

Avaliação Epidemiológica das Incapacidades Físicas em Pacientes com Hanseníase

T. B. Mendes¹; A. A. P. Souza¹; J. T. S. Dean¹; P. A. C. Oliveira¹; L. F. B. Mendes; R. F. Scardua²

¹ Departamento de Medicina, FUNORTE, 39401-222, Montes Claros-MG, Brasil

² Hospital Universitário Clemente de Faria, UNIMONTES, 39401-001, Montes Claros-MG, Brasil

thomasbmendes@yahoo.com.br

(Recebido em 10 de maio de 2014; aceito em 31 de outubro de 2014)

A hanseníase é uma doença milenar de caráter infectocontagioso, quando não tratada pode acarretar incapacidades, sendo considerada um problema de saúde pública. Esta pesquisa objetivou descrever o perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, no período de 2002 a 2012. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo, que utilizou dados disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram registrados, 694 casos novos da doença, com predominância do sexo masculino, a maioria na faixa etária economicamente ativa de 35 a 49 anos. O percentual médio de incapacidade grau I na cura foi de 5,06% e grau II 11,69% dos doentes e a média do coeficiente de detecção da hanseníase foi de 1,79 casos novos a cada 10,000 habitantes com pico máximo em 2003 e declínio a partir de 2009. Observou-se que a magnitude da hanseníase no município foi elevada, no entanto em 2012 ficou abaixo da estimativa do Ministério da Saúde. Ao longo da série houve redução de casos novos que vem caminhando ao longo dos últimos quatro anos com decréscimo do coeficiente de detecção. A redução das incapacidades na cura a sugere que o diagnóstico tardio da doença diminuiu no último ano pesquisado do trabalho.

Palavras-chave: Hanseníase, incidência, epidemiologia.

Epidemiological Evaluation of Disabilities in Patients with Leprosy

Leprosy is an ancient disease, infectious and contagious character, untreated person can lead to disabilities considered a public health problem. This study aimed to describe the epidemiology of leprosy cases in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, in the period 2002-2012. This article is an epidemiological study, descriptive, which used data available on the website of the Department of the Health System. This is an epidemiological study, descriptive, which used data available on the website of the Department of the Unified Health System were registered, 694 new cases, with a predominance of males, mostly in the economically active age group of 35-49 years. The average percentage of disability grade I in healing was 5.06% and grade II 11.69% and the average detection rate of leprosy was 1.79 new cases of leprosy per 10,000 inhabitants with maximum peak in 2003 and decline from 2009. It was observed that the magnitude of leprosy in the district was high, however in 2012 was below the estimate of the Ministry of Health. Throughout the series there were fewer new cases that come walking over the past four years to decrease the detection rate. Reducing disability in healing suggests that late diagnosis of the disease has decreased in the last year researching the work.

Keywords: Leprosy, incidence, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade, propriedades que dependem das características intrínsecas do bacilo, de sua relação com o hospedeiro e do grau de endemicidade do meio. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*³. Vários são os fatores de risco propostos para a aquisição da infecção, ocorrendo principalmente pelo contato direto com portadores de hanseníase multibacilar, das formas dimorfa e virchowiana sem tratamento; susceptibilidade do hospedeiro; imunidade celular prejudicada e idade, geralmente em idoso^{9,8}. O diagnóstico é feito na presença de um dos três sinais cardinais: lesões de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervos com espessamento neural, baciloscopia positiva¹.

A evolução da hanseníase sem tratamento se dá com lesões de nervos, especialmente em troncos periféricos, que costumam resultar em incapacidades e deformidades, causando prejuízos não apenas econômicos e psicológicos aos portadores, mas também acabam por gerar o preconceito. O tratamento é essencial para a cura e eliminação da fonte de infecção, e também previne as incapacidades físicas. O controle se baseia na descoberta dos casos de pacientes já doentes, no tratamento regular e no exame dos contatos domiciliares desses casos assim como no acompanhamento sistemático através das Equipes de Saúde da Família, medida considerada fundamental para o controle efetivo⁷.

