



RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com hanseníase atendidos em Barcarena, estado do Pará. **Métodos:** estudo transversal e descritivo. Analisaram-se fichas de notificação do SINAN nos períodos de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. As informações foram registradas em ficha própria, abordando dados sociodemográficos e clínicos. **Resultados:** foram 94 registros, média de 36,7 anos de idade, predominância de homens (61,7%), pardos (83%), de área urbana (62,8%), ensino fundamental incompleto (61,7%), caso novo, multibacilar (62,8%), forma clínica dimorfa (47,9%), mais de 5 lesões (36,2%), pelo menos 2 nervos acometidos, mais de 50% dos casos sem baciloscopia e Grau 0 de incapacidade em 73,4% de casos. Houve significância estatística para grau de incapacidade (GIF) x forma clínica ($p < 0,0001$), quantidade lesões x forma clínica ($p < 0,0001$), quantidade de nervos x forma clínica ($p < 0,0001$), quantidade de lesões x GIF ($p < 0,0008$), quantidade de nervos x GIF ($p < 0,0001$). **Conclusão:** constatou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, adultos jovens, com a forma multibacilar dimorfa, evidenciando-se um diagnóstico tardio, levando ao risco de desenvolvimento de incapacidades. Sugere-se que as medidas de monitoramento e vigilância sejam fortalecidas e mais estudos epidemiológicos sejam realizados por apresentarem base para estratégias de fortalecimento das ações de controle da hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase. Epidemiologia. Região Amazônica. *Mycobacterium leprae*.

ABSTRACT

Objective: Describe the Clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy treated in the municipality of Barcarena, state of Pará. **w** cross-sectional and descriptive study. SINAN notification sheets were analyzed from January 2013 to December 2014. The information was recorded in a separate file, addressing sociodemographic and clinical data. **Results:** there were 94 records, mean age of 36.7 years, predominance of men (61.7%), pardos (83%), urban area (62.8%), incomplete elementary school (61.7%), case (62.8%), dimorphic form (47.9%), more than 5 lesions (36.2%), at least 2 involved nerves, more than 50% of the cases without bacilloscopy, and Grade 0 disability in 73.4% of cases. There was statistical significance for the degree of disability (GIF) x clinical form ($p < 0.0001$), number lesions x clinical form ($p < 0.0001$), number of nerves x clinical form ($p < 0.0001$), amount of lesions x GIF ($p < 0.0008$), amount of nerves x GIF ($p < 0.0001$). **Conclusion:** it was found that the majority of patients were male, young adults, with the multibacillary dimorphic form, showing a late diagnosis, leading to the risk of developing disabilities. It is suggested that monitoring and surveillance measures be strengthened and further epidemiological studies be carried out as they provide a basis for strategies to strengthen leprosy control actions.

Keywords: Leprosy, Epidemiology, Amazonian Ecosystem. *Mycobacterium leprae*

¹Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará

Autor de correspondência

Sidney de Assis da Serra Braga

E-mail: sidneyserrabraga@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença muito antiga, conhecida por ocupar a tempos posição de preocupação para a saúde pública a nível mundial. Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase (1). No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Estima-se que em 2020 cerca de 1,4 milhões de pessoas no mundo apresentem deformidades resultantes da hanseníase (2).

A hanseníase é caracterizada como uma doença crônica infecto-parasitária, transmissível e curável, causada pelo *Mycobacterium Leprae* (ML), transmitida por contato direto (via respiratória). Caracteriza-se como uma endemia, em especial, em países subdesenvolvidos. No Brasil, configura-se como um sério problema de saúde pública, com distribuição irregular e altos índices de prevalência (1), (3), (4).

Trata-se de uma patologia de fácil diagnóstico, possui prevenção, tratamento e cura, que vem sendo caracterizada como uma doença multissistêmica em virtude de atingir a pele e nervos periféricos, entretanto, as manifestações destes sinais clínicos decorrem do comportamento imunogênico do bacilo e a resposta imunológica do hospedeiro. Quanto mais tardiamente for diagnosticada, maior será a possibilidade de desenvolver agravos em virtude das lesões que poderão evoluir para deformidades e incapacidades físicas (2), (4), (5).

