



Grau de incapacidade física e perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados com hanseníase

Degree of physical disability and clinical-epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy

Grado de discapacidad física y perfil clínico-epidemiológico de pacientes con diagnóstico de lepra

Leticia Ribeiro dos Santos¹, Lucas Dias Silva¹, Carla Andrea Avelar Pires¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o grau de incapacidade física e o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que receberam diagnóstico de hanseníase no ambulatório de dermatologia da Universidade do Estado do Pará (UEPA). **Métodos:** Trata-se de um estudo realizado com prontuários de pacientes diagnosticados com hanseníase no Ambulatório de Dermatologia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra foi avaliada por estatística descritiva, considerando medidas de tendência central, variância e frequências absoluta e relativa. Para avaliação categórica dos dados foi utilizado o teste do Qui-quadrado de aderência. **Resultados:** A amostra foi caracterizada em proporções equitativas para ambos os sexos, faixa etária e ocupação, com média de idade de 48 anos. Ocorreu predomínio de pacientes da Região Metropolitana de Belém. A forma predominante foi a dimorfa ($p < 0.0001$). O grau de incapacidade 0 predominou no pré-tratamento ($p < 0.0001$). Sinais clínicos no momento do diagnóstico incluem placas hipocrômicas ou eritematosas, com presença de infiltração ($p < 0.0001$). Reações hansênicas expressaram-se principalmente como Tipo 1. **Conclusão:** A predominância do grau de incapacidade 0 é positiva pois as consequências de graus mais elevados são danos psicológicos e limitação funcional. Assim, o diagnóstico precoce é a maior ferramenta para prevenção de incapacidades físicas na população.

Palavras-chave: Hanseníase, Estatísticas de sequelas e incapacidade, Sinais e sintomas, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the degree of physical disability and the clinical-epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy at the dermatology outpatient clinic of the State University of Pará (UEPA). **Methods:** This is a study conducted with medical records of patients diagnosed with leprosy at the Dermatology Outpatient Clinic. The study was approved by the Research Ethics Committee. The sample was evaluated by descriptive statistics, considering measures of central tendency, variance and absolute and relative frequencies. The chi-square test of adherence was used for categorical evaluation of the data. **Results:** The sample was characterized in equal proportions for both sexes, age group and occupation, with a mean age of 48 years. There was a predominance of patients from the Metropolitan Region of Belém. The predominant form was dimorphic ($p < 0.0001$). Degree of disability 0 predominated in the pre-treatment ($p < 0.0001$). Clinical signs at the time of diagnosis include hypochromic or erythematous plaques, with the presence of infiltration ($p < 0.0001$). Leprosy reactions were mainly expressed as Type 1. **Conclusion:** The predominance of disability grade 0 is positive because the consequences of higher grades are psychological damage and functional limitation. Thus, early diagnosis is the greatest tool for preventing physical disabilities in the population.

Keywords: Leprosy, Statistics on sequelae and disability, Signs and symptoms, Epidemiology.

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el grado de discapacidad física y el perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados con lepra en el ambulatorio de dermatología de la Universidad Estadual de Pará (UEPA). **Métodos:** Este es un estudio realizado con historias clínicas de pacientes diagnosticados con lepra en el ambulatorio de dermatología. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. La muestra fue evaluada mediante estadística descriptiva, considerando medidas de tendencia central, varianza y frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la prueba de adherencia chi-cuadrado para la evaluación categórica de los datos. **Resultados:** La muestra se caracterizó en proporciones iguales para ambos sexos, grupo etario y ocupación, con una edad promedio de 48 años. Hubo predominio de pacientes de la Región Metropolitana de Belém. La forma predominante fue dimórfica ($p < 0,0001$). En el pretratamiento predominó el grado de discapacidad 0 ($p < 0,0001$). Los signos clínicos al momento del diagnóstico incluyen placas hipocrómicas o eritematosas, con presencia de infiltración ($p < 0,0001$). Las reacciones a la lepra se expresaron principalmente como Tipo 1. **Conclusión:** El predominio del nivel 0 de discapacidad muestra que el diagnóstico precoz es la mayor herramienta para prevenir discapacidades físicas en la población.

