

PP005 - Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil*

*Clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in the northeast of Brazil**

Cícero Cláudio Dias Gomes¹
Heitor de Sá Gonçalves³

Maria Araci de Andrade Pontes²
Gerson Oliveira Penna⁴

Resumo: FUNDAMENTOS - A hanseníase permanece sério problema de saúde pública mundial. O conhecimento das características epidemiológicas da doença é importante ferramenta para o controle da endemia.

OBJETIVO - Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase no ano de 2004 em um centro de referência da Região Nordeste do Brasil.

MÉTODO - Foram avaliados prontuários de pacientes que deram entrada no registro ativo do Centro de Dermatologia Dona Libânia, em Fortaleza, Ceará, no período de janeiro a dezembro de 2004.

RESULTADOS - dos 967 casos que deram entrada nesse Centro naquele ano, 909 foram casos novos. Cerca de 7,7% eram pacientes entre zero e 14 anos de idade, e a distribuição por gênero foi de 483 (49,95%) homens e 484 (50,05%) mulheres. A maioria apresentava a forma clínica dimorfa (54,6%), sendo 82,2% dos pacientes provenientes de Fortaleza, CE. Foi realizada a avaliação do grau de incapacidades no diagnóstico em 94,2% dos pacientes, com 21,7% apresentando grau diferente de zero no diagnóstico.

CONCLUSÃO - Com base nos resultados obtidos, constatou-se a presença de elevado percentual (7,7%) de casos detectados em menores de 15 anos, associado a baixo percentual (5,8%) de pacientes diagnosticados na forma indeterminada e elevado percentual (21,7%) de casos com incapacidade ao diagnóstico.

Palavras-chave: Hanseníase; Hanseníase/epidemiologia; Hanseníase/prevenção e controle

Abstract: BACKGROUND - Leprosy continues to represent a serious public health problem worldwide. Knowledge of epidemiological characteristics of the disease is an important tool for the endemy control.

OBJECTIVE - To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with leprosy during 2004, in a Reference Center in the Northeast of Brazil.

METHODS - We analyzed the records referring to patients who entered de active register of the Center of Dermatology Dona Libânia, in Fortaleza, Ceará, from january to december 2004.

RESULTS - Out of 967 cases that entered this Center in this year, 909 were new detected cases. About 7,7% were between zero e 14 years old, and distribution per gender was of 483(49,95%) men and 484(50,05%) women. Most of them presented the borderline clinical form (54,6%), and 82,2% resided in the city of Fortaleza/CE. Measurement of disabilities degree in diagnosis was made in 94,2% of the patients, and 21,7% of total showed a degree different from zero.

CONCLUSION - Based in the results, we noted a high percentual (7,7%) of patients under fifteen years old, associated with low percentual of indeterminate forms and a high percentual of cases with disabilities at diagnosis. These factors are expressive enough to make the authorities consider the difficulties to reach the goal of eliminating leprosy by the end of 2005, and the necessity of new approaches and strategies to control leprosy endemy.

Keywords: Leprosy; Leprosy/epidemiology; Leprosy/ prevention & control

* Trabalho realizado no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia - Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Médico pós-graduando em dermatologia do Centro de Dermatologia Dona Libânia - Fortaleza (CE), Brasil.

² Médica dermatologista. Mestranda em Farmacologia

³ Médico dermatologista. Doutorando em Farmacologia

⁴ Médico dermatologista. Doutor em medicina tropical pelo NMT da UnB.

INTRODUÇÃO

Hanseníase é doença infecciosa crônica granulomatosa da pele e dos nervos periféricos, com período de incubação prolongado, causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracitoplasmático do macrófago, de alta infectividade e baixa patogenicidade, que afeta primariamente os nervos periféricos e a pele, e é transmitida de pessoa a pessoa pelo do convívio de suscetíveis com doentes contagiantes sem tratamento.¹

Análises de tendência da endemia revelam que a taxa de detecção de novos casos não apresentou declínio entre 1985 e 2000. Em 2003, 513.798 novos pacientes foram diagnosticados em todo o mundo. As maiores prevalências da doença encontram-se no sudeste asiático, na América do Sul e na África. O Brasil é considerado o segundo país com maior número de casos de hanseníase no mundo, respondendo, em 2003, por 9,6% da detecção mundial, perdendo apenas para a Índia, que foi responsável por 71% do total de casos novos, naquele ano.²