O Brasil, com mais 37.000 casos, representa o segundo país em número de pessoas com hanseníase, sendo que cerca de

40.000 casos novos nas Américas, 93% são notificados no Brasil (6), (7).

Dentre as regiões do país, o Norte, Centro-Oeste e Nordeste ainda apresentam taxas elevadas de pessoas portadoras da doença, totalizam mais 53% dos casos detectados. O Estado do Pará apresenta altos índices de detecção e classifica-se atualmente como hiperendêmico (6).

Dentre os diversos municípios paraenses, o município de Barcarena também possui altas taxas de detecção, mesmo considerando-se a hanseníase uma doença que possui prevenção e cura, para tanto. O estudo epidemiológico desse indicador pode ser uma ferramenta valiosa para auxiliar no planejamento, na monitorização e avaliação de ações de saúde, direcionando as intervenções, sejam elas preventivas ou curativas, para reduzir problemas nos programas de avaliação de controle da hanseníase.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico e epidemiológico de portadores de hanseníase submetidos ao atendimento nas Unidades de Saúde do município de Barcarena – PA.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo e quantitativo.

PARTICIPANTES

A amostra foi composta por registros dos casos de hanseníase do período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014 no município de Barcarena. A casuística contabilizou 87 casos.

AMBIENTE DE COLETA

A pesquisa foi realizada no Centro de Vigilância epidemiológica, no Programa de Controle da Hanseníase, localizado na Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena - PA. Os registros foram retirados das fichas de notificação compulsória do Sistema Informação de Agravos e Notificação (SINAN) preenchidos pelos profissionais no momento do diagnóstico.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram relatórios de indivíduos que possuíam diagnóstico clínico de hanseníase confirmado, indivíduos que realizaram avaliação de incapacidade da hanseníase, cadastrados e atendidos nas Unidades/Centros de Saúde do município de Barcarena – Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, independente da forma clínica, idade, sexo, tempo de diagnóstico e tratamento, com presença ou não de deformidades e incapacidades físicas, cadastrados no SINAN. Os critérios de exclusão adotados no estudo foram dados dos participantes que não estivessem com o diagnóstico fechado, sujeitos que foram notificados, entretanto, mudaram de município, estado ou país, dados de pessoas que se encontrarem fora dos anos estabelecidos para esta pesquisa e inconsistências nas fichas do SINAN.

INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, utilizou-se de formulário de pesquisa de autoria dos pesquisadores baseado nos dados da ficha de

notificação do agravo hanseníase, pertencente ao SINAN contendo variáveis como o sexo, faixa etária, registro de caso novo ou recidiva, raça, zona de procedência, escolaridade, estado civil e profissão/ocupação, assim como identificação a partir da classificação operacional da hanseníase, forma clínica, número de lesões, quantidade de nervos acometidos, grau de incapacidade, baciloscopia (BAAR) e poliquimioterapia (PQT).

ANÁLISE DOS DADOS

Para análise estatística, foi respeitado o nível de significância de $\alpha \leq 0,05$ ou 5%. Foi adotado para análise estatística, o teste de correlação de Spearman. Testes estes realizados pelo Software Epi Info versão 3.5.1.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, com o CAAE: 47965515.7.0000.5174.

RESULTADOS

Foram analisados 94 registros de pacientes portadores de hanseníase atendidos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, através do programa de combate à Hanseníase do Setor de Vigilância Epidemiológica, do município de Barcarena. Em 2013 foram notificados 49 casos e em 2014 foram notificados 45 casos. Desses 94, onze casos foram em menores de 15 anos.

Os resultados da pesquisa foram organizados da seguinte forma: (1) características sociodemográficas dos pacientes notificados com hanseníase;

(2) dados clínicos dos pacientes notificados com hanseníase e; (3) correlação entre as variáveis clínicas da hanseníase.

