

Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA*

Epidemiological profile of leprosy patients treated at health Center in São Luís, MA

Híviena Maria Nogueira Lima¹, Naime Sauaia², Vanja Raposo Lima da Costa², Guilherme Tude Coelho Neto³, Patrícia de Maria Silva Figueiredo⁴

*Recebido do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA), São Luís, MA.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O estado do Maranhão é classificado em relação à prevalência de hanseníase como o 2º do Brasil com maior prevalência da doença. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em centro de saúde de referência.

MÉTODO: Realizou-se estudo retrospectivo e descritivo, em que foram revisados os prontuários de 183 pacientes, atendidos no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, analisando-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, classificação operacional, forma clínica, grau de incapacidade e motivo de saída dos pacientes.

RESULTADOS: Entre os prontuários analisados não houve diferença significativa entre homens e mulheres, com 51% e 49%, respectivamente. A idade média dos pacientes afetados foi prevalente nos pacientes entre 16 e 30 anos com 35,5%. A maioria dos pacientes (78%) teve classificação operacional multibacilar com a forma clínica dimorfa predominante. A problemática da hanseníase não se limita apenas ao grande número de casos, deve ser considerado também o seu alto potencial incapacitante. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos pacientes. Neste estudo 33% dos pacientes apresentam grau I e 9% grau II de incapacidade. Entretanto, 68% tiveram êxito em seu tratamento chegando à cura.

CONCLUSÃO: Os resultados desta análise apontam que o serviço de hanseníase está realizando o diagnóstico predominantemente de maneira tardia, devido ao fato da maioria dos pacientes

ser diagnosticados na forma multibacilar, associada aos números elevados de casos com algum grau de incapacidade. O grau de incapacidade acentuado pode ser reflexo de uma procura tardia pelo serviço de saúde por parte do paciente.

Descritores: Hanseníase, Incapacidade, Perfil Epidemiológico

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The state of Maranhão located in Northern Brazil, is ranked second as for the prevalence of hanseniasis within that country. This study has as its main goal to epidemiologically profile the patients treated at a public hanseniasis specialty hospital in São Luís, MA, capital and largest city.

METHOD: In order to support this study, a retrospective-descriptive research was made, in which 183 patients' medical records were evaluated according to the parameters of age, sex, operational classification, clinical presentation, disability degree and reasons for dropping treatment.

RESULTS: There was no significant difference between men and women in the analyzed records (49% versus 51%, respectively). The most affected age span was that of 16-30 years old, being 35.5% of the charts analyzed. The majority of the patients (78%) were operationally classified multibacilar, and the dimorph clinical presentation was the most predominant one. When talking about hanseniasis, not only the number of cases must be taken into account, but also the high disability potential each case has. These disabilities are blamed responsible for the stigma and discrimination of the patients. In this study, 33% of the patients treated were reported disability stage I, and 9% were reported stage II; however, 68% of the patients were successfully cured.

CONCLUSION: This analysis results point that the public control service of hanseniasis dissemination is late diagnosing the cases, due to the facts that the majority of the patients were first diagnosed with multibacilar operational classification and the high rate of cases with some disability degree. Chances are that the higher the disability level is the later patients are being referred to the specialty healthcare center.

Keywords: Disability, Epidemiological profile, Hanseniasis.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* (ML) descoberto e descrito por Gerhard H. A. Hansen em 1968, em Bergen, na Noruega¹.

1. Aluna de Enfermagem do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA), São Luís, MA, Brasil

2. Bioquímicas da Prefeitura Municipal de São Luís. São Luís, MA, Brasil

3. Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, MA, Brasil

4. Professora Doutora de Mestrado em Biologia Parasitária do Centro Universitário do Maranhão. São Luís, MA, Brasil

Apresentado em 05 de maio de 2010

Aceito para publicação em 26 de julho de 2010

Endereço para correspondência:
Dra. Patrícia de Maria Silva Figueiredo
Av. Josué Montello 01 – Renascença II
65075-120 São Luís, MA.
E-mail: figueiredo.patricia@gmail.com

A transmissão do ML se faz pelo contágio direto, embora haja a possibilidade de se processar por método indireto (objetos contaminados, vetores). Admite-se que a inoculação ocorra pela mucosa nasal e, ocasionalmente, pela pele (soluções de continuidade)².

