

Hanseníase no Piauí: uma investigação epidemiológica

Leprosy in Piauí: an epidemiological investigation

La lepra en Piauí: investigación epidemiológica

Tatiane Barbosa de Lira^{1*}, Francisca Cecília Viana Roca¹, Daiane Monique de Sá Martins¹, Tatiane Pereira Lopes¹, Karine Mikaele de Sousa Oliveira¹, Bruna Lopes dos Santos¹, Maria Rita Reis Lages Cavalcanti¹, Antônia Roseanne Gomes Soares¹, Armany Rickiel Lima Borges¹, Elian da Silva Jorge¹, Leila Daniele da Silva Oliveira¹, Ana Claudia da Costa Araújo², Taiane Rego Rodrigues³, Mayra Beatriz Barreira Acosta⁴, Nájila Aguiar Freitas Lemos⁴.

RESUMO

Objetivo: Examinar o número de casos novos de Hanseníase no Piauí no ano de 2017. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa realizado por meio de dados secundários provenientes do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Piauí no ano 2017 referentes aos casos novos de Hanseníase. **Resultados:** O número total de casos novos registrados no período analisado foi 1.020. O maior número de casos ocorreu na população com a faixa etária de 50 a 59 anos (19%) no sexo masculino (53%). Levando em consideração as formas clínicas, a Dimorfa representa 46% dos casos confirmados. Em relação as lesões cutâneas, de 2 a 5 lesões foram verificados em 67% dos casos. No que concerne aos nervos afetados, 96% foram acometidos menor ou igual a 5 nervos. Quanto ao tipo de saída, 69% evoluíram para a cura. A maioria dos casos tiveram grau de incapacidade 0. **Conclusão:** Apesar da maioria dos casos obter resultado de cura, ainda é necessário aplicar métodos de prevenção para controlar a incidência do problema, tendo em vista que é considerada uma doença negligenciada e pode causar danos irreversíveis.

Palavras-chave: Hanseníase, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To examine the number of new cases of leprosy in Piauí in the year 2017. **Methods:** A descriptive epidemiological study of quantitative approach performed by means of secondary data from the Information System on Notifiable Diseases (SINAN) in the state of Piauí in year 2017 regarding new cases of leprosy. **Results:** The total number of new cases registered in the period analyzed was 1,020. The greatest number of cases occurred in the population with the age range of 50 to 59 years (19%) in males (53%). Taking into consideration the clinical forms, the DIMORPHOUS represents 46% of the confirmed cases. In relation to the cutaneous lesions, 2 to 5 lesions were observed in 67% of cases. In relation to the nerves affected, 96% were affected less than or equal to 5 nerves. As to the type of output, 69% evolved to cure. The majority of cases had disability grade 0. **Conclusion:** In spite of most of the cases to obtain cure result, it is still necessary to apply prevention methods to control the incidence of the problem, tends in view that a neglectful disease is considered and it can cause irreversible damages.

Keywords: Leprosy, Health Services Research, Public Health.

¹Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI. *E-mail: tatianeliraa@hotmail.com

²Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-PI.

³Faculdade Estácio CEUT, Teresina-PI.

⁴Faculdade Facid/WYDEN, Teresina-PI.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el número de nuevos casos de lepra en Piauí, en el año 2017. **Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo del enfoque cuantitativo realizado por medio de datos secundarios desde el sistema de información sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN) en el estado de Piauí, en el año 2017 respecto de los nuevos casos de lepra. **Resultados:** El número total de nuevos casos registrados en el período analizado fue de 1.020. El mayor número de casos ocurrieron en la población con el rango de edad de 50 a 59 años (19%) que en hombres (53%). Teniendo en cuenta las formas clínicas, la DIMORPHOUS representa el 46% de los casos confirmados. En relación a las lesiones cutáneas, 2 a 5 se observaron lesiones en el 67% de los casos. En relación con los nervios afectados, el 96% fueron afectadas inferior o igual a 5 nervios. En cuanto al tipo de producto, el 69% evolucionó a la cura. La mayoría de los casos tenían discapacidad grado 0. **Conclusión:** Aunque la mayoría de los casos, para obtener un resultado de curación, todavía es necesario aplicar métodos de prevención para controlar la incidencia del problema, teniendo en cuenta que se considera una enfermedad desatendida y pueden causar daños irreversibles.