Isoladamente, a prevalência tem valor limitado como indicador para o controle da hanseníase. A taxa de detecção de casos novos parece ser indicador melhor. Essas taxas devem ser analisadas em conjunto com outros indicadores, como, por exemplo, a taxa de conclusão de tratamento, para melhor entendimento da epidemiologia da doença.³

A hanseníase possui largo espectro de apresentações clínicas, cujo diagnóstico baseia-se principalmente na presença de lesões de pele, perda de sensibilidade e espessamento neural. As variadas formas clínicas de apresentação são determinadas por diferentes níveis de resposta imune celular ao *M. leprae*.¹ O quadro neurológico acomete os nervos periféricos, atingindo desde as terminações na derme até os troncos nervosos, sendo clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade é alterada em suas modalidades térmica, dolorosa e táctil.⁴

A partir do Congresso Internacional de Hansenologia em Madri (1953), por proposição de Rabelo, os pacientes com hanseníase passaram a ser divididos quanto à forma clínica em indeterminados, tuberculóides, dimorfos e virchowianos. Em 1966, Ridley e Jopling introduziram um sistema de classificação da doença baseado em achados da histopatologia e no nível de imunidade celular do paciente, estabelecendo cinco grupos, dois polares e três intermediários. Em um pólo estão pacientes que apresentam vigorosa resposta imune celular ao *M. leprae*, que limita a doença a poucas e bem definidas lesões ou tronco nervosos (pólo tuberculóide). No outro pólo (virchowiano), caracterizado pela ausência de imunidade celular específica, há uma proliferação incontrolável de bacilos, com muitas lesões e infiltração exten-

sa de pele e nervos. Muitos pacientes que apresentam a forma intermediária da doença são imunologicamente instáveis, variando do pólo com imunidade celular eficaz e baixa carga bacilar para o outro, com aumento da carga bacilar e alto título de anticorpos. Segundo essa classificação, a forma indeterminada incluía os casos que não se enquadrassem em nenhum dos cinco grupos.⁵

Para fins de tratamento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs uma classificação que divide os pacientes em paucibacilares (PB), com 1-5 lesões e baciloscopia negativa, e multibacilares (MB), com mais de cinco lesões e com ou sem baciloscopia positiva.⁶

A hanseníase pode ainda, durante seu curso ou até mesmo após a cura, apresentar fenômenos agudos denominados reações. Há dois tipos de reação: as do tipo 1 ocorrem em pacientes com algum grau de imunidade celular, como os tuberculóides e dimorfos (resposta do tipo Th1), e as reações do tipo 2, mediadas por anticorpos, ocorrem nos virchowianos e também em alguns dimorfos (resposta do tipo Th2). A manifestação clínica mais freqüente da reação tipo 2 é o eritema nodoso hansênico (ENH).⁷

Essas reações são causa freqüente de incapacidades, podendo ser acompanhadas de dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. Podem ocorrer ainda neurites silenciosas, em que não se verificam os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas há alterações de sensibilidade e de força motora, e, muitas vezes, só podem ser detectadas por exames específicos, o que torna de suma importância as avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa do paciente.⁸

O tratamento da doença é feito por meio dos esquemas de poliquimioterapia preconizados pela OMS: para pacientes paucibacilares, composto de seis doses, com 100mg diárias de dapsona e dose supervisionada de 600mg mensais de rifampicina; para os multibacilares, dose diária de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina, e dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina, no total de 12 doses.⁶

As características epidemiológicas da hanseníase têm sido objeto de numerosos estudos nas últimas três décadas, visando à compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção da endemia e o estabelecimento de novas estratégias no controle da doença como problema de saúde pública.⁹

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência situado no Nordeste do Brasil, durante o ano de 2004.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado nos ambulatórios especializados em hanseníase do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que desenvolve atividades de assistência, pesquisa e ensino, abrangendo setores da hansenologia, leishmaniose, câncer de pele, doenças sexualmente transmissíveis, dermatologia geral, dermatologia pediátrica e cirurgia dermatológica.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, realizado durante o período de dois de janeiro a 31 de dezembro de 2004.