C A R A C T E R Í S T I C A S SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES NOTIFICADOS COM HANSENÍASE

Com relação ao sexo, verificou-se que 64,4% eram do sexo masculino, a idade mínima encontrada foi de 5 anos e a máxima de 82 anos, sendo a média de 36.7 anos, com desvio padrão

de 19,4. Quanto à raça, 83,9% foi notificada pardos, seguidos pelas pessoas pertencentes à raça negra (9,2%). Sobre o grau de escolaridade, 54 (62,1%) possuíam o ensino fundamental incompleto. No que diz respeito à profissão, a maior prevalência foi o trabalho do lar (21,8%), entretanto, um quantitativo de 25,3% soma-se outras profissões. Quanto à procedência, 62,1% eram provenientes da zona urbana. O modo de admissão mais comum foram casos novos (82,8%). Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 01.

Tabela 01. Dados demográficos de pacientes portadores de hanseníase, atendidos no município de Barcarena, período de 2013 a 2014.

VARIÁVEIS	HANSENÍASE		
	N	%	IC 95%
SEXO			
Masculino	58	61.7%	51,1 - 71,5
Feminino	36	38.3%	28,5 - 48,9
IDADE			
Mínimo e máximo	5 e 82 anos		-
Média ± Desvio Padrão	36.7 ± 19.4 anos		-
Mediana	33 anos		-
RACA			
Branco	6	6.4%	2.4 - 13.4
Pardo	78	83.0%	73.8 - 89.8
Negro	9	9.6%	4.5 - 17.4
Ignorado	1	1.0%	0.0 - 5.8
ESCOLARIDADE			
Analfabeto	4	4.3%	1,2 - 10,5
Fundamental incompleto	58	61.7%	51,1 - 71,5
Fundamental completo	3	3.2%	0,7 - 9,0
Médio incompleto	5	5.3%	1,7 - 12
Médio completo	9	9.6%	4,5 - 17,4
Superior completo	2	2.1%	0,3 - 7,5
Não consta	13	13.8%	7,6 - 22,5
OCUPAÇÃO			
Do lar	22	23.40%	15,3 - 33,3
Estudante	16	17.02%	10,1 - 26,2
Lavrador	7	7.45%	3,0 - 14,7
Aposentado	6	6.38%	2,4 - 13,4
Agricultor	5	5.32%	1,7 - 12,0
Autônomo	4	4.26%	1,2 - 10,5
Pedreiro	3	3.19%	0,7 - 9,0
Outras	24	25.53%	17,1 - 35,6
Não declarado	7	7.45%	3,0 - 14,7
PROCEDÊNCIA			
Urbana	59	62.8%	52,2 - 72,5
Peri urbana	2	2.1%	0,3 - 7,5
Rural	30	31.9%	22,7 - 42,3
Não consta	3	3.2%	0,7 - 9,0
ADMISSÃO			
Novo	78	83.00%	73,8 - 89,9
Recidiva	1	1.10%	0,0 - 5,8
Transferência de outro município	10	10.60%	5,2 - 18,7
Transferência no mesmo município	2	2.10%	0,3 - 7,5
Outros reingressos	3	3.20%	0,7 - 9,0

(-) Dados numéricos iguais a zero

Fonte: Pesquisa de campo.

DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE

A classificação operacional multibacilar (MB) (66,7%) a forma clínica Dimorfa (51,7%) foram as mais prevalentes. A frequência de mais de 5 lesões por indivíduo foi predominante (36,8%). Na avaliação da função neural, 65,5% das notificações não acusaram comprometimento de nervos,

entretanto, aquelas que apresentavam algum acometimento neural, indicava em sua maioria pelo menos 2 nervos afetados (21,3%). O grau de incapacidade física 0 (zero) representou 72,4% dos casos. Em 50% das notificações não houve a utilização da baciloscopia e quando realizado, 14,9% dos casos apresentaram-se positivos, com referência à forma multibacilar dimorfa. O esquema terapêutico foi utilizado conforme preconiza o Ministério da Saúde, sem nenhuma mudança na poliquimioterapia

Tabela 02. Dados clínicos de pacientes portadores de hanseníase, atendidos no município de Barcarena, período de 2013 a 2014.