Palavras-clave: Lepra, Investigación en Servicios de Salud, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causado pela *Mycobacterium leprae*, acometendo principalmente os nervos superficiais da pele e tronco nervosos periféricos e pode atingir pessoas de todas as idades ou sexo, sua evolução ocorre de forma lenta e progressiva, podendo causar danos irreversíveis, tais como mãos em garra, pé caído, madarose superciliar (perda parcial ou total dos cílios e sobrancelhas), logofálmo (incapacidade do fechamento completo da fenda palpebral), desabamento da pirâmide nasal, atrofia cutânea da face, entre outros (BRASIL,2017).

Para finalidade operacional de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB), quando tem presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível, ou multibacilares (MB), caracterizado pela presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva e são classificadas em hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB) (BRASIL, 2017).

A forma indeterminada é caracterizada por mancha hipocrômica, bordas mal delimitadas, havendo perda de sensibilidade, mas a habilidade de sentir o toque é preservado. Já a forma tuberculóide manifesta-se por uma placa (mancha elevada) totalmente anestésica ou com as bordas elevadas e bem delimitadas. A dimorfa apresenta várias manchas avermelhadas ou esbranquiçadas, bordas elevadas ou esmaecidas, com perda total ou parcial da sensibilidade. A forma virchowiana é a mais contagiosa, não apresenta manchas visíveis, a pele encontra-se avermelhada, seca, infiltrada, com aspecto de “casca de laranja”. Durante sua evolução pode aparecer pápulas e nódulos assintomáticos. Pode apresentar madarose, nariz congesto, suor diminuído ou ausente, câimbras em mão e pés, bem como edema (BRASIL, 2017).

É uma enfermidade com grande importância para a saúde pública, visto que causa estigma, discriminação e isolamento social por parte dos portadores, afetando o acesso ao diagnóstico, tratamento e seus resultados, bem como, o funcionamento social, gerando a facilidade de transmissão para os familiares e conseqüentemente para a comunidade (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Um estudo de Leite SCC et al. (2015); evidenciaram que os pacientes acometidos pela Hanseníase são estigmatizados de forma intensa, em que muitas vezes estes sentem-se invisíveis, devido ao preconceito histórico que a doença carrega, sendo, por metáfora, uma nódoa que fere o bem-estar e a identidade social dos acometidos, pois, apesar de ser um assunto amplamente discutido em meio acadêmico, socialmente ainda é visto como sinal de repelência.

Segundo a OMS (2016) a Índia, Brasil e Indonésia representam juntos 81% dos casos novos e notificados no mundo, alertando para o diagnóstico imediato e ações de prevenção, tendo em vista que países com altas taxas de Hanseníase sofrem pela carência de políticas públicas, a qual resulta em um diagnóstico lento, falta de estímulos à procura do tratamento, ausência de novas ferramentas e medicamentos para o diagnóstico e dificuldades para a manutenção do monitoramento e mapeamento das áreas de maior ocorrência.

No Piauí, apesar da eficácia na comunicação e registro no âmbito epidemiológico, há uma baixa valorização por parte dos serviços de saúde, não tratando a hanseníase como prioridade. Como consequência, diante das complexidades necessárias, o controle se torna ineficaz, pois demanda da equipe multiprofissional uma vigilância intradomiciliar que assista não somente o paciente, como também os demais moradores da residência, tendo ênfase em quem compartilha o mesmo cômodo, pois o grau de risco de contaminação é diretamente proporcional à intimidade com o infectado (ARAÚJO, 2015).

Em uma pesquisa de Prado AIO et al. (2016); realizada no Piauí, observa-se que muitos pacientes, por desconhecerem a doença, não relacionam os sintomas e acabam prolongando a procura ao atendimento médico. Quando, ainda em fase inicial, decidem procurar os serviços de saúde, se deparam com a dificuldade em se consultar, dificultando o diagnóstico precoce. Por ser na pele o aparecimento dos sintomas, muitas vezes o dermatologista é o profissional procurado em primeira instância e, sendo esta uma especialidade que demanda ainda mais tempo de procura, a demora para a descoberta da patologia propicia uma progressão ainda maior do quadro patológico.

Entre 2005 e 2014, foram totalizados 13.787 casos de Hanseníase em Teresina, ocorrendo uma redução do percentual de pacientes acometidos ao decorrer dos anos. No entanto, o número de pacientes avaliados em relação ao grau de incapacidade física, caiu de 96,1% em 2005, para 86,21% em 2014, apontando para uma notória redução das ações de controle da hanseníase na atenção básica (OLIVEIRA et al., 2017).