População do estudo

Foram incluídos todos os pacientes diagnosticados com hanseníase, no CDERM no referido período, independente da forma clínica, e ainda aqueles com diagnóstico de hanseníase que foram transferidos de outras unidades de saúde por motivos diversos, além dos que deram entrada por recidiva ou outros ingressos. O diagnóstico foi baseado em critérios clínicos, baciloscópicos e/ou histopatológicos.

Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam sendo investigados para hanseníase e que não tinham concluído o diagnóstico no referido período.

Variáveis do estudo e coleta de dados

A população de estudo foi selecionada a partir de dados do Sinan, sendo as informações procedentes dos prontuários médicos, organizadas em um questionário específico e assim identificadas: idade, gênero, procedência, forma clínica de hanseníase baseada nos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), característica do caso (novo, recidiva, etc.), grau de incapacidade física e tratamento.

Em seguida, estruturou-se o banco de dados, empregando-se os softwares Word for Windows para processamento de texto e Excel for Windows para confecções de tabelas e gráficos.

Considerações éticas

Em todas as etapas do trabalho foram observadas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196 e suas correlatas.¹⁰

RESULTADOS

Do total de 967 casos de hanseníase notificados no período de dois de janeiro a 31 de dezembro de 2004 no CDERM, 909 eram casos novos, 17 casos de recidivas, 21 referentes a transferência de outras unidades de saúde do Estado do Ceará e de outros estados, e 20

casos com outras formas de ingresso.

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, observou-se que a frequência dos casos aumentou com a idade, com 7,7% (n= 75) dos pacientes com idade abaixo de 15 anos, e a maior incidência dos casos na faixa etária de 35 a 54 anos (346/35,8%). Ampliando-se a faixa etária para 15 a 64 anos, a proporção sobe para 80,1%, correspondendo a 775 pacientes (Gráfico 1). A tabela 1 relaciona a faixa etária com o modo de entrada dos casos de hanseníase no CDERM em 2004.

A distribuição dos casos por gênero mostrou 483 (49,95%) pacientes homens e 484 (50,05%) pacientes mulheres.

Quanto à forma clínica, de acordo com a classificação de Madri, revelou-se que a maioria dos pacientes apresentou a forma dimorfa (528/54,6%) e que apenas 5,8% (n=56) era do grupo indeterminado (Gráfico 2).

Demonstrou-se, também, que 1,7% do ingresso no CDERM em 2004 deveu-se às recidivas (n=17). A maioria era recidiva de hanseníase multibacilar (10/58,8%) que se havia submetido à poliquimioterapia/multibacilar padrão da OMS (PQT/MB), tendo dois desses pacientes (11,8%) realizado monoterapia com dapsona e posteriormente PQT/MB; sete casos de recidiva eram de hanseníase paucibacilar - quatro pacientes (23,5%) previamente submetidos à PQT/PB padrão OMS, dois (11,8%) submetidos exclusivamente à monoterapia com dapsona, e um (5,9%) ao esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina). Vale ressaltar ainda que todos os pacientes ou já fizeram, ou estão sob tratamento poliquimioterápico (PQT) padrão OMS (Tabela 2).

Quanto ao grau de incapacidade na época do diagnóstico, revelou-se que a maioria dos pacientes

GRÁFICO 1: Casos de hanseníase por faixa etária - CDERM, 2004

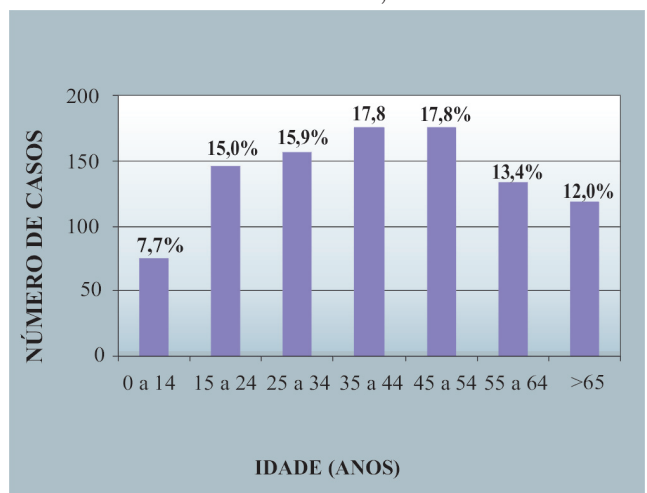


TABELA 1: Distribuição dos casos de hanseníase segundo faixa etária e modo de entrada - CDERM, 2004

