



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO FARMÁCIA GENERALISTA**

BRUNNO FERREIRA FÉLIX

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE**

CAMPINA GRANDE – PB
2012

BRUNNO FERREIRA FÉLIX

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação Farmácia Generalista da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador (a): Prof^a. MSc. Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

F316p

Félix, Bruno Ferreira.

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes diagnosticados com hanseníase. [manuscrito] / Bruno Ferreira Félix. – 2012.

24 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Departamento de Farmácia.”

1. Hanseníase. 2. Epidemiologia. 3. Saúde pública.
I. Título.

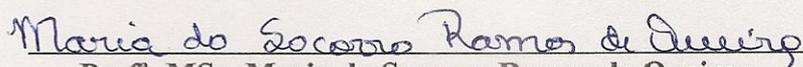
21. ed. CDD 616.998

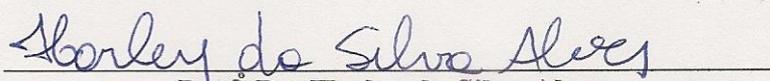
BRUNNO FERREIRA FÉLIX

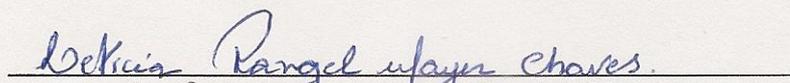
**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação Farmácia Generalista da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Farmácia.

Aprovada em 21/11/2012.


Prof.^a MSc. Maria do Socorro Ramos de Queiroz
(Orientadora – CCBS/DF/UEPB)


Prof.^a Dr. Harley da Silva Alves
(Examinador – CCBS/DF/UEPB)


Prof.^a Esp. Leticia Mayer Rangel Chaves
(Examinadora – CCBS/DF/UEPB)

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE

FÉLIX, Brunno Ferreira¹

RESUMO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta, principalmente, por sinais e sintomas dermatoneurológicos e apresenta uma tendência crescente nos países em desenvolvimento, sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil. O objetivo foi descrever o perfil clínico e epidemiológico de todos os pacientes na tentativa de contribuir para estabelecimento de estratégias para o controle da doença. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, documental e descritivo, desenvolvido no Serviço de Referência de Hanseníase do município de Campina Grande – PB, no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012. Os resultados foram descritos em média \pm desvio padrão e em números absolutos e percentuais adotando como limite de confiança 95% (IC 95%). Foram registrados 92 casos de Hanseníase sendo a maioria mulheres e a maior incidência em 2011. As faixas etárias de maior frequência corresponderam a 50-59 anos e 60 a 69 anos para o total de pacientes. Na classificação operacional das lesões o principal tipo foi Multibacilar e as formas clínicas foram Dimorfa (43%) seguido da Tuberculóide (26%) e Virchoviana (17%). É importante ressaltar que 69% da amostra receberam alta por cura e a baciloscopia foi realizada em 53 pessoas (58%) e 18 (20%) delas apresentaram valores positivos, indicando risco de transmissão da doença. Os achados indicam que o diagnóstico ainda é tardio evidenciando a necessidade de intensificar o desenvolvimento das ações de controle da hanseníase no município, facilitando o acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase. Epidemiologia. Clínica.

¹ Acadêmico (a) de Farmácia Generalista/ Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) / brunno.felix@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de caráter crônico causada pelo *Mycobacterium leprae* que possui predileção para a pele e nervos periféricos. Apresenta-se como uma das doenças mais antigas da humanidade e apesar de, desde 1986, disponibilizarmos da cura por meio da poliquimioterapia, ainda constitui importante problema de saúde pública no Brasil (MELÃO *et. al.*, 2011).

É uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta causada pela *Mycobacterium leprae*, bacilo que atinge principalmente a pele e os nervos periféricos e tem como principal via de entrada as vias aéreas superiores. Clinicamente a doença pode apresentar um espectro de manifestações clínicas, histopatológicas e bacteriológicas relacionadas a graus diversos de resistência imunocelular. Com a evolução da doença não tratada, além das lesões dermatológicas surge o comprometimento dos nervos periféricos que podem provocar incapacidades físicas que podem evoluir para as deformidades, levando a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, responsáveis pelo estigma e preconceito contra a doença (ALCAIS *et al.*, 2005).

A associação histórica da enfermidade a estigmas mantém, na representação social, a idéia de doença mutilante e incurável, provocando atitudes de rejeição e discriminação ao doente, com sua eventual exclusão da sociedade. Além disso, as lesões cutâneas e o acometimento neural, que levam as principais incapacidades físicas, pioram ainda mais a autoestima dos doentes, provocando uma queda da qualidade de vida e interferindo em diversos aspectos da vida dos mesmos, como aparência, trabalho e relação conjugal (BUDEL *et. al.*, 2011).

Apesar dos inegáveis avanços na terapêutica e nas ações de controle da doença, a Hanseníase ainda no século XXI é considerada um relevante problema de saúde pública em alguns países em desenvolvimento, onde mais de 1 bilhão de pessoas vivem em áreas consideradas endêmicas. Dentre estes, merecem destaque a Índia e o Brasil, respectivamente o primeiro e o segundo colocados em números absolutos de casos da doença no mundo (WHO, 2007).

No Brasil, dados do Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) e da Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, no ano de 2011 revelaram um total de casos de hanseníase notificados no país, com sua maior parte na região Nordeste (12.575, 42,35% dos casos do país). O estado da Paraíba foi responsável por 660 casos (5,25% dos casos da região Nordeste) (BRASIL, 2011).

