

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE NO ESTADO DE TOCANTINS: UM TERRITÓRIO HIPERENDÊMICO

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF LEPROSY IN THE STATE OF TOCANTINS: A HYPERENDEMIC TERRITORY

Caio Willer Brito Gonçalves¹, Andréia Kássia Lemos de Brito², Letícia Stella Gardini Brandão da Silveira³, Fernando Carneiro da Silva⁴, Dilomá Bastos Alves Junior⁵.

RESUMO

A hanseníase sem detecção precoce e tratamento eficaz pode levar a complicações irreversíveis. Por essa razão, este trabalho objetiva através do perfil epidemiológico da doença no estado do Tocantins fornecer subsídios para o seu controle. Foi feito um estudo quantitativo através de consulta à base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do período de janeiro de 2007 à dezembro de 2017. Esses dados foram transferidos, tabulados e analisados do sistema de notificação oficial do ministério da saúde (MS). Foram registrados 12227 casos novos no período analisado. A taxa de detecção anual geral em 2017 foi de 80,57 e em menores de 15 anos foi de 22,67 definidas como hiperendêmicas de acordo com MS. Foram 90,4% dos contatos examinados no diagnóstico em 2017 considerada como boa segundo MS e 83,3% de cura considerada regular segundo MS. O estado apresenta-se hiperendêmico com alta incidência na forma multibacilar e em menores de 15 anos demonstrando transmissão ativa na comunidade pela alta infectividade da população adulta. Alto número de casos com grau de incapacidade demonstrando falha na detecção precoce. Exame dos contactantes, aperfeiçoamento das equipes no diagnóstico precoce, poliquimioterapia são importantes para interromper a cadeia de transmissão e prevenir incapacidades.

Palavras-chave: Hanseníase. Transmissão. Morbidade.

ABSTRACT

Leprosy without early detection and effective treatment can lead to irreversible complications. For this reason, this objective work through the epidemiological profile of the disease in the state of Tocantins provide subsidies for its control. A quantitative study was done by consulting the database of the Notification of Injury Information System for the period from January 2007 to December 2017. These data were transferred, tabulated and analyzed from the Ministry of Health's (MH) official notification system. There were 12227 new cases in the analyzed period. The overall annual detection rate in 2017 was 80.57 and in those younger than 15 years it was 22.67 defined as hyperemic according to MH. 90.4% of the contacts examined in the diagnosis in 2017 considered as good according to MH and 83.3% of the cure considered regular according to MH. The condition is hyperendemic with high incidence in the multibacillary form and in children under 15 years demonstrating active transmission in the community due to the high infectivity of the adult population. High number of cases with degree of incapacity demonstrating failure in early detection. Examination of the contacts, improvement of the teams in the early diagnosis, polychemotherapy are important to interrupt the chain of transmission and to prevent incapacities.

Keywords: Leprosy. Transmission. Morbidity.

¹ Graduando em Medicina pela Universidade de Gurupi.

E-mail: Caiowillerb@gmail.com

² Enfermeira, pós-graduanda em UTI, Urgência e Emergência, Nefrologia e Saúde Mental e Docente do curso de Enfermagem pela Universidade de Gurupi.

³ Médica dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia/Associação Médica Brasileira

⁴ Graduando em Medicina pela Universidade de Gurupi.

⁵ Graduando em Medicina pela Universidade de Gurupi.

1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase (Lepra, Doença de Hansen) é uma doença crônica infectocontagiosa existente desde os tempos mais remotos e mantém-se sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, e tem como principais sedes de manifestações a pele e os nervos periféricos. É potencialmente incapacitante e uma doença, que embora seja curável seu diagnóstico gera muitos preconceitos desde a antiguidade até os dias atuais. ¹

O bacilo de Hansen tem um caráter identificado através de uma alta infectividade, no entanto apresentando-se com uma baixa patogenicidade. Ou seja, uns números expressivos de pessoas são infectados em áreas endêmicas, porém somente uma minoria adoece. Há uma estimativa que aproximadamente 95% das pessoas tenham defesa natural contra o bacilo e, portanto, não desenvolverão a doença. ^{2,3}

A transmissão é feita através do contato inter-humano, pelo convívio com doentes bacilíferos não tratados, uma vez que estes por possuírem alta carga bacilar consideráveis em mucosas e derme, são capazes de eliminar os bacilos para o meio exterior. A via respiratória consiste na principal forma de contágio, e o tempo de contato é de suma importância para ter uma maior possibilidade de contrair a doença. A transmissão dessa bactéria é feita através das vias respiratórias, ou seja, pelo ar e não por objetos que possam ser utilizados pelo paciente. ^{2,3}