Modo de entrada	Idade (Anos)															
	0 a 14		15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		>65		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caso novo	74	7,6	137	14,2	148	15,3	156	16,1	162	16,7	125	12,9	107	11	909	94,0
Transferências, recidivas e outros ingressos	1	0,1	8	0,8	6	0,6	17	1,7	11	1,1	5	0,5	10	1	58	6
Total	75	7,7	145	15	154	15,9	173	17,8	173	17,8	130	13,4	117	12	967	100

χ^2 : 11,11 p: 0,0085

apresentava grau zero (701/72,5%), porém 21,7% dos pacientes apresentavam algum grau de incapacidade (15% com grau I, e 6,7% com grau II), e somente um pequeno percentual (5,8%) não foi avaliado (Gráfico 3).

Quanto à procedência desses pacientes, foi possível observar que a maioria era proveniente da cidade de Fortaleza (795/82,2%) ou de municípios da região metropolitana (103/10,6%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O Centro de Dermatologia Dona Libânia-CDERM foi responsável por 84% da detecção de casos novos de Fortaleza, com percentual de pacientes de demanda espontânea em média de 5,9%, contra 88,9% de encaminhamentos (fonte Sinan-CDERM, fev. 2005).

A análise dos dados levantados no estudo revela que a hanseníase atingiu as crianças em menor proporção do que os adultos, o que está de acordo com a literatura existente. Contudo, é elevado o percentual de pacientes acometidos na faixa etária de zero a 14 anos, denotando que a transmissão do *M. leprae* não foi interrompida. Por outro lado, observa-se aumento no número de casos com a progressão da idade, com a doença acometendo principalmente a população economicamente ativa de 25 a 54 anos (500/51,7%) e, em menor número, os indivíduos com idade superior a 65 anos, dados condizentes com a literatura existente.¹¹

Em relação ao sexo, dados da OMS reportam que entre os novos pacientes detectados em 2001, o sexo masculino foi duas vezes mais freqüente do que o feminino.¹² Neste trabalho, 49,95% eram do sexo masculino, e 50,05%, do feminino.

A maioria dos pacientes apresentava a forma clínica dimorfa (528/54,6%), de acordo com a classificação de Madri, e apenas 5,8% deles, a forma indeterminada. O baixo percentual de forma indeterminada demonstra atraso no diagnóstico, permitindo inferir que a rede básica não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença.

Apesar de a maioria ter apresentado grau de incapacidade zero na época do diagnóstico (701/72,5%), percebe-se que existe uma parcela significativa de pacientes com alguma incapacidade (210/21,7%). As deformidades e incapacidades físicas são o principal problema da hanseníase, sendo o percentual de pacientes com incapacidades físicas um indicador do impacto da doença.⁹ Os dados observados neste estudo revelam um número significativo de pacientes na faixa economicamente ativa, sob risco de exclusão da cadeia produtiva, como consequência da demora no diagnóstico.

Quanto à procedência dos doentes, podemos observar que a maioria era proveniente da cidade de Fortaleza (795/82,2%) ou de municípios da região metropolitana, o que pode ser justificado pela densidade populacional da região metropolitana em relação às outras áreas do estado, pela tradição do

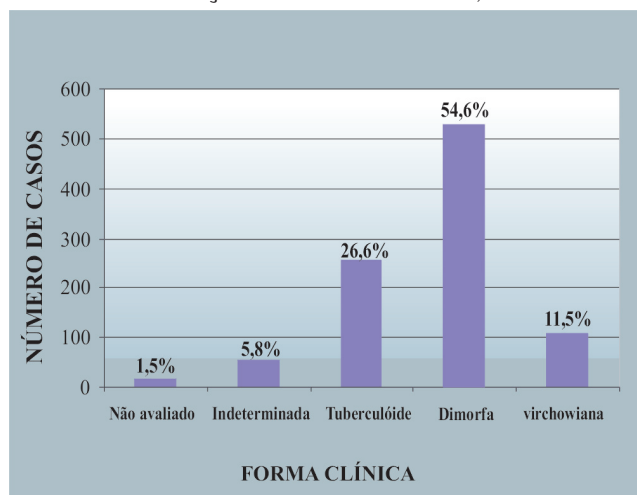
GRÁFICO 2: Representação dos casos quanto à classificação de Madri - CDERM, 2004