As reações hansênicas são complicações imunologicamente mediadas, que além de apresentarem quadros clínicos inflamatórios e potencialmente graves, podem se associar, também, ao surgimento de incapacidades físicas causadas frequentemente prejudicando a função nervosa autonômica sensitiva e motora, o que determina frequentemente incapacidades secundárias ou deformações em face, mãos, pés e às vezes não diagnosticadas em olhos⁴. A incapacidade física é classificada por meio do maior grau observada ao exame. O grau 0 (zero) está relacionado a nenhuma incapacidade relacionada à hanseníase, o grau I engloba aqueles com diminuição ou perda da sensibilidade e grau II refere-se à presença de incapacidades e deformidades visíveis⁸. Essas incapacidades e deformidades podem se tornar irreversíveis se o indivíduo afetado não receber o tratamento apropriado⁴.

Atualmente a hanseníase é um problema de saúde no Brasil. O que torna importante, tanto para o portador da hanseníase como para o sistema de saúde, são as campanhas de combate à hanseníase para a realização do diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento adequado, sendo importante salientar que as incapacidades podem ser totalmente evitadas se forem tratadas e acompanhadas nos serviços de saúde de atenção básica⁷. Mesmo com o esforço na eliminação da doença, o Brasil continua sendo o segundo país com a maior prevalência em 2012.

Estima-se que em todo o mundo 2 milhões de pessoas vivem atualmente com incapacidade física como consequência da doença⁸.

Este estudo pretende contribuir na definição do perfil epidemiológico da doença em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, podendo subsidiar ações de enfrentamento desse agravo no âmbito municipal bem como formulação de estratégias em Saúde Pública para o controle da hanseníase. Portanto, objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase quanto ao sexo, faixa etária, ano de detecção da doença, cobertura populacional, o coeficiente de detecção, e o grau de incapacidade de olhos, pés e mãos após a alta, acompanhados no serviço de saúde neste município.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e observacional de caráter quantitativo, que utilizou dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. O município é considerado o principal pólo urbano do norte do Estado de Minas Gerais, Brasil, com uma população total de 318.916 em 2002 e 370.216 no ano de 2012. Foram incluídos no estudo todos os casos novos de hanseníase na população residente no município disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, com idade entre 1 e mais de 80 anos, compreendendo o período de 2002 a 2012.

Os dados epidemiológicos foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros e aqueles coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, bem como do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Os procedimentos funcionais e operacionais que possibilitaram o desenvolvimento da investigação utilizaram os dados populacionais e dados informatizados dos pacientes para cálculos os quais foram obtidos a partir pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros.

Foram realizadas análises descritivas a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis sexo, faixa etária, ano de detecção da doença, cobertura populacional, o coeficiente de detecção e o grau de incapacidade na cura. O indicador utilizado

para o estudo foi o coeficiente de detecção (número de casos novos sobre população, multiplicado por 10.000).

Este estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas - Parecer Consubstanciado número 187.844/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do período estudado foram notificados no município 694 casos de hanseníase, nas seguintes faixas etárias: 35 a 49 anos (27,81%), 50 a 64 (27,66%), 20 a 34 (21,47%), 65 a 79 (13,26%), os menores de 15 anos (5,19%), 15 a 19 (2,88%) e os indivíduos de 80 anos ou mais (1,73%). Grande parte da população é economicamente ativa e 51,6% referem-se ao gênero masculino. A Tabela 1 apresenta a tendência temporal segundo o gênero e a Tabela 2 o número de casos novos por ano, a população total, o coeficiente de detecção da doença e a cobertura populacional.

Tabela 1- Tendência temporal da hanseníase segundo o gênero.

GÊNERO / ANO	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
2002	43	60	28	39
2003	41	23	42	50
2004	41	48	43	51
2005	34	51	32	48
2006	41	55	33	44
2007	39	54	33	45
2008	24	53	21	46
2009	42	57	31	42
2010	25	52	23	47
2011	27	57	20	42
2012	15	48	16	51

Fonte: SINAN/Montes Claros-MG, 2013.