Palabras clave: Lepra, Estadísticas de secuelas e discapacidad, Signos y síntomas, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma micobacteriose crônica com alta infectividade e baixa patogenicidade (WHO, 2020). Seu agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, bactéria intracelular obrigatória com afinidade pelo sistema nervoso periférico, a qual infecta células endoteliais e as células de Schwann (SANTOS A, et al., 2020). Em geral, os indivíduos acometidos pela doença sofrem repercussões sociais e psicológicas devido às deformidades e incapacidades físicas causadas pela progressão da doença (BARBOSA C, et al., 2022).

Em relação à prevalência global, cerca de 80% dos novos casos relatados vêm da Índia, Brasil e Indonésia. O Brasil ocupa o segundo lugar em número absoluto de casos, sendo superado apenas pela Índia. Esse acúmulo percentual deve-se, especialmente, ao contingente populacional, à qualidade dos serviços de saúde e nas condições socioeconômicas da população. Ademais, ao analisar o sexo, cerca de 65% de todos os novos casos relatados são em homens (SARODE G, et al., 2020).

A fisiopatologia da hanseníase é multifatorial, com aspectos genéticos, imunológicos e ambientais que determinam a suscetibilidade individual ao bacilo (WHO, 2020). Destacam-se alguns fatores de risco para desenvolvimento da doença, como: contato próximo com um paciente recentemente diagnosticado, especialmente com hanseníase multibacilar, idade entre 5 e 15 anos e mais de 30 anos, imunossupressão e predisposição genética. Somado a isso, existem fatores associados a maiores chances de evoluir com incapacidade física, como ser do sexo masculino, apresentação do tipo virchowiana e ocorrência de reações hansênicas (MAYMONE M, et al., 2020).

A hanseníase possui uma classificação proposta pela OMS com base no número de lesões cutâneas associadas: até cinco lesões é considerada como paucibacilar, e a partir de seis lesões como multibacilar (WHO, 2012). Ademais, destaca-se a classificação de Madrid por ser a mais utilizada na prática clínica no país, a qual considera as formas indeterminada, tuberculóide, dimorfa (borderline) e virchowiana (CONGRESS MADRID, 1953).

Clinicamente, a doença se apresenta principalmente através de lesões cutâneas e alterações sensoriais, embora o envolvimento visceral possa estar presente. As formas tuberculóides são geralmente caracterizadas pelo surgimento de máculas hipocrômicas com uma região hipossensível ao redor da lesão. Por outro lado, a forma virchowiana é, frequentemente, mais agressiva, com grande número de lesões eritematosas bilaterais e assimétricas, com destaque para face, lobo auricular e dedos, além de envolvimento neuronal periférico bilateral, que pode estar associado com déficits sensoriais e motores (MAYMONE M, et al., 2020; EICHELMANN K et al., 2013; REIBEL F et al., 2015).

A doença apresenta alto potencial incapacitante, principalmente quando diagnosticada em estágios avançados, sendo a principal causa de neuropatia infecciosa em países tropicais e subtropicais (FROES L, et al., 2022). Nesse contexto, são características neurais comuns: Neuropatia periférica assimétrica

progressiva e o alargamento focal do nervo, além de fraqueza como principal causa de incapacidade neurológica, estando presente em até 5,4% dos casos de hanseníase recém-diagnosticados (TOMASELLI P, et al., 2022; WHO, 2019).