Tendo conhecimento dos vários casos registrados no Serviço de Referência de Hanseníase, em Campina Grande-PB e da necessidade da consolidação dos dados, este estudo propõe junto à equipe de saúde descrever o perfil clínico e epidemiológico de todos os

pacientes na tentativa de contribuir para estabelecimento de estratégias para o controle da doença.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cenário epidemiológico

As ações de controle da hanseníase vêm passando por várias reformulações de estratégias nos últimos quarenta anos, e após o advento da poliquimioterapia na década de 80 ampliou-se a possibilidade de sua eliminação (SOARES, 2000). A partir da 44^a Assembléia da OMS, a meta passou a ser a eliminação da doença como problema de saúde pública, tendo como objetivo atingir uma taxa de prevalência de menos de um caso em cada 10 mil habitantes (WHO, 2005). Ainda que a meta de reduzir a prevalência de hanseníase não tenha sido atingida em nível mundial, é necessário reconhecer o avanço no tratamento da doença.

Entretanto, ainda no século XXI, em vários países, a Hanseníase mantém-se como processo infeccioso crônico de elevada magnitude. O Brasil é responsável pela endemia no continente americano com 93,2% dos casos, ocupando o segundo lugar em número absoluto de casos da doença no ranking mundial (WHO, 2008a; WHO 2008b).

Seguindo orientações das diretrizes de estratégia global, o foco central para o monitoramento da evolução das ações de controle em todo mundo concentra-se atualmente na variação de casos novos detectados. Em 2011, no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 17,65/100.000 habitantes e coeficiente de prevalência 1,54/100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Da mesma forma como acontece a outras doenças transmissíveis, a distribuição de casos novos se dá ao acaso na população. Os casos estão distribuídos em focos nos países agregados como consequência da dinâmica da transmissão (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005).

Ainda é preocupante e tem merecido relevância a existência de um considerável número de casos desconhecidos dos serviços de saúde, que continuam a alimentar a cadeia de transmissão da doença (RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

Apesar de grandes desafios inerentes ao controle, o diagnóstico e o tratamento são factíveis na maioria dos países endêmicos (LOCKWOOD; SUNEETHA, 2005;

RICHARDUS; HABBEMA, 2007). Este fato é respaldado considerando-se a possibilidade de integração das ações de saúde no caso do Brasil, na rede de unidades de saúde da família e no Sistema Único de Saúde (SUS), em áreas de maior vulnerabilidade, tanto urbana quanto rural (RAMOS JÚNIOR et al., 2006; WHO, 2008a).

2.2 Agente etiológico

A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, patógeno intracelular obrigatório com tropismo pelas células de Schwann e pelos macrófagos, que acomete principalmente as células cutâneas e do nervo periférico. Este microorganismo é um bastonete que mede 0,3- 0,4 micras de largura por 1,0 – 8,0 micras de comprimento, reto ou ligeiramente encurvado e de extremidades arredondadas. Multiplica-se muito lentamente, podendo levar de 12 a 14 dias e prefere desenvolver nas extremidades do corpo humano, onde a temperatura é mais baixa (GOULART et al., 2002).

2.3 Modo de contágio

A transmissão da doença ocorre principalmente pelas vias áreas superiores que são tidas como a principal porta de entrada e via de eliminação do bacilo de pacientes com as formas multibacilares. Entretanto, existe também a possibilidade de penetração do microorganismo através da pele, quando esta não se apresenta íntegra (BRASIL, 2002). Apesar de poderem eliminar bacilos, as secreções como: esperma suor e secreção vaginal, não são importantes para disseminação da doença (ARAÚJO, 2003).

O homem é considerado a única fonte de infecção. Todavia, estudos têm gerado hipóteses de além da transmissão por contágio direto, o *Mycobacterium leprae* poderia ser transmitido de forma indireta, existindo outros reservatórios fora do corpo humano (FINE, 1997). Tais fontes poderiam ser solo, vegetação, água, artrópodes, macacos africanos e tatus. Tem sido demonstrado que o bacilo pode permanecer viável até 5 meses fora do corpo humano dependendo do tipo de solo, da temperatura e da umidade do ar (DESIKAN; SREEVATSA, 1995). Também permanecem dúvidas sobre o papel dos reservatórios naturais e da transmissão zoonótica de outras espécies para o homem (KERR-PONTES et al., 2006).

A Hanseníase pode acometer ambos os gêneros, porém é mais frequente no homem (60%) do que na mulher, seja pela maior exposição masculina ou ainda pela mulher ser geneticamente menos susceptível (FARSHCHIAN; KHEIRANDISH, 2004). Com relação à faixa etária, esta patologia atinge todas as idades, principalmente os adultos (LANA et al., 2003; FIGUEIREDO; SILVA, 2003), porém existe inúmeros relatos de casos desta enfermidade em menores de 15 anos. A justificativa para este fato é provavelmente a existência do aumento de doentes bacilíferos sem tratamento na comunidade, por isso nos últimos três anos, o PNCH vem sinalizando este indicador como prioritário para monitoramento da doença (BRASIL, 2008b).

Além das condições individuais, outros fatores influem no risco de adoecer, porque o bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto, poucos adoecem (baixa patogenicidade) (MARTELLI et al., 2002). Estas propriedades não são função apenas de suas características intrínsecas do bacilo, mas dependem, sobretudo de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, além das condições socioeconômicas desfavoráveis, traduzidas no elevado número de pessoas, habitando num mesmo domicílio (BRASIL, 2002).

Dentre as pessoas que adoecem o grau de resistência ao microorganismo divide os pacientes em dois tipos: Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB). Os PB por apresentarem maior resistência ao bacilo abrigam pequena carga deste microorganismo. Apesar de relatos demonstrarem o papel dos paucibacilares na transmissão da doença, estes são considerados fontes potenciais. Os pacientes com MB apresentam resistência insuficiente ao bacilo, por conseguinte abrigam uma grande carga deste, podendo infectar outras pessoas, caso não estejam em tratamento, considerando que o tratamento com a poliquimioterapia nas primeiras doses torna os bacilos inviáveis (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

2.4 Manifestações Clínicas

A doença inicialmente manifesta-se através de lesões de pele: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos, que apresentam perda da sensibilidade, sem evidência de lesão nervosa troncular. Estas lesões de pele ocorrem em qualquer região do corpo, mas com maior frequência na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, podendo também acometer a mucosa nasal (ARAÚJO, 2003).

