

**Perfil das reações Hansênicas e acometimento de nervo(s) periférico(s)
nos pacientes admitidos e tratados na Unidade de Saúde Dr. Ilion
Fleury no município de Anápolis, entre 2011 e 2013**

**Profile of leprosy reactions and peripheral nerve involvement in
patients admitted and treated at the Health Unit Dr. Ilion Fleury in the
city of Anápolis, between 2011 and 2013**

DOI:10.34119/bjhrv4n1-007

Recebimento dos originais: 12/12/2020

Aceitação para publicação: 06/12/2021

Sinval Dorneles Filho

Graduado em Medicina

Instituição de atuação atual: Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Endereço :Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO, 74820-300

E-mail: sinvaldorneles@gmail.com

Maria Fernanda Barbosa

Graduada em Medicina

Instituição de atuação atual: Hospital das Clinicas da UFG

Endereço completo: 1ª Avenida, S/N - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-020

E-mail: mariafernanda_nana@hotmail.com

Sylvana Castro Sacchetim

Mestrado em doenças infecciosas e parasitárias pelo instituto de patologia tropical e
Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Anápolis, UniEvangélica

Endereço completo: Av. Universitária, s/n - Cidade Universitária, Anápolis - GO

E-mail: sylsacchetim@gmail.com

Gustavo Vieira Costa

Graduado em Medicina

Instituição de atuação atual: Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Endereço completo: - Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO,
74820-300

E-mail: gustavo.vcost@gmail.com

Gabriel Fonseca de Oliveira Costa

Graduado em Medicina

Instituição de atuação atual: Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Endereço completo: - Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO,
74820-300

E-mail: gabrielfoc93@gmail.com

Aryell Assis dos Santos Faria

Graduado em Medicina

Instituição de atuação atual: Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO

Endereço completo: - Avenida 31 de Março, s/n, Av. Pedro Ludovico, Goiânia - GO,
74820-300

E-mail: aryell_12@hotmail.com

RESUMO

A hanseníase, doença infectocontagiosa, de etiologia bacteriana, causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma moléstia responsável por variados graus de incapacidade mesmo portando largo espectro farmoterápico gratuito capaz de proporcionar cura. Com este estudo, buscou-se identificar faixa etária, sexo, raça, escolaridade, classificação operacional, número de nervos afetados, forma clínica, grau de incapacidade inicial e reações hansênicas no momento do diagnóstico. Trata-se de um trabalho retrospectivo com estudo observacional, transversal e quantitativo, utilizando-se da avaliação de fichas de investigação do sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) e de prontuários de pacientes atendidos e diagnosticados na Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury, no município de Anápolis, a realidade da doença no contexto em questão no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013. Foram registrados 111 diagnósticos de Hanseníase, sendo 58,56% do sexo masculino. A forma clínica prevalente foi a dimorfa (29,73%) e a classe operacional foi a multibacilar (62,16%), com maioria sem nenhum nervo periférico afetado (41,44%) e também com nenhum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico (48,65%), e o desenvolvimento de reações hansênicas ocorreu predominantemente a do tipo I (45,95%). Tais achados são de grande relevância e preocupantes, pois o fato de a maioria dos casos serem multibacilares indica diagnósticos tardios, assim, faz-se necessário a melhora no serviço de hanseníase e também básico de saúde, possibilitando diagnósticos e tratamentos precoces.

Palavras Chaves: Hanseníase, Classificação Operacional, Reações Hansênicas, Grau de Incapacidade Física.

ABSTRACT

Leprosy, an infectious disease of bacterial etiology, caused by *Mycobacterium leprae*, although it carries a large treatment spectrum, it's still an important reason of human inability. With this study, we sought to identify age group, sex, race, education, operational classification, number of nerves affected, clinical presentation, initial inability degree, leprosy reactions at the time of the diagnosis. It is a retrospective observational study with work, cross and Quantitative, using Evaluation Research chips Notifiable Diseases Information System (SINAN) and medical records from patients with the disease diagnosed in Dr. Ilion Fleury Health Unit, in Anápolis, during the time betwin February, 2011 and February, 2013. In this context, 111 were registered with leprosy diagnostics, from this amount 58.56% were male, considering the operating classification, multibacillary represented 62,16% of the total of patients. Most of them were received without any affected peripheral nerve (41.44%) and also with none degree of disability at the time of diagnosis (48.65%); leprosy reactions development occurred predominantly on type I (45.95%). The fact of a majority of the cases of multibacillary indicates late

diagnostics. That's why, it is necessary an improvement in leprosy service and also in basic health, enabling early diagnosis and treatment.

keywords: Leprosy, Operating Classification, Leprosy Reactions , Degree of Physical Disability.