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem criado estratégias mundiais focadas na redução do número de pacientes com hanseníase apresentando incapacidades físicas. Em 2015, foram detectados, aproximadamente, 210.000 novos casos de hanseníase globalmente, sendo que 66,6% tinham incapacidade física grau 2. Já em 2019, dos foram notificados cerca de 210.000 novos casos de hanseníase, apenas 5,1% tiveram incapacidade física grau 2. Essa diminuição percentual nos últimos anos deve-se especialmente a maior realização de diagnósticos precoces e identificação de fatores associados à lesão nervosa (CISNEROS J, et al., 2022).

A introdução da poliquimioterapia (PQT) como tratamento da hanseníase pela Organização Mundial da Saúde (OMS) contribuiu para uma mudança na história natural da doença, com aumento significativo nas taxas de cura e uma diminuição substancial no número de novos casos. No entanto, a doença continua sendo uma importante causa de morbidade em áreas com alta vulnerabilidade social (FROES L, et al., 2022). Nesse contexto, os principais eventos que podem ocorrer após o término do tratamento incluem reações hansênicas e agravamento ou ocorrência de novas incapacidades (OMS, 2021).

Assim, o presente estudo objetivou avaliar o grau de incapacidade física e o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que receberam diagnóstico de hanseníase no ambulatório de dermatologia da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Para isso, foram estudadas as variáveis: idade, sexo, ocupação, procedência, classificação da hanseníase, grau de incapacidade, sinais clínicos pré-tratamento e ocorrência de reações hansênicas.

MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado como transversal, observacional, descritivo e clínico, realizado com prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia Prof. Miguel Saraty de Oliveira da Universidade do Estado do Pará (UEPA), localizado na Travessa Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-Pará.

Todos os pacientes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, sendo iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará e autorizado pela coordenação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPA, pela direção do Ambulatório de Dermatologia da UEPA, além do assinatura do Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD) pelos pesquisadores para uso de prontuários.

Quanto ao protocolo de aprovação em Comitê de Ética (CEP), foram seguidos os seguintes passos: submissão para avaliação do CEP; aceitação do projeto de pesquisa; indicação de relatoria; confirmação de indicação de relatoria; aceitação de elaboração de relatoria; parecer do relator emitido; parecer do colegiado emitido; parecer liberado, de número 6.341.890, constando aprovação sem pendências no dia 03/10/24. Número do CAAE: 74289823.0.0000.5174.

Os participantes do presente estudo correspondem a pacientes com diagnóstico de Hanseníase cadastrados e atendidos no Ambulatório de Dermatologia da UEPA. Para definição da amostra representativa de participantes da pesquisa foi utilizada a seguinte fórmula:

$$N = \frac{d^2 * p * q * U}{e^2 * (U - 1) + d^2 * p * q}$$

Onde “N” é o tamanho total da subpopulação, “p” é o percentual de sucesso, “d” é o desvio padrão, “q” é o percentual de fracasso, “U” é o universo ou população e “e” é a margem de erro da amostra ou significância dos dados. Sendo que neste estudo o U foi definido baseado na quantidade de pacientes diagnosticados com hanseníase cadastrados, de modo que U = 50 e os demais valores foram definidos como: p = 50%, q = 50%.

$e = 5\%$, $d = 2$. Sendo assim, o resultado do cálculo de $N = 45$. Foram incluídos nesse trabalho pacientes diagnosticados com hanseníase com idades acima de 18 anos de idade, com cadastro no centro de Dermatologia da UEPA e com tratamento realizado parcialmente ou totalmente no ambulatório citado. Foram excluídos da pesquisa os participantes que não tenham dados completos nos prontuários. Também foram excluídos os pacientes que apresentaram sequelas de outras doenças incapacitantes neurológicas, ortopédicas, reumatológicas ou outras associadas.

Após assinatura do TCUD pelos pesquisadores, foi iniciada a análise dos prontuários, buscando informações epidemiológicas (idade, sexo, ocupação e procedência) e clínicas pré-tratamento (sintomas iniciais, presença de lesões, grau de incapacidade física-segundo classificação da OMS) e ocorrência de reações hansênicas. Essa busca seguiu um protocolo padronizado criado pelos autores.

