



## Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde Maranhense

Epidemiological profile of patients with leprosy in a Basic Health Unit in Maranhão

Perfil epidemiológico de pacientes con lepra en una Unidad Básica de Salud de Maranhão

João Victor de Araújo Silva<sup>1</sup>, Antônio Dorlival de Oliveira Neto<sup>1</sup>, Daniely Santos Silva<sup>1</sup>, Gizele Cristine Serra Campos Ferreira<sup>2</sup>, Janildes Maria Silva Gomes<sup>3</sup>, Bethânia Dias de Lucena<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde Maranhense entre os anos de 2015 a 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo epidemiológico, individual, observacional, transversal e descritivo. A população de estudo escolhida é composta de pessoas com diagnóstico de hanseníase acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde no período de 2015 a 2020. **Resultados:** O número de casos de hanseníase foi de 23 pacientes diagnosticados e/ou tratados no período determinado. A partir disso, houve a caracterização dos pacientes, com dados referentes a média das idades, escolaridade, situação conjugal, renda, hábitos de vida, modo de entrada, forma clínica e classificação operacional predominantes nesta Unidade. Verificou-se, que a média de idades foi de 48,6 anos, os grupos eram bem distribuídos quanto a escolaridade e a hanseníase multibacilar e dimórfica foram as mais prevalentes na região. A alta por cura ocorreu em quase 100% dos casos analisados. **Conclusão:** A pesquisa demonstra que a população adulta foi a mais atingida, mas não exclusivamente. A escolaridade não foi um fator impeditivo para se adquirir a doença. A forma multibacilar foi mais prevalente. Há endemia de casos, com decréscimo de diagnósticos durante pandemia em 2020.

**Palavras-chave:** Caracterização, Epidemiológico, Hanseníase.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the epidemiological profile of leprosy patients in a Basic Health Unit of Maranhão between the years 2015 and 2020. **Methods:** This is a quantitative epidemiological, individual, observational, cross-sectional and descriptive study. The chosen study population is composed of people with leprosy diagnosis followed up in a Basic Health Unit in the period from 2015 to 2020. **Results:** The number of leprosy cases was 23 patients diagnosed and/or treated in the given period. From that, there was the characterization of patients, with data regarding average age, education, marital status, income, living habits, mode of entry, clinical form and operational classification predominant in this Unit. It was verified that the average age was

<sup>1</sup> Universidade CEUMA (UniCEUMA), Imperatriz - MA.

<sup>2</sup> Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão (UEMASUL), Imperatriz - MA.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Pará, Belém - PA.

48.6 years, the groups were well distributed in terms of education and multibacillary and dimorphic leprosy were the most prevalent in the region. Discharge by cure occurred in almost 100% of the cases analyzed. **Conclusion:** The research shows that the adult population was the most affected, but not exclusively. Education was not an impeditive factor in acquiring the disease. The multibacillary form was more prevalent. There is endemic cases, with a decrease in diagnoses during the pandemic in 2020.

**Keywords:** Characterization, Epidemiological, Leprosy.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes con lepra en una Unidad Básica de Salud de Maranhão entre los años 2015 y 2020. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico cuantitativo, individual, observacional, transversal y descriptivo. La población de estudio elegida está compuesta por las personas diagnosticadas de lepra seguidas en una Unidad Básica de Salud en el periodo comprendido entre 2015 y 2020. **Resultados:** El número de casos de lepra fue de 23 pacientes diagnosticados y/o tratados en el periodo indicado. A partir de ahí, tenemos la caracterización de los pacientes, con datos referentes a la edad, escolaridad, situación marital, ingresos, hábitos de vida, modo de ingreso, forma clínica y clasificación operacional predominantes en esta Unidad. Se comprobó que la edad media era de 48,6 años, los grupos estaban bien distribuidos en cuanto a educación y la lepra multibacilar y dimorfa eran las más prevalentes en la región. El alta por curación se produjo en casi el 100% de los casos analizados. **Conclusión:** La investigación muestra que la población adulta fue la más afectada, pero no exclusivamente. La escolarización no era un factor impeditivo para adquirir la enfermedad. La forma multibacilar era más prevalente. Há endemia de casos, com decréscimo de diagnósticos durante a pandemia em 2020.

**Palabras clave:** Caracterización, Epidemiológico, Lepra.

---

## INTRODUÇÃO

A hanseníase, também denominada de doença de Hansen, é uma doença infectocontagiosa crônica, a qual tem como agente causador o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, que mede cerca de 1 a 8 micrômetros de comprimento, acometendo principalmente o sistema reticuloendotelial e os nervos periféricos e, especialmente, as células de Schwann. Tais estruturas, são células do sistema nervoso periférico responsáveis pela formação da bainha de mielina, com função isolante e provendo nutrientes para os axônios. Ademais, ele também pode afetar os olhos e os órgãos internos como mucosa, baço e fígado (GOLDMAN L e SCHAFFER AI, 2018; BRASILEIRO-FILHO G, 2011; EICHELMANN K, et al., 2013; BEAR MF, et al., 2017; BRASIL, 2017).