O período de incubação, que consiste no tempo decorrido entre a exposição ao Bacilo de Hansen e o desenvolvimento sintomatológico é consideravelmente longo (2 a 5 anos), isto implica em dificuldades para que se estabeleça um diagnóstico precoce e consequentemente a prevenção dos efeitos da doença. Há a possibilidade de que um único exame feito nos contatos do doente no momento do diagnóstico não detecte os futuros casos. ⁴

Para realizar o diagnóstico de Hanseníase é de suma importância o conhecimento epidemiológico e clínico que a doença apresenta. Este é obtido a partir de uma história detalhada e condições de vida do paciente associado com um exame dermatológico, que tem o intuito de identificar lesões na pele e alterações de sensibilidade que falam a favor de comprometimento de nervos periféricos. ⁴

Com o intuito de facilitar o diagnóstico a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou uma classificação simples e operacional onde os doentes são divididos em

Paucibacilarese Multibacilares. Os Paucibacilares apresentam baciloscopia negativa e incorporam as formas tuberculóides e indeterminadas, já os Multibacilares apresentam baciloscopia positiva e são os responsáveis pela cadeia de transmissão quando não tratados, englobando as formas virchowianas e dimorfas. ²

Apesar dos esforços direcionados a melhoria do controle da Hanseníase nas últimas décadas a doença mantém-se como um processo infeccioso crônico de elevada magnitude em vários países do mundo, incluindo o Brasil. Índia, Brasil e Indonésia notificam cerca de 10.000 novos pacientes com a doença por ano representando 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo, sendo que o Brasil detém o segundo lugar do mundo. ⁵

De acordo com os critérios e parâmetros do Ministério da Saúde, Tocantins é considerado um estado hiperendêmico para hanseníase. Em 2012, o estado ocupou o segundo lugar no ranking brasileiro, com um coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase de 73,4 por 100 mil habitantes. Tendo importância os coeficientes de detecção anual serem maiores que a média nacional. ⁶

A intervenção terapêutica da hanseníase é feita com as seguintes drogas sendo elas a dapsona, a clofazimina e rifampicina. SAMPAIO (2017). O intuito do tratamento instituído é chegar a cura do paciente o mais precoce possível para que se tenha uma interrupção da cadeia epidemiológica da doença e evitar a existência de incapacidades no doente, sendo, portanto, fundamental na estratégia de eliminação da doença como problema de saúde pública. ¹

A fim de proporcionar subsídios para as equipes das unidades básicas de saúde no intuito de melhorias nas campanhas preventivas, promocionais e curativas para o diagnóstico e tratamento precoce da hanseníase objetivando-se a redução da morbimortalidade. Esse estudo tem por objetivo analisar os aspectos epidemiológicos da hanseníase no estado do Tocantins.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo com abordagem quantitativa e analítica, realizado com dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão foram as notificações de pacientes com diagnóstico de hanseníase, no Tocantins, registradas no SINAN, no período de janeiro de 2007 a

dezembro de 2017 no intuito de avaliar o comportamento endêmico da doença no estado, portanto, não sendo necessária a aprovação no Conselho de Ética, segundo a Lei Nº 466/2012, por se tratar de dados já previamente coletados.

Os critérios de exclusão foram as notificações duvidosas, incompletas, com registro de outro período e as variáveis não selecionadas para este estudo.

Utilizou-se como fonte de dados o SINAN, alimentado pela notificação e investigação dos casos de patologias e agravos, que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, inclusive a hanseníase, onde cada caso diagnosticado deve ser informado na semana epidemiológica de ocorrência, pelos profissionais da vigilância, utilizando-se ficha específica, nos três níveis de atenção à saúde.

Para atender ao objetivo do estudo foram selecionadas as variáveis: novos casos, taxa de prevalência anual, taxa de detecção anual, taxa de detecção anual em menores de 15 anos, percentual de incapacidade física e percentual de cura.

Foram considerados novos casos todos aquelas pessoas, em que no ato da notificação, ainda não haviam iniciado tratamento para a doença e que necessitavam de poliquimioterapia.

A amostra do estudo correspondeu às pessoas que adoeceram de hanseníase no período selecionado. As coletas de dados foram incluídas as variáveis disponíveis no SINAN, que foram incorporados as planilhas do Microsoft Excel 2007. Para a análise estatística, os dados foram apresentados em frequência absoluta e relativa percentual, com auxílio de tabelas.