Após essa avaliação, os dados foram transferidos para software de planilhas eletrônicas, Microsoft Office Excel, no qual ocorreu substituição da identificação dos pacientes para um número aleatório, mantendo o sigilo das participantes. A amostra encontrada foi avaliada por estatística descritiva, considerando medidas de tendência central (média aritmética), variância (desvio padrão) e frequências absoluta e relativa. Para avaliação categórica dos dados foi utilizado o teste do Qui-quadrado de aderência.

RESULTADOS

A amostra foi caracterizada por pacientes em proporções equitativas para ambos os sexos, faixa etária e ocupação, com média de idade de aproximadamente 48 anos. Ocorreu predomínio de pacientes oriundos da Região Metropolitana de Belém (**Tabela 1**).

Tabela 1- Características sociodemográficas de pacientes de hanseníase atendidos em centro de referência.

Características sociodemográficas	n	%	p-valor
Sexo			
Masculino	25	55,56	Qui-quadrado
Feminino	20	44,44	0.5510
Faixa etária (anos)			
18 a 29	5	11,11	Qui-quadrado
30 a 39	12	26,67	0.4060
40 a 49	8	17,78	
50 a 59	8	17,78	
60 ou maior	12	26,67	
Média \pm Desvio padrão	47,58 \pm 16.44		
Ocupação			
Estudante	1	2,22	Qui-quadrado
Aposentado	7	15,56	1.0000
Autônomo	10	22,22	
Empregado	5	11,11	
Desempregado/ do lar	2	4,44	
Sem informação	20	44,44	
Procedência			
Região Metropolitana de Belém	37	82,22	Qui-quadrado
Interior do Estado	8	17,78	<0.0001
Total	45	100,00	

Fonte: Santos LR, et al., 2024.

Considerando a classificação clínica de Madri, a forma predominante observada no grupo de estudo foi a dimorfa ($p < 0.0001$). Quanto a classificação operacional, a forma multibacilar foi a predominante ($p < 0.0001$). O grau de incapacidade 0 foi predominante dentre os pacientes nos momentos de diagnóstico ($p < 0.0001$).

Sinais clínicos na entrada do paciente incluem principalmente placas hipocrômicas ou eritematosas, com presença expressiva de infiltração nas lesões elementares ($p < 0.0001$). Reações hansênicas se expressaram

principalmente como Tipo 1, embora tenha ocorrido proporção semelhante de ausências de reações relatadas ($p < 0.0001$) (Tabela 2).

Tabela 2- Características clínicas de pacientes de hanseníase atendidos em centro de referência.

Características clínicas	n	%	p-valor
Classificação de Madri			
Indeterminada	1	2,22	Qui-quadrado
Dimorfa	29	64,45	<0.0001
Tuberculóide	9	20,00	
Virchowiana	6	13,33	
Classificação operacional			
Paucibacilar	10	22,22	Qui-quadrado
Multibacilar	35	77,78	<0.0001
Grau de incapacidade no diagnóstico			
Grau 0	30	66,67	Qui-quadrado
Grau 1	10	22,22	<0.0001
Grau 2	5	11,11	
Sinais clínicos pré-tratamento*			
Máculas	10	22,22	Qui-quadrado
Placas	32	71,11	<0.0001
Pápulas	3	6,67	
Nódulos	2	4,44	
Infiltração	32	71,11	
Reação hansênica			
Ausente	21	46,67	Qui-quadrado
Tipo 1	15	33,33	0.0009
Tipo 2	5	11,11	
Tipo 1 + Tipo 2	4	8,89	
Total	45	100,00	

Nota: O mesmo paciente pode ter apresentado mais de um sinal clínico.

Fonte: Santos LR, et al., 2024.