Um caso de hanseníase caracteriza-se pela existência de uma pessoa que apresenta uma ou mais das características: lesão de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo com espessamento neural e baciloscopia positiva. O diagnóstico é feito através do exame clínico (anamnese, avaliação dermatológica e neurológica); laboratorial (através da baciloscopia, onde se observa o ML diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hanseníase ou de outros locais: lóbulos auriculares e/ou cotovelos)³.

O Ministério da Saúde (MS)⁴ classifica a hanseníase para fins operacionais de tratamento quimioterápico em:

I Paucibacilares (PB): casos com até 5 lesões de pele:

- Tuberculoide (T);
- Indeterminado - Mitsuda positivo.

II Multibacilares (MB): casos com mais de 5 lesões de pele:

- Virchowiano (V);
- Dimorfo (D).

Por se tratar de uma doença de evolução crônica, quando diagnosticada tardiamente pode gerar uma série de transtornos graves para os portadores e seus familiares, como incapacidades das mãos, pés e olhos, decorrente do marcante comprometimento dos nervos periféricos. Inicialmente ocorrem alterações da sensibilidade térmica: hiperestesia, seguidas de hipostesia e, após algum tempo, anestesia. A seguir, ocorre perda progressiva da sensibilidade dolorosa e por último, da tátil¹.

O MS estabelece uma classificação para a determinação do grau de incapacidades causadas pela hanseníase, de acordo com as limitações apresentadas nos olhos, mãos e pés dos pacientes nos graus 0, 1, 2⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hanseníase como um problema de saúde pública, principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes⁶.

O número de novos casos relatados pela OMS em 1999 foi de 678.758, para uma prevalência de 1,25 por 100.000 pessoas. No entanto, nos 11 países endêmicos que se encontram no topo, com 92% dos casos relatados, observam-se taxas de detecção de 41,7 por 100.000 habitantes⁷.

Entre os 11 países considerados de maior endemicidade, a Índia ocupa o 1º lugar e o Brasil, o 2º lugar em números de casos detectados. No Brasil os dados de notificação de 1998, em relação à prevalência, classificam o Maranhão como o 2º estado e o 1º da região Nordeste, com 16,13 casos por 10.000 habitantes⁸, o que constitui a doença como um problema de saúde pública e que exige vigilância resolutiva.

A principal estratégia do MS é a integração das ações de diagnóstico e tratamento da doença na atenção básica. Isso significa que as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), passam a integrar a rede de atendimento ao paciente, facilitando o acesso universal ao diagnóstico e tratamento⁹.

No entanto, esse comprometimento do MS exige que a população seja informada sobre a doença, seus sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e cura, e que os pacientes e seus familiares sejam acompanhados individualmente durante todo o tratamento. Exigindo também profissionais de saúde capacitados em diversas áreas, para lidar com todos esses aspectos.

Neste sentido, para contribuir com ações de prevenção e controle da doença no município, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em centro de saúde deste município.

MÉTODOS

Após aprovação do Conselho Nacional de Ética do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA), protocolo nº 00192/09, realizou-se este estudo descritivo, retrospectivo, com variáveis quantitativas, com pacientes portadores de hanseníase, atendidos no centro de saúde Dr. Genésio Rego no município de São Luis, MA.

A população do estudo foi composta por 183 pacientes, diagnosticados e cadastrados nos livros de registros do Programa de Controle da Hanseníase no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. As variáveis analisadas foram: faixa etária, sexo, classificação operacional da hanseníase, forma clínica detectada e motivo de saída do programa (alta).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética.

RESULTADOS

Dos 183 prontuários analisados não houve diferença significativa entre homens e mulheres diagnosticados com hanseníase, com 51% (92) e 49% (91), respectivamente e aproximadamente 78% destes pacientes se caracterizaram como multibacilares (MB) como demonstrado no gráfico 1.

Foram avaliadas as seguintes faixas etárias: < 15 anos, 16 a 30, 31 a 45, 46 a 60 e > 60 anos (Gráfico 2). A faixa etária com maior prevalência de casos foi entre 16 e 30 anos, com 35,5% do total. As faixas etárias de 46 a 60 e de > 60 anos representaram 21,3% e 14,2%, respectivamente dos casos. Na faixa etária < 15 anos, a prevalência foi de 12,5% como demonstrado no gráfico 2.

