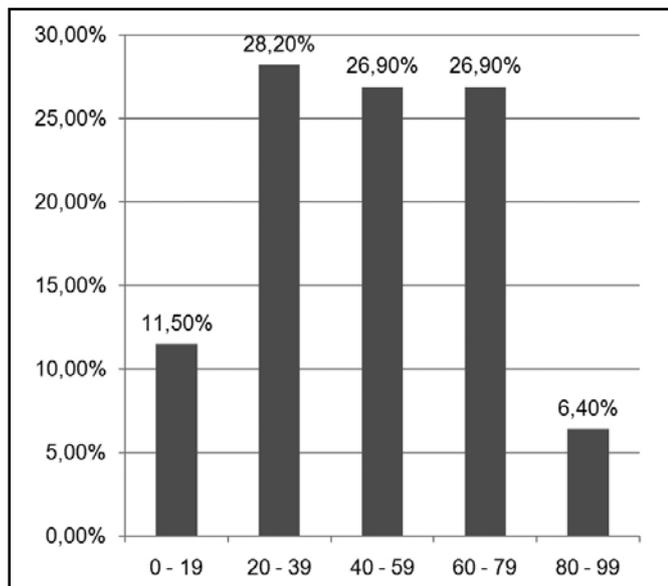


Gráfico 5 – Padrão de distribuição das idades dos pacientes.

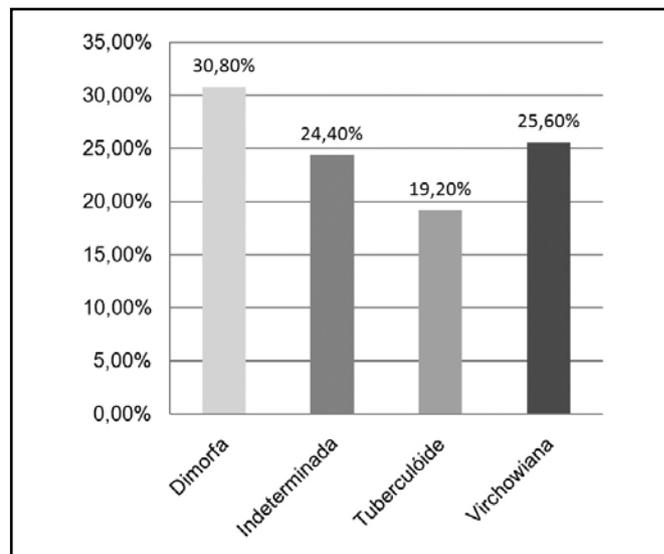


Gráfico 7 – Padrão de distribuição das formas clínicas dos pacientes.

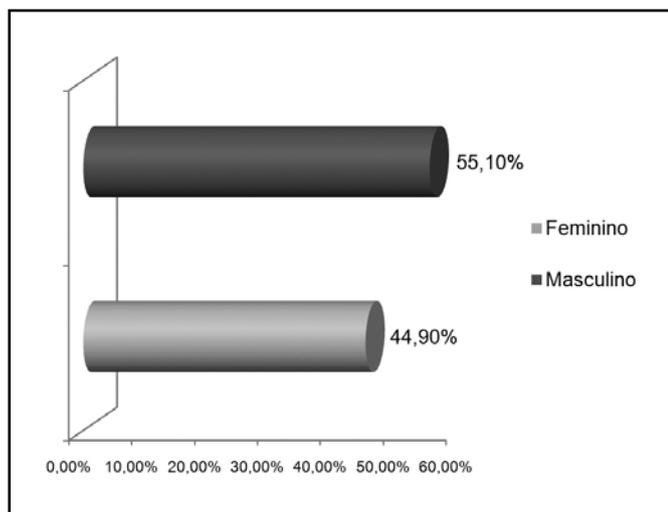


Gráfico 6 – Padrão de distribuição dos sexos dos pacientes diagnosticados com hanseníase.

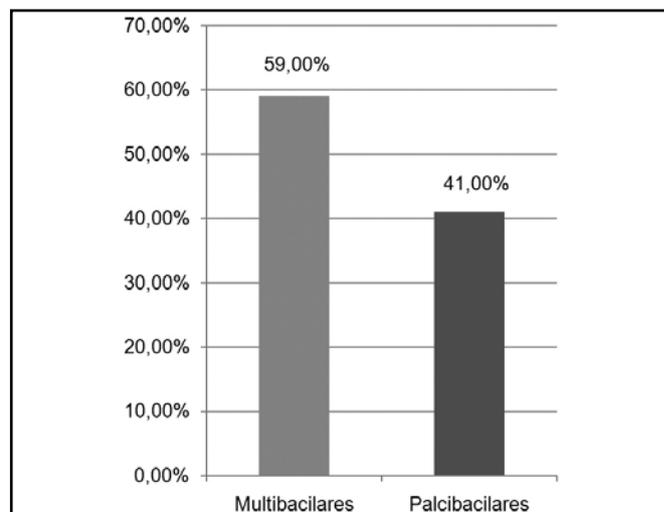


Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes com relação à classificação operacional.