DISCUSSÃO

No presente estudo, notou-se uma prevalência de pacientes do sexo masculino (55,56%) ($p > 0,05$), sendo essa uma realidade também observada em outras pesquisas (ROCHA M, et al., 2020; OLIVEIRA J, et al., 2019; DINIZ LM e MACIEL LB, 2018; WU L, et al., 2021). Além disso, a estatística anual da Organização Mundial de Saúde mostrou que, em 2021, as mulheres representaram 39.3% dos casos (OMS, 2021). Há evidências de uma prevalência ainda mais significativa do sexo masculino, com proporção entre mulheres e homens de 1:2 (MARTORELI J, et al., 2021).

O maior acometimento dos homens deve-se especialmente ao menor cuidado direcionado à saúde por parte deste grupo, porém é necessário investigar aspectos relacionados à susceptibilidade genética e à possível interferência hormonal na resposta imune ao *Mycobacterium leprae* (ROCHA M, et al., 2020). Além disso, um menor número de mulheres acometidas pode ser atribuído à sua escassa mobilidade e à diminuição das chances de contato (MARTORELI J, et al., 2021).

É importante ressaltar que estudos indicam que outros aspectos, além da idade, podem interferir na resposta ao *Mycobacterium leprae*, como a susceptibilidade genética. Nesse contexto, observou-se associação de alguns genes com o desenvolvimento da hanseníase. Dentre eles, os genes HLA-DR-DQ (complexo principal de histocompatibilidade, classe II, DR – DQ classe II), LTA (linfotóxina alfa), IL10 (interleucina 10), NOD2 (domínio de oligomerização de ligação a nucleotídeos contendo 2), LACC1/CCDC122 (domínio lacase contendo 1/domínio bobina enrolada contendo 122), SOD2 (superóxido dismutase 2), NEBL (nebulina) (dados não publicados), GATA3 (proteína ligadora de GATA 3), IFNG (interferon gama) e TLR1 (toll like receptor 1).

Esses diferentes genes têm sido associados à hanseníase em amostras populacionais brasileiras, onde a maioria delas desempenham papéis importantes relacionados ao sistema imune do paciente (UASKA SARTORI P, et al., 2020). Outra variável analisada no presente estudo foi a faixa etária, observando-se predomínio em duas: 30-39 anos (26,67%) e 60 ou mais (26,67%) ($p>0,05$). Resultados similares foram encontrados na literatura, na qual nos últimos vinte anos, a frequência de hanseníase em indivíduos acima de 60 anos foi maior do que em todas as outras faixas etárias¹⁶. Essa predominância relaciona-se ao fato de ser a faixa etária mais populosa no Estado do Pará (BRASIL, 2024). Entretanto, a prevalência encontrada na faixa etária de 30 a 39 anos não foi observada em outros trabalhos epidemiológicos.

Ademais, ocorreu predomínio de pacientes oriundos da região metropolitana de Belém ($p<0.0001$). Em concordância, estudos anteriores mostraram o aumento de casos nos setores urbanos (MAROTTA M, et al., 2020; ZHU J, et al., 2021). Esse fato pode ser explicado pela migração de grande quantidade da população de áreas rurais para as urbanas de forma desordenada em países subdesenvolvidos, estruturando-se em favelas. Esses locais apresentam alta densidade populacional, levando a um espaço respiratório altamente comprometido e a más condições de higiene que favorecem a disseminação da Hanseníase (MAROTTA M, et al., 2020; ZHU J, et al., 2021). Outra justificativa seria a maior dificuldade no acesso a centros de saúde no interior do estado, gerando uma subnotificação da doença nessas regiões (ARRUDA, et al., 2018).

Em relação a classificação operacional da OMS, observou-se predominância da forma multibacilar ($p<0.0001$). Esse dado está de acordo com a literatura atual, a qual mostra que as formas multibacilares são significativamente mais prevalentes (WU L, et al., 2021). Considerando a classificação clínica de Madri, a forma dimorfa foi a predominante observada no grupo de estudo ($p<0.0001$). Tal resultado não se apresenta como caso isolado, uma vez que, em outros estudos realizados no Pará, encontrou-se uma perspectiva semelhante em diferentes cidades (PEREIRA T, et al., 2019; GONÇALVES N, et al., 2018; COSTA L, et al., 2017).