A distribuição dos casos, segundo a forma clínica e o sexo, é apresentada no gráfico 3. As formas clínicas da hanseníase mais encontradas foram a dimorfa (D) e a virchowiana (V) com 58,5% e 19,6%, respectivamente, sendo estas mais frequentes em ambos os sexos. Entre os homens, a forma D representa 61,9% (57) e a virchowiana (V) 22,8% (21) dos casos (Gráfico 3). No sexo feminino, a forma mais frequente foi a D (54,9%), seguida pela tuberculoide (T) e V com 17,5% (16) e 16,4% (15) dos casos, respectivamente.

Na análise do grau de incapacidade durante o período do estudo (Gráfico 4), verificou-se que 50,3% dos pacientes era grau 0, ou seja, sem incapacidade. Em contrapartida 42,7% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade, sendo 33,9% grau 1 e 8,8% grau 2. É digno de nota que 7% dos pacientes não foram

avaliados quanto à incapacidade no momento do diagnóstico (Gráfico 4).

No período de estudo 124 (67,7%) pacientes obtiveram alta por cura. A distribuição dos motivos de alta está apresentada no gráfico 5.

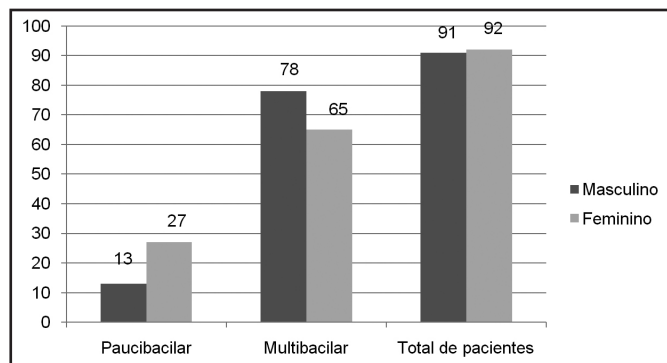


Gráfico 1 - Distribuição por sexo e classificação operacional dos pacientes diagnosticados com hanseníase

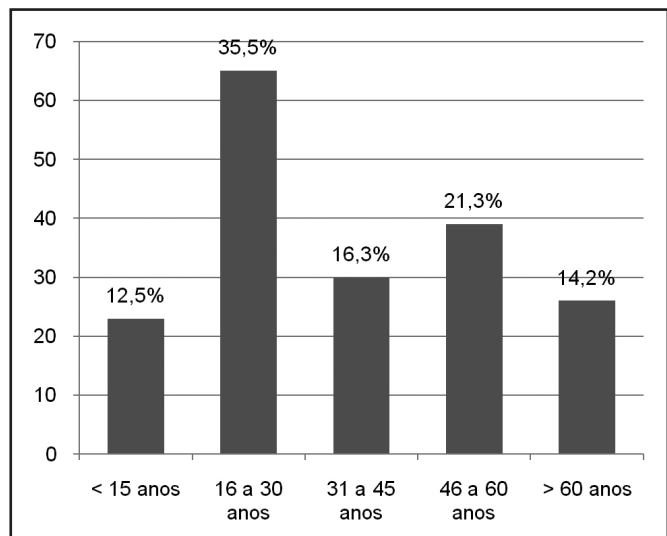


Gráfico 2 - Distribuição por faixas etárias dos pacientes diagnosticados com hanseníase.

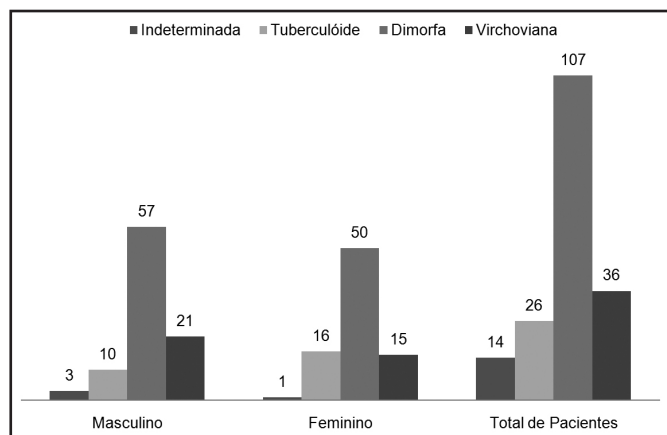


Gráfico 3 - Distribuição por forma clínica e sexo dos pacientes diagnosticados com hanseníase.