Tendo em vista, todas as consequências insatisfatórias que a Hanseníase causa o estudo objetiva examinar o número de casos novos de Hanseníase no Piauí em 2017.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa realizada por meio das fichas do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no estado do Piauí no ano 2017 referentes aos casos novos de Hanseníase.

Foram incluídos no estudo as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, lesões cutâneas, forma clínica, nervos afetados, tipo de saída, grau de incapacidade no momento do diagnóstico e da cura e classificação operacional diagnóstico.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2018 por meio de um instrumento construído pelos pesquisadores. Os dados foram organizados e analisados com o auxílio do programa *Microsoft Excel* e apresentados em tabelas e gráficos.

Por se tratar de dados públicos, esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), porém, atendeu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em que reitera que os dados contêm apenas informações de interesse à saúde coletiva não identificando assim, a identidade destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, foram diagnosticados 1.020 novos casos de Hanseníase no ano de 2017 no Piauí. A faixa etária de maior incidência foi de 50 a 59 anos (19%), na população do sexo masculino (53%) conforme mostra a **tabela 1**.

Tabela 1- Perfil Sociodemográfico da população com Hanseníase. Teresina-PI, 2017.

Faixa etária	N	%
1 a 9 anos	25	2%
10 a 19 anos	97	10%
20 a 29 anos	115	11%
30 a 39 anos	131	13%
40 a 49 anos	172	17%
50 a 59 anos	196	19%
60 a 69 anos	158	15%
70 a 79 anos	93	9%
80 anos ou mais	33	3%
Sexo		
Feminino	484	47%
Masculino	536	53%

Fonte: SINAN/DATASUS, 2017.

Campos MRM et al. (2018); relatou que em 2008 e 2009 houve endemicidade muito alta da doença na Paraíba. No ano de 2008 houveram 849 casos (20,86%) e 2009 com 879 casos (21,57%). Bem como, o sexo masculino também foi o mais acometido.

Em um estudo de Zanardo T et al. (2016); com 39 prontuários pertinentes a informações sobre a Hanseníase foi mostrado também que a maior parte da população acometida foram homens (54%), na faixa etária de 50 a 69 anos (49%).

Em uma população de 29 pacientes com Hanseníase no município de Uberaba-MG foi verificado a prevalência da enfermidade em homens (62,1%) com média de idade de 53,8 anos bem como em outro estudo realizado em Juazeiro-BA, onde foi constatado que 52,1% dos casos novos eram em homens com idade superior a 15 anos (SIMÕES et al., 2016; SOUZA e MATOS, 2018).

No presente estudo, foi verificado que a forma clínica prevalente foi a Dimorfa, representando 44% dos casos. É a forma mais comum da doença, ocorrendo após um longo período de incubação (cerca de 10 anos), pois é um bacilo de lenta multiplicação. Nesta forma, há perda parcial ou total da sensibilidade e diminuição de funções autonômicas (BRASIL, 2017).

Quanto a Classificação Operacional Diagnóstico, foi confirmado a predominância Multibacilar (68%), seguida pela classificação Paucibacilar representando 32% dos casos analisados. Quanto as lesões cutâneas, foi prevalente a quantia de 2 a 5 (67%) e 33% acima de 5 lesões de pele.

Na variável correspondente aos nervos afetados foi evidenciado a predominância em uma quantidade menor ou igual a 5 nervos (96%) e mais que 5 apenas 4%. A cura foi o tipo de saída que mais prevaleceu, representando 69% dos casos, demonstrando êxito no tratamento. Houveram 24% de transferência para o mesmo município, estado ou país. Abandonaram o tratamento 5% e foi a óbito 2%.

Foi traçado o perfil clínico da doença quanto a forma, classificação operacional diagnóstico, lesões cutâneas, nervos afetados e o tipo de saída conforme mostra a **Tabela 2**.

No estudo de Vieira GD et al. (2014); realizado em Rondônia, região Norte do País, foi apresentado que a classificação Multibacilar constitui 53,4% dos casos e a quantidade de 1-4 lesões cutâneas são significativas equivalendo a 60,9%.