Tabela 1 – Correção entre sexo e forma clínica.

Sexo	Dimorfa	Indeterminada	Tuberculóide	Virchowiana	Total
Feminino	9	10	8	8	35
Linha %	25,7	28,6	22,9	22,9	100,0
Coluna %	37,5	52,6	53,3	40,0	44,9
Masculino	15	9	7	12	43
Linha %	34,9	20,9	16,3	27,9	100,0
Coluna %	62,5	47,4	46,7	60,0	55,1
Total	24	19	15	20	78
Linha%	30,8	24,4	19,2	25,6	100,0
Coluna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

predominância de menor número de lesões, enquanto nas multibacilares houve predominância de maior número de lesões. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 15,8076$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

Nos prontuários havia registro da avaliação do grau de incapacidade dos pacientes, observando-se cinco casos (33%) com algum grau de incapacidade (23,10% com incapacidade grau I; 9% grau II e 1,3% grau III). Não havia registro de casos com comprometimento da laringe, desabamento nasal ou paralisia facial (Gráfico 9).

Com relação à forma clínica, todos os pacientes que se apresentaram acometidos pela forma indeterminada (n = 19) apresentaram grau de incapacidade zero. Com relação ao grau de incapacidade 1, houve predominância dos pacientes dimorfos (n = 10). Com relação ao grau de incapacidade 2 houve predominância dos pacientes virchowianos (n = 4). Apenas um paciente, com forma clínica dimorfa, apresentou grau de incapacidade 3. (Tabela 3).

Com relação à baciloscopia, apenas em 2,6% (n = 2) não foi realizado este exame ou não estava descrito na ficha do paciente (Gráfico 10). Avaliando-se o resultado da baciloscopia em relação às formas clínicas, observou-se que, entre os pacientes com baciloscopia negativa, a maioria apresentava a forma indeterminada (38,6%). Os pacientes com baciloscopia positiva em sua maioria portavam as formas dimorfa e virchowiana (31,3% e 53,1%, respectivamente) (Tabela 4).

Na avaliação dos contatos intradomiciliares dos pacientes portadores de hanseníase, observou-se que a grande maioria não apresentou contatos infectados (Gráfico 11).

Tabela 2 – Correlação entre classificação operacional e grau de incapacidade física

Classificação Operacional	Número de Lesões			Total
	1-5	6-10	+ de 10	
Multibacilar	11	12	23	46
Linha%	23,9	26,1	50,0	100,0
Coluna %	34,4	63,2	85,2	59,0
Palcibacilar	21	7	4	32
Linha %	65,6	21,9	12,5	100,0
Coluna %	65,6	36,8	14,8	41,0
Total	32	19	27	78
Linha %	41,0	24,4	34,6	100,0
Coluna %	100,0	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado = 15,8076

df = 2

Probabilidade = 0,0004

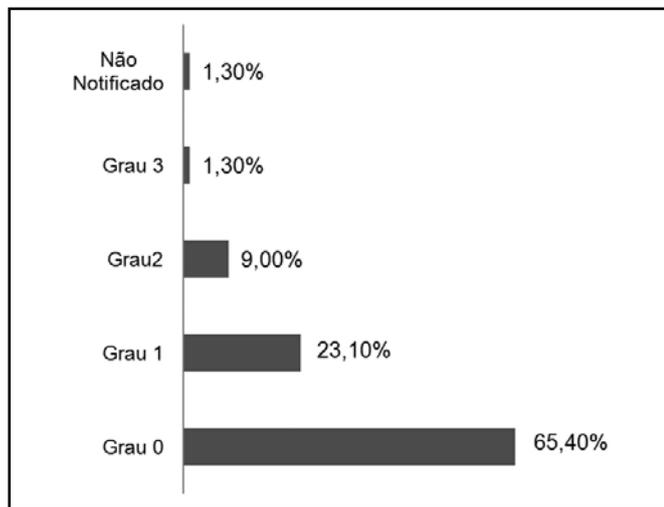


Gráfico 9 – Avaliação do grau de incapacidade.