VARIÁVEIS	HANSENÍASE						(N, %)
	Paucibacilar (N = 35)			Multibacilar (N = 59)			
	(N. %)		(N. %)	(N. %)		(N. %)	
Classificação Operacional	IT	TB	NC	DM	VC	NC	
	20 (21,3%)	12 (12,8%)	3 (3,2%)	45 (47,9%)	10 (10,6%)	4 (4,3%)	
Total	35 (37,2%)			59 (62,8%)			94 (100%)
Número de Lesões							
Nenhuma	-	-	-	1 (2,2%)	1 (10%)	-	2 (2,1%)
Única	14 (70%)	8 (66,7%)	2 (66,7%)	4 (8,9%)	-	2 (50%)	30 (31,9%)
2-5 lesões	6 (30%)	2 (16,7%)	1 (33,3%)	16 (35,6%)	1 (10%)	2 (50%)	28 (29,8%)
> 5 lesões	-	2 (16,7%)	-	24 (53,3%)	8 (80%)	-	34 (36,2%)
Nervos Acometidos							
Nenhum	16 (80%)	12 (100%)	3 (100%)	24 (53,3%)	3 (30%)	1 (25%)	59 (62,8%)
Único	4 (20%)	-	-	6 (13,3%)	3 (30%)	1 (25%)	14 (14,9%)
2-5 nervos	-	-	-	14 (31,1%)	4 (40%)	2 (50%)	20 (21,3%)
> 5 nervos	-	-	-	1 (2,2%)	-	-	1 (1,0%)
Grau de Incapacidade							
Grau 0	20 (100%)	12 (100%)	2 (66,7%)	31 (68,9%)	2 (20%)	2 (50%)	69 (73,4%)
Grau 1	-	-	1 (33,3%)	10 (22,2%)	6 (60%)	1 (25%)	18 (19,2%)
Grau 2	-	-	-	4 (8,9%)	2 (20%)	1 (25%)	7 (7,4%)
BAAR							
Positivo	1 (5%)	-	-	7 (15,6%)	6 (60%)	1 (33,3%)	15 (16,0%)
Negativo	1 (5%)	3 (25%)	1 (33,3%)	8 (17,8%)	-	-	13 (13,8%)
Não realizado	17 (85%)	7 (58,3%)	1 (33,3%)	23 (51,1%)	2 (20%)	2 (66,7%)	52 (55,3%)
Ignorado	1 (5%)	2 (16,7%)	1 (33,3%)	7 (15,6%)	2 (20%)	-	14 (14,9%)
Esquema Terapêutico							
PQT	35 (37,2%)			59 (62,8%)			94 (100%)

IT – Indeterminada; TB – Tuberculóide; DM – Dimorfa; VC – Virchoviana; NC – Não classificada.

PQT – Poliquimioterapia.

(-) Dados numéricos iguais a zero.

Fonte: Pesquisa de campo.

(PQT) (Tabela 02).

CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

Correlacionando as variáveis clínicas

da Hanseníase com o Grau de Incapacidade, através do teste de Correlação de Spearman, só não houve significância estatística ($p= 0,2229$) quando correlacionado o número de lesões e a quantidade de nervos afetados (Tabela 03).

Tabela 03. Correlação entre as variáveis clínicas da hanseníase, de pacientes atendidos no município de Barcarena, período de 2013 a 2014.

HANSENÍASE		
Variáveis	r	p (valor)
Número de lesões x Forma clínica	0.6	<0.0001*
Número de lesões x Grau de incapacidade	0.3	0.0008*
Número de lesões x Quantidade de nervos	0.1	0.2229
Quantidade de nervos x Grau de incapacidade	0.6	<0.0001*
Quantidade de nervos x Forma clínica	0.4	<0.0001*
Forma clínica x Grau de incapacidade	0.4	<0.0001*

*Teste de correlação de Spearman ($p \leq 0,05$).

Fonte: Pesquisa de campo.

DISCUSSÃO

Observou-se que pessoas do sexo masculino foram mais afetados (61,70%), concordando com estudos ^{(8), (9), (10)}. Outro estudo ⁽¹¹⁾ constatou que 68% eram mulheres, encontrando-se divergências com relação ao sexo. A prevalência da população masculina decorre, possivelmente, da maior exposição dos homens aos fatores desencadeantes da doença e ao maior cuidado das mulheres quanto ao exame dermatológico e às consultas de rotina^{(10), (12)}.