A doença de Hansen apresenta um período de incubação que pode variar de 5 a 20 anos. Trata-se de uma doença com alta infectividade e baixa patogenicidade. Isso porque a imunidade do indivíduo correlaciona-se com as formas clínicas da doença, pois pacientes que não apresentam nenhuma imunidade ao *M. leprae* irão desenvolver casos multibacilares, já os que apresentam alguma imunidade ao *M. leprae* irão gerar casos paucibacilares. A principal via de entrada do bacilo de Hansen é pelas vias aéreas superiores (LOMBARDI C, et al., 1990; FESTA-NETO C, et al., 2015; RAFAEL AC, 2009).

Há referências sobre essa patologia desde o século 6 a.C. com hipóteses de que ela tenha surgido no Oriente e se espalhado por conta dos nômades e navegadores pelo mundo e, apenas em 1873, a bactéria causadora foi identificada pelo norueguês Armauer Hansen. Dessa forma, o contexto religioso que associava a doença a um castigo divino foi desfeito, mas o preconceito continuava e muitas pessoas ainda consideravam o isolamento do enfermo a melhor saída para "livrar-se do mal" (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

No Brasil, as políticas públicas para controle da doença foram adotadas apenas no século XX, inicialmente implantado em São Paulo, a partir do Governo Getúlio Vargas. Essas políticas eram pautadas, no isolamento e segregação dos doentes. Contudo, foi observado sua ineficácia tanto para a profilaxia, quanto para a cura dos doentes, acarretando sequelas psíquicas e físicas para os pacientes isolados (SAVASSI LCM, 2010).

No que se refere à epidemiologia dessa enfermidade, em 2015 registrou-se mais de 200 mil casos de hanseníase no mundo e mais de 26 mil casos no Brasil e, entre os anos de 2001 e 2015, registrou-se mais de 70 mil novos casos de hanseníase no Maranhão. Em uma análise mais detalhada desse número, percebeu-se a predominância de determinados grupos de pessoas e de tipos de hanseníase, segundo sua classificação. Somado a isso, houve uma redução das taxas de detecção da doença nesse período, em algumas regiões de saúde do estado, dentre as quais, Imperatriz - MA (ANCHIETA JJS, et al., 2019).

Quanto a sua classificação, há duas mais usadas no país que são a operacional e a de Ridley e Jopling. A operacional se dá pela quantidade de lesões, sendo elas a paucibacilar e a multibacilar (BRASIL, 2020). Por outro lado, a classificação proposta por Ridley DS e Jopling WH (1966), leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro, onde as formas tuberculóide e virchowiana caracterizam o estado imunológico do indivíduo. Nela, são descritos a forma tuberculóide, os casos dimorfos ou *borderline*, os quais são subdivididos em dimorfo-tuberculóide, dimorfo-virchowiano, dimorfo-dimorfo, além das formas virchowiana e virchowiana-subpolar (LASTÓRIA JC e ABREU MAMM, 2012).

Essa classificação relaciona a resistência do indivíduo e o número de bacilos, onde a menor concentração de bacilos indica uma maior resistência, enquanto a maior concentração de bacilos indica uma menor resistência do indivíduo. A forma tuberculóide caracteriza uma maior resistência, enquanto a forma virchowiana caracteriza uma menor resistência. Já as formas dimórficas representam uma forma intermediária, na qual se classifica de acordo com o extremo para qual tende a ir (tuberculóide ou virchowiana) (GARBITO JA, et al., 2011; RIDLEY DS e JOPLING WH, 1966; RAFAEL AC, 2009).

Essa classificação também pode ser dada durante o exame físico, em uma avaliação dermatoneurológica, buscando os sinais clínicos da doença, bem como associar os achados a uma anamnese bem realizada para, assim, obter o diagnóstico correto da hanseníase (BRASIL, 2020).

Nesse aspecto, a forma tuberculóide apresenta-se com um número reduzido de lesões assimétricas, delimitadas e com alteração de sensibilidade; a forma virchowiana em contrapartida apresenta numerosas lesões simétricas e difusas; a forma dimorfa apresenta-se de acordo com qual polo se assemelha (tuberculóide ou virchowiana) (LASTÓRIA JC e ABREU MAMM, 2012; FESTA-NETO C, et al., 2015).