TABELA 2: Representação das recidivas de hanseníase - CDERM, 2004

Paciente	Data 1º diagnóstico	Forma clínica	IB inicial	TTO	IB alta	Data recidiva	Forma clínica	IB inicial	TTO	IB alta
1	Dez/88	Neural	-	PB 6	-	Jun/04	MHBT	0,0	MB 12	0,0
2	Set/88	MHB	-	MB 24	0,0	Set/04	MHB	1,0	MB 11	NA
3	Jun/87	MHT	?	Monoterapia (1987-1991)	?	Abr/04	MHT	0,0	MB 12	NR
4	Abr/92	MHV	2,5	MB 24	2,0	Jun/04	MHV	4,0	MB 10	NA
5	Abr/92	MHV	3,0	MB 24	NR	Mai/04	MHV	1,0	MB 12	NA
6	Dez/92	MHV	1,8	MB 24	NR	Jan/04	MHV	4,0	MB 12	4,5
7	Fev/81	MHT	-	Monoterapia (1981-1992)	NR	Mai/04	MHT	0,0	MB 12	0,0
8	Abr/82	MHV	+	Monoterapia (1982-1989) e MB 24 (1989-1991)	-	Mar/04	MHV	5,5	MB 16	NA
9	Mar/91	MHT	-	PB 6	NR	Mar/04	MHT	0,0	PB 6	NA
10	Mar/76	MHV	+	Monoterapia (1976-1990) DDS e RFM (1990-1992) MB 24 (1992-1994)	+	Set/04	MHV	5,0	MB 6	NA
11	Nov/95	MHV	2,0	MB 24	0,0	Set/04	MHV	4,0	MB 10	NA
12	Abr/96	MHV	4,3	MB 24	0,0	Jan/04	MHV	3,3	MB 18	NA
13	Fev/99	MHT	0,0	ROM	NR	Jan/04	MHBT	0,0	PB 6	NR
14	Abr/00	MHBT	0,0	MB 12	0,0	Ago/04	MHBT	0,0	MB 9	NA
15	Jul/00	MHI	0,0	PB 6	NR	Mai/04	MHBT	0,0	MB 12	NR
16	Jul/02	MHV	5,0	MB 12	3,2	Ago/04	MHV	4,0	MB 9	NA
17*	Jun/94	MHT	0,0	PB 6	NR	Jan/04	MHT	0,0	PB 2 e MB 12	0,0

IB: índice bacilosκόpio

+: IB positivo

PB _: poliquimioterapia/paucibacilar dose

NR: não realizado

DDS: dapsona

ROM: rifampicina, ofloxacina, minociclina; Monoterapia: tratamento apenas com dapsona.

* Fez também tratamento iniciado em outubro/99 com PQT/PB 6 doses para MHT (IB inicial 0,0).

-: IB negativo

TTO: tratamento

MB _: poliquimioterapia/multibacilar dose

NA: não se aplica

RMP: rifampicina

CDERM como centro especializado em hanseníase, podendo ainda representar falhas no processo de descentralização do programa de hanseníase no município de Fortaleza.

CONCLUSÃO

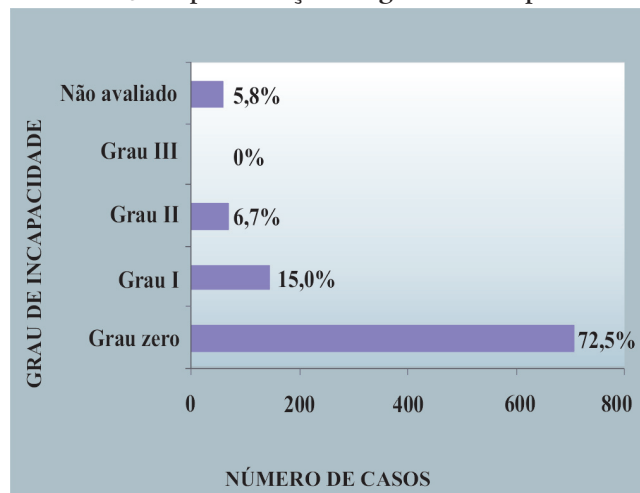
Com base nos resultados obtidos, foram observados: a presença de elevado percentual (7,7%) de casos detectados em menores de 15 anos; baixo percentual (5,8%) de pacientes diagnosticados na forma indeterminada; elevado percentual (21,7%) de casos com incapacidade ao diagnóstico. Esses indicadores apontam para uma elevada circulação do bacilo na