Com a evolução da doença não tratada manifestam-se as lesões dos nervos, principalmente nos troncos periféricos, podendo aparecer nervos espessados e doloridos à

percussão com sensação de choque, diminuição da sensibilidade nas áreas inervadas por ele: olhos, mãos e pés e diminuição da força do músculo inervado pelos nervos comprometidos. As lesões nervosas são acrais, assimétricas, com disestesia precoce e paralisias tardias. Observa-se inicialmente alteração de sensibilidade térmica, dolorosa e por último tátil (SOUZA,1997).

2.5 Classificação e formas clínicas

Diversas classificações foram propostas para Hanseníase ao longo do tempo, algumas mais complexas, outras mais simples; alguns para fins terapêuticos e outras para fins científicos. As classificações mais usadas no Brasil são as de Madri (Congresso Internacional, 1953), de Ridley e Jopling e da World Health Organization (WHO, 2000). O de Madri considera-se dois pólos estáveis e opostos (Virchowiano (VV) e Tuberculóide (TT) e dois grupos instáveis (Indeterminado e Dimorfo), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença (LIMA et al., 2009). O tipo Indeterminado é a forma inicial da doença e caracteriza-se por manchas cutâneas hipocrômicas, únicas ou pouco numerosas, sem sensibilidade, geralmente imprecisas, localizadas em qualquer área do tegumento, sem espessamento de tronco nervoso e, portanto, sem deformidades. A forma TT, caracteriza-se, geralmente, por lesão única, bem delimitada, de forma oval ou arredondada, de superfície mais ressecada que a pele normal, com rarefação ou ausência de pêlos, com alterações da sensibilidade e com envolvimento de troncos nervosos (FOSS,1999).

A Hanseníase VV representa, na maioria das vezes, a evolução da doença indeterminada não tratada, em pacientes sem resistência ao bacilo de Hansen. Caracteriza-se por lesões eritematosas, infiltradas, com bordas imprecisas, podendo surgir pápulas, tubérculos, infiltrações em placas e lesões circunscritas denominadas de hansenomas. As orelhas ficam infiltradas, as sobrancelhas e os cílios podem cair a partir das extremidades externas. Ocorre infiltração intensa, difusa e progressiva, conferindo o aspecto denominado de *facies leonina*, os olhos, o nariz e os órgãos internos podem ser acometidos. A Hanseníase Dimorfa caracteriza-se por lesões que mostram aspectos morfológicos dos tipos VV e TT é a forma clínica encontrada na maioria dos pacientes (TALHARI et al., 2006).

A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Nessa classificação, são observadas: as características das lesões cutâneas, as alterações neuropáticas, a baciloscopia, o teste de Mitsuda (análise imunológica) e análise

anatomopatológica. São descritos a forma TT, os casos borderline ou dimorfos que são subdivididos em Dimorfo-Tuberculóide (DT), Dimorfo-dimorfo (DD) e Dimorfo-Virchowiano (DV), Virchowiano-Subpolar (VVs) e Virchowiano (VV) (NEVES, 2001).

A classificação da WHO vem sendo utilizada em programas de controle da doença inclusive pelo Ministério da Saúde, devido a sua maior simplicidade. É denominada de classificação operacional, sendo utilizada para alocação do paciente para fins terapêuticos em países de alta prevalência da doença. Classifica os doentes em Paucibacilares quando há presença de até cinco lesões, incluindo as formas Tuberculóide e Indeterminada. Os casos Multibacilares são aqueles que apresentarem mais de cinco lesões cutâneas, incluindo Dimorfa e Virchowiana (WHO, 2008a).

2.6 Diagnóstico

O diagnóstico compreende inicialmente o exame clínico que é realizado através do exame físico onde procede-se uma avaliação dermatológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Antes, porém realiza-se a anamnese colhendo informações sobre a história clínica do paciente como a presença de sinais e sintomas dermatológicos característicos da doença e sobre a fonte de infecção (BRASIL, 2002)

O Ministério da Saúde define como caso confirmado de hanseníase a presença de um ou mais destes sintomas: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva da pele (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003).

A baciloscopia é um exame microscópico que consiste na análise do esfregaço de raspado intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de preferência da *Mycobacterium leprae* (lóbulo auricular e/ou cotovelos) (MOSCHELLA, 2004).

A baciloscopia às vezes fornece resultados de qualidade duvidosa ou por não se encontrar disponível, a OMS tem orientado a classificação operacional baseado em critérios clínicos com número de lesões cutâneas (BRASIL, 2002).

O exame histopatológico utilizando-se biópsia de pele ou nervo para diagnóstico diferencial porque nem sempre o microorganismo é evidenciado nas lesões hansênicas ou em outros locais de coleta e também por existirem doenças que provocam lesões neurológicas e de pele semelhantes que podem ser confundidas com a hanseníase (CUNHA, 2002).

A confiabilidade da classificação operacional baseada em apenas em critérios clínicos vem sendo questionada, devido a subestimação no número de lesões podendo levar a

classificação errônea do paciente multibacilar como paucibacilare, portanto, a um curso inadequado na terapêutica (BUHRER-SEKULA et al., 2000; GALLO et al., 2003).

Recentemente, novas técnicas vêm sendo aprimoradas e incluem a pesquisa de anticorpos anti- PGL 1 e a reação em cadeia polimerase (PCR). O PGL-1 (glicólico fenólico 1) é um antígeno específico da parede do bacilo de Hansen. A positividade do anti- PGL 1 é feita através de titulação, tendo as formas multibacilares com títulos maiores (BUHRER-SEKULA et al., 2000).

A PCR é descrita como forma de auxiliar para o diagnóstico e caracterização das formas neurais puras, nos quais há dificuldade de demonstrar o bacilo de Hansen na baciloscopia convencional (JARDIM et al., 2005).

No Brasil para fins operacionais em saúde coletiva adota-se a classificação operacional, o que aumenta a oportunidade de submeter o tratamento o maior número de doentes (SAMPAIO; RIVITTI, 2001).