A forma Multibacilar da doença possui um alto poder de transmissibilidade e incapacidade, esta ocasiona maiores chances de sequelas. O número de lesões cutâneas e a classificação operacional podem ser

indicadores de dificuldade de acesso e/ou diagnóstico, pois o aparecimento de lesões é na maioria das vezes o motivo que leva o indivíduo a procurar os serviços de saúde (JÚNIOR, VIEIRA e CALDEIRA, 2012).

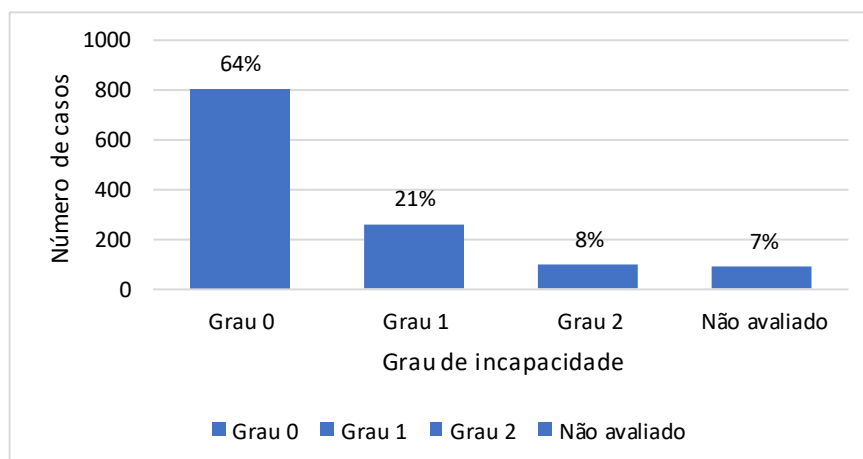
Tabela 2 - Formas da doença. Teresina-PI, 2017.

Forma clínica	N	%
Indeterminada	188	18%
Tuberculóide	137	13%
Dimorfa	445	44%
Virchowiana	111	11%
Não classificada	93	9%
Classificação Operacional Diagnóstico		
Paucibacilar	329	32%
Multibacilar	691	68%
Lesões cutâneas		
2 a 5 lesões	241	67%
>5 lesões	121	33%
Nervos afetados		
menor ou igual a 5	221	96%
mais que 5	9	4%
Tipo de saída		
Cura	259	69%
Óbito	7	2%
Abandono	19	5%
transferência para mesmo município, estado ou país	88	24%

Fonte: SINAN/DATASUS, 2017.

É preciso levar em consideração que as deficiências visíveis só devem ser consideradas de Hanseníase após a exclusão de outras causas (BRASIL, 2017). O grau de incapacidade no momento do diagnóstico predominantemente foi grau 0 com 64% dos casos, seguido por grau 1 (21%), grau 2 (8%) e não avaliado (7%), conforme o **gráfico 1**.

Gráfico 1- Avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico. Teresina-PI, 2017.

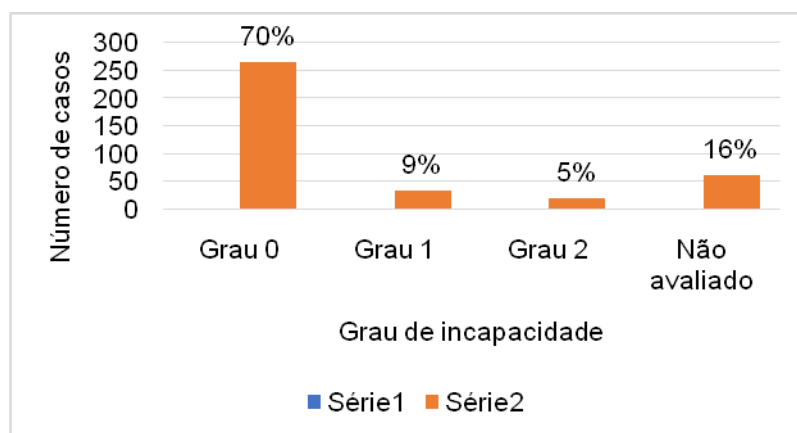


Fonte: SINAN/DATASUS, 2017.