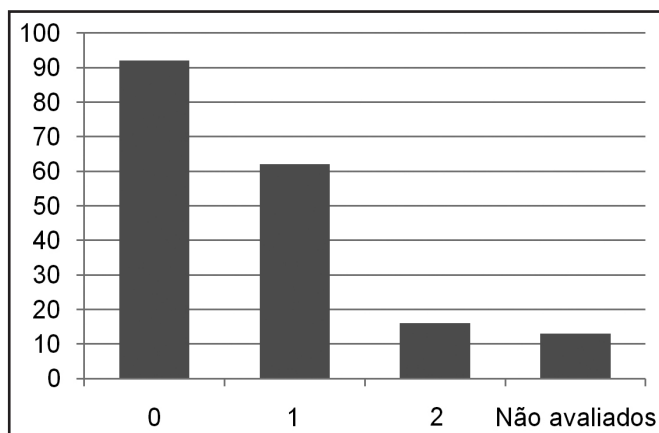


Gráfico 4 - Distribuição por grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados com hanseníase

0 = sem incapacidade; 1 = algum grau de incapacidade; 2 = com incapacidade.

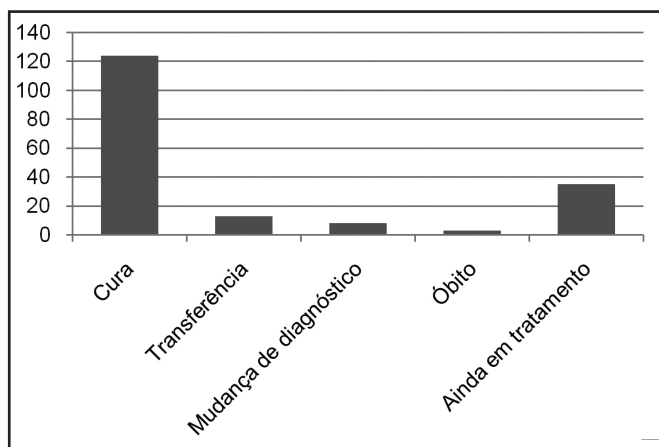


Gráfico 5 - Distribuição por motivo da alta dos pacientes diagnosticados com hanseníase.

DISCUSSÃO

A hanseníase é mais frequente no sexo masculino e o risco de exposição é determinante dessa diferença^{8,10}. Entretanto Bakker e col.¹¹ relataram o encontro de distribuição semelhante da doença entre os sexos, enquanto Lana e col.¹² informaram o encontro de 55,3% de casos entre as mulheres. Os casos MB são a principal fonte de transmissão da doença, pois apresentam elevada carga bacilar na derme e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio exterior. Tais casos adquirem maior importância quando diagnosticados tardiamente, o que é confirmado pela literatura^{8,13,14}. A ocorrência de predomínio da classificação operacional multibacilar leva a admitir que a estrutura atualmente mobilizada no combate à hanseníase esteja trabalhando de maneira estática, com uma demanda passiva de pacientes já antigos.

A discordância na proporção de casos MB para PB neste estudo ($p = 0,0222$) pode ser atribuída à diferente composição da população estudada, o que reforça a necessidade de estudos regionais e também analíticos, para definir o padrão e a dinâmica da doença que pode ser diferente em cada região do país.

Referindo-se à faixa etária, a doença predomina na faixa etária eco-

nomicamente ativa, ocorrendo grande impacto socioeconômico. Os resultados do gráfico 2 estão de acordo com estudos previamente realizados no estado do Maranhão que revelaram prevalência da doença em idades mais precoces, de 15 a 44 anos e abaixo de 15 anos^{8,13,15}, demonstrando que a transmissão vem ocorrendo em idade mais jovem, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos comunicantes dos pacientes já inscritos. A hanseníase é considerada uma doença de adultos pelo longo período de incubação, no entanto, as crianças também são suscetíveis. Portanto, em áreas endêmicas e quando ocorrem casos na família o risco de crianças adoecerem aumenta. A ocorrência de hanseníase em crianças pode ser considerada um indicador da prevalência da doença na população geral e sua detecção é importante para determinar o nível de transmissão¹⁶. A permanência dos níveis elevados de sua endemicidade sugere que as crianças podem ser contatos de casos ainda não detectados pelo sistema de saúde. Em condições de alta transmissibilidade e exposição precoce ao bacilo, a probabilidade de adoecimento aumenta, assim sendo a detecção nessa faixa de idade é tomada como um indicador de maior gravidade da epidemia^{10,17}.