3. RESULTADOS

Apresenta-se na tabela 1 e 2 variáveis quantitativas da hanseníase dos anos de 2007 a 2017, sendo elas a taxa de prevalência anual para analisar a magnitude da doença, onde em 2007 obteve-se a taxa de 9,30/10 mil habitantes, ocorrendo nos anos posteriores sucessivos aumentos e diminuições como mostrado na tabela 1, na qual em 2017, no último ano da amostra pesquisada, obteve o valor de 9,28/10 mil habitantes.

Foram 12272 casos novos de hanseníase diagnosticados e notificados no período do estudo. Foi feita uma análise da taxa de detecção anual que determina a força de morbidade, magnitude e tendência da hanseníase ao longo do tempo. No ano de 2007 a

taxa de detecção anual era de 93,53/100 mil habitantes, nos anos posteriores ocorreram sucessivos aumentos e diminuições como apresentados na tabela 1.

Para medir a força de transmissão recente da endemia foi feita a taxa de detecção anual em menores de 15 anos na qual registrou em 2007 o valor de 27,32/100 mil habitantes, obtendo sucessivos aumentos e diminuições nos períodos posteriores como mostrado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das taxas de prevalência e detecção de hanseníase no Tocantins

Variáveis quantitativas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taxa de Prevalência	9,30	7,66	6,75	4,92	5,47	5,54	4,28	4,53	4,20	7,39	9,28
Taxa de detecção geral	93,53	103,71	88,54	77,92	70,74	73,43	60,95	69,88	58,08	88,13	80,57
Taxa de detecção em <15 anos	27,32	31,37	26,48	19,35	20,36	22,32	19,77	22,43	19,27	21,67	22,67

De 2014 a 2017 no momento do diagnóstico, constatou-se 3196 situações multibacilares entre os casos novos na qual demonstra a forte transmissibilidade do estado, na qual sem o correto tratamento proporciona complicações irreversíveis. Foi feita uma análise do percentual de incapacidade física grau dois no momento do diagnóstico no intuito de avaliar a efetividade das equipes de saúde na detecção precoce de casos novos. Obteve-se em 2007 o valor de 8,9% com sucessivos aumentos e diminuições nos períodos posteriores apresentados na tabela 2.

Foi feita uma análise do percentual dos contatos intradomiciliares examinados que residam ou tenha residido nos últimos 5 anos com o paciente diagnosticados no período de 2007 a 2017 para medir a capacidade dos serviços de saúde em realizar a vigilância

dos contatos dos casos novos de hanseníase, no intuito do aumento na detecção precoce. Em 2007 obteve o valor de 74,8%, apresentando em seguida aumentos e diminuições como apresentado na tabela 2, na qual em 2017 chegou ao valor de 90,4%, considerada como boa capacidade na detecção precoce dos contatos. Segundo parâmetros do MS, valor $\geq 90,0\%$ é considerado bom, regular 75,0 a 89,9% e precário $< 75\%$.

Foi feita uma avaliação do percentual de cura para avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados no período em estudo, assim como a efetividade do tratamento. Obteve-se em 2007 o valor de 84,5%, com sucessivos aumentos e diminuições nos períodos posteriores como apresentados na tabela 2. Outra análise feita para avaliar a efetividade na detecção precoce foi através do percentual de casos novos com incapacidades físicas após a cura da doença, em 2007 foi observado um valor de 60,6%, ocorrendo sucessivos aumentos e diminuições como apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de percentuais do estado do Tocantins de 2007 a 2017.

Variáveis quantitativas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Percentual de incapacidade física grau 2 no diagnóstico	8,9%	4,6%	4,9%	6,3%	6,1%	6,0%	6,4%	5,2%	7,2%	7,3%	9,5%
Percentual dos contatos intradomiciliares examinados	74,8%	71,8%	81,1%	80,4%	84,4%	89,3%	87,6%	84,6%	85,9%	81,4%	90,4%
Percentual de cura dos casos novos	84,5%	84,7%	88,1%	87,4%	87,5%	88,4%	87,7%	86,9%	85,8%	81,8%	83,3%
Percentual de incapacidade física avaliado após a cura	60,6%	71,6%	74,8%	72,4%	79,9%	79,2%	75,7%	74,3%	78%	75%	70,2%

No intuito de comparar a situação do Tocantins com a realidade nacional, foram avaliados os valores das taxas de prevalência, taxas de detecção geral e taxa de detecção em menores de 15 anos, de todo os estados brasileiros incluindo o distrito Federal do ano de 2017, na qual o estado do Tocantins ocupou a segunda posição nas três variáveis abordadas, ficando atrás apenas do estado do Mato Grosso, como demonstrados na tabela 3.

