RESUMO

Estudo retrospectivo de corte observacional com variáveis de caráter quantitativo, realizado a partir da coleta de fichas de notificação de pacientes portadores de hanseníase da Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcelo Cândia no período de 2002 a 2011, com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico da hanseníase no grupo de pacientes estudados. As variáveis estudadas constam da ficha de notificação e controle da hanseníase. Observou-se predominância de casos no sexo masculino (62,3%); Em relação a faixa etária foi de 15 a 59 anos (68,3%); quanto à raça 77,7% são pardos. Com relação a escolaridade de 4 a 7 anos apresentou 30%. Marituba representa 26,5% dos prontuários investigados, sendo que a procedência urbana representou 89,7% dos casos. Quanto ao número de lesões cutâneas 41,8% apresentou mais de 5 lesões. A maioria apresentou ausência de troncos acometidos (39,3%) e 64,2% não apresentavam nenhum tipo de incapacidade. A forma clínica com maior prevalência foi a multibacilar (76,1%), com predominância da forma clínica dimorfa (53,0%); além disso 74,5% iniciaram com 12 doses de poliquimioterapia (sob a forma multibacilar), seguida de 23,1% com 6 doses. Referente ao modo de entrada, verificou-se a prevalência de casos novos (76,6%) e 63,2% dos pacientes mantinham contato com uma a quatro pessoas. Dos pacientes notificados, 34,5% apresentaram baciloscopia negativa. Não houve crescimento homogêneo em novos casos notificados no período de 2002 a 2011, ocorrendo períodos de crescimento e decréscimo com alternância entre os anos.

Palavras-chave: hanseníase; epidemiologia; neurite

ABSTRACT

Retrospective observational study with quantitative variables, carried out from the collection of notification forms from patients with leprosy at the Specialized Reference Unit in Sanitary Dermatology Dr. Marcello Cândia in the period from 2002 to 2011, with the objective of tracing the epidemiological profile of leprosy in the group of patients studied. The studied variables are included in the leprosy notification and control form. There was a predominance of cases in males (62.3%); Regarding the age group, it was 15 to 59 years (68.3%); as to race 77.7% are brown. Regarding schooling from 4 to 7 years old, it presented 30%. Marituba represents 26.5% of the medical records investigated, with urban origin representing 89.7% of cases. As for the number of skin lesions, 41.8% had more than 5 injuries. The majority had no affected trunks (39.3%) and 64.2% did not have any type of disability. The most prevalent clinical form was multibacillary (76.1%), with a predominance of the dimorphic clinical form (53.0%); in addition 74.5% started with 12 doses of polychemotherapy (in the multibacillary form), followed by 23.1% with 6 doses. Regarding the mode of entry, there was a prevalence of new cases (76.6%) and 63.2% of patients maintained contact with one to four people. Of the notified patients, 34.5% had negative smear microscopy. There was no homogeneous growth in new cases notified in the period from 2002 to 2011, with periods of growth and decrease alternating between years.

Keywords: leprosy; epidemiology; neuritis

1 Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Reabilitação . Docente da Universidade do Estado do Pará, Belém -Pará

2 Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará, Belém -Pará

3 Fisioterapeuta, Graduada pelo Centro Universitário do Pará, Belém -Pará

4 Fisioterapeuta, Graduada pela Faculdade Metropolitana de Marabá; Marabá - Pará

5 Fisioterapeuta, Mestrando em Fisioterapia Cardio- respiratória pelo Instituto politécnico do Porto Escola superior de saúde

Autor de correspondência

Tereza Cristina dos Reis Ferreira
Email: tereza.reis@uepa.br

DOI: doi.org/10.36692/v12n3-7

INTRODUÇÃO

A hanseníase revela ainda um problema em saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem desde 2000 propondo a eliminação desta doença. Infelizmente em 2010 o Brasil não alcançou a meta de eliminação estimada em 2005, apesar de todos os esforços da campanha mundial e de todas as esferas do governo. Este fato estimulou o estabelecimento de um segundo escopo para 2020.²⁰

Em 2011, foram registrados 33.955 casos novos, contra 45.874 em 2001. O recuo da doença foi um dos destaques do estudo Saúde Brasil 2011, apresentado durante a 12ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI). O estudo fez uma análise da situação de saúde dos brasileiros e revelou que o coeficiente de detecção de casos novos por 100 mil habitantes reduziu: 26,61 (2001) para 17,65 (2011) – queda de 34%.³ Entretanto em 2020 poderá existir ainda cerca de 1,4 milhões de pessoas no mundo com deformidades ocasionadas pela hanseníase.⁴