No que diz respeito ao tratamento, segundo o Ministério da Saúde (2021), tanto as formas paucibacilares quanto as multibacilares serão tratadas da mesma forma, com três drogas: rifampicina, clofazimina e dapsona, mantendo o tempo de seis meses de tratamento para as formas paucibacilares e doze meses para as formas multibacilares.

Contudo, apesar das pesquisas evidenciarem um decréscimo nas taxas de detecção, a subnotificação ainda é presente, visto que os determinantes do adoecimento em si são fortemente influenciados pela carência social, juntamente com o negligenciamento da doença. Dessa maneira, isso faz com que ocorra a sua transmissão em níveis constantes, bem como a subnotificação que mantém a prevalência da doença oculta e dificultado a tomada correta de decisões para um melhor diagnóstico e um tratamento precoce e eficaz (SOUZA CDF, et al., 2020).

O objetivo geral desse trabalho é identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde Maranhense entre os anos de 2015 a 2020. Como objetivos específicos, têm-se a identificação do desfecho do tratamento destes pacientes e a obtenção do levantamento de casos de recidivas.

## MÉTODOS

A presente pesquisa é um estudo quantitativo epidemiológico, individual, observacional, transversal e descritivo. A população escolhida foi composta de indivíduos diagnosticados e que já apresentaram hanseníase, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Maranhense, no período de 2015 a 2020, sem qualquer restrição de sexo, etnia, idade, religião, local de trabalho ou escolaridade.

A amostra foi de 23 pacientes. O ambiente da pesquisa foi um bairro de uma cidade no Estado do Maranhão, com alta prevalência de casos de hanseníase, onde está localizada a Unidade Básica de Saúde. A análise e a coleta de dados foram realizadas na própria Unidade, utilizando os prontuários arquivados.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos diagnosticados com hanseníase durante o período de 2015 a 2020 e que iniciaram ou ainda estavam realizando o tratamento na referida UBS independentemente de idade, sexo, escolaridade, ou apresentação da hanseníase.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que não tiveram o diagnóstico confirmado ou que não iniciaram o tratamento ou trataram no período de 2015 a 2020, sendo esse, o período preestabelecido para a coleta de dados, para o desenvolvimento da pesquisa na referida UBS.

A coleta de dados foi realizada através de um protocolo de pesquisa com dados retirados dos prontuários, sendo esses relacionados a idade, escolaridade, situação conjugal, renda, hábitos de vida, modo de entrada na Unidade Básica de saúde, classificação operacional, forma clínica, desfecho do tratamento e a existência de recidiva.

Inicialmente, os dados foram importados ao programa Excel (Microsoft Office 365®) e para o *software* de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2022) para verificação da presunção de normalidade por meio do teste Shapiro-Wilk. Uma vez admitida ( $p > 0,05$ ), a descrição dos resultados categóricos foi feita em frequências brutas ( $n$ ) e relativas (%) e dos resultados numéricos em média e desvio padrão.

Em razão da natureza do objetivo do trabalho de traçar o perfil epidemiológico em diferentes grupos com diagnóstico de hanseníase, foi realizado o teste Qui-Quadrado de Pearson para verificação das diferenças entre as variáveis categóricas e testes  $t$  de Student (desfecho dicotômico) e ANOVA (desfecho politômico) para as diferenças entre as numéricas.

A escolha dos testes ocorreu devido à necessidade de determinar se a proporção do desfecho em cada categoria foi significativamente diferente. A significância estatística foi estabelecida em  $p < 0,05$ . Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa em 31 de agosto de 2021, com número do parecer de 4.945.127 e CAAE: 42258820.2.0000.5084.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do Estado do Maranhão, a qual serviu para avaliar quem já adquiriu a doença e as características socioeconômicas desses pacientes, a fim de determinar dados mais detalhados da doença, que podem estar relacionados com a sua prevalência. Assim, buscou-se entender quais fatores e como eles estariam relacionados com a manutenção do status de endemia de hanseníase na região.

Nesse sentido, os dados obtidos por meio da pesquisa dos prontuários dos pacientes no período de 2015 a 2020, bem como sua análise estatística, estão dispostos nas tabelas a seguir (**Tabela 1, 2 e 3**).

Diante dos dados apresentados na **tabela 1**, em uma análise descritiva, identificou-se que a média das idades dos pacientes é de 48,6 anos, demonstrando que a faixa etária da população adulta foi a mais acometida pela doença. Esses dados são corroborados pela própria análise das formas clínicas nas tabelas 2 e 3, na qual a média das idades permanece acima dos 40 anos, chegando à média de 58 anos na classificação operacional tuberculoide e de 51 anos na forma clínica paucibacilar.