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma infecção crônica causada por *Mycobacterium leprae*, que afeta predominantemente peles e nervos periféricos. Tem característica espectral tanto no aspecto clínico como no histopatológico. A disseminação da hanseníase numa comunidade depende da suscetibilidade de seus indivíduos, da oportunidade de contato prolongado e do tipo predominante da doença na região. A maioria dos indivíduos de uma população é resistente ao *M. leprae*; 90% dos recém-infectados curam-se sem desenvolver doença clínica¹.

O *M. leprae* foi descrito em 1873, pelo norueguês Gerhard Armauer Hansen, notável pesquisador sobre o tema, razão pela qual é chamado bacilo de Hansen (BH). A hanseníase, mundialmente conhecida pela referência de lepra, parece ser uma das doenças mais antigas que acomete o homem e acredita-se que seja originário do continente Asiático². Outros autores também mostram a África como berço desta doença³. Ainda hoje, não se sabe ao certo a verdadeira origem da hanseníase, se é de origem asiática ou africana. É um bacilo álcool ácido resistente (BAAR), parasita intracelular obrigatório com predileção pelas células do sistema reticuloendotelial, especialmente os histiócitos do sistema nervoso periférico (célula de Schwann), células da pele e mucosa nasal. O *M. leprae* ainda não pode ser cultivado *in vitro*, um dos fatores que dificultam o estudo de suas propriedades. Admite-se ser o homem o reservatório natural do bacilo e a fonte de infecção. Esta ocorre pelo contato direto, íntimo e prolongado com o doente de hanseníase bacilífero (multibacilar não tratado). O maior risco de contágio é a convivência domiciliar. Os bacilos são eliminados, principalmente, pelas secreções nasais, da orofaringe e através de lesões ulceradas ou soluções de continuidade da mucosa nasal e/ou da pele de doentes. Os bacilos também podem ser eliminados por meio do leite materno, esperma, saliva, suor, lágrima⁴.

A prevalência da Hanseníase vem diminuindo no mundo, resultando em alcance da meta de eliminação da doença em vários países. A quantidade de novos casos registrados no ano tem se mantido constante. A prevalência oculta é um ponto a se

preocupar, nela estão casos esperados, mas que não serão diagnosticados ou que o diagnóstico se dará de forma tardia. Por um lado temos países ou regiões em que a doença torna-se cada vez mais rara; mas por outro, quinze países com mais de um milhão de habitantes foram considerados endêmicos⁵. No mundo existiam 597.232 casos registrados, e foram diagnosticados 719.330 casos novos⁶.

Existem três classificações diferentes para a Hanseníase: a classificação de Madrid, a de Ridley e Jopling e a operacional. A classificação de Madri (1953) é a mais utilizada no Brasil. Existem dois pólos da doença estáveis e opostos (virchowiano e tuberculoide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença. A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, divide a hanseníase em forma tuberculoide (TT), casos borderline ou dimorfos que são subdivididos em dimorfo-tuberculoide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV) virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV). A classificação operacional se dá pelo número de lesões; quando até cinco lesões, é classificado como paucibacilar (tuberculoide ou indeterminada), e quando apresentar mais de cinco lesões, é classificado em multibacilar (virchowiana ou dimorfa)⁴.