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia, a população economicamente ativa é a mais acometida pela doença, principalmente na faixa etária entre 13 e 50 anos. Independentemente da hanseníase acometer ambos os sexos, observa-se predominância pelo sexo masculino.¹²

O diagnóstico ocorre através do exame clínico, realização da anamnese, avaliação dermatoneurológica (presença de alteração de sensibilidade e motora e espessamento neural), diagnóstico dos estados reacionais, diagnóstico diferencial, classificação do grau de incapacidade física; e laboratorial, através da baciloscopia, onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais, como os lóbulos auriculares e/ou cotovelos.⁵

Com o propósito organizacional do tratamento quimioterápico, o Ministério da Saúde categoriza a hanseníase em: Paucibacilares (PB) e Multibacilares, sendo paucibacilares: casos com até cinco lesões de pele (tuberculoide (T), indeterminada - Mitsuda positivo; e multibacilares (MB)): casos com mais de cinco lesões de pele: Virchowiana (V), Dimorfa (D).¹²

A cronicidade e baixa letalidade dessa doença, faz com que o Brasil ocupe o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo.¹⁶ A expansão endêmica em várias regiões do país é caracterizada pela distribuição não uniforme, o que culmina em dificuldades para o controle epidemiológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

As causas associadas a disposição espacial da hanseníase vão desde motivos

naturais até sociais. Por isso a hanseníase é um problema de saúde pública, visto que envolve todo o ambiente bioopsicosocial, no qual o indivíduo está inserido.

Apesar de tudo a hanseníase tem cura e seu tratamento é oferecido gratuitamente nas unidades básicas de saúde do SUS. Quanto mais veloz o diagnóstico, melhor o prognóstico. O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT, devendo ser realizado nas unidades de saúde. A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada para evitar resistência medicamentosa.⁵

A classificação operacional do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado tanto em casos de Pauci ou Multibacilar. Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema-espelho é ajustada, conforme a idade do infante. Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema- -padrão, são indicados esquemas alternativos. A alta por cura é dada após o regime completo do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico.⁵ Diante do exposto este estudo teve como objetivo analisar as fichas de notificação de

pacientes portadores de hanseníase da unidade de referência especializada em dermatologia sanitária Dr. Marcello Cândia no período de 2002 a 2011.

MÉTODOS

As fichas de notificação da pesquisa foram analisadas respeitando os princípios éticos da Resolução nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, implicando no respeito aos sujeitos da pesquisa, a pesquisa iniciou após aceite da orientadora, bem como a autorização do diretor da Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia”, assinatura do termo de compromisso para utilização de dados pelos autores e pela instituição e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Pará (CESUPA) sob o número CAAE: 14101913.9.0000.5169.

O estudo foi do tipo retrospectivo de corte observacional, com variáveis de caráter quantitativo e foi realizado na Unidade de Referência “Dr. Marcello Cândia” localizada no município de Marituba no estado do Pará, durante os meses de maio e junho de 2013, onde foram analisadas as fichas de notificações de portadores de hanseníase que deram entrada no período de 2002 a 2011 na referida unidade.

Foram inclusos no estudo fichas de notificação de pacientes com diagnóstico fechado de hanseníase, atendidos na unidade no período de 2002 a 2011 de todas as idades e ambos os sexos. Foram exclusas as fichas de notificação de pacientes atendidos fora do período determinado e com dados incompletos.

As fichas de notificação analisadas foram disponibilizadas pelo serviço de arquivo médico e estatístico da Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia”, de onde foram coletados e protocolados os dados relevantes em uma ficha criada pelo próprio autor, com base na ficha de notificação de hanseníase do Ministério da saúde, onde foram descritas as seguintes variáveis: Idade, sexo, procedência, escolaridade e raça, o número de lesões cutâneas, número de troncos nervosos acometidos, forma clínica, avaliação de incapacidade funcional, classificação operacional, modo de entrada, baciloscopia, esquema medicamentoso terapêutico inicial e número de contatos registrados, assim como verificar a incidência de novos casos de hanseníase por ano.