Isso está de acordo com a literatura vigente onde há um predomínio na faixa etária média de 45,5 anos, segundo Borges MSSR (2012).

Já de acordo com dados do Ministério da Saúde (2018), a maior taxa é a de idosos (a partir de 60 anos) com 48,55% no sexo masculino e 16,79% do sexo feminino, mostrando divergência na epidemiologia dos dados coletados na pesquisa vigente.

**Tabela 1** - Caracterização dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde, n=23.

| Variáveis  | N (%)       |
|--|-------------|
| <b>Idade</b>   |             |
| Média (DP)   | 48,6 (21,9) |
| <b>Escolaridade</b>                                      |             |
| Ensino fundamental completo                              | 3 (13,0%)   |
| Ensino fundamental incompleto                            | 1 (4,3%)    |
| Ensino médio completo                                    | 3 (13,0%)   |
| Ensino médio incompleto                                  | 2 (8,7%)    |
| Pós graduação completa                                   | 3 (13,0%)   |
| Sem prontuário   | 11 (47,8%)  |
| <b>Situação conjugal</b>                                 |             |
| Casado   | 3 (13,0%)   |
| Não consta no prontuário                                 | 9 (39,1%)   |
| Sem prontuário   | 11 (47,8%)  |
| <b>Renda</b>   |             |
| Não consta no prontuário                                 | 12 (52,2%)  |
| Sem prontuário   | 11 (47,8%)  |
| <b>Hábitos de vida</b>                                   |             |
| Não consta no prontuário                                 | 12 (52,2%)  |
| Sem prontuário   | 11 (47,8%)  |
| <b>Modo de entrada</b>                                   |             |
| Não consta no prontuário                                 | 1 (4,3%)    |
| Recidiva   | 3 (13,0%)   |
| Sem prontuário   | 11 (47,8%)  |
| Transferência mesmo município (outra unidade)            | 7 (30,4%)   |
| Transferência outro município (mesma Unidade Federativa) | 1 (4,3%)    |
| <b>Classificação operacional</b>                         |             |
| Multibacilar   | 19 (82,6%)  |
| Paucibacilar   | 4 (17,4%)   |
| <b>Forma clínica</b>                                     |             |
| Hanseníase dimórfica                                     | 18 (78,3%)  |
| Hanseníase indeterminada                                 | 3 (13,0%)   |
| Hanseníase tuberculoide                                  | 2 (8,7%)    |
| <b>Desfecho do tratamento</b>                            |             |
| Abandono   | 1 (4,3%)    |
| Alta por cura  | 22 (95,7%)  |
| <b>Houve recidiva?</b>                                   |             |
| Não  | 23 (100,0%) |

Fonte: Silva JVA, et al., 2023.

Na **tabela 2**, encontra-se os dados relacionados a forma clínica, onde há a organização do perfil dos pacientes, baseada na forma clínica da doença. A média das idades foi variável, sendo que a indeterminada apresentou menor média, com 43,7 anos e a tuberculoide, 58,0 anos. Contudo, o maior grupo foi a da forma clínica dimórfica, que além de apresentar a média de idades de 48,4 anos, foi o único grupo que abrangeu indivíduos pós-graduados vítimas da infecção. A forma dimórfica possui a classificação operacional multibacilar, que, segundo o Ministério da Saúde (2017), é a mais comum (cerca de 70% dos casos) e ocorre após um longo período de incubação, podendo durar até 10 anos. Isso pode explicar sua maior taxa de detecção e maior abrangência, haja vista que o surgimento das lesões de forma lenta, nem sempre é percebido inicialmente como algo grave por quem é acometido.