A hanseníase paucibacilar possui um espectro clínico menos grave, caracterizada por poucas (até cinco) lesões de pele hipocrômicas (pálidas ou avermelhadas) com perda de sensibilidade. A hanseníase multibacilar está associada a múltiplas (mais de cinco) lesões de pele, placas, nódulos, espessamento da derme ou infiltração cutânea e, em alguns casos, envolvimento da mucosa nasal, causando clínica de congestão nasal e epistaxe. Observa-se também acometimento de alguns nervos periféricos, que pode resultar em padrões característicos de incapacidade. Na maioria dos casos, tanto na doença paucibacilar quanto na multibacilar, o diagnóstico não apresenta dificuldades⁷.

As lesões da Hanseníase Indeterminada aparecem após um período de incubação de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo surgimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou por locais de hipoestesia na pele. As lesões são em pequenas quantidades e podem estar dispersas em qualquer área da pele. Comumente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Nesta forma clínica, não há comprometimento de troncos nervosos, apenas de pequenos ramos nervosos cutâneos. A pesquisa de BAAR revela-se negativa. A Hanseníase Indeterminada é considerada a primeira manifestação clínica da doença e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica⁸.

A forma clínica denominada Hanseníase Tuberculoide apresenta lesões bem delimitadas, em poucas quantidades, anestésicas e de distribuição assimétrica. Observam-se lesões em placas ou anulares com bordas em pápulas, e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas. Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão, com descamação das bordas. Pode se manifestar como nódulos, placas, lesões tricofitóides (descamação com bordas). Na forma neural pura, não se encontram lesões cutâneas. Há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial, quando atinge nervossensitivo-motores. A baciloscopia se apresenta negativa. A Hanseníase Tuberculoide, juntamente com a Hanseníase Indeterminada constituem as formas paucibacilares (PB) da hanseníase. Apesar da possibilidade de cura espontânea na Hanseníase Tuberculoide, a orientação é de que os casos sejam tratados para reduzir o tempo de evolução da doença e o risco de dano neural⁸.

A Hanseníase Virchowiana trata-se da forma multibacilar (MB), reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Conseqüentemente, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular alterada na sua integridade para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a Hanseníase Virchowiana possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como essa desde o início. Sua evolução crônica é caracterizada pela infiltração difusa e progressiva da pele, olhos, testículos, mucosas das vias aéreas superiores e nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais características na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há diminuição dos pelos nos membros, cílios e supercílios, esse sinal denomina-se madarose. O comprometimento nervoso ocorre nos pequenos ramos nervosos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos⁸.

A forma clínica Hanseníase Dimorfa ou Borderline é um grupo caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que ocorra grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos, ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele apresentam-se em grandes quantidades e a sua morfologia mistura aspectos de Hanseníase Virchowiana e Hanseníase Tuberculoide, podendo ocorrer predominância ora de um, ora de outro tipo. Descrevem-se lesões em placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos (lesões foveolares).

Quando numerosas, são chamadas lesões em renda ou queijo suíço. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares, e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidades físicas. A pesquisa de BAAR pode ser negativa ou positiva com quantidade bacilar variável⁸.

Os indivíduos com a doença após instituído o tratamento podem apresentar quadros ou estados reacionais, intercorrências no curso da doença, que estão presentes em cerca de 10 a 50% dos casos, principalmente, nas formas multibacilares e constituem importantes fatores de risco para re-tratamento da hanseníase, além de responsáveis por abandono de tratamento e pelas incapacidades⁹. Os estados reacionais ocorrem, principalmente, durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, mas também podem ocorrer antes ou mesmo após a cura do paciente¹⁰.

As reações hansênicas são classificadas em dois tipos de acordo com Jopling: reação hansênica tipo I ou reversa (RR), quando está envolvida a imunidade celular, e a reação hansênica tipo II com os tipos eritema nodoso hansênico (ENH), eritema polimorfo (EP) e eritema nodoso necrotizante (ENN), com participação mais efetiva da imunidade humoral. A neurite pura ou isolada pode ser classificada como reação tipo I ou um terceiro tipo de reação hansênica. A reação tipo I pode ser ascendente, quando há aumento da imunidade específica ou descendente quando há uma queda da imunidade e a expressão clínica é semelhante⁹. Os portadores de hanseníases podem também apresentar reações mistas, ou seja, reações tipo I e II ao mesmo tempo e reações tipo eritema polimorfo¹¹.