No entanto, talvez pelo hábito cultural da mulher procurar o serviço médico com maior frequência torne-se mais prevalente diagnóstico em mulheres ^{(11), (13)}. Segundo dados da OMS ⁽¹⁾, na maior parte do mundo os homens são mais afetados do que as mulheres geralmente na proporção de 2:1. Essa preponderância não é universal e há várias áreas que a ocorrência é igual para ambos os sexos em particular na

África.

Com relação à idade, na presente pesquisa, houve predomínio na faixa etária adulta, com média de 36,7 anos (desvio padrão de 19,4) e esse percentual cresce se levarmos em consideração a população até 60 anos de idade, o que é preocupante do ponto de vista socioeconômico, devido às incapacidades que a doença provoca e esses indivíduos ainda estarem na fase produtiva da vida. Foi verificado um predomínio de pacientes adultos (38-47 anos)⁽¹⁴⁾ e média de 42,2 anos (variando de 1 a 94 anos) ⁽¹⁵⁾, estando próximo com os achados do presente estudo.

Estudo no Ceará encontrou mais de 80% dos pacientes entre 15 e 60 anos ⁽¹⁶⁾. Neste trabalho, também se observou indivíduos menores de 15 anos acometidos pela doença, sugerindo o contato com o bacilo nos primeiros anos de vida, comuns em regiões onde a transmissão ocorre de forma intensa, como o Pará. O declínio no número de casos novos e

o aumento dos casos em menores de 15 anos podem ser em decorrência do aumento das estratégias de controle da hanseníase por meio de campanhas em escolares e busca ativa ou, consequência de uma possível subnotificação de diagnósticos.

O censo populacional do IBGE ⁽¹⁷⁾ a partir de 2010, quando se trata da cor de pele, oferece as opções de escolhas: “branco”, “pardo”, “preto” e “amarelo”. Quando analisamos os casos relacionados à cor da pele, a maioria evidenciada (83,0%) foi classificada como pardos; 9,6% como negros e 6,4 %, brancos, estando de acordo com a própria população do país, uma vez que, no Brasil existe uma grande miscigenação de povos, apesar de não haver definição de amarelo, seja por não haver pessoas com tal cor ou, por falta de conhecimento a cerca dessa definição, todavia, nesse caso não sabemos se os próprios pacientes se classificaram como tal (auto definição), o que é mais indicado atualmente, ou se os profissionais preencheram a notificação de acordo com sua percepção.

Quanto ao modo de admissão notificado que deu entrada no serviço de saúde do município, a maioria se caracterizou como caso novo (83,0%), concordando com estudo ⁽¹⁵⁾, no qual se observou que 94% de seus pacientes deram entrada como casos novos. Dados nacionais confirmam manutenção desta tendência ⁽⁶⁾.

Quanto à procedência desses indivíduos, verificou-se que a maioria era da zona urbana, assim como em outros estudos ^{(10), (13)}. A maior parte dos casos de hanseníase está localizada nas cidades, podendo ser considerada uma endemia urbana com maior concentração em

suas periferias. Outro fator que pode justificar estes números é o predomínio da população na zona urbana em nossos dias.

O grau de escolaridade mais prevalente foi o ensino fundamental incompleto corroborando com outras pesquisas ^{(13), (18), (19)}. A escolaridade, associada ao nível socioeconômico pode influenciar na gênese dos casos. O desemprego, frequentemente estimado como elevado tem sido muitas vezes encoberto pelo exercício de ocupações precárias e mal remuneradas, favorecendo a condição de vulnerabilidade social e a probabilidade de ocorrência de doenças como a hanseníase.

Níveis baixos de escolaridade podem interferir na capacidade de o indivíduo compreender os sinais e sintomas da doença, além do estigma que venha ter em caso de desconfiança, o que pode vir como consequência à omissão de casos novos e ainda dificultar as medidas de controle, diagnóstico e tratamento, exigindo do profissional uma abordagem apropriada e diferenciada ^{(18), (20)}.