De acordo com a classificação no Brasil as quatro formas de manifestação da hanseníase são indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchoviana; sendo as duas primeiras formas paucibacilares (na qual poucos bacilos estão presentes) e as duas últimas multibacilares (na qual uma grande carga bacilar está presente nas lesões). A hanseníase não é uma doença monomórfica porque se a infecção pelo ML tiver êxito poderá variar em diferentes padrões. A hanseníase virchoviana e a tuberculoide são consideradas tipos, enquanto que a hanseníase indeterminada e dimorfa são aceitas como grupo. A palavra tipo foi indicada para as formas estáveis, isto é, aquelas nas quais o padrão de hanseníase não muda e a palavra grupo foi indicada para as formas clínicas instáveis, ou seja, aquelas cujo padrão pode mudar.

A forma virchoviana sempre apresenta baciloscopia positiva e a forma dimorfa pode apresentar baciloscopia positiva ou negativa. Para esses casos o tempo de tratamento é mais extenso¹⁸.

A maior frequência de formas MB entre os pacientes adquire importância por serem estas as formas infectantes da doença e por seu diagnóstico ocorrer tardiamente^{12,19}.

No entanto a ocorrência acentuada da forma paucibacilar (PB) tuberculoide em mulheres (Gráfico 3, $p = 0,3362$) traduz o fato de atividades de diagnóstico precoce²⁰. Estudos apontam que apesar da doença continuar a incidir em maior proporção entre os homens, embora nos últimos anos a diferença entre os sexos tenha diminuído acometendo mulheres em plena capacidade de reprodução e produção laboral, não ocorre à exploração mais intensamente das consequências que a hanseníase tem ocasionado nas mulheres, já que se sabe que as mulheres buscam mais serviços de saúde do que os homens²¹.

O baixo percentual de forma indeterminada (7,6%) demonstra atraso no diagnóstico permitindo inferir que a unidade básica de saúde não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença como já descrito em estudos similares^{10,14}.

A hanseníase não teria a importância que tem se fosse apenas uma doença de pele contagiosa. Mas é a sua predileção pelos nervos periféricos que causa as incapacidades e deformidades, responsáveis pelo medo, pelo preconceito e pelos tabus que envolvem a doença²².

No que tange ao grau de incapacidade na notificação, o percentual encontrado neste estudo, de pacientes sem incapacidade (50,3%) foi próximo ao relatado por outros autores^{14,23} que encontraram mais de 50% de pacientes em condição semelhante. Ao interpretar esses dados, constatou-se que a ausência de incapacidade pode denotar uma melhora da assistência à saúde, com diagnósticos mais precoces, busca ativa de casos, melhor oferta de atendimento, podendo, porém, ser resultado de sub-notificação. A proporção de pacientes não avaliados quanto à incapacidade no momento do diagnóstico (7%), pode comprometer a interpretação dos dados.

De acordo com parâmetros do Ministério da Saúde²⁴ a proporção de casos curados com grau de incapacidade avaliado foi boa, com uma proporção de paucibacilares com incapacidade física baixa; mas a proporção de multibacilares curados com incapacidades foi considerada média. Este é um indicador que sugere a necessidade de subsidiar as ações de prevenção e tratamento das incapacidades após a alta, apesar dos dados mostrarem a boa qualidade dos serviços de saúde com diagnóstico precoce de casos.

Para que isso ocorra, é imprescindível concentrar esforços na promoção da saúde, num trabalho conjunto de vários setores do governo, a fim de serem implementadas ações que alcancem diversos determinantes sociais da saúde, trazendo melhor qualidade de vida e conseqüentemente menores taxas de incidência e prevalência de agravos crônicos como a hanseníase.