Reação tipo I ou reação reversa (RR), que ocorre frequentemente em paucibacilares, parece estar associada a um aumento abrupto da resposta imune mediada por célula contra antígenos do *M. leprae*. A histopatologia demonstra expansão do granuloma com presença de edema e um influxo de células CD4+ positivas. O número de receptores para interleucina-2 (IL-2R) bem como a expressão de HLA-DR em células do infiltrado e em queratinócitos na epiderme estão aumentados, um sinal evidente da produção de IFN-g. Reação tipo 2 ou reação tipo Eritema Nodoso Hansênico(ENH), ocorre em pacientes multibacilares, e caracteriza uma reação inflamatória sistêmica, apresentando imunopatologia mais complexa. Pode ocorrer em pacientes não tratados mas, um percentual expressivo de pacientes sob tratamento, pode desenvolver um ou mais episódios. Em alguns pacientes, essa reação inflamatória pode se tornar crônica e aparecer mesmo após o término do tratamento¹².

No Brasil, o estudo da distribuição geográfica da Hanseníase se dá por macrorregiões. Associam-se fatores de caráter natural: clima, relevo, tipo de vegetação e determinados ecossistemas; e fatores de caráter social: condições desfavoráveis de vida, desnutrição e movimentos migratórios¹³. A taxa de prevalência da Hanseníase, no Maranhão, em 2007 era de 6,67 casos por 10.000 habitantes, o que significa 4.176 casos, revelando ser este o segundo estado brasileiro com maior taxa de prevalência. Em primeiro lugar, encontra-se o estado do Mato Grosso¹⁴.

Apesar de atualmente a Hanseníase prevalecer em países mais pobres e ainda nos estratos menos favorecidos das populações que neles habitam, não se sabe ao certo a interferência de variáveis como: moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e malária), e infecções prévias por outras micobactérias. O papel de fatores genéticos tem sido avaliado há muito tempo, a distribuição da doença em conglomerados, famílias ou comunidades com antecedentes genéticos comuns sugere esta possibilidade¹⁵.

A Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, acomete crianças principalmente quando há uma maior endemicidade da doença. Há uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo¹⁶.

Os estudos clássicos sobre a hanseníase gerada no campo da saúde pública levantaram o social como um dos fatores de risco e ofereceram informações sistematizadas sobre alguns aspectos da realidade social que circunscreve a ocorrência da Hanseníase¹⁷. Nesse sentido, impossível desconsiderar os resultados obtidos em estudo que articulam a regressão da doença e a história cultural e econômica na Noruega, entre 1856 e 1927¹⁸. Outro ponto é a associação da promiscuidade à ocorrência de doença, em estudo epidemiológico extenso nas Filipinas¹⁹; Outro estudo sugeriu a associação entre as transformações sócio-econômicas e a diminuição da incidência da hanseníase, entre 1866 e 1936, no Hawai²⁰. Devem-se considerar, ainda, os achados de um estudo descritivo e longitudinal, num período de trinta anos, em Córdoba, na Argentina²¹, e outro estudo de caso, realizado na Venezuela, mostrou-se que o fator econômico-social constituía causa predisponente da Hanseníase²².

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, o exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. O diagnóstico deve ser recebido de modo semelhante ao de outras doenças curáveis²³.

Entre as doenças transmissíveis, a hanseníase é uma das principais causas de incapacidade física permanente. O grau de incapacidade é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a II (dois)²⁴. O diagnóstico e o tratamento precoces dos casos, antes que ocorra a lesão neural, são as medidas mais eficazes para se prevenir as incapacidades decorrentes da doença. A abordagem das complicações da hanseníase – incluindo reações e neurites – pode prevenir ou minimizar o desenvolvimento de incapacidades adicionais. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias em muitas sociedades⁷.

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional (PB ou MB). Em 1982, a OMS recomendou a poliquimioterapia (PQT), que consiste em três drogas: dapsona, rifampicina e clofazimina. Essa associação é bactericida, segura e com baixo índice de recidivas¹.