Dentre as diversas ocupações identificadas, as mais frequentes foram por pessoas que se declararam do lar (23,40%), seguidas por estudantes 17,02%, no entanto 25,5% dos indivíduos apresentavam as mais diversas ocupações. Estudos ⁽⁷⁾ apresentam perfil de profissão parecido com os da pesquisa, sendo também evidenciado que a maioria dos pacientes tinha como profissão, o trabalho autônomo (16,7%) e estando em segundo lugar os profissionais do lar (14,6%), somando-se outras profissões a um total 36,7% dos casos analisados.

No presente trabalho a ocupação com maior prevalência foi aqueles que foram

designados como profissionais do lar, apesar de se apresentar nos dados a maioria categorizada como outras profissões (25,5%) concordando com o estudo acima descrito e, sobretudo, de que a hanseníase não tem predileção ou maior risco a uma determinada profissão uma vez que essa doença é multifatorial.

Considerando a classificação operacional estabelecida pela OMS ⁽¹⁾, o presente estudo evidenciou 62,8% dos casos sob a forma MB, semelhante ao encontrado em outros estudos ^{(20), (21)}. Este fato indica que o diagnóstico está sendo realizado após a evolução da fase inicial da doença e que os pacientes só estão procurando os serviços de saúde após a evolução para as formas mais graves (dimorfa e virchowiana), o que é de extrema preocupação para a população em geral, visto o potencial devastador que o *M. leprae* pode causar no organismo humano, se não tratado precocemente, além de contribuir para a manutenção da transmissão do patógeno. Quanto ao estudo da forma clínica, a presente pesquisa evidenciou que 47,9% correspondiam à forma dimorfa, maioria dentre os multibacilares e do total da pesquisa corroborando vários achados ^{(16), (19), (21), (22)}.

No presente estudo, verificou-se que 36,2% dos pacientes tinham mais de 5 lesões de pele, porcentagem desigual quando comparada com a classificação operacional, pois levando em consideração que a maioria das fichas investigadas correspondiam a 62,8%, para a forma MB. Entretanto, quando correlacionado o número de lesões com a forma clínica, o presente estudo encontrou significância estatística ($p < 0,0001$).

Isso pode ser resultado da avaliação

do profissional da saúde frente essa patologia, uma vez que, há de se considerar que existem outros critérios clínicos para se classificar e tratar a hanseníase com forma MB, como por exemplo, a forma neural pura (2,1% dos casos) ou quando se avalia a extensão da lesão, que mesmo sendo de uma a cinco no total, elas são classificadas como multibacilares, caso sejam extensas. Esse fato segue de acordo com a correlação estatística entre o número de lesões e a quantidade de nervos afetados, onde não houve significância estatística ($p = 0,2229$). Também não se pode descartar a probabilidade de que pode haver uma avaliação deficiente de dados que acaba interferindo negativamente no diagnóstico final.

Quanto ao número de lesões cutâneas, mais de 50% dos indivíduos possuíam para além de cinco no momento do diagnóstico. Considerando o curso insidioso da doença e, que, na maioria das vezes, o surgimento de lesões cutâneas é responsável pela procura do serviço de saúde, isto sugeriria diagnóstico tardio e/ dificuldade de acesso. Entretanto, chama atenção o fato de 2 pessoas dos MB apresentarem ausência de lesões cutâneas, fato também verificado em outro estudo ⁽²³⁾ com 34 pacientes com sintomas neurológicos condizente com a hanseníase, porém sem lesão cutâneas, encontrando-se 7 pessoas com diagnóstico definitivo hanseníase neural pura. Ademais, houve predomínio de lesão única entre PB e de muitas lesões em MB, o que condiz com a classificação operacional. A ausência de lesões notificadas, porém com algum comprometimento de tronco nervoso indica a presença de hanseníase do tipo neural pura ⁽²⁴⁾.

A maioria dos casos investigados por este estudo não possuía nervos acometidos pela doença, achados estes semelhantes outros estudos⁽²⁵⁾, onde 73,75% não apresentou nenhum nervo afetado, por outro lado, correlacionando a quantidade de nervos afetados com a forma clínica, encontrou-se significância estatística ($p < 0,0001$). Um processo inflamatório – cuja intensidade depende da forma clínica –, geralmente observado durante os processos reacionais da forma tuberculoide, leva a alterações de sensibilidade, ocasionando traumas, deformidade e fraqueza muscular, influenciando de forma negativa a qualidade de vida do paciente.