Para análise estatística foram tabulados os dados para de acordo com a natureza das variáveis, realizar-se-á análise descritiva, sendo informados os valores percentuais dos resultados, analisando dados categóricos com intervalo de confiança em 95%. O banco de

dados, bem como as tabelas e os gráficos foram construídos no Microsoft EXCEL 2007.

RESULTADOS

No presente estudo foram feitas as análises de 2756 fichas de notificação dos pacientes portadores de hanseníase na Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia” no período de 2000 a 2012 no Município de Marituba – Pará, sendo excluídos os anos de 2000 a 2001, devido às fichas estarem fora do serviço de arquivamento para análise de dados da própria unidade e 02 fichas com dados incompletos.

A seguir apresenta-se as características sócio demográficas dos pacientes portadores de hanseníase, atendidos na Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia” no período de 2002 a 2012 no Município de Marituba – Pará.

Com relação às características sócias demográficas no que se refere à idade, verificou-se que no intervalo de 15-59 apresentou 68,9%, sendo este o grupo mais afetado; seguida de 0-15 com 16,9% e igual ou maiores de 60 anos 14,3%. Quanto ao sexo, 62,3% pertenciam ao sexo masculino e 37,7% ao sexo feminino. Quanto a raça 77,7% eram pardos, 9,4% eram brancos, 7,0% eram da cor preta, 0,3% da raça amarela, 0,036% eram indígenas e ignorados 5,6%.

Em relação à escolaridade de 4 a 7 anos apresentou 30,2%, 18,1% de 8 a 11 anos, os de 12 anos ou mais 13,5%, 1 a 3 tiveram 6,9%, representaram os resultados ignorados foram 6,3% e para os que não se aplicava 0,4%. Referente à variável município de procedência, outros municípios 24,7%, Marituba representa 26,5% dos prontuários investigados, Ananindeua com 23,1%, Belém com 22,5%, Benevides 3,2% e não constava a informação 0,036%. Quanto a análise dos dados quanto à zona de procedência a urbana com 89,7%, rural com 8,5%, ignorado com 1,6% e urbano/rural com 0,1%.

A seguir apresentam-se os dados clínicos do presente estudo, realizado com os pacientes portadores de hanseníase atendidos na unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia” no período de 2002 a 2012, Marituba – PA, referentes a número de lesões cutâneas, número de troncos nervosos acometidos, forma clínica, avaliação de incapacidade funcional, classificação operacional, modo de entrada, baciloscopia, esquema terapêutico inicial e número de contatos registrados.

Quanto ao número de lesões cutâneas 41,8% apresentaram mais de 5 lesões, seguida de lesão única (28,6%), de 2-5 (19,2%), sem informação 5,8% e aqueles que não apresentavam lesões foram 4,6%.

Em relação ao número de troncos nervosos acometidos a maioria representou ausência de troncos acometidos (39,3%), seguida de 1-4 (36,1%), não continham 18,0%, de 5 a 9 troncos 6,3% e com 10 ou mais 0,2%. No que tange a avaliação da incapacidade do diagnóstico verificou-se que 64,2% não apresentavam nenhum tipo de incapacidade, que 18,4% tinham grau um de incapacidade, 12,3% mostravam grau dois, 3,5% não foram avaliados e ignorados 1,5%.

Em relação à forma clínica evidenciou-se forma a Dimorfa representaram 53,0%, virchowiana 20,0%, Tuberculóide 15,8%, Indeterminada 7,3% e que não foram classificados 4,0%. E quanto à classificação operacional, a forma multibacilar representa 76,1% dos prontuários, paucibacilar 23,2% e os ignorados 0,8%. Quanto ao esquema terapêutico inicial 74,5% (sob a forma multibacilar), seguida de 23,1% com 6 doses de PQT, com 24 doses 1,5%, Ignorados 0,7% e ROM e outros esquemas alternativos foram 0,1%. Apresentaram Baciloscopia negativa 34,5%, positiva 28,0%, não foi realizado o exame em 24,4% e ignorados 13,1%.

Referente ao modo de entrada, verificou-se a prevalência de casos novos (76,6%), sucedido de outros reingressos (10,8%) e recidiva (8,3%), transferência de outro município, mesma UF 2,4%, transferência

do mesmo município 1,3%, transferência de outro UF 0,3% e transferência de outro país e ignorado 0,1%. E quanto a variável número de contatos registrados observou-se 63,2% mantinham contato com uma a quatro pessoas, 24,9% com cinco a dez, 5,2% viviam sozinhos, 3,4% ignorados e mais de 10 contatos 3,3%.