**Tabela 2** - Associação de covariáveis segundo forma clínica, n=23.

| Variáveis                                     | Dimórfica<br>(N=18) | Indeterminada<br>(N=3) | Tuberculoide<br>(N=2) | P       |
|---|---------------------|------------------------|-----------------------|---------|
| <b>Idade</b>                                  |                     |                        |                       | 0,786   |
| Média (DP)                                    | 48,4 (21,4)         | 43,7 (30,1)            | 58,0 (25,5)           |         |
| <b>Escolaridade</b>                           |                     |                        |                       | 0,145   |
| Ensino fundamental completo                   | 3 (16,7%)           | 0 (0,0%)               | 0 (0,0%)              |         |
| Ensino fundamental incompleto                 | 0 (0,0%)            | 1 (33,3%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Ensino médio completo                         | 2 (11,1%)           | 1 (33,3%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Ensino médio incompleto                       | 1 (5,6%)            | 1 (33,3%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Pós graduação completa                        | 3 (16,7%)           | 0 (0,0%)               | 0 (0,0%)              |         |
| Sem prontuário                                | 9 (50,0%)           | 0 (0,0%)               | 2 (100,0%)            |         |
| <b>Situação conjugal</b>                      |                     |                        |                       | 0,126   |
| Casado  | 3 (16,7%)           | 0 (0,0%)               | 0 (0,0%)              |         |
| Não consta no prontuário                      | 6 (33,3%)           | 3 (100,0%)             | 0 (0,0%)              |         |
| Sem prontuário                                | 9 (50,0%)           | 0 (0,0%)               | 2 (100,0%)            |         |
| <b>Renda</b>                                  |                     |                        |                       | 0,083   |
| Não consta no prontuário                      | 9 (50,0%)           | 3 (100,0%)             | 0 (0,0%)              |         |
| Sem prontuário                                | 9 (50,0%)           | 0 (0,0%)               | 2 (100,0%)            |         |
| <b>Hábitos de vida</b>                        |                     |                        |                       | 0,083   |
| Não consta no prontuário                      | 9 (50,0%)           | 3 (100,0%)             | 0 (0,0%)              |         |
| Sem prontuário                                | 9 (50,0%)           | 0 (0,0%)               | 2 (100,0%)            |         |
| <b>Modo de entrada</b>                        |                     |                        |                       | 0,608   |
| Não consta no prontuário                      | 1 (5,6%)            | 0 (0,0%)               | 0 (0,0%)              |         |
| Recidiva                                      | 2 (11,1%)           | 1 (33,3%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Sem prontuário                                | 9 (50,0%)           | 0 (0,0%)               | 2 (100,0%)            |         |
| Transferência mesmo município (outra unidade) | 5 (27,8%)           | 2 (66,7%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Transferência outro município (mesma UF)      | 1 (5,6%)            | 0 (0,0%)               | 0 (0,0%)              |         |
| <b>Classificação operacional</b>              |                     |                        |                       | < 0,001 |
| Multibacilar                                  | 18 (100,0%)         | 1 (33,3%)              | 0 (0,0%)              |         |
| Paucibacilar                                  | 0 (0,0%)            | 2 (66,7%)              | 2 (100,0%)            |         |

**Legenda:** UF = Unidade Federativa.

**Fonte:** Silva JVA, et al., 2023.

Na **tabela 3**, faz-se um perfil dos pacientes no que tange à classificação operacional da doença. Nela, entende-se que a média das idades são próximas, sendo que a paucibacilar apresenta média de 51,5 anos e a multibacilar, de 48,0 anos. Borges (2012), em sua pesquisa, encontrou resultados que reforçam os dados encontrados no presente estudo, onde a faixa etária mais prevalente foi de 45 a 59 anos, o que demonstra que o grupo etário mais acometido ainda se encontra nessa faixa.

Além disso a multibacilar ainda apresenta maior variação de classes sociais, visto que atinge tanto indivíduos com ensino fundamental completo, quanto pós-graduados. Nesse contexto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (2022) corrobora com a pesquisa, em virtude de seus dados, num contexto municipal, apresentarem 50 pacientes com ensino fundamental completo e 26 pacientes com pós-graduação completa, demonstrando que a doença não se limita a grupos com escolaridade reduzida.

**Tabela 3** - Associação de covariáveis segundo classificação operacional, n=23.

| Variáveis                                     | Multibacilar (N=19) | Paucibacilar (N=4) | P     |
|---|---------------------|--------------------|-------|
| <b>Idade</b>                                  |                     |                    | 0,779 |
| Média (DP)                                    | 48,0 (20,9)         | 51,5 (29,5)        |       |
| <b>Escolaridade</b>                           |                     |                    | 0,149 |
| Ensino fundamental completo                   | 3 (15,8%)           | 0 (0,0%)           |       |
| Ensino fundamental incompleto                 | 0 (0,0%)            | 1 (25,0%)          |       |
| Ensino médio completo                         | 3 (15,8%)           | 0 (0,0%)           |       |
| Ensino médio incompleto                       | 1 (5,3%)            | 1 (25,0%)          |       |
| Pós graduação completa                        | 3 (15,8%)           | 0 (0,0%)           |       |
| Sem prontuário                                | 9 (47,4%)           | 2 (50,0%)          |       |
| <b>Situação conjugal</b>                      |                     |                    | 0,676 |
| Casado  | 3 (15,8%)           | 0 (0,0%)           |       |
| Não consta no prontuário                      | 7 (36,8%)           | 2 (50,0%)          |       |
| Sem prontuário                                | 9 (47,4%)           | 2 (50,0%)          |       |
| <b>Renda</b>                                  |                     |                    | 0,924 |
| Não consta no prontuário                      | 10 (52,6%)          | 2 (50,0%)          |       |
| Sem prontuário                                | 9 (47,4%)           | 2 (50,0%)          |       |
| <b>Hábitos de vida</b>                        |                     |                    | 0,924 |
| Não consta no prontuário                      | 10 (52,6%)          | 2 (50,0%)          |       |
| Sem prontuário                                | 9 (47,4%)           | 2 (50,0%)          |       |
| <b>Modo de entrada</b>                        |                     |                    | 0,797 |
| Não consta no prontuário                      | 1 (5,3%)            | 0 (0,0%)           |       |
| Recidiva                                      | 3 (15,8%)           | 0 (0,0%)           |       |
| Sem prontuário                                | 9 (47,4%)           | 2 (50,0%)          |       |
| Transferência mesmo município (outra unidade) | 5 (26,3%)           | 2 (50,0%)          |       |
| Transferência outro município (mesma UF)      | 1 (5,3%)            | 0 (0,0%)           |       |