Gráfico 10 – Distribuição dos padrões de baciloscopia.

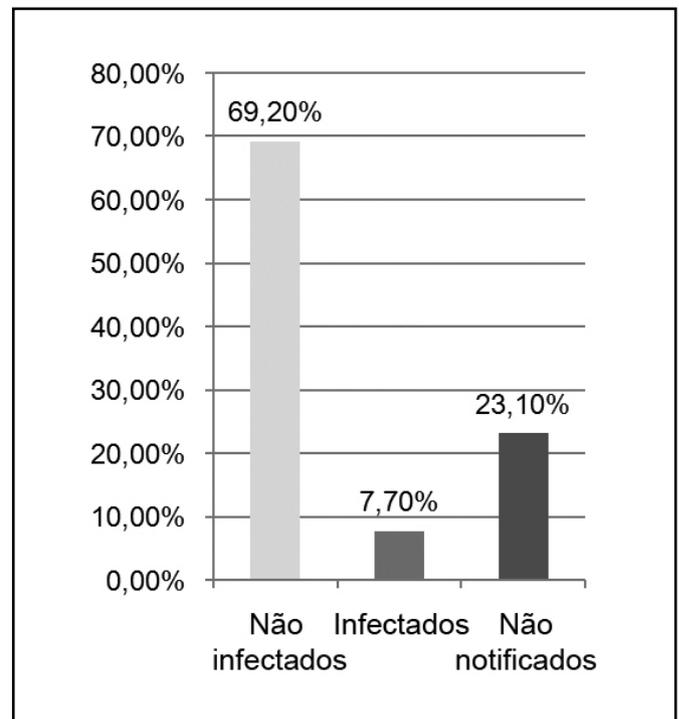


Gráfico 11 – Distribuição dos contatos

Tabela 3 – Correlação entre forma clínica e grau de incapacidade física

Formas Clínicas	Graus de Incapacidade Física					Total
	0	1	2	3	Não Notificado	
Dimorfa	10	10	3	1	0	24
Linha %	41,7	41,7	12,5	4,2	0,0	100,0
Coluna %	19,6	55,6	42,9	100,0	0,0	30,8
Indeterminada	19	0	0	0	0	19
Linha %	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Coluna %	37,3	0,0	0,0	0,0	0,0	24,4
Tuberculóide	14	1	0	0	0	15
Linha %	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Coluna %	27,5	5,6	0,0	0,0	0,0	19,2
Virchowiana	8	7	4	0	1	20
Linha %	40,0	35,0	20,0	0,0	5,0	100,0
Coluna %	15,7	38,9	57,1	0,0	100,0	25,6
Total	51	18	7	1	1	78
Linha %	65,4	23,1	9,0	1,3	1,3	100,0
Coluna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 4 – Correlação entre forma clínica e baciloscopia.

Formas Clínicas	Negativa	Positiva	Não realizada ou não continha no relatório	Total
Dimorfa	13	10	1	24
Linha %	54,2	41,7	4,2	100,0
Coluna %	29,5	31,3	50,0	30,8
Indeterminada	17	2	0	19
Linha %	89,5	10,5	0,0	100,0
Coluna %	38,6	6,3	0,0	24,4
Tuberculóide	12	3	0	15
Linha %	80,0	20,0	0,0	100,0
Coluna %	27,3	9,4	0,0	19,2
Virchowiana	2	17	1	20
Linha %	10,0	85,0	5,0	100,0
Coluna %	4,5	53,1	50,0	25,6
Total	44	32	2	78
Linha %	56,4	41,0	2,6	100,0
Coluna %	100,0	100,0	100,0	100,0

## DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que, em relação às formas clínicas, o maior percentual foi de pacientes portadores da forma dimorfa. Ao agrupá-las por classificação operacional, os resultados apontaram para um predomínio das multibacilares (59%) acompanhando os panoramas estadual e nacional. Em 1998, excetuando-se o Estado de Pernambuco, nas demais Unidades Federadas do Brasil, havia predomínio de casos multibacilares da doença, demonstrando que o diagnóstico, na maioria dos casos, foi feito após a evolução da fase inicial (indeterminada) da doença para as formas virchowiana ou dimorfa<sup>22</sup>.

Silva e col.<sup>23</sup> documentaram uma série histórica de 215 casos de hanseníase diagnosticados no período de 1978 a 1993 em Buriticupu, relatando a predominância das formas paucibacilares (59,6%) e um aumento do número de casos diagnosticados por demanda espontânea, após a realização de busca ativa em 1981. Comparando-se esses resultados com os do presente estudo, observou-se uma inversão em relação às formas clínicas, levando a crer que os pacientes

só procuram o serviço de saúde após a polarização para as formas mais graves e contagiosas da doença, o que pode contribuir para a manutenção do ciclo de transmissão.