O artigo de Ferreira L, et al. (2023) mostrou resultados similares ao avaliar a região oeste do estado do Pará, com cerca de 55% dos casos sendo classificados como dimorfa. Essa informação é importante pelo fato de que indivíduos multibacilares são os principais transmissores da hanseníase devido à alta carga bacilar, sendo determinante para os contágios intradomiciliares e exposição ao *M. leprae*, na ausência de controle dos contatos. A literatura indica que fatores como condições precárias de moradia e baixa escolaridade influenciam na incidência de transmissão intradomiciliar (OMS, 2021).

Quanto ao grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, houve prevalência do grau 0 nesta pesquisa (<0.0001). Esse achado é concordante com outros estudos (SOUZA C, et al., 2020; MATOS T, et al., 2019). A predominância do grau 0 é um dado positivo, uma vez que as consequências de graus mais elevados são, além de danos psicológicos, o consequente afastamento do mercado de trabalho devido a limitação causada por lesões de alto grau.

Essa característica se agrava ao levar em consideração que as faixas etárias mais atingidas fazem parte da parcela economicamente ativa (FERREIRA L, et al., 2023). Essa realidade está sendo bastante trabalhada pela OMS, que constantemente estimula o diagnóstico precoce para prevenir complicações decorrentes da evolução para graus de incapacidade maiores (OMS, 2021).

Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza no “Guia prático sobre a Hanseníase” a importância do diagnóstico precoce como uma ferramenta para evitar a evolução para graus de incapacidade física mais graves, visto que essas dificultam a rotina em casa, no trabalho e na geração de renda, afetando a qualidade de vida dos pacientes de diversas maneiras. Traz ainda problemas psicossociais, fruto da diminuição do status na comunidade, somado à discriminação e exclusão social (BRASIL, 2017).

Logo, o ambulatório de Hanseníase da UEPA tem obtido resultados positivos por conseguir diagnosticar precocemente grande parte dos pacientes com a doença, evitando a progressão para graus maiores de incapacidade. Atualmente, a associação entre graus de incapacidade física e idades avançadas tem sido cada vez maior. O processo de envelhecimento fisiológico diminui a velocidade de condução, por menor mielinização das fibras, comprometendo, assim, a percepção dos sentidos.

Nesse contexto, o diagnóstico da neuropatia da hanseníase é muitas vezes difícil em pacientes mais idosos. Além disso, o efeito combinado do declínio fisiológico da condução nervosa com a neuropatia da hanseníase, aumenta as chances de deformidades na população geriátrica (PRADHAN S, et al., 2023). Quanto aos sinais clínicos no diagnóstico do paciente, foi evidenciado que os principais foram placas hipocrômicas ou eritematosas, com presença expressiva de infiltração nas lesões elementares ($p < 0.0001$). Isso também foi observado em outro estudo, que constatou que lesões cutâneas são geralmente o primeiro sinal clínico percebido, apesar de a perda de sensibilidade ocorrer anteriormente (MAKHAKHE L, 2021).

As reações hansênicas (RH) ocorreram em 53,3% dos pacientes avaliados, sendo a Tipo 1 (RHT1) a mais prevalente (0.0009), embora tenha ocorrido proporção semelhante de ausências de reações relatadas ($p < 0.0001$). De forma comparativa, Oliveira J, et al. (2019), em sua pesquisa na população idosa, observou que a maioria dos idosos (64,86%) apresentaram RH, dos quais a reação tipo 1 constituiu 37,5%. Em contraste, Pradhan S, et al. (2023) mostrou que apenas 32% dos casos apresentaram reação, sendo 18% do tipo 1.