A hanseníase é tida como um problema de saúde pública, pois se não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a comprometimentos físicos (deformidades e incapacidades) e sociais, originados do medo, preconceito e estigma envolvendo o desconhecimento acerca do contágio, prevenção, sinais e tratamento desta doença. É importante, portanto, que os profissionais de saúde tenham conhecimento das medidas de profilaxia, avaliação e tratamento a fim de evitar esse número crescente de pessoas infectadas, como também as incapacidades geradas pela doença. Isto leva à reflexão sobre a diversidade de fatores envolvidos na detecção de novos casos, como a capacitação de recursos humanos e o nível de acesso às informações sobre a doença pelos meios de comunicação. Devem ser estimuladas campanhas para que os seus portadores perciam esse preconceito, para redução do número de casos, ampliem o acesso ao tratamento e aperfeiçoar o diagnóstico que são os principais desafios na luta contra a hanseníase, que ainda hoje atinge milhões de pessoas.

CONCLUSÃO

No presente estudo, verificou-se que homens e mulheres foram acometidos 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. Esses estudos devem possibilitar a construção de indicadores epidemiológicos seguros, que indiquem a real dimensão e a tendência da hanseníase no município, contribuindo para um efetivo controle.

REFERÊNCIAS

1. Lima MAR, Prata MO, Moreira D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. *Com Ciência e Saúde* 2008;19(2):163-70.
2. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003;36(3):373-82.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. 1ª ed. Brasília; 2002.
4. Santos APT, Almeida GG, Martinez CJ, et al. Imunopatologia da hanseníase: aspectos clínicos e laboratoriais *NewsLab* 2005;73:142-56
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Prevenção de Incapacidades. 3ª ed. Brasília; 2008.
6. Gomes FG, Frade MAC, Foss NT. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. *An Bras Dermatol* 2007;82(5):433-7.
7. World Health Organization. Leprosy-Global Situation. *Weekly epidemiological Record* [on line], Disponível na Internet: <http://www.who.int/wer> 2002;77:1-8.
8. Aquino DM, Caldas Ade J, da Silva AA, et al. Profile of leprosy patients in a hyperendemic area of Amazonian Maranhão, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003;36(1):57-64.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da hanseníase em Nível Municipal, 2006-2010. Brasília; 2006.
10. Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Garnelo L, et al. Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. *Rev Saude Publica* 2008;42(6):1021-6
11. Bakker MI, Hatta M, Kwenang A, et al. Epidemiology of leprosy on five isolated islands in the Flores Sea, Indonesia. *Trop Med Int Health* 2002;7(9):780-7.
12. Lana FCF, Lima RF, Araújo MG, et al. Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97. *Hansen Int* 2000;25(2):121-32.
13. Figueiredo IA, da Silva AA. Increase in leprosy detection rates in São Luís, Maranhão, Brazil, from 1993 to 1998: is the endemic expanding? *Cad Saude Publica* 2003;19(2):439-45.
14. Gomes CCD, Pontes MADA, Gonçalves HDS, et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol* 2005;80(Suppl 3):S283-8.
15. 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.
16. Norman G, Joseph GA, Udayasuriyan P, et al. Leprosy case detection using schoolchildren. *Lepr Rev* 2004;75(1):34-9.
17. Hinrichsen SL, Pinheiro MRS, Jucá MB, et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. *An Bras Dermatol* 2004;79(4):413-21.
18. Ghildela C. Hanseníase. São Paulo, 2000. Disponível em: <www.geocities.com/hanseníase/idex.html>. Acesso em: 05 junho. 2009.
19. Lana FC, Lanza FM, Velasquez-Melendez G, et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. *Hansen Int* 2003;28(2):131-7.
20. Lombardi C, Suarez REG. Epidemiologia da hanseníase. In: Talhari S, Neves RG, (Organizadores). *Hanseníase*. Manaus: Gráfica Tropical; 1997. p. 127-36.
21. Oliveira SN, Hennemann GV, Ferreira FL, et al. Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto-SP no ano de 1992. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1996;29(1):114-22.
22. Visschedijk J, van de Broek J, Eggens H, et al. Mycobacterium leprae--millennium resistant! Leprosy control on the threshold of a new era. *Trop Med Int Health* 2000;5(6):388-99.
23. Mello RS de, Popoaski MCP, Nunes, DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. *ACM Arq Catarin Med* 2006;35(1):29-36.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em Nível Municipal, 2006-2010. Brasília; 2006.