2.7 Tratamento

O primeiro avanço no tratamento da hanseníase ocorreu na década de 40, com o desenvolvimento da dapsona, o único fármaco até então conhecido, que deteve a doença. A dapsona é um antibacteriano que age através da competição com o ácido *para*-aminobenzóico (PABA), diminuindo ou bloqueando a síntese do ácido fólico. Entre os vários efeitos colaterais atribuídos a ela destacam-se os problemas digestivos, anemia hemolítica, metemoglobinemia, hepatites, neuropatia motora periférica, fotodermatite e cefaléia (GOULART *et. al.*, 2002).

Na década de 60, o antibiótico rifampicina foi utilizado pela primeira vez no combate à *M. Leprae*. Ele age inibindo a síntese protéica bacteriana por combinar-se com a RNA polimerase. Os efeitos colaterais mais graves causados por este fármaco acontecem quando utilizados de maneira intermitente. São eles: a síndrome pseudogripal, insuficiência respiratória, insuficiência renal, e anemia hemolítica, entre outros (LEGENDRE; MUZNY, SWIATLO, 2012).

A clofazimina, que é um antibacteriano, foi inicialmente utilizada em monoterapia e atualmente faz parte do tratamento PQT, existindo poucos relatos de casos de resistência. O seu mecanismo de ação é ignorado. O principal efeito colateral desse fármaco é o ressecamento da pele, podendo evoluir para ictiose, notando-se pigmentação avermelhada da pele além de efeitos adversos gastrointestinais (LEGENDRE; MUZNY, SWIATLO, 2012).

Etionamida e protionamida são antibacterianos intercambiáveis e semelhantes em suas atividades e toxicidades frente ao bacilo de Hansen (WHO, 1994). A talidomida embora apresente muitos efeitos adversos, principalmente teratogenicidade ou morte do feto, tornou-se uma grande opção terapêutica para diversas doenças, tais como lúpus eritematoso, doença de Behçet, dermatite atópica, com grande destaque para o quadro clínico de hanseníase (PENNA *et. al.*, 2005).

Ao contrário da monoterapia que é prolongada e sem perspectivas de término o tratamento através da poliquimioterapia tem prazo determinado o que aumenta a adesão, diminui os efeitos colaterais e previne a resistência (BRASIL, 2002).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, documental e descritivo, desenvolvido no Serviço de Referência de Hanseníase do município de Campina Grande – PB, no período de Janeiro a outubro de 2012. Foram incluídos no estudo todos os casos notificados e com diagnóstico confirmado de Hanseníase. Contudo, foram excluídos da análise os casos que, apesar de notificados, não apresentavam confirmação diagnóstica ou que continha inconsistências.

A pesquisa adotou os princípios éticos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (196/96), a qual obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba com protocolo sob nº 0466.0.133.000-09⁸.

Os resultados foram digitados no Excel (2007), tratados no Epi-info 3.5.2, descritos em média \pm desvio padrão e em números absolutos e percentuais adotando como limite de confiança 95% (IC 95%).

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Foram registrados 92 casos de Hanseníase no Serviço de Referência de Hanseníase do município de Campina Grande – PB, com média de 23 pacientes diagnosticados e notificados por ano. A distribuição dos casos por gênero revelou que 49 (53%) dos portadores da doença eram mulheres e que a maior incidência no número total de pacientes foi em 2011 (69%) (FIGURA 1).

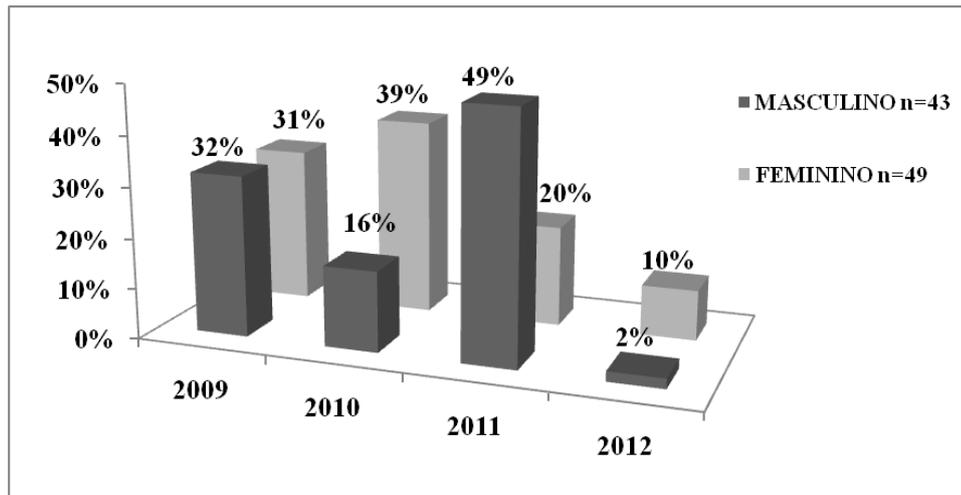


FIGURA 1: Distribuição dos casos de hanseníase por gênero, diagnosticados no período em estudo.

Com relação à distribuição etária (FIGURA 2) as faixas de maior frequência corresponderam a 50-59 anos e 60 a 69 anos para o total de pacientes.