**Fonte:** Silva JVA, et al., 2023.

Na análise descritiva da escolaridade, os grupos se mostraram bem distribuídos entre o ensino fundamental completo (13%) e incompleto (4,3%), chegando até mesmo à pós-graduação completa, representada por 13,3% dos pacientes, não havendo predominância de nenhuma escolaridade, porém tal dado estava ausente em aproximadamente metade dos prontuários analisados. Dessa forma, entende-se que a doença não é exclusiva de populações com baixo nível educacional e que até mesmo pessoas com alto nível de escolaridade estão sujeitas a adquirir a hanseníase, mesmo que a doença esteja relacionada a menor escolaridade de acordo com a literatura encontrada (PESCARINI JM, et al., 2018).

Dentro da classificação operacional (**tabela 3**), dispõe-se ainda de dados que detalham as características socioeconômicas dos indivíduos afetados. Na forma multibacilar, percebe-se que há uma distribuição na escolaridade, onde 15,8% dos pacientes possuíam fundamental completo, 15,8% ensino médio e 15,8% pós-graduados. Na forma paucibacilar, por sua vez, apresentou apenas 25% do seu total de pacientes com ensino fundamental incompleto e 25% com ensino médio incompleto e 50% dos enfermos, tiveram como modo de entrada a transferência de outras unidades.

Por outro lado, o Ministério da Saúde (2018) e Borges MSSR (2012) corroboram, em parte, com os resultados encontrados, pois mostram um grau de analfabetismo e de ensino fundamental incompleto maior entre os acometidos pela doença. O mais comum eram pessoas que não possuíam oito anos de ensino completo, reforçando a relação escolaridade-doença. Contudo, não houve em ambas as pesquisas, resultados sobre pacientes com ensino superior completo.

De acordo com a análise estatística, a porcentagem encontrada da classificação operacional multibacilar foi de 82,6% e a forma clínica dimorfa de 78,3% sendo, portanto, as mais prevalentes. Essas duas formas são as mais comuns da doença, com o período de incubação prolongado, sendo de cerca de dez anos (BRASIL, 2017). A literatura reforça esse dado, visto que Gomes VBF (2014) encontrou em sua pesquisa em Imperatriz – MA, entre os anos de 2002 e 2012, uma prevalência de 2462 casos de hanseníase multibacilar, representando 53% do total de casos registrados no período, enquanto a paucibacilar detinha 2171 casos, correspondendo a 46% dos pacientes. Dentre as formas clínicas, a mais prevalente em sua pesquisa também foi a dimórfica, com 35% dos casos (1.620) e em segundo lugar a tuberculoide, com 25% dos casos (1.176). Dessa maneira, entende-se que essa classificação operacional e essa forma clínica continuam sendo as mais prevalentes em alguns locais do Estado do Maranhão.

Isso vai de encontro às informações obtidas por Garbelini GU, et al. (2020), no qual encontrou na sua pesquisa epidemiológica no ano de 2017 uma predominância de 3,8 vezes mais da forma paucibacilar e, em 2018, 4,3 vezes mais, em relação à forma multibacilar no Estado de Goiás. Diante disso, pode-se questionar a respeito dessa variação da prevalência de uma forma em relação a outra nas diferentes pesquisas, haja vista que os fatores que colaboram para o diagnóstico da doença vão além da apresentação clínica do paciente. Como a hanseníase é uma doença de alta infectividade e baixa patogenicidade, espera-se que tenha mais indivíduos com a forma paucibacilar, pois esses indivíduos geralmente desenvolvem a doença de forma mais branda, enquanto os pacientes imunossuprimidos desenvolvem a multibacilar (BRASIL, 2002). Como espera-se que porcentagem de pessoas imunocompetentes seja maior que a de pessoas imunocomprometidas, pode-se inferir que a probabilidade de uma predominância das formas paucibacilares seja superior em relação às formas multibacilares. Nesse sentido, há necessidade de entender se há subdiagnóstico da doença, podendo ocorrer tanto pela falha na busca de auxílio médico, quanto pela falha no atendimento pela equipe de saúde.