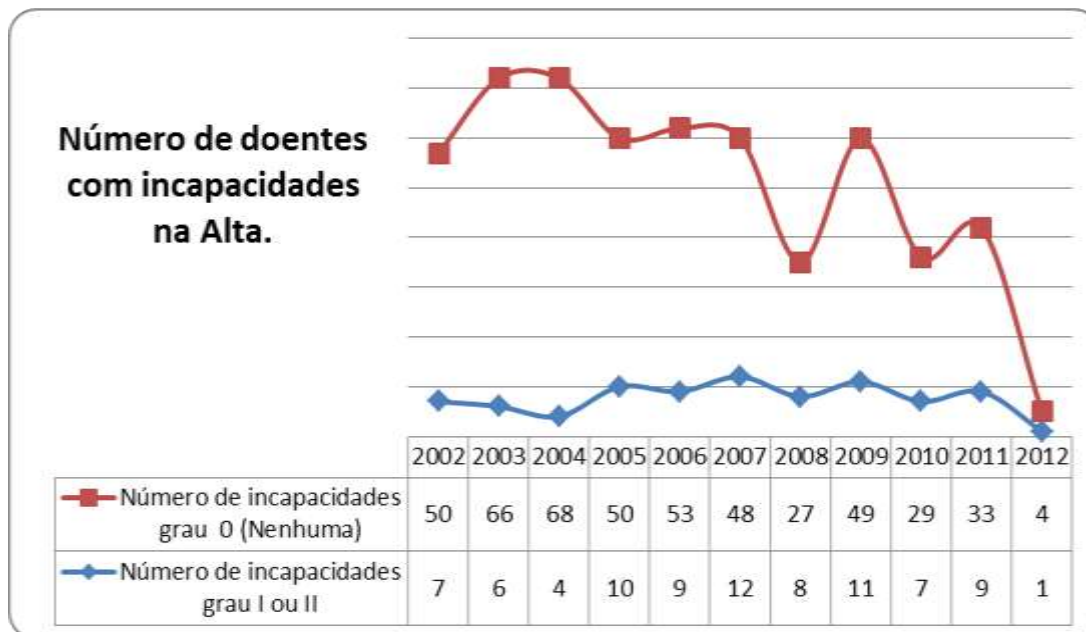
Tabela 2 - Coeficiente de detecção por 10.000 habitantes de hanseníase na Secretaria Municipal de Saúde Montes Claros-MG, Brasil, 2002 a 2012.

Ano	Casos	População Total	Coeficiente de Detecção	População Coberta	População Coberta %
2002	71	318916	2,226	8809	2,76
2003	82	324471	2,527	46425	14,31
2004	84	336132	2,499	138057	41,07
2005	65	342586	1,897	109427	31,94
2006	73	348991	2,091	128826	36,91
2007	71	352384	2,014	164250	46,61
2008	45	358271	1,256	181740	50,73
2009	71	361915	1,954	210348	58,12
2010	45	363227	1,240	220259	60,64
2011	45	366134	1,229	222184	60,68
2012	29	370216	0,783	237496	64,15

Fonte: SINAN/Montes Claros-MG, 2013.

O ano de 2003 foi o de maior pico de coeficiente de detecção, com 2,527 casos novos a cada 10.000 habitantes e em 2012 teve o menor coeficiente de detecção 0,783 casos novos a cada 10.000 habitantes. (Tabela 2). O percentual médio de incapacidade grau I na cura, ou seja, após a alta, foi de 5,06% e grau II na cura foi de 11,69%. No ano de 2012 observou-se um percentual total grau I e grau II de incapacidade de 13,84% e a cobertura populacional foi de 64,15%, conforme Figura 1.

Figura 1 - Tendência temporal da taxa de Percentual de casos de hanseníase com grau de incapacidade avaliado na alta do tratamento de hanseníase



Fonte: SINAN/Montes Claros-MG, 2013.

Na distribuição de casos novos por gênero observou-se um maior índice de casos do gênero masculino, estando de acordo com outros estudos^{10,5}, o risco de exposição é determinante dessa diferença em gêneros^{8,5}, estando, também, relacionado ao diagnóstico tardio e aos aspectos relativos ao autocuidado⁸.