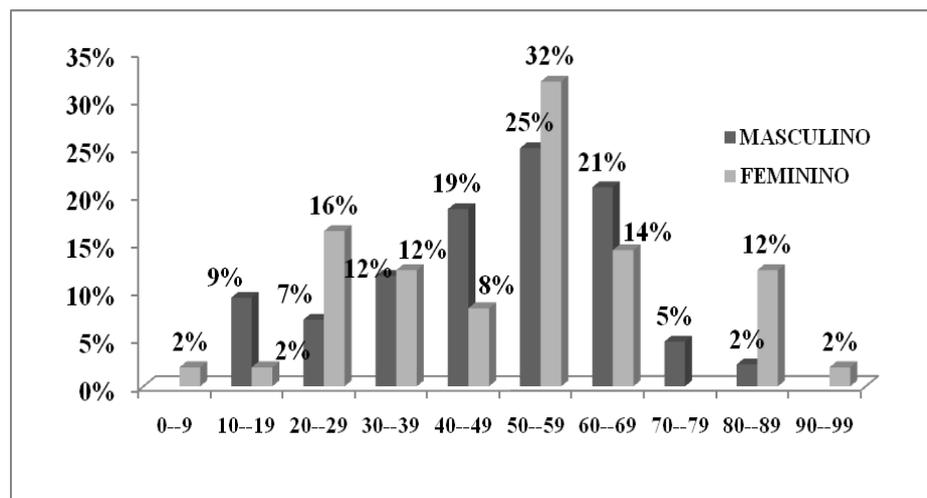


FIGURA 2: Divisão dos pacientes por faixa etária segundo o gênero.

Quanto à classificação operacional das lesões hansêmicas dos pacientes, o tipo Multibacilar foi mais representativo no gênero masculino (75%) e no feminino (51%) (FIGURA 3).

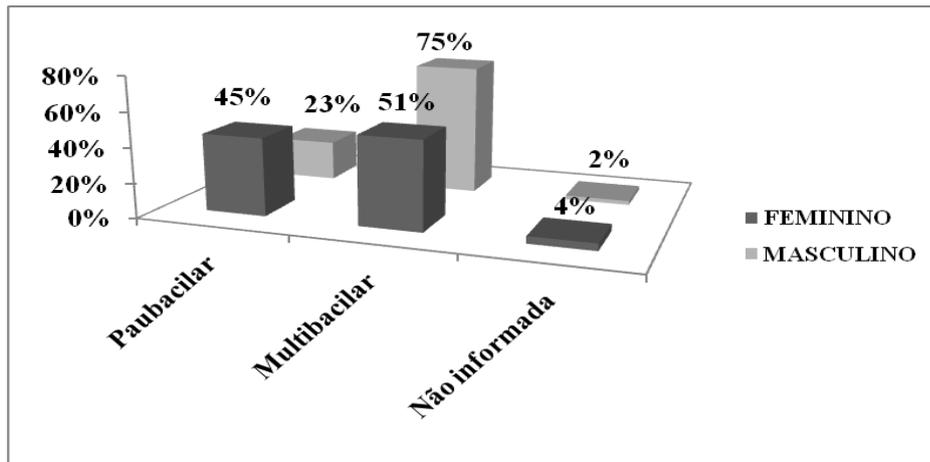


FIGURA 3: Classificação operacional das lesões hansêmicas por gênero.

Na avaliação da forma clínica observou-se que a maioria das lesões foi do tipo Dimorfa (43%) seguido da Tuberculóide (26%) e Virchoviana (17%) (FIGURA 4).

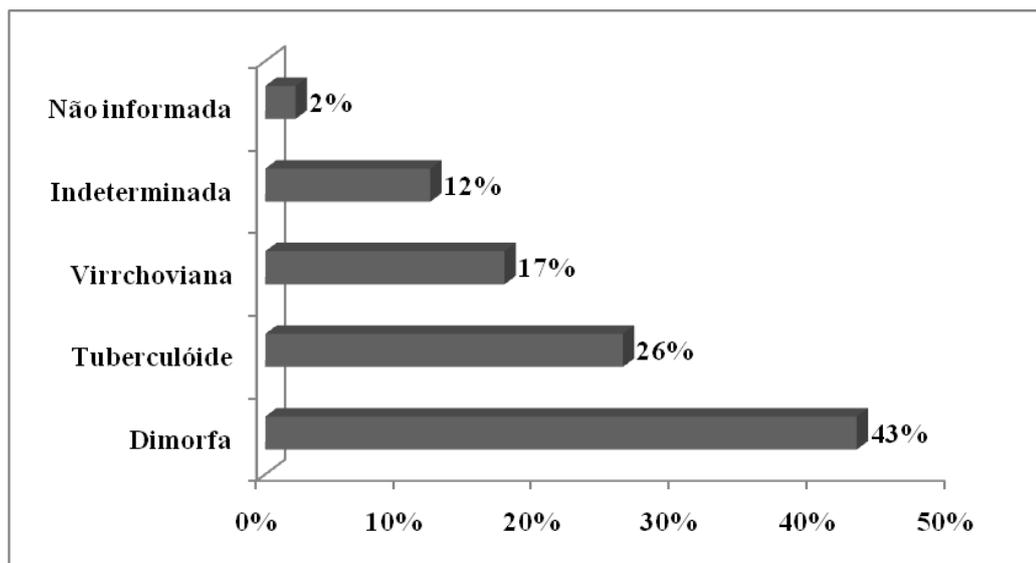


FIGURA 4: Percentual das formas clínicas das lesões hansêmicas.

Neste trabalho, também foi analisado a conduta final do paciente diagnosticado com hanseníase. É importante ressaltar que 69% da amostra receberam alta por cura, 13% foram transferidos e 2% apresentaram erro de diagnóstico. No tratamento, cada paciente recebia uma dose mensal do coquetel poliquimioterápico. A baciloscopia foi realizada em 53 pessoas (58%) e 18 (20%) delas apresentaram valores positivos, indicando risco de transmissão da doença (TABELA 1).

TABELA 1 – Informações relacionadas à conduta pós-diagnóstico, baciloscopia e tratamento dos portadores de hanseníase.

INFORMAÇÕES	n	%
Não informado	1	1
Erro de diagnóstico	2	2
Tratamento	7	8
Acompanhamento	5	5
Óbito por outras causas	2	2
Transferência	12	13
Alta por cura	63	69
Positivo	18	20
Negativo	35	38
Não realizado	39	42
5 meses	3	3
6 meses	26	28
7 meses	4	4
9 meses	2	2
10 meses	2	2
11 meses	2	2
12 meses	36	37
Não concluído	20	22

A Hanseníase é uma enfermidade de importância nacional, colocando o Brasil em segundo lugar no mundo pelos elevados coeficientes de incidência e de prevalência. A doença compromete homens e mulheres, acarretando sérios prejuízos de ordem bio-psicosocial e econômica, que culminarão em uma notória piora da qualidade de vida (MARTINS, 2009).