De acordo com o estado civil, foram identificados 15,8% dos pacientes casados e o modo de entrada dos indivíduos com a forma multibacilar estava em 26,3% sendo essa a mais prevalente. No período pré-estabelecido para a pesquisa, em todos os anos foram diagnosticados casos de hanseníase. No ano de 2015 foram seis casos; no ano de 2016, quatro casos; em 2017, dois casos; em 2018, quatro casos; em 2019, seis casos e em 2020 apenas um caso. Este último coincide com o ano de início da pandemia da Covid-19. O baixo número de diagnósticos em 2020 pode estar relacionado a uma subnotificação devido ao foco dos setores de saúde estarem direcionados para o controle da pandemia, fator que possivelmente possibilitou que houvessem mais indivíduos com hanseníase sem o diagnóstico da doença.

Gomes VBF (2014) demonstra ainda, em sua pesquisa, o decréscimo na taxa de notificação da doença, visto que em 2002 a quantidade notificada foi de 626 casos e em 2012 foi de 229, o que sugere uma redução no número de casos ou uma subnotificação. Na pesquisa realizada na UBS, percebeu-se que em todos os anos do estudo houve ao menos um caso notificado, o qual ocorreu no ano de 2020 (ano de início da pandemia da COVID-19), podendo esse ser um fator contribuinte para a redução da notificação. Relacionando ambos os dados das pesquisas, entende-se que mesmo com a redução do número de casos identificada por Gomes VBF (2014), percebe-se que a doença ainda é endêmica na população.

Contudo, a relação que inicialmente pretendia ser avaliada, entre fatores socioeconômicos e hábitos de vida, com a prevalência da hanseníase, não foi possível, em vista de onze pacientes (47,8%) não possuírem prontuários preenchidos e organizados com seus dados, apenas anotações à parte, com nomes e datações de início e fim do tratamento.

Assim, faltam dados acerca de escolaridade, estado civil e modo de entrada na Unidade, a fim de obter visão holística do paciente. Além disso, informações sobre renda e hábitos de vida, não foram coletadas em nenhum prontuário analisado e em relação ao estado civil, tal dado foi coletado em apenas três prontuários analisados. Isso interfere em uma busca epidemiológica mais profunda no que tange a características específicas do grupo populacional mais acometido, inviabilizando possíveis estratégias direcionadas.

O estado civil do paciente é um fator importante, sobretudo para entender o quanto a doença pode ter se disseminado, em virtude do contato diário de pessoas, por longos períodos. Porém, esse dado encontrava-se discriminado somente em três prontuários, como situação conjugal casado (13,0%). No que tange aos casos de recidiva, não ficou claro, nos dados pesquisados, se houve um controle para rastrear os casos de recidiva nos pacientes.

Isso porque no questionário utilizado pela atenção primária, o tópico referente ao “modo de entrada” do paciente não discrimina os pacientes que retornaram após abandono de tratamento, mas apenas se são recidivantes ou transferidos de outras Unidades de Saúde. Nesse contexto, durante a pesquisa, apenas três pacientes foram classificados no “modo de entrada” do questionário como recidivantes, e outros oito foram transferidos de outras unidades da mesma cidade, estando em consonância com Borges MSSR (2012), cujas transferências de outros serviços para o local de pesquisa foi de 44 pacientes, de um total de 144.

Observou-se ainda que 95,7% dos indivíduos receberam alta por cura enquanto 4,3% abandonaram o tratamento. De encontro a esse dado obtido, Gomes VBF (2014) ilustra em sua pesquisa que o número de altas por cura teve um decréscimo no período estudado, visto que em 2005 houveram 500 altas (85,17%) por cura em relação ao número de pacientes notificados enquanto em 2012 apenas 165 altas (72,92%), isso pode demonstrar uma redução do número de casos concluídos no tratamento enquanto na presente pesquisa, a porcentagem de pessoas que concluíram o tratamento foi predominante. Outrossim, a taxa de abandono diminuiu de 26 pacientes em 2003 e 2007 para apenas quatro em 2012, segundo Gomes VBF (2014), corroborando com a pesquisa vigente, na qual houve apenas um pequeno percentual abandono.