Quanto ao número de casos novos notificados no período de 2002 a 2012, não houve um crescimento homogêneo, sendo demonstrado na pesquisa valor máximo no ano de 2004 (9,9%) e mínima em 2002 (2,3%), considerando que o estudo foi até o ano de 2012.

DISCUSSÃO

No ano de 2011 o coeficiente geral de detecção de hanseníase por UF de residência no Brasil a cada 100.000 habitantes era de 15,44 e no estado do Pará era de 46,35. No ano de 2003 o coeficiente de prevalência hanseníase no Brasil era de 4,52 por 10.000 habitantes. Já no ano de 2011, o coeficiente por 10.000 habitantes era de 1,24 (23.660) representando uma queda significativa nos números de registro ativo e neste mesmo ano a região norte dentre as outras região representava o primeiro lugar com coeficiente de prevalência de 3,28 (5.196). O Pará representa o quarto estado com maior prevalência de casos.⁷

Foram analisadas 2.756 fichas, sendo

que foram excluídos os anos de 2000 e 2001 por não estarem disponíveis na unidade. Das fichas quantificadas 55 foram no ano de 2002, 216 em 2003, 263 em 2004, 227 em 2005, 126 em 2006, 155 em 2007, 163 em 2008, 203 em 2009, 467 em 2010, 425 em 2011 e 456 em 2012 de acordo com as fichas pela Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária Dr. Marcelo Cândia.

Neste estudo com relação à faixa etária acometida, observou-se maior prevalência entre 16 e 59 anos (68,8%), seguida de menores de 15 anos com 16,9%. Segundo o Data Sus6, a faixa etária mais acometida a nível nacional é em maiores de 15 anos. Nos estudos de Ribeiro et al.²⁰ pessoas com idade ≥ 15 anos representavam o coeficiente de detecção muito alto (20,00 a 39,99/100 000 habitantes). Enquanto que <15 estavam na categoria “médio” (coeficiente de detecção de 0,50 a 2,49/100 000 habitantes). Dentre as literaturas consultadas houve dificuldade em encontrar faixa etária que estivesse dentro da seguida pelo estudo.

Em relação ao gênero, Cunha et al.⁸, em estudo transversal, observacional, descritivo, com levantamento de dados clínicos-epidemiológicos mediante a análise de 158 prontuários de pacientes com hanseníase, encontrou que dentre os prontuários investigados o sexo masculino representou 80,4%, coincidindo com os estudos do Palú

e Cetolin (2015)¹⁷ de 62%, sendo também encontrados dados semelhantes no boletim do Ministério da Saúde (2020)⁴ 55,2%.

No que se refere à raça, predominase a cor parda (77,7%), seguida da cor branca (9,4%), corroborando com os estudos de Ministério da Saúde (2020)⁴, onde apresentou também predominância da cor parda (58,3%), seguidos dos brancos, que representaram 24,6%. Sendo importante salientar que o tipo de cor da pele, não é um fator, onde se pode fazer a relação direta com a aquisição da infecção pela hanseníase.⁵

Ainda tratando-se da variável, Gomes et al.¹⁰, em estudo transversal de 79 hansenianos atendidos em 2003 e 2004, no ambulatório de hanseníase junto ao Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP caracterizando o perfil clínico epidemiológico, constatou-se que a cor branca apresenta maior representatividade (91,1%) seguida da parda com 7,6% dos casos. Em um estudo feito por Melão et al.¹⁴, em uma população de 54 paciente em Santa Catarina percebe-se na maior prevalência na raça branca, com 43 (79,6%) casos, enquanto que negros e pardos obtiveram dois (3,7%) casos cada. Ambos os estudos vem a conflitar com presente estudo. Isso pode estar relacionado com as condições de imigração, onde há o predomínio de uma raça em detrimento a outra e não a relação tendenciosa de onde uma raça

apresenta mais suscetível a infecção do que outra.