As reações hansênicas surgem devido a uma reação imunológica abrupta aos constituintes deteriorados do agente etiológico, sendo que mais de 95% dos casos de RHT1 tendem a se apresentar durante o diagnóstico inicial de hanseníase ou no período inicial de dois anos da PQT. Vale dizer ainda que a ocorrência da RHT1 apresenta heterogeneidade entre vários países, com taxas relatadas variando de 19,7% a 30%, conforme mostrado em vários estudos prospectivos e retrospectivos (DEWI D, et al., 2023).

Vale destacar que o comprometimento neurológico é mais comum em pessoas com RHT1. A reação hansênica tipo 1 é a etiologia primária por trás do dano nervoso persistente, deformidades físicas e incapacidade funcional substancial observada em indivíduos afetados pela infecção por *M. leprae* (PANDHI D e CHHABRA N, 2013).

Nesse sentido, percebeu-se que existem várias lacunas sobre a prevalência do grau de incapacidade física e o perfil clínico-epidemiológico nos pacientes diagnosticados com hanseníase, visto que existem poucos trabalhos acerca do tema no Brasil e que o atual estudo foi realizado com uma amostra populacional menor. Sendo assim, torna-se fundamental pesquisas futuras em outros centros de referência no país para dimensionar mais precisamente o acometimento na população brasileira e conseqüentemente aperfeiçoarmos as formas de diagnóstico precoce, melhorando a qualidade de vida da população.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a hanseníase apresenta proporção semelhante para ambos os sexos e ocupações, sendo mais prevalente nas faixas etárias de 30-39 anos e 60 ou maior. A procedência foi maior na região Metropolitana de Belém. Quanto a classificação de Madri, a forma prevalente foi a dimorfa e, na classificação operacional, a multibacilar. O grau de incapacidade no momento do diagnóstico que predominou foi o 0, e os sinais clínicos incluíram placas hipocrômicas ou eritematosas com presença de infiltrações. As reações hansênicas estiveram presentes na mesma proporção em que estiveram ausentes, com predomínio da reação tipo 1. Esses resultados revelam a importância do diagnóstico precoce na prevenção de incapacidades físicas e deformidades permanentes na população.

REFERÊNCIAS

1. ARRUDA N, et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*, 2018; 34(6).
2. BARBOSA C, et al. Systematic Review of Survival Analysis in Leprosy Studies-Including the Following Outcomes: Relapse, Impairment of Nerve Function, Reactions and Physical Disability. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(19): 12155.
3. BRASIL. Guia prático sobre a hanseníase. 2017. Disponível em: Guia prático sobre a hanseníase | Brasília; Ministério da Saúde; 2017. 68 p. Livroilus. | MS (bvslud.org). Acessado em: 25 de junho de 2024.