Em relação à escolaridade, apesar de 32,10% serem analfabetos, observou-se um predomínio de pacientes com algum grau de escolaridade, fato similar aos relatos de Pedroso e col.<sup>24</sup> e Parra<sup>25</sup>. No entanto, o percentual de pacientes analfabetos (32,10%) foi superior ao registrado por esses autores e ao da região Nordeste, onde a taxa de analfabetismo foi de 26,6%, a mais alta do Brasil<sup>26</sup>.

Os tipos de atividades ocupacionais mais observadas foram as de lavrador, doméstica/do lar e estudante, assemelhando-se às observações de Fonseca, Cutrim e Carneiro<sup>27</sup>.

Com relação à idade, apesar do predomínio da hanseníase dos 20-59 anos, evidenciou-se que indivíduos menores de 15 anos acometidos pela doença, sugerindo o contágio nos primeiros anos de vida, comum em regiões onde a transmissão ocorre de forma intensa. De acordo com Silva e col.<sup>23</sup> 55,8% dos portadores de hanseníase atendidos em Buriticupu encontravam-se entre 20 e 59 anos. No presente estudo houve quase o mesmo índice dessa faixa etária, sen-

do de 55,1 dos casos registrados, sugerindo maior acometimento de indivíduos na fase produtiva de vida. Resultado semelhante foi encontrado por Saho<sup>28</sup> em Salvador-Bahia, nordeste brasileiro.

No tocante à cor, os resultados foram idênticos aos de Fonseca, Cutrim e Carneiro<sup>27</sup> que ao analisarem 5.274 casos de hanseníase no Estado do Maranhão, verificaram o predomínio da cor parda. Deve se levar em consideração que no Nordeste brasileiro, a cor parda (37,20%), devido à forte miscigenação, tem predomínio em relação às demais<sup>29</sup>.

Na avaliação do grau de incapacidades, constatou-se, através do exame físico, que a minoria dos pacientes que apresentaram algum grau de incapacidade física (24,4%) foram semelhantes ao observado nos estudos realizados por Zambon, Kaneko e Pedrazzani<sup>30</sup>, Saha e Das<sup>31</sup> e Parra<sup>25</sup>, nos quais os relatos de incapacidades físicas foram de 44%, 22,3%, 37% e 24%, respectivamente. Cabe ressaltar que, nos estudos onde houve predomínio de pacientes apresentando algum grau de incapacidade, a sua determinação foi realizada a partir do exame físico pelos próprios pesquisadores. Naqueles, onde o número de pacientes foi inferior a 50%, utilizaram-se dados secundários, ou seja: a partir dos registros nos prontuários dos pacientes.

Entre os pacientes examinados, foram identificados 10,3% com graus 2 e 3, que correspondem às deformidades em consequência da doença. Este resultado foi semelhante ao registrado em nível estadual e nacional, e pode ser reflexo de procura tardia pelo serviço de saúde por parte do paciente.

A situação de hiperendemicidade, associada às baixas condições socioeconômicas e ambientais, agravada pelo elevado percentual de pacientes que apresentavam incapacidades físicas em consequência da doença, podem interferir na sua qualidade de vida.

Há necessidade urgente de medidas que revelem o lado oculto do “iceberg epidemiológico” da doença, a fim de que se reduza a sua morbidade e as incapacidades físicas decorrentes dela.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, nas condições do estudo, pode-se concluir que a forma de hanseníase de maior prevalência foi a dimorfa, respondendo por 30,8% dos casos (n = 24), havendo, portanto, endemicidade com evidências de transição epidemiológica da doença.

A forma de maior incidência no sexo feminino foi a indeterminada (28,6%) seguida da forma dimorfa (25,6%), prevalecendo, no sexo masculino, a forma clínica dimorfa foi a mais frequente (34,9%), com a forma Virchowiana aparecendo em segundo lugar (27,9%).

Em relação à quantidade de lesões e formas clínicas, agrupando-as em forma paucibacilar (T e I) e multibacilar (V e D), se observou que nas formas paucibacilares houve predominância de menor número de lesões, enquanto nas multibacilares houve predominância de maior número de lesões. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 15,8076$ ;  $p < 0,001$ ).

Observou-se que a grande maioria dos pacientes não apresentou contatos intradomiciliares infectados (69,20%).