Em Maricá, município do Rio de Janeiro, o tipo de saída mais prevalente foi à alta por cura (87,5%). Esse resultado mostrou a eficácia do tratamento utilizado de forma correta e a aceitação da Poli quimioterapia (PQT) pelo paciente (OLIVEIRA, LEÃO e BRITTO, 2014). Um dos processos de diagnóstico clínico constitui a avaliação do grau de incapacidade física que vai de grau 0 a 2 a qual é utilizado o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É considerado grau 0 quando não há comprometimento neural; grau 1, corresponde a diminuição da força muscular e sensibilidade; grau 2 é a presença de deficiências visíveis tais como, reabsorção óssea, mãos e/ou pés caídos, atrofia muscular, entre outros.

O grau de incapacidade no momento da cura foi 70% grau 0, seguida por não avaliação (16%), grau 1 (9%) e grau 2 (5%), apresentado no **gráfico 2**.

Gráfico 2 - Avaliação do grau de incapacidade no momento da cura. Teresina-PI, 2017.



Fonte: SINAN/DATASUS, 2017.

De acordo com o estudo de Avelino (2015), realizado em Montes Claros-MG o grau de incapacidade 0 no momento do diagnóstico foi presenciado na maioria dos pacientes, entrando assim em consonância com o presente estudo.

Em Campos dos Goytacazes-RJ, os usuários do Programa de Hanseníase em tratamento não apresentaram nenhum grau de incapacidade física, seguido por grau 2 (18,2%), grau 1 (15,1%). Reforçando aqui a importância da detecção precoce e tratamento correto, pois a incapacidade física leva a implicações sócioafetivas, econômica, devido a impossibilidade de trabalhar, bem como, as diversas limitações encontradas (LOPES e RANGEL, 2014).

A doença se não tratada ou tratada tardiamente leva a incapacidade física, afirmando a necessidade de reforçar a vigilância para detecção precoce, tratamento poliquimioterápico de forma correta e a promoção da educação para a população, visando salientar a gravidade da doença e reforçar a primordialidade em buscar os serviços de saúde, bem como extinguir os estigmas da sociedade.

CONCLUSÃO

Foi visto a prevalência da doença na população com faixa etária de 50 a 59 anos, no sexo masculino. A forma clínica Dimorfa representou a maioria dos casos, bem como a Classificação Operacional Diagnóstico Multibacilar. As lesões cutâneas aparecem na quantidade de 2 a 5 e os nervos afetados maior ou igual a 5. Os resultados reportaram a cura como o principal tipo de saída, reforçando a importância e êxito do tratamento de forma correta e diagnóstico precoce. Quanto ao grau de incapacidade, houve predominância de grau 0 tanto no momento do diagnóstico quanto no momento da cura. O presente estudo é relevante, pois permite o fornecimento de dados importantes quanto o perfil sociodemográfico e clínico da doença, permitindo a busca mais eficiente de estratégias direcionadas, visto que é uma doença estigmatizante e negligenciada.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, TME. Hanseníase: Endemia persistente no Brasil com tendência hiperendêmica em regiões do Piauí. *Revista de Enfermagem da UFPI, Piauí*, 2015; 4(2): 1-3.
2. BRASIL. GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE. Brasília. 2017.
3. CAMPOS MRM, et al. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008–2012. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2018; 22(1): 83-90.
4. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. 2017.
5. JÚNIOR AFR, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Ver Bras Clin Med São Paulo*, 2012; (4).
6. LEITE SCC, et al. " Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2015; (25): 121-138.
7. LOPES VAS, RANGEL EM. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 817-829, 2014.
8. OLIVEIRA JCF, et al. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem [Analysis of the epidemiological profile of leprosy at Maricá, Rio de Janeiro: a contribution from nursing]. *Revista Enfermagem UERJ*, 2015; 22(6): 0104-3552.
9. OLIVEIRA LB, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: Uma análise retrospectiva. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2017; 9(3).
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Organização Pan-americana da Saúde, 2016.
11. PRADO AIO, et al. Saúde, adoecimento, atenção e auto atenção entre pessoas atingidas pela hanseníase em Teresina. Dissertação (Assistência farmacêutica). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016; 151p.
12. SARMENTO APA, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2015; 13(3).
13. SIMÕES S, et al. Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 2016; 49(1).
14. SOUZA CDF, MATOS TS. Análise de tendência dos indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase em município prioritário do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 2018; 19(4).
15. VIEIRA GD, et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2014; 23(2).
16. ZANARDO T, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase na atenção básica de saúde de São Luis de Montes Belos, no período de 2008 A 2014. *Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos*, 2016; 9(2).