Em relação à escolaridade a população mais acometida frequentou somente o ensino fundamental (54,6%). Os estudos de Basso e Silva (2017)¹, mostram que uma população de 52 indivíduos, 51,92% desta população possuíam ensino fundamnetal inclompeto. Dessa forma o Ministério da Saúde (2020)⁴, percebeu predomínio 43,3% em indivíduos com ensino fundamental incompleto, seguidos por aqueles com ensino médio completo e ensino superior incompleto (13,9%). Dessa forma ou autores reafirmam que a distribuição da doença está relacionada ao meio sócio econômico, acometendo as classes menos favorecidas com maior frequência.

No tocante ao município de residência, Marituba representa 26,5% dos prontuários investigados, seguida de Ananindeua com 23,1% e Belém com 22,5%. Enquanto à zona de procedência a urbana representou 89,7%, o que retrata também a pesquisa de Melão (2010)¹⁴, onde à zona de residência, 44 (81,5%) dos pacientes pertencem à urbana e 11,1% à zona rural, um caso ocorreu na região peri-urbana e foram ignoradas esta informação em três (5,6%) casos.

As manifestações clínicas afetam predominantemente a pele e/ou nervos periféricos, tendo como principal alvo de

acometimento, o nervo e a célula de Schwann, pois o bacilo tem predileção para infectar as regiões mais frias do corpo, resultando em lesões de pele e espessamento neural.⁵

A superioridade de ocorrência no número de lesões cutâneas 41,8% representou mais de 5 lesões, seguidos de lesão única com 28,6%, sendo valores concordantes encontrados por Pinto et al.¹⁸, realizada com 335 pacientes, onde evidenciou-se que 51,6% apresentaram mais de 5 lesões de pele, o que vem a concordar com o presente estudo.

Uma das principais características da hanseníase é o acometimento de nervos periféricos, podendo gerar grandes incapacidades físicas, evoluindo nos casos mais graves para deformidades comprometendo as atividades instrumentais e básicas de vida diária.⁵

Em relação ao número de troncos nervosos acometidos a maioria representou ausência de troncos acometidos (39,3%), seguida de 1-4 (36,1%). O que vem a concordar com os achados de outros trabalhos, como o realizado por Cury et al.⁹, o qual encontrou em 46% dos casos, ausência de comprometimentos de troncos. Essa informação torna-se de primeira importância, em detrimento de sua relação com o grau incapacidade que os indivíduos podem vir a adquirir com a evolução da infecção.

No que tange a avaliação da incapacidade

do diagnóstico, verificou-se que 64,2% não apresentavam nenhum tipo de incapacidade, que 18,4% tinham grau um de incapacidade e 12,3% mostravam grau dois. Para essa variável, foi encontrando no estudo de Bastista et al.², que o grau de incapacidade detectado no início do diagnóstico, apresentou um predomínio do grau de incapacidade 0, o que é condizente com a realização do presente estudo. E na avaliação das incapacidades os graus são atribuídos para cada mão, olho e pé, o maior valor atribuído, representa o maior grau de incapacidade do indivíduo. Segundo Basso e Silva (2009)¹, a incapacidade física é o elemento primordial que distingue a hanseníase das outras patologias por gerar grande impacto na vida do paciente e da comunidade; salientando-se como a causadora de importantes deformidades e invalidez.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002)⁵ clinicamente subdivide a hanseníase da seguinte forma: Paucibacilares e multibacilares facilitando assim a forma de aplicação dos quimioterápicos.

Em relação à classificação operacional e a forma clínica evidenciou-se que dos 2.756 prontuários analisados, a forma multibacilar representa 76,1% dos prontuários, com predominância da forma clínica Dimorfa com 53,0% dos prontuários. Nos estudos de Gonçalves, Sampaio e Antunes (2009)¹¹, a forma dimorfa apresentou 81,8 %, seguida

da Virchoviana (17,0%), dados concordantes com a pesquisa realizada por Cury et al.⁹, onde a forma clínica Dimorfa representou 52,6%, seguida da Virchoviana (22,2%). Ressaltando que a forma mais acometida está dentro da categoria que oferece maior risco para desenvolvimento de incapacidades físicas.

O tratamento com a poliquimioterapia padronizado pela Organização Mundial de Saúde é utilizado no Brasil pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo a eliminação do bacilo de Hansen promovendo a cura e prevenindo as incapacidades e deformidades provocadas pela doença e estão divididas em 6, 12 e 24 doses dependendo da evolução da doença e do grupo a qual se encontre, ou seja, Paucibacilares ou multibacilares (BRASIL, 2002)⁵.