Entre os nervos comumente afetados, destacam-se os nervos ulnar, mediano, radial, tibial posterior e fibular comum, além do nervo facial⁽¹⁰⁾. A ocorrência de nervos afetados está associada à presença das formas mais agressivas da doença⁽²⁶⁾. No presente estudo, 62,8% (59 de 94) das notificações não apresentou nervos afetados, entretanto, 21,3% das pessoas apresentaram pelo menos 2 nervos afetados no momento da avaliação com ocorrência predominante nos MB dimorfos.

Com relação ao grau de incapacidade, a pesquisa demonstrou predominância para grau 0 (zero), corroborando com outros estudos^{(3),(7),(16),(27)}. Em contrapartida 42,7% dos pacientes apresentaram algum grau de incapacidade (33,9% grau I e 8,8% grau II). Quando correlacionado grau de incapacidade e número de lesões, encontra-se significância estatística ($p < 0,0008$), assim como na correlação entre o grau de incapacidade e a quantidade de nervos afetados ($p < 0,0001$), o que pode ser explicado pela alta carga bacilar

que induz a um maior número de lesões caracterizando pacientes multibacilares, assim como o acometimento de nervos, pois a disseminação do *M. leprae* é maior.

Quanto à realização da baciloscopia, em mais de 50% das notificações não houve a utilização do exame baciloscópico e quando realizado, dos 28 (29,8%) exames solicitados, apenas 15 (16%) casos apresentaram-se positivos para o exame BAAR, evidenciando-se que a necessidade do referido exame é complementar em detrimento ao padrão ouro do diagnóstico que no caso, é eminentemente clínico, pois o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase, que pode ser PB ou MB. Por outro lado, a não inclusão do índice morfológico na rotina dos serviços impede a avaliação da viabilidade dos bacilos e, portanto, do risco de transmissão⁽¹³⁾.

Na representação do esquema terapêutico, observou-se que de acordo com a classificação operacional que predominou a multibacilar, o tratamento para esta forma é o esquema de poliquimioterapia multibacilar (PQT/MB) com doze doses, o mais longo, ou outro substituto raramente usado, que no presente estudo não houve a ocorrência de eventual situação.

O esquema PQT/MB/12 doses para o paciente pode ser considerado longo e por vezes desgastantes devido a possíveis episódios de reações, onde muitos terminam abandonando, por levar muito tempo e provocar efeitos colaterais, desta forma tornando o bacilo da hanseníase mais resistente e conseqüentemente dificultando o sucesso no tratamento e eliminação da doença⁽¹³⁾. No presente estudo, todos os indivíduos que foram notificados

como multibacilares iniciaram a PQT conforme preconiza o MS.