Região/Estados	Taxa de prevalência	Taxa de detecção geral	Taxa de detecção em < 15 anos
BRASIL	1,35	12,94	3,72
Região Norte	3,10	28,82	8,07
Acre	1,63	15,07	3,83
Amapá	1,39	12,66	2,84
Amazonas	1,01	11,32	2,78
Rondônia	3,52	27,85	5,67
Roraima	2,81	25,45	9,50
Tocantins	9,28	80,57	22,67
Região Nordeste	2,15	20,58	6,19
Alagoas	0,76	9,06	2,97
Bahia	1,60	14,50	4,12
Ceará	1,67	17,24	2,80
Maranhão	4,91	44,50	15,36
Paraíba	1,63	11,95	2,76
Pernambuco	2,52	25,44	8,60
Piauí	3,16	33,27	8,90
Rio Grande do Norte	0,86	7,21	0,98
Sergipe	1,30	16,04	3,73
Região/Estados	Taxa de prevalência	Taxa de detecção geral	Taxa de detecção em < 15 anos
Região Centro Oeste	3,59	33,84	7,23
Distrito Federal	0,99	5,43	0,96
Goiás	1,73	20,20	3,79
Mato Grosso	10,86	103,21	22,97
Mato Grosso do Sul	2,16	14,26	1,56
Região Sudeste	0,42	4,34	0,86
Espírito Santo	0,88	12,23	2,35
Minas Gerais	0,54	5,26	1,43
Rio de Janeiro	0,60	5,58	1,24
São Paulo	0,26	2,75	0,31

Região Sul	0,29	2,62	0,31	Tab ela 3. Distr
Paraná	0,53	4,89	0,21	
Santa Catarina	0,16	1,61	0,43	
Rio Grande do Sul	0,12	0,96	0,33	

ibuição das médias das taxas de prevalência e detecção geral nos estados brasileiros.

FONTE: SINAN

4. DISCUSSÃO

O ministério da saúde (MS) apresenta alguns indicadores para a interpretação desses dados da taxa de prevalência anual, no intuito de quantificar a endemicidade do território, afirma-se hiperendêmico quando obtém valor $\geq 20,0$ por 10 mil habitantes; muito alto de 10,0 a 19,9 por 10 mil habitantes; alto de 5,0 a 9,9 por 10 mil habitantes; médio de 1,0 a 4,9 por 10 mil habitantes e baixos se for $< 1,0$ por 10 mil habitantes. No decorrer do período analisado, o estado chegou a se enquadrar como de média endemicidade, fato apresentado na tabela 1, no entanto no último ano apresentou-se como de alto endêmico situação que demonstra certa diminuição no progresso de eliminação da doença proposto por ações do MS. ^{3, 7, 8, 9}

De acordo com MS apesar das variações nas taxas de detecção anual no estado, os valores sempre apontaram em todo esse período como hiperendêmicos. Segundo MS apresenta-se, como hiperendêmicos, se a taxa for $> 40,0/100$ mil habitantes; muito alto, se compreendido entre 20,00 e 39,99/100 mil habitantes; alto, se estiver entre 10,00 e 19,99/100 mil habitantes; médio se estiver entre 2,00 e 9,99/100 mil habitantes e baixos se for $< 2,00/100$ mil habitantes. Essa situação demonstra que o aumento na incidência de detecção é relacionado com populações com baixas condições socioeconômicas que acaba promovendo a desnutrição e imunidade baixa proporcionando dessa forma uma contaminação precoce e alta transmissão pela aglomeração e contato íntimo e prolongado. ^{3, 7, 8, 9, 10, 11}

Com relação a taxa de detecção em menores de 15 anos, MS informa que os parâmetros para territórios hiperendêmicos são com valor $\geq 10,00$ por 100 mil habitantes; muito alto com valor de 5,00 a 9,99 por 100 mil habitantes; alto de 2,50 a 4,99 por 100 mil habitantes; médio, de 0,50 a 2,49 por 100 mil habitantes e baixos se for $< 0,50$ por 100 mil habitantes. De acordo com a tabela 1, em todo período o estado encontrou-se como hiperendêmico para essa faixa etária. Essa situação demonstra que apesar do longo período de incubação da doença, essa faixa etária vem sendo muito acometida ao longo tempo pelo fato da hiperendemicidade do estado associado a presença de focos multibacilares sem tratamento, na qual resulta em uma exposição precoce nos focos domiciliares e por consequência acaba aumentando a cadeia de transmissão em crianças e adolescentes. ^{3, 7, 8, 9, 10, 11, 12}