Nesse trabalho, a maioria dos pacientes diagnosticados com hanseníase pertencia ao gênero feminino, dado que corrobora com estudos realizados por vários pesquisadores (RODRIGUES, 2010) (PINTO et. al., 2011), no entanto em outros trabalhos a maior participação foi de homens (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010). Alguns autores afirmaram que o maior contato social entre homens e sua frequente exposição a ambientes de

risco contribui para elevar o número de casos (SILVA et. al., 2010), enquanto que a menor preocupação com a estética corporal e falta de políticas específicas para esse público pode contribuir na deficiência do diagnóstico, o que justificaria o predomínio das mulheres em alguns estudos (LIMA et. al., 2010). Outros pesquisadores revelaram que a preponderância da doença no homem não é universal e que quando relacionados às reações hansêmicas o gênero feminino, a gravidez e a amamentação são fatores de risco para a ocorrência, ressaltando a característica imunológica e genética presente na doença (BATISTA et. al., 2011).

A Hanseníase é considerada uma doença do jovem e do adulto, há numerosos relatos de casos dessa enfermidade na faixa etária de 0 a 14 anos. Este quadro é relacionado à existência de um aumento na cadeia de transmissão do bacilo na família e na comunidade, além de uma deficiência na vigilância e no controle da doença (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010) (LANA et. al., 2004) (PEREIRA et. al., 2011). Neste trabalho evidenciou-se a presença de crianças com 8 e 12 anos e de jovens com 15 e 17 anos.

Observou-se também a predominância da idade entre 50 e 59 anos, faixa etária economicamente ativa da população. Um dos motivos responsáveis pelo acometimento de Hanseníase nesse grupo etário é devido ao risco de exposição ao meio social para desempenhar as suas atividades. Essa característica encontrada deveria ser pauta de discussões gerenciais, haja vista ser esta a fase produtiva, que acarreta problemas socioeconômicos para o indivíduo, família e sociedade (RIBEIRO JUNIOR, VIEIRA CALDEIRA, 2012). O registro de casos na terceira idade 60-69 anos pode estar relacionado à falta de conhecimento da doença resultando no diagnóstico tardio.

Ao analisar a classificação operacional das lesões hansêmicas, evidenciou-se elevada proporção de pacientes Multibacilares. A maior frequência desse tipo entre os pacientes adquire importância por serem estas as formas infectantes da doença e por seu diagnóstico ocorrer tardiamente (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010) (LIMA et. al., 2010) (RAMOS, SOUTO, 2010). Estes achados revelaram que o diagnóstico da doença ainda é lento no município, o que nos leva a inferir que as ações de vigilância epidemiológica são pouco consistentes e que há de priorizar o envolvimento dos profissionais da saúde. Estudos, entretanto, mostraram uma prevalência de lesões do tipo Paubacilar (PEREIRA et. al., 2011). A ocorrência acentuada da forma Paucibacilar em mulheres neste estudo traduz o fato de atividades de diagnóstico precoce.

Quanto à forma clínica da doença, o principal tipo notificado foi Dimorfa, seguido de Tuberculóide e Virchoviana, cenário semelhante aos registrados na literatura (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010) (LIMA et. al., 2010) (CONTE et. al., 2009). Nos achados de

outros pesquisadores as formas Indeterminada e Tuberculóide foram mais frequentes, levando a crer que os pacientes procuraram o serviço de saúde antes da polarização para as formas mais graves e contagiosas da doença (BATISTA et. al., 2011). Diante dos fatos nota-se a necessidade de maior divulgação da doença na população para que o diagnóstico seja realizado mais precocemente em nossa região.

Embora o diagnóstico da Hanseníase seja essencialmente clínico e epidemiológico, a baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, pode ser utilizada para a classificação dos casos como Paubacilar ou Multibacilar. Quando negativa, não exclui o diagnóstico de doença, mas, se positiva, permite classificar o caso como Multibacilar, independente do número de lesões presentes (BRASIL, 2010). Nesse estudo, observou-se que na maioria dos casos esse exame não foi disponibilizado. Esse quadro pode ter sido observado devido à dificuldade de realização do exame em Campina Grande-PB, sendo as amostras, apenas as de extrema necessidade, enviadas para um maior centro como João Pessoa-PB. Outro ponto relevante é questionarmos se os médicos não estão usando este recurso no diagnóstico ou se esses dados não estão sendo registrados nas fichas de notificação. Entre os exames realizados, observou-se que a maioria apresentou baciloscopia negativa dado que está relacionado à literatura uma vez que a forma Dimorfa pode apresentar baciloscopia positiva ou negativa e a Virchoviana sempre apresenta baciloscopia positiva (LIMA et. al., 2010).

Analisando a conduta dos pacientes, observou-se que a grande maioria obteve alta por cura, mostrando que o acesso ao tratamento correto e em tempo hábil culmina em resultados extremamente satisfatórios. Fato também evidenciado em trabalhos desenvolvidos por pesquisadores (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010) (LIMA et. al., 2010). É importante destacar o alto percentual de pacientes transferidos para as Unidades Básicas de Estratégia Saúde da Família, fato que ocorre por Campina Grande ser uma cidade de grande dimensão, descentralizando assim as atividades.

Nesse estudo, todos os pacientes apresentaram tratamento de, no mínimo, 5 doses em 5 meses subsequentes. Estudiosos divulgaram resultados de perfil epidemiológicos sendo comprovado que cerca de um terço dos pacientes analisados fizeram o tratamento de 1 a 3 meses (PINTO et. al., 2011), outros trabalhos evidenciaram que a maioria dos pacientes recebeu o coquetel medicamentoso por 24 meses (MIRANZI, PEREIRA, NUNES, 2010). A poliquimioterapia é de curta duração em larga escala, por isso é esperado uma redução drástica da prevalência da Hanseníase, ocasionando um descenso na prevalência global e a aproximação da meta de eliminação.