comunidade e a grande dificuldade que a rede básica apresenta de se organizar de forma a diagnosticar precocemente os casos dessa complexa doença.

Chegou-se a 2005 vendo a endemia hanseniana apresentar-se no limiar de sua eliminação como problema de saúde pública em nível mundial, considerando indicador principal a prevalência pontual. Entretanto, a utilização da prevalência pontual, enquanto principal indicador de eliminação, tem gerado intensa discussão epidemiológica.¹⁵

Nas duas últimas décadas, houve redução drástica da prevalência da hanseníase pela implementação da PQT de curta duração em larga escala, ocasionan-

GRÁFICO 3: Representação do grau de incapacidade



do queda da prevalência global e aproximando-se da meta de eliminação. Entretanto, os coeficientes de detecção, que são indicadores de transmissibilidade da infecção, permanecem elevados e não foram alterados após quase 10 anos de alta cobertura com PQT.

Dados internacionais alertam para o fato de que, em algumas áreas onde a hanseníase tem sido

TABELA 3: Percentual dos casos de hanseníase por região - CDERM, 2004

Região	%
Grande fortaleza	92,8
Fortaleza	82,2
Região metropolitana	10,6
Interior do estado	6,5
Outros estados	0,6

considerada eliminada, tem sido observado aumento dos casos nas formas polares e do grau de incapacidade. Assim, é essencial que as atividades de controle e pesquisa da hanseníase sejam sustentadas, mesmo em países ou áreas que tenham oficialmente alcançado a meta de eliminação.³

A complexidade de enfrentamento de uma doença como a hanseníase leva a refletir e redirecionar sua eliminação para um controle efetivo, sedimentado sobre a ética e a medicina baseada em evidências.^{14,15} □

REFERÊNCIAS

- Martelli CMT, Stefani MMA, Penna GO, Andrade ALSS. Endemias e Epidemias Brasileiras, Desafios e Perspectivas de Investigação Científica: Hanseníase. Rev Bras Epidemiol. 2002;5:273-85.
- World Health Organization. [homepage on the internet]. Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. Available from: <http://www.who.int/lep/>
- Report of the International Leprosy Association Technical Forum. Paris, France, 22-28 February 2002. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 2002;70:S1-62.
- Ministério da Saúde. Área técnica de dermatologia sanitária. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília; 2001.
- Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity. A five group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1966; 34:255-273.
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2002. vol I e II.
- Goulart IMB, Penna GO, Cunha G. Imunopatologia da Hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. Rev Soc Bras Med Trop. 2002;35:363-75.
- Talhari S, Neves GB. Hansenologia. Manaus: Calderano; 1984.
- Bakker M. Epidemiology and Prevention of Leprosy: a cohort study in Indonesia. KIT Publishers; 2005.
- Conselho Nacional de Saúde. [sitio na internet]. Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196; 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
- Belda W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1974. Hansen Int. 1976;1:11-24.
- World Health Organisation. Leprosy, global situation. Wkly Epid Rec. 2002;77:1-8
- Visschedijk J, van de Broek J, Eggens H, Lever P. Review: Mycobacterium leprae - Millenium resistant. Trop Med Int Health. 2000; 5:388-99.
- Lockwood DNJ, Suneetha S. Elimination not an appropriate goal for leprosy. WHO Bulletin. 2005; 83:230-35.
- Penna GO. "A Propósito da Eliminação da Hanseníase no Brasil". Paramédicos; 2002.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Centro de Referência Nacional em Dermatologia
Sanitária D. Libânia
Rua Pedro I, 1033 - Centro
60035-101 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3101-5452
E-mail: ccd27@hotmail.com