No que tange ao tratamento, foi evidenciado que a poliquimioterapia (PQT) foi à conduta mais utilizada, sendo que no esquema terapêutico inicial 74,5% iniciaram com 12 doses de PQT (sob a forma multibacilar), seguida de 23,1% com 6 doses de PQT. Em estudos de Mello (2006)¹⁵ evidenciou-se que o esquema terapêutico inicial, 42,1% dos pacientes utilizaram PQT/MB/12 doses e 22,8% PQT/PB/6 doses o que condiz com a presente pesquisa. A utilização desta terapêutica tem contribuído para o controle da doença, principalmente entres os seus comunicantes, uma vez que, após a primeira

dose administrada, perde-se a capacidade de contaminação. Foi difícil encontrar estudos que mostrasse o esquema terapêutico, talvez pelo fato de o mesmo acompanhar a forma clínica.

Dos pacientes notificados 951 (34,5%) apresentaram Baciloscopia negativa e 771 (28,0%) com baciloscopia positiva. Conforme estudos de Lana et al. (2003)¹³ em seu estudo sobre a distribuição da hanseníase em Governador valares, com uma amostra de 2.337, tiveram a baciloscopia negativa 1.703 e positiva 634 o que corrobora com o presente estudo.

Quanto ao modo de entrada verificou-se a prevalência de casos novos (76,6%), sucedido de outros reingressos (10,8%) e recidiva (8,3%). Dados estes confirmados nos estudos de Cunha (2008)⁸ que analisou 158 prontuários, onde em relação ao modo de entrada, houve uma predominância nos registros de casos novos (84%), seguidos dos casos de recidiva com proporção de 8%.

Referente aos casos novos avaliados por ano no período de 2002 a 2012 verificou-se a prevalência de casos novos (76,6%), sendo notificados no período de 2002 a 2012, onde não houve um crescimento homogêneo, ocorrendo períodos de crescimento seguidos de diminuições com alternância entre os anos, porém se for pensar somente nos dados

coletados na unidade não ocorre diminuição, pelo contrário, há um aumento, mas observando os números gerais de casos novos de hanseníase oferecidos pelo DATA SUS ⁶, percebe-se uma queda significativa nos números de casos novos notificados. Essa tendência decrescente e estatisticamente significativa nos números de novos casos observados para o Brasil a partir de 2003 pode ser explicada pela atuação do Ministério da Saúde que em novembro de 2002, implantou o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose, o programa segundo (BRASIL, 2020)⁴ teve como objetivo mobilizar diversos segmentos sociais na busca da redução e controle de novos casos. Ainda no que diz respeito a casos novos por ano, e fazendo uma equivalência do número de casos novos atendidos na Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia” no período de 2002 a 2010, Marituba – PA em relação aos números de caso novos notificados na zona metropolitana de Belém- PA (DATA SUS, 2011)⁶, pode-se perceber que a referida unidade atende grande parte dos pacientes da região metropolitana de Belém, sendo que no ano de 2002 dos 548 pacientes notificados como caso novo 49 foram atendidos na unidade; no ano de 2003 de 641 notificações 184 eram casos da unidade; no ano de 2004 de 686 pacientes novos 208 pertenciam

a Unidade; de 574 pacientes notificados em 2005 eram da Unidade 182; em 2006 a unidade notificou 91 caso novos de um número geral de 522 da região metropolitana; em 2007 das 483 notificações 115 foram realizadas pela Unidade Marcello Cândia; no ano de 2008 foram 427 caso novos gerais e destes 114 pertenciam a Unidade Marcello Cândia; em 2009 dos 376 casos novos notificados 145 ocorreram na Unidade Marcello Cândia, já no ano de 2010 foram notificados 427 e destes foram atendidos pela Unidade Marcello Cândia 115 casos novos.

CONCLUSÃO

Mediante a análise de 2.756 fichas de notificação de pacientes atendidos da Unidade de Referência em Dermatologia Sanitária “Dr. Marcello Cândia” pode se perceber que a maioria era do sexo masculino, dentro da faixa etária de 15 a 59 anos, com menos de cinco contatos intradomiciliares, pardos e pertencentes ao município de Marituba, zona urbana; com relação a escolaridade a maioria apresentavam apenas o fundamental incompleto; admitidos como casos novos, com a forma operacional da hanseníase multibacilar, forma clínica virchowiana, apresentando mais de cinco lesões, iniciaram com 12 doses de PQT, tendo 0 (zero) de troncos nervosos acometidos e grau de incapacidade 0 (zero); com baciloscopia

negativa.