O tratamento específico da pessoa com Hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT (rifampicina, dapsona e clofazimina), é administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em Paucibacilar ou Multibacilar (BATISTA et. al., 2011).

No Serviço de Referência de Hanseníase do município de Campina Grande – PB os pacientes recebem diariamente o café da manhã e a equipe de saúde supervisiona o tratamento recomendado. Apesar de a forma Multibacilar ser o principal tipo identificado nessa cidade, se faz necessário maior esclarecimento da população a cerca da doença, com relação à prevenção, diagnóstico, transmissão e tratamento. A Hanseníase é uma doença curável, mas, no entanto tem resultado em deformidades que incapacitam o indivíduo socialmente e para o trabalho. Portanto, é fundamental a necessidade do incremento de ações de detecção precoce e da efetiva prevenção desta doença.

CONCLUSÃO

A hanseníase é tida como um problema de saúde pública, pois se não diagnosticada e tratada precocemente, pode levar a comprometimentos físicos (deformidades e incapacidades) e sociais, originados do medo, preconceito e estigma envolvendo o desconhecimento acerca do contágio, prevenção, sinais e tratamento desta doença

Com esse trabalho, vimos que a hanseníase continua sendo uma realidade muito freqüente entre a população, fato esse comprovado com a notificação de 23 pacientes em média a cada ano na cidade de Campina Grande. Porém, o alto índice de alta dos pacientes por cura nos traz um bom prognóstico para novos casos da doença. Outro fator que merece destaque é a presença de pacientes que, nesses quatro anos, sofreram com o erro de diagnóstico, alertando para a necessidade de uma maior capacitação profissional nessa área.

É importante, portanto, que os profissionais de saúde tenham conhecimento das medidas de profilaxia, avaliação e tratamento a fim de evitar esse número crescente de pessoas infectadas, como também as incapacidades geradas pela doença. Isto leva à reflexão sobre a diversidade de fatores envolvidos na detecção de novos casos, como a capacitação de recursos humanos e o nível de acesso às informações sobre a doença pelos meios de comunicação. Devem ser estimuladas campanhas para que os seus portadores percam esse

preconceito, para redução do número de casos, ampliarem o acesso ao tratamento e aperfeiçoar o diagnóstico que são os principais desafios na luta contra a hanseníase, que ainda hoje atinge milhões de pessoas.

Sugere-se mais trabalhos nessa mesma linha, porém com uma maior linha de tempo analisada, no intuito de comparar a situação atual do município, como esse trabalho visou mostrar, com a situação de anos atrás, para que como isso seja possível detectar erros e otimizar os resultados obtidos nos anos subsequentes.

ABSTRACT

Hansen's disease is an infectious and contagious disease, which has slow evolution and is manifested, principally, for dermatological and neurological signals and symptoms. It has presented a crescent tendency in underdeveloped countries, being considered a public health problem in Brazil. The objective was to describe the clinical and epidemiological profile of the patients, trying to contribute for the establishment of strategies in the disease control. It is an epidemiological, observational, retrospective, documental and descriptive study, developed in the reference service in Hansen's disease, in Campina Grande, Paraíba, from January to October, in 2012. The results were described like medium \pm standard deviation and absolute numbers and percentiles, with a confidence interval of 95%. Were registered 92 cases of Hansen's disease. The majority of the cases were diagnosed in women and the biggest incidence in 2011. The age groups with the biggest frequency were 50-59 years and 60-69 years for the genders. In the operational lesion classification, the most prevalent sort was the multibacillary and the mainly varieties were: Borderline (43%), Tuberculoid (26%) and Virchowian (17%). It is important to highlight that 69% of the patients were discharged for being cured. The bacilloscopy was realized in 53 (18%) patients, among which, 18 (20%) were positive, indicating risk of transmitting the disease. The results indicate that the diagnosis is still realized in a late stage of the disease, showing the necessity of intensifying the development of actions in controlling Hansen's disease in Campina Grande, facilitating the diagnosis and the treatment.

KEYWORDS: Leprosy. Epidemiology. Clinical.

REFERÊNCIAS

- ALCAIS, A. et al. Genetic dissection of immunity in leprosy. **Curr. Opin. Immunol.** v,17, p.44-48, 2005.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical.** v.36, n.3, p.373-382, 2003.
- BATISTA, E.S.; CAMPOS, R.X.; QUEIROZ, R.C.G.; SIQUEIRA, S.L.; PEREIRA, S.M.; PACHECO, T.J.; PESSANHA, T.O.; FERNANDES, T.G.; PELLEGRINI, E.; MENDONÇA, S.B. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.** v. 9, n. 2, p.101-106, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para controle da hanseníase.** Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** Brasília, 2011.
- BUDEL, et. al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** v. 86, n. 5, p.942-946, 2011.
- BURRER-SEKULA, S. et al., Use of ML dipstick as a tool to classify leprosy patients. **Int J Lepr other Mycobact Dis,** v. 68, p. 456-463, 2000.
- CONTE, E.C.M; MAGALHAIS, L.C.B.; CURY, M.R.C.O.; SOUBHIA, R.M.C.; NARDI, S.M.T.; PASCHOAL, V.D.A.; LOMBARDI, C. Situação Epidemiológica da hanseníase no município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arq Ciênc Saúde.** v.16, n.4, p.149-154, 2009.
- CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.7, n.2, p.235-242, 2002.
- DESIKAN, V. K.; SREEVATSA, J. K. Extended studies on the viability of *Mycobacterium leprae* outside the human body. **Lepr Rev.** v.66, p.287-295, 1995.
- FARSHCHIAN, M. ; KHEIRANDISH, A. Clinico-pathological study of 12 cases of patients with leprosy admitted to Sina Hospital, Hamadam, Iran from 1991 to 2000. **International Journal of Dermatology.** v.43, n.12, p.906-911, dec, 2004.
- FIGUEIREDO, I. A; SILVA, A. A. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil de 1993 a1998: a endemia está em expansão? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.19 n.2, p.439-445, mar/ abr, 2003.
- FINE, P.E.M. et al., Household and dwelling contact as a risk factors for leprosy in northern Malawi. **Am J Epidemiol.** v. 46, p.91-102, 1997.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **An Bras Dermatol.** v.74, n.2, p.113-119, 1999.