4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção populacional dos estados brasileiros sexo e idade simples: 2010–2060. 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecoes-da-populacao.html>. Acessado em: 25 de junho de 2024.
5. CISNEROS J, et al. Associations between occupation, leprosy disability and other sociodemographic factors in an endemic area of Brazil. *PLOS Glob Public Health*, 2022; 2(9).
6. CONGRESS MADRID. Classification. Technical Resolutions, VIth International Congress Leprol. Madrid, 1953. *Int J Lepr*, 1953; 21: 504-16.
7. COSTA L, et al. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. *Rev Pan-Amaz Saúde*, 2017; 8(3): 9-17.
8. DEWI D, et al. Immunopathogenesis of Type 1 and Type 2 Leprosy Reaction: An Update Review, 2023; 15(11).
9. DINIZ LM e MACIEL LB. Leprosy: clinical and epidemiological study in patients above 60 years in Espírito Santo State – Brazil. *An Bras Dermatol*, 2018; 93: 824-8.
10. EICHELMANN K, et al. Leprosy. An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*, 2013; 104(7): 554-63.
11. FERREIRA L, et al. Hanseníase na Amazônia central: um olhar epidemiológico. *Rev Med*, 2023; 102(2).
12. FROES L, et al. Leprosy: clinical and immunopathological characteristics. *An Bras Dermatol*, 2022.
13. GONÇALVES N, et al. A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconomia e política pública em saúde, 2007-2013. *Rev Pan-Amaz Saúde*, 2018; 9(2): 21-30.
14. MAKHAKHE L. Leprosy review. *S Afr Fam Pract*, 2021; 63(1).
15. MAROTTA M, et al. Diagnosis of leprosy in a Nigerian migrant: Implementation of surveillance measures in the current migration context. *Ann Ig*, 2020; 32: 336-43.
16. MARTORELI J, et al. Inequality of gender, age and disabilities due to leprosy and trends in a hyperendemic metropolis: Evidence from an eleven-year time series study in Central-West Brazil. *PLOS Negl Trop Dis*. 2021; 15(1).
17. MATOS T, et al. Leprosy in the elderly population and the occurrence of physical disabilities: Is there cause for concern? *An Bras Dermatol*, 2019; 94(2): 243-5.
18. MAYMONE M, et al. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. *J Am Acad Dermatol*, 2020; 83(1): 1-14.
19. OLIVEIRA J, et al. Hanseníase em idosos e o perfil de uma coorte retrospectiva em uma região endêmica da Amazônia brasileira. *PLOS Negl Trop Dis*, 2019; 13(9).
20. OMS. Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9713>. Acessado em: 25 de junho de 2024.
21. PANDHI D e CHHABRA N. New insights in the pathogenesis of type 1 and type 2 lepra reaction. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2013; 79(6): 739-49.
22. PEREIRA T, et al. Temporal trend of leprosy in a region of high endemicity in the Brazilian Northeast. *Rev Bras Enferm*, 2019; 72(5): 1356-62.
23. PRADHAN S, et al. Clinicoepidemiologic profile of leprosy in geriatric population in post-elimination era: A retrospective, hospital-based, cross-sectional study from Eastern India. *J Family Med Prim Care*, 2023; 12(11): 2780-5.
24. REIBEL F, et al. Update on the epidemiology, diagnosis, and treatment of leprosy. *Med Mal Infect*. 2015; 45(9): 383-93.
25. ROCHA M, et al. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). *Cad Saúde Pública*, 2020; 36(9).
26. SANTOS A, et al. Disability progression among leprosy patients released from treatment: a survival analysis. *Infect Dis Poverty*, 2020; 9(1): 1-7.
27. SARODE G, et al. Epidemiological aspects of leprosy. *Dis Mon*, 2020; 66(7): 100899.

28. SOUZA C, et al. Leprosy in the elderly population of an endemic state in the Brazilian Northeast (2001-2017): epidemiological scenario. *An Bras Dermatol*, 2020; 95(1): 91-4.
29. TOMASELLI P, et al. Primary neural leprosy: clinical, neurophysiological and pathological presentation and progression. *Brain*, 2022; 145(4): 1499-506.
30. UASKA SARTORI P, et al. Human Genetic Susceptibility of Leprosy Recurrence. *Sci Rep*, 2020; 10(1): 1284.
31. WHO. Expert committee on leprosy. 2012. Disponível em: WHO Expert Committee on Leprosy - PubMed (nih.gov). Acessado em 25 de junho de 2024.
32. WHO. Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. *Wkly Epidemiol Rec*, 2020; 95: 417-40.
33. WHO. Global leprosy update, 2018: Moving towards a leprosy-free world. *Wkly Epidemiol Rec*, 2019; 94: 389-412.
34. WU L, et al. Temporal-spatial distribution characteristics of leprosy: A new challenge for leprosy prevention and control in Zhejiang, China. *PLOS Negl Trop Dis*, 2021; 15(1).
35. ZHU J, et al. Internal migration and leprosy in Shanghai from 2000 to 2019: An epidemiological study of new cases. *Acta Derm Venereol*, 2021; 101.