Neste estudo foram observados dados que podem ser usados de forma a direcionar campanhas e medidas de busca de pacientes ainda não diagnosticados, visto que não há um acompanhamento com contatos intradomiciliares.

Recomenda-se que as ações de controle da hanseníase se estenda a toda população, de forma clara para que os mesmos possam identificar a doença em sua fase inicial, fazendo com que aumente a demanda espontânea, pois detecção precoce de casos, não apenas manterá o controle a doença, mas também sua eliminação.

REFERÊNCIAS

- 1 Basso Maria Eduarda de Macêdo, Da Silva Rodrigo Luís Ferreira. ARTIGO ORIGINAL. Rev Soc Bras Clin Med. 2017 jan-mar;15(1):27-32 Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em uma unidade de referência. ARTIGO ORIGINAL. Rev Soc Bras Clin Med. 2017 jan-mar;15(1):27-32. 2051;
- 2 Batista ES, Campos RX, Queiroz RCG, et al. Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. Rev Bras Clin Med. São Paulo. 2011 mar-abr; 9(2):101-6.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 12ª Expoepi : mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças : anais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Hanseníase | 2020. Número Especial | jan. 2020. [página na Internet]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/boletim-hanseniasse-2020-web.pdf>
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/hanseniasse/cnv/hanswuf.def>>. Acesso em: 05 jul. 2020
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Hanseníase: situação epidemiológica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466.
- 8 Cunha, Maria Heliana Chaves Monteiro da; Macedo, Geraldo Mariano Moraes de; Batista, Keila de Nazaré Madureira; Xavier, Marília Brasil; Sá Neto, Simone de; Nascimento, Francisca Souza do Nascimento e. Avaliação clínico-epidemiológica em pacientes multibacilares em uma unidade de referência de hansenologia da amazônia. Hansen. int ; 33(2): 9-16, 2008. tab, graf | ID: lil-789333
- 9 Cury Maria Rita de Cassia Oliveira, Paschoal Vania Del'Arco, Nardi Susilene Maria Tonelli, Chierotti Ana Patrícia, Rodrigues Júnior Antonio Luiz, Chiaravalloti-Neto Francisco. Spatial analysis of leprosy incidence and associated socioeconomic factors. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Feb [cited 2020 July 06] ; 46(1): 110-118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100014&lng=en. Epub Dec 20, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000086>.
- 10 Gomes Fernanda Guzzo, Frade Marco Andrey Cipriani, Foss Norma Tiraboshi. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 July 06] ; 82(5): 433-437. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962007000500006>.
- 11 Gonçalves Soraya Diniz, Sampaio Rosana Ferreira, Antunes Carlos Maurício de Figueiredo. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2020 July 06] ; 43(2): 267-274. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000200007>.
- 12 Jornal da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Ano IX, número 1 [Internet]. 2005 jan/fev. [citado 2020 jul 03]. Disponível em: www.sbd.org.br/down/Pdf/Jornal/Jornal_09_01.pdf.
- 13 Lana FCF, Lanza FM, Meléndez GV-, Branco AC, Teixeira S, Malaquias LCC, et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. Hansen. Int. 2003;28(2):131-137
- 14 Melão S B, LFO, Mounzer N, Veronezi CCD SP. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2011;44(79-84). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/18.pdf>.
- 15 Mello RS, Popoaski MCP, Nunes DH. Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006; 35(1):29-36.

- 16 OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. Weekly Epidemiological Record, Genebra, n. 94, p. 389-412, 30 ago. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>. Acesso em: 9 out. 2019.
- 17 Palú Flávia Hoffmann, Cetolin Sirlei Favero. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM HANSENÍASE NO EXTREMO OESTE CATARINENSE, 2004 A 2014. Arq. Catarin Med. 2015 abr-jun; 44(2): 90-98 90. Arq. Catarin Med [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 5]; DOI ISSN (online) 1806-4280. Available from: file:///C:/Users/luane/AppData/Local/Temp/29-53-1-SM.pdf.
- 18 Pinto Renata dos Anjos, Maia Helena Fraga, Silva Marcos Antônio Falcão, Marback Mariana. 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.indd 906. 2010;;906-918.
- 20 Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveira SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.