## REFERÊNCIAS

1. Recife. Secretaria de Saúde. Avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos do programa de controle e eliminação da hanseníase. Recife, 1996.
2. Bechelli LM. O tempo de incubação da lepra. *Rev Bras Leprol*, 1936;4:355-360.
3. Araújo MG, Machado Pinto J, Pederneiras E. Hanseníase. In: Machado Pinto J. *Doenças Infeciosas com Manifestações Dermatológicas*. 1ª Ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994:247-263.
4. Carrasco MAP, Pedrazzani ES. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. *Rev Esc Enf USP*, 1993;27:214-228.
5. Foss NT. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*, 1999;74:113-119.
6. Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina*, Ribeirão Preto, 1997;30:325-334.
7. Sehgal VN, Srivastava G. Indeterminate leprosy. A passing phase in the evolution of leprosy. *Lepr Rev*, 1987;58:291-299.
8. Almeida Neto E. Lepra na infância. *Pediatria Moderna* 1969;3:24-36.
9. Noussitou FM, Sansarricq H, Walter J. Leprosy in children. Geneva: WHO, 1976;19-21.
10. Talhari S. Diagnosis, classification and prognosis. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1996;64:(Suppl4):S13-S15.
11. Área Técnica de Dermatologia Sanitária, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. *Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Helene LM, Salum MJ. Social reproduction of leprosy: a study of patients profile with leprosy in the city of São Paulo. *Cad Saude Publica* 2002;18:101-113.
13. Lockwood DN. Commentary: leprosy and poverty. *Int J Epidemiol*, 2004;33:269-270.
14. Lockwood DN, Suneetha S. Leprosy: too complex disease for a simple elimination paradigm. *Bull World Health Organ*, 2005;83:230-235.
15. Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Geostatistical analysis of leprosy cases in the State of São Paulo, 1991-2002. *Rev Saude Publica*, 2006;40:907-913.
16. Benchimol JA. Aspectos da hanseníase na infância. 1969-1978. *Hiléia Médica* 1981;3:53-73.
17. Trindade MA, Teixeira PR, de Paula SR. Physical disabilities in Hansen's disease at the time diagnosis. Indicators for evaluating a Hansen's disease control program. *Hansenol Int*, 1987;12:29-37.
18. Nogueira W, Marzliak MLC. Perspectivas da eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. *Medicina*, Ribeirão Preto 1997;30:364-370.
19. Meima A, Gupte MD, van Oortmarssen GJ, et al. Trends in leprosy case detection rates. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1997;65:305-319.

20. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Estratégias de pós-eliminação da hanseníase. *Hanseníase Hoje*, 1998;6:1-4.
21. Yamanouchi AA, Caron CR, Shiwaku DT, et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. *An Bras Dermatol*, 1993;68:396-404.
22. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Hanseníase: avaliação anual. Gerência de Qualidade de Vida do Maranhão, Subgerência de Vigilância Epidemiológica, São Luís, MA, 1999.
23. Silva AR, Costa JML, Silva MCP, et al. Projeto Buriticupu: relatório de 1993. Santa Luzia: UFMA, 1994.
24. Pedroso M, Oliveira S, Baccarelli R, et al. Incapacidades físicas em hanseníase. Estudo multicêntrico da realidade brasileira. *An Bras Dermatol*, 1989;64:301-306.
25. Parra MC. A socioeconomic characterization of leprosy patients at the dermatology clinic in Maracaibo, Venezuela: a case study. *Cad Saude Publica*, 1996;12:225-231.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE. (Disponível em <Internet: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 17 jan. 2001, 2000), 1999.
27. Fonseca PHM, Cutrim Jr RJ, Carneiro SFM. Hanseníase no Estado do Maranhão. Análise de 5.274 casos. *Arq Bras Med*, 1983;57:175-177.
28. Saho M. Características epidemiológicas da hanseníase no Município de Salvador. *Rev Baiana Enfermagem*, Salvador, 1998;11:9-18.
29. Tavares-Neto J, Costa JM, Marsden PD, et al. Racial composition and evaluation of the Montenegro cutaneous reaction in patients with mucocutaneous leishmaniasis. *Rev Soc Bras Med Trop*, 1986;19:75-78.
30. Zambon VD, Kaneko KA, Pedrazzani ES. Avaliação epidemiológica e operacional do programa de controle da hanseníase na região de São Carlos-SP no período de 1983/ 1988. *Rev Bras Enferm*, 1980;43:88-95.
31. Saha SP, Das KK. Disability pattern amongst leprosy cases in an urban area (Calcutta). *Indian J Lepr*, 1993;65:305-314.