## CONCLUSÃO

A quantidade de indivíduos com diagnóstico de hanseníase, em uma Unidade Básica de Saúde de cidade maranhense, no período estabelecido foi de 23 pacientes diagnosticados e/ou tratados no período de 2015 a 2020. A pesquisa demonstrou que a população adulta foi a mais atingida pela doença. Além disso, a escolaridade não foi um fator impeditivo para adquirir a doença, visto que foram observados pacientes com ensino superior e pós-graduados, o que contrapõe a literatura, a qual correlaciona a baixa escolaridade com a hanseníase. A principal forma observada nessa Unidade Básica de Saúde foi a multibacilar, o que pode estar relacionado com o fato desta ser mais facilmente diagnosticada. Portanto, há o questionamento se há subnotificação por falta de diagnóstico correto, visto que diversas outras pesquisas anteriormente citadas, encontraram altas taxas da forma multibacilar em relação à forma paucibacilar. Outrossim, 95,7% dos pacientes obtiveram alta por cura, o que representa um elevado número de pacientes que concluíram o tratamento e impediram a cadeia de transmissão endêmica da doença na comunidade em que vivem, contribuindo para a diminuição das taxas de infectados.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Universidade CEUMA, que nos possibilitou apoio acadêmico para a idealização e a realização dos componentes da pesquisa. Aos profissionais da UBS, que nos disponibilizou o ambiente para a realização das pesquisas.

## REFERÊNCIAS

1. ANCHIETA JJS, et al. Análise da tendência dos indicadores da hanseníase em estado brasileiro hiperendêmico, 2001 – 2015. *Revista de Saúde Pública*, 2019; 53:61.
2. BEAR MF, et al. *Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017; 49-52p.
3. BORGES MSSR. Hanseníase em Dourados/MS: perfil epidemiológico e distribuição espacial no período de 2005 a 2010, MS. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Dourados, 2012; 49 p.
4. BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de hanseníase. 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-\\_25-01-2022.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniase-_25-01-2022.pdf). Acessado em: 8 de maio de 2020.
5. BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de hanseníase. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/danes/Downloads/boletim-hanseniase-2020-web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/danes/Downloads/boletim-hanseniase-2020-web%20(1).pdf). Acessado em: 1 de maio de 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para o controle da hanseníase. 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_de\\_hanseniase.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf). Acessado em: 8 de maio de 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_hanseniase.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf). Acessado em: 8 de maio de 2020.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 16/2021-CGDE/. DCCI/SVS/MS. 2021. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI\\_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf). Acessado em: 24 de setembro de 2021.
9. BRASILEIRO-FILHO G. Bogliolo, Patologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011; 1288-1293p.
10. FESTA-NETO C, et al. *Manual de Dermatologia*. 4ª ed. Barueri, SP: Manole, 2015; 193-199p.
11. GOLDMAN L e SCHAFER AI. *Goldman-Cecil Medicina*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018; 3472-3480p.
12. EICHELMANN K, et al. Lepra: Definição, patogênese, classificação, diagnóstico e tratamento. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas*, 2013; 104(7): 554-563.
13. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Hanseníase na história, 2021. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/historia/hanseniase-na-historia/>. Acessado em: 19 de março de 2022.
14. GARBELINI GU, et al. Análise do perfil epidemiológico das formas de apresentação da hanseníase no estado de Goiás. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3: 2525-2530.
15. GARBINO JA, et al. Hanseníase Neural Primária. 2011. Disponível em: [https://amb.org.br/files/\\_BibliotecaAntiga/hanseniase\\_neural\\_primaria.pdf](https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/hanseniase_neural_primaria.pdf). Acessado em: 19 de janeiro de 2023.
16. GOMES VBF. Análise da prevalência da hanseníase no município de Imperatriz - MA no período de 2002 a 2012, GO. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Programa de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014; 69 p.
17. LASTÓRIA JC e ABREU MAMM. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. *Repositório Institucional UNESP*, 2012; 17(4): 173-9.
18. LOMBARDI C, et al. *Hanseníase, epidemiologia e controle*. SP: Imprensa Oficial, 1990; 13-20p.
19. PESCARINI JM, et al. Socioeconomic risk markers of leprosy in high-burden countries: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 2018; 12(7): e0006622.
20. RAFAEL AC. Pacientes em tratamento e pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo ministério da saúde correlacionando-os com as escalas salsa e participação social, DF. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências Médicas, Brasília, 2009.
21. RIDLEY DS e JOPLING WH. Classification of Leprosy According to Immunity. *International Journal of Leprosy*, 1966; 34(3): 255-73.
22. SAVASSI, L. C. M. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores, BH. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2010.
23. SINAN. Indicadores e Dados Básicos de Hanseníase nos Municípios Brasileiros, 2022. Disponível em: <http://indicadoreshanseniase.aids.gov.br/>. Acessado em: 19 de janeiro de 2023.
24. SOUZA CDF, et al. Leprosy and social deprivation: definition of priority areas in an endemic State Northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020; 23: e200007.