GALLO, M. E. N et al., Alocação do paciente hanseniano na poliquimioterapia: correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos. **An Bras Dermatol.** v.78, n.4, p.415-424, 2003.

GOMES, C.C.D.; GONÇALVES, H.S.; PONTES, M.A.A.; PENNA, G.O. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol.** v.90, supl. 3, p. 283-288, 2005.

GOULART, I. M. B; ARBEX, G. L; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista sociedade Brasileira Medicina Tropical.** v.35, n. 4, p. 365-375, 2002.

JARDIM, M. R et al., Role of PGL-I antibody detection in the diagnosis of pure neural leprosy. **Lepr Rev.** v.76, n.3, p.232-240, 2005.

KEER-PONTES, L. R. S. et al., Socioeconomic , environmental and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: Results of a case-control study. **International Journal of Epidemiology.** v.35, n.4, p.994-1000, aug, 2006.

LANA, F. C. F. et al., Distribuição da hanseníase Segundo o sexo no município de Governador Valadares, Brasil. **Hansenologia Internationalis,** v.28, n.2, p.131-137, jul./ dez. 2003.

LEGENDRE, D. P.; MUZNY, C. A.; SWIATLO, E. Hansen's disease (Leprosy): current and future pharmacotherapy and treatment of disease-related immunologic reactions. **Pharmacotherapy.** v. 32, n. 1, p. 27-37, 2012.

LIMA, H.M.N.; SAUAIA, N.; COSTA, V.R.L.; NETO, G.T.C.; FIGUEIREDO, P.M.S. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **Rev Bras Clin Med.** v. 8, n. 4, p. 323-327, 2010.

LIMA, L. S. et al., Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, Maranhão. **Rev Bras Clin Med.** v.7, p.74-83, 2009.

LOCKWOOD, D. N.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for simple elimination paradigm. **Bull World Health Organization.** v. 83, n. 3, p. 230-235, 2005.

MARTELLI, C. M. T. et al., Endemias e Epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: Hanseníase. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v.5, p.273-285, 2002.

MARTINS, M. A. **Qualidade de vida em portadores de hanseníase** [tese]. Campo Grande (MT): Universidade Católica Dom Bosco; 2009

MELÃO, S. et. al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 44, n.1, p.79-84, 2011.

MIRANZI, S.S.C.; PEREIRA, L.H.M.; NUNES, A.A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 43, n.1, p.62-67, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Guia de procedimentos técnicos para baciloscopia em hanseníase - Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_hansenise_10_0039_m_final.pdf. Acessado em Set 2012.

MOSCHELLA, S. L. An update on the diagnosis treatment of leprosy. **Journal of the American Academy of Dermatology**. v. 51, n. 3, p. 417-426, 2004.

NEVES, R. G. Hanseníase. In: CUCÉ, L. C. et al., **Manual de Dermatologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2001. c.10, p.132-158.

PENNA, G. O.; MARTELLI, C. M. T.; STEFANI, M. M. A.; MACEDO, V. O.; MAROJA, M. F.; CHAUL, A. Talidomida no tratamento do eritema nodoso hansênico: revisão sistemática dos ensaios clínicos e perspectivas de novas investigações. **An Bras Dermatol**. v. 80, n. 5, p. 511-522, 2005.

PEREIRA, E.V.E.; MACHADO, H.A.S; RAMOS, C.H.M.; NOGUEIRA, L.T.; LIMA, L.A.N. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Teresina, no período de 2001-2008. **An Bras Dermatol**. v. 86, n. 2, p. 235-240, 2011.

PINTO, R.A.; MAIS, H.F.; SILA, M.A.F; MARBACK, M. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes notificados com hanseníase em um hospital especializado em Salvador, Bahia. **Rev B. S. Publica Miolo**. v. 34, n. 4, p. 906-918, 2011.

RAMOS JÚNIOR, A. N. et al., Health systems research training as a tool for more effective Hansen's disease control programmes in Brazil. **Lepr Rev**. v. 77, n. 3, p.175-188, 2006.

RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. D. The impact of leprosy control on the transmission of *M. leprae* is elimination being attained? **Lepr Rev**. v. 78, n. 4, p. 330-337, 2007.

RODRIGUES, V. V. **Perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no município de Teófilo Otoni, MG: uma análise de 2001 a 2008**. Monografia (especialização). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2010.

SAMPAIO, S. A. P; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**. Ribeirão Preto. v.30, p.325-334, jul/set, 1997.

TALHARI, S. et al., **Manifestações cutâneas e diagnóstico diferencial**. In: TALHARI, S. et al., Hanseníase. 4 ed. Manaus [s.n], 2006.c. 2, p. 21-58.

WHO, World Health Organization. Series. **Chemotherapy of Leprosy**. Geneva, 1994.

WHO, World Health Organization. Leprosy Elimination advisory group. **Guide to eliminate leprosy as a public health problem: multi-drug therapy cures leprosy stops transmission and prevents disabilities**. Geneva, 2000.

WHO, World Health Organization. **Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period 2006-2010**. Geneva. 2005.

WHO, World Health Organization. **Weekly Epidemiological Record**. Geneva, v. 82, n. 25, p. 225-232, jun, 2007.

WHO, World Health Organization. Global leprosy situation , beginning of 2008. **Weekly Epidemiological Record**. Geneva, v.83, n.33, p.293-300, 2008a.

WHO, World Health Organization. Global leprosy situation 2008 (additional information). **Weekly Epidemiological Record**. Geneva. v.83, n.50, p.459-460, 2008b.