A informação de que a hanseníase é curável e que o tratamento é grátis e simples deve ser amplamente divulgada junto à população, para que diminua a ignorância e se comece a percebê-la como uma doença qualquer, livre de preconceitos. Desta forma, cada vez mais os casos poderão ser detectados em sua fase inicial e tratados adequadamente diminuindo, assim, a fonte de infecção na comunidade, a incidência e a prevalência da hanseníase⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, com idade com média de 36,7 anos, diagnosticados com a forma operacional da hanseníase multibacilar, forma clínica dimorfa, frequência de mais de 5 lesões por indivíduo, evidenciando-se um diagnóstico tardio, levando ao risco de desenvolvimento de incapacidades. Sugere-se que as medidas de monitoramento e vigilância sejam fortalecidas, com o objetivo de aumentar o diagnóstico precoce e prevenir possíveis incapacidades. Recomenda-se a realização de novos estudos epidemiológicos por apresentar base para estratégias de fortalecimento das ações de controle da hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016–2020: 2016. Geneva: WHO. 2016. [acesso em Jan 2018]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254907>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase - dados 2018. [citado 2018 mar 20]. <https://www.saude.gov.br/>.
3. Lima HMN, Sauaia N, Costa VRL, Neto GTC, Figueiredo PMS. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8 (4): 323-7. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>
4. Cunha MHCM, Macedo GMM, Batista KNM, Xavier MB, Sa Neto S, Nascimento FSN. Avaliação clínico-epidemiológica em pacientes multibacilares em uma unidade de referência de hansenologia da amazônia. *Hansen Int* 2008; 33 (2): 9-16. <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v33n2/v33n2a02.pdf>
5. Nath I, Saini C, Valluri VL. Immunology of leprosy and diagnostic challenges. *Clinics in Dermatology* 2015; 33 (1): 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.07.005>
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informação em Saúde. Epidemiologia e morbidade. Hanseníase. 2017. [citado 2017 nov 12]. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752>.
7. Batista ES. Perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. 2011; 9 (2): 101-6. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1833.pdf>
8. Hacker MAVB, Sales AM, Albuquerque ECA, Rangel E, Nery JAC, Duppre NC et al. Pacientes em centro de referência para hanseníase: Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 1986-2008. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (9): 2533-2541. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900033>
9. Temoteo RCA, Souza MM, Farias MCAD, Abreu LC, Netto EM. Leprosy: evaluation in household contacts. *ABCS Health Sciences*. 2013; 38 (3): 133-141. <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v38i3.18>
10. Vieira GD, Aragoso I, Carvalho RMB, Sousa CM. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23 (2): 269-275. <http://dx.doi.org/10.5123/S167949742014000200008>.
11. Lobato J. Antígenos naturais, recombinantes e sintéticos de *Mycobacterium leprae* e implicações diagnósticas na hanseníase [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de Uberlândia; 2011.
12. Souza EA, Ferreira AF, Boigny RN, Alencar CH, Heukelbach J, Martins-Melo FR et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52: 20. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000335>
13. Matias SA. Análise epidemiológica e socioeconômica da incidência de hanseníase na população de Maceió – 2007 a 2012 [Dissertação].

- Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
14. Oliveira FFL, Macedo LC. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região Centro-Oeste do Paraná. *Revista Saúde e Biol.* 2012; 7 (1): 45-51. <http://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/966/409>
 15. Campos SSL. Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003. *Hansen Int.* 2005; 30 (2): 167-173. <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v30n2/v30n2a03.pdf>
 16. Gomes CCD. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2005; 80 (3): 73-85. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005001000004>
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Notas técnicas, histórico da investigação sobre cor ou raça nas pesquisas domiciliares do IBGE (1872-2010) [Base de dados]. 2011. [acesso em Dez de 2017] http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf
 18. Bandeira RA. Prevalência de Hanseníase na Macro Região de Palmas, Estado do Tocantins, em 2009 [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
 19. Júnior AFR, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Clínica Médica.* 2012; 10 (4): 272-7. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>
 20. Pinto RA, Maia HF, Silva MAF, Marback M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Pública.* 2011; 34 (4): 906-18. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n4/a2162.pdf>
 21. Ramos ACV, Yamamura M, Arroyo LH, Popolin MP, Neto FC, Palha PF et al. Spatial clustering of leprosy in Brazil. *PLOS Neglected Tropical Diseases.* 2017; 11 (2): 1-15. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0005381>
 22. Aben-Athar CYUP, Lima SS, Ishak R, Vallinoto, ACR. Assessment of the sensory and physical limitations imposed by leprosy in a Brazilian Amazon Population. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2017; 50 (2): 223-228. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0493-2016>.
 23. Tomaselli PJ. Hanseníase forma neural pura: aspectos clínicos e eletroneuromiográficos dos pacientes avaliados no serviço de doenças neuromusculares do HCRP da USP no período de março de 2001 a março de 2013 [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
 24. Souza CDF, Rocha WJSAF, Lima RC. Distribuição espacial da endemia hansênica em menores de 15 anos em Juazeiro-Bahia, entre 2003 e 2012. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.* 2014; 10 (19): 35-49. <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/27120/15776>
 25. Brito KKG. Análise epidemiológica e temporal da hanseníase na Paraíba [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014.
 26. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43 (2): 267-74. <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n2/267-274>
 27. Lima LS, Jidão FRS, Fonseca RNM, Junior GFS, Neto RCB. Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA. *Revista Brasileira de Clínica Médica.* 2009; 7 (1): 74-83. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a001.pdf>

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.