De acordo com os resultados, grande parcela dos pacientes com hanseníase no município se situa na faixa etária de 35 a 49 anos, semelhante a outros estudos^{10,7}, dado este preocupante por ser uma faixa economicamente ativa, podendo prejudicar a economia do município devido possíveis incapacidades, além de ser potencialmente os principais disseminadores da doença⁷.

Ao longo da série houve redução no coeficiente de detecção de casos novos, o que foi observado em todo território nacional¹. Esta queda do coeficiente de detecção no município coincide com o aumento do número de equipes de saúde da família e cobertura populacional. O aumento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Montes Claros diminuíram as dificuldades de acesso às ações de controle da hanseníase. A literatura confirma que a ampliação da cobertura populacional das unidades básicas de saúde facilita a eliminação da hanseníase como problema de saúde¹. A ESF tem demonstrado forte contribuição na descoberta de novos casos, acompanhamento e tratamento^{2,6}.

Foram constatados resultados satisfatórios em relação à evolução dos casos, onde o percentual médio de incapacidade de grau I e grau II, avaliados após a alta, foi baixo demonstrando uma eficiência do programa terapêutico.

4. CONCLUSÃO

Observou-se predomínio do sexo masculino com diferenças numéricas reduzidas entre homens e mulheres nos anos pesquisados, podendo ter sido influenciado pelos aspectos relativos ao autocuidado e por maior exposição à doença. A faixa etária prevalente se mantém na maior parte na etária economicamente ativa, podendo prejudicar a economia do município devido possíveis incapacidades.

Ao longo da série houve redução de casos novos que vem caminhando ao longo dos últimos quatro anos com decréscimo do coeficiente de detecção. Nos últimos anos ficou abaixo do coeficiente de detecção nacional segundo os gráficos do Ministério da Saúde, coincidindo com avanço anual do aumento do número de equipes de saúde da família e cobertura populacional. Isso sugere que a redução da detecção de novos casos são inversamente proporcionais ao número de equipes de saúde designadas para cobertura da população. A redução das incapacidades na cura sugere que o diagnóstico tardio da doença diminuiu no último ano pesquisado do trabalho. São necessários mais estudos para justificar os benefícios da cobertura populacional atendida pelos profissionais de saúde facilitando o diagnóstico precoce e prevenção de incapacidades.

5. AGRADECIMENTOS

Agradeço à Luiza Augusta Rosa Rossi Barbosa que tanto colaborou com esse estudo.

-
1. BRASIL, Ministério da Saúde . Boletim Epidemiológico: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília. 2013; 44(11) - [atualizado em 15 set 2013; citado em 10 jan 2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-gestor/vigilancia/links-vigilancia/189-boletim-epidemiologico>
 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.669, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 04 de novembro de 2010 - [atualizado em 4 nov 2010; citado em 10 jan 2014] Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php>.
 3. Cohen JM. Ocular leprosy: a historical approach. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 2009;2(5): 728-733. doi: 10.1590/S0004-27492009000500027
 4. Hogeweg M, Keunen JE. Prevention of blindness in leprosy and the role of the Vision 2020 Programme. Eye. 2005;19(10):1099-1105. doi:10.1038/sj.eye.6701984
 5. Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Garnel L, Levino A, Cunha, MG, Pedrosa V. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em menores de 15 anos de idade, Manaus,1998-2005. Revista Saúde Pública. 2008;42(6):1021-1026. doi: 10.1590/S0034-89102008005000056
 6. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(3).
 7. Miranzi SSC, Pereira, LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2010; 43(1):62-7. doi: 10.1590/S0037-86822010000100014
 8. Monteiro LD. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2013;29(5). doi: 10.1590/S0102-311X 2013000500009
 9. Pucci FH, Teófilo CR, Aragão SGA, Távora LGF. Pain in Hansen's disease patients. Revista Dor. 2011;12(1):15-18. doi:10.1590/S1806-00132011000100004
 10. Santo LRE, Teles, LF, Medeiros IA, Silveira MF, Cordeiro SS. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de brasileiro no período de 2005 a 2009. Motricidade. 2012;8(2):212-219
 11. Silva Sobrinho RAD, Mathias TADF. Prospects for the elimination of leprosy as a public health problem in the State of Paraná, Brazil. Caderno de Saúde Pública. 2008;24(2):303-314. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200009