Com relação ao percentual de incapacidade físicas grau 2, MS aborda que valores $\geq 10,0\%$ são considerados altos, 5,0 a 9,9% médio e $< 5,0\%$ baixo. O estado em todo período estudado com exceção de 2008, foi considerado segundo parâmetros como um valor médio na efetividade de detecção. Esse percentual demonstra a necessidade de maior investimento no aperfeiçoamento de equipes no manejo do diagnóstico de hanseníase ainda no processo de sintomas apenas dermatológicos.^{3, 7, 8}

Com relação ao percentual de cura de acordo com os parâmetros do MS que consideram como bom $\geq 90\%$; regular, se for de 75 a 89,9%, e precária, se for $<75\%$. Em todo o período analisado o estado esteve enquadrado como regular na proporção de pessoas curadas de. Essa situação demonstra a necessidade do aperfeiçoamento de campanhas e ações informativas no intuito de abranger a quase totalidade da população da necessidade em se fazer o correto tratamento da hanseníase sem falhar os meses necessários para sua efetiva cura. Em relação ao percentual de incapacidade física avaliado após a cura foi considerado segundo parâmetros do MS como precário em todo o período analisado, pois considera como bom valor $\geq 90\%$, regular, se for de 75 a 89,9%, e precária, se for $<75\%$. Essa situação apresenta a necessidade no investimento no preparo de equipes capacitadas para se fazer um atendimento capacitado nos aspectos de prevenção e vigilância do tratamento desses pacientes.^{3, 7, 8}

De acordo com a tabela 3, o Tocantins como apresentando na pesquisa ocupa a segunda posição do Brasil em taxas na demonstração da magnitude da doença, fato preocupante, pois demonstra que mesmo com as medidas implementadas na diminuição dos casos, vem surgindo um efeito contrário do esperado com aumento desses. São necessários investimentos no aperfeiçoamento das equipes de saúde, assim como no aumento do número de funcionários com os devidos subsídios necessários para a profilaxia correta e eficiente da hanseníase com um diagnóstico e tratamento precoces, busca ativa dos contactantes, vacina BCG e educação em saúde.^{3, 7, 8, 9, 10, 11, 12}

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, de acordo com as várias taxas e percentuais levantados, o Tocantins apresentou elevado risco para a contaminação de hanseníase com destaques para as taxas de detecção geral e em menor de 15 anos que se apresentam como hiperendêmicas. Dados preocupantes que demonstram a necessidade de

aperfeiçoamentos em campanhas informativas e de ações em prol da conscientização da procura de atendimento a qualquer alteração dermatológica característica da doença. Acredita-se que a devida instalação terapêutica precoce tem a vantagem de interromper a cadeia de transmissão na qual encontra-se elevada, comprovada pela alta taxa de incidência na população de 0 à 14 anos.

A maioria dos casos encontrados foram classificados como multibacilares, fato que promove um maior risco de contaminação da doença na população. Situação preocupante encontra-se nos números, taxas e percentuais de casos com incapacidades físicas. Esses dados nos apresenta a falha em se obter uma detecção precoce dos sintomas dermatológicos, sendo apenas diagnosticada quando já apresenta complicações neurais. Objetiva-se um aperfeiçoamento nessa vigilância de casos precoces, no intuito de evitar complicações por falhas na instalação do tratamento precoce.

REFERÊNCIAS

- 1 AZULAY, Rubem David e AZULAY, David Rubem. Dermatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- 2 Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. 3. Ed. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 2017.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2017 jan 20]. Disponível em: [Disponível em: http://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- 4 ANDRADE PJS DE, FERREIRA PCBO, MACHADO AM et al. Histoidleprosy: a rare exuberant case. An Bras Dermatol. 2015;90(5):756-7.
- 5 Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51:70.
- 6 MONTEIRO, Lorena Dias et al. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 971-980, 2015.
- 7 World Health Organization. Global leprosy situation 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 34:317-28
- 8 World Health Organization. Global Leprosy Situation 2010 Weekly Epidemiological Record. 2010; 85(35): 337-348.

9 World Health Organization. Global Leprosy Situation 2010 Weekly Epidemiological Record. 2010; 85(35): 337-348.

10 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle de Hanseníase. Brasília (DF); 2002

11 Rodrigues MM, Galindo JCS, Silva PG; Grossi MAF, Penna GO. Hanseníase in Dermatologia: do Nascer ao Envelhecer. Rodrigues MM. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2012.

12 Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. 3. ed. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 2007.