O Ministério da Saúde tem a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2010, o Brasil apresentou 1,56 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.761 casos em tratamento. Neste mesmo ano, o Brasil detectou 34.894 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 18,2/100.000 habitantes. Verificou-se redução do coeficiente de detecção de 35,1% no período de 2001 a 2010. Embora o Brasil registre declínios contínuos nos coeficientes de prevalência e de detecção de novos casos de hanseníase, as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste são consideradas mais endêmicas, com áreas de manutenção importante da transmissão⁷.

Casos de hanseníase em menores de 15 anos evidenciam circuitos de transmissão ativos²³. Em 2010, foram registrados 2.461 casos de hanseníase em menores de 15 anos e um coeficiente de detecção desse grupo etário de 5,4 por 100.000 habitantes. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos, que em 2010 foi considerada regular, com 58%; 82,6% de cura nas coortes (paucibacilar e multibacilar) e 89,4% de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico, resultados considerados regulares, segundo parâmetros oficiais²⁵.

No Brasil, em média, apenas 20% dos doentes são diagnosticados com a doença na fase inicial; cerca de 70% já apresentam algum grau de incapacidade física ao serem admitidos no serviço de referência⁷. Um doente MB, virgem de tratamento ou não tratado

de maneira adequada, embora infectando muitas pessoas, produz cerca de cinco novos doentes por ano²⁴.

Em Anápolis, a maioria dos pacientes com diagnóstico notificado de Hanseníase é do sexo masculino, estão na faixa etária de 20 a 49 anos, da raça parda, com de 4 a 7 anos de escolaridade. Em relação à classificação operacional, no mesmo município, a uma predominância de casos MB em detrimento de PB¹⁶⁻²⁶.

O presente trabalho tem por objetivo descrever e analisar o perfil clínico-epidemiológico dos casos notificados e em tratamento de hanseníase na Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Júnior no município de Anápolis, entre 2011 e 2013. Analisando o perfil dos casos de hanseníase segundo o sexo, grau de incapacidade inicial e classificação operacional no município de Anápolis; Observando a ocorrência de reações hansênicas e o seu tipo (I ou II); Conhecer as quantidades de casos e o número de acometimento de nervo (s) periférico(s).

2 METODOLOGIA

Trabalho retrospectivo com estudo observacional, transversal e quantitativo, levando-se em conta dados de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis-Unievangélica, sendo aprovado pelo mesmo sem pendências. A amostra estudada foi com conveniência e contou com a quantidade de pacientes diagnosticados com hanseníase e atendidos na Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Júnior entre o período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013, serviço esse considerado a referência no manejo de pacientes hansênicos. Foram descritos e analisados o, sexo (masculino ou feminino), grau de incapacidade inicial (grau 0, grau I ou grau II), classificação operacional (PB ou MB), ocorrência de reações hansênicas e seu tipo (I ou II), quantidades de casos e o número de acometimento de nervo(s) periférico(s).

Foram utilizados como fonte de dados: fichas de investigação do sistema de informações de agravos de notificação (SINAN) e prontuários presentes no banco de dados da Unidade. Não foram realizadas entrevistas com os usuários do serviço de saúde.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi feito em linguagem técnica, direta e anônima, evitando possíveis erros durante o procedimento e serviu de base para alimentar o preenchimento das planilhas. Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel v. 2007 e exportado para o Software Stata v. 13 para análise estatística. O Teste Qui-Quadrado: teste de hipóteses para determinar a associação existente entre as

características qualitativas sócio-demográficas e clínicas foi aplicado. A associação entre as características clínicas e classificação operacional da Hanseníase foi estimada pelo *OddsRatio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Posteriormente, utilizou-se a técnica da análise multivariada por regressão logística para analisar o efeito conjunto das variáveis estudadas (regressão logística binária backward), assumindo-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Foi analisado um total de 111 pacientes, de um total de 209 pacientes que foram atendidos na Unidade durante o período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013. Os 98 pacientes excluídos da amostra foram justificados pelos critérios de exclusão do trabalho, que contempla o preenchimento incorreto ou incompleto da ficha, casos de transferência para tratamento em outra Unidade ou casos de morte. As identidades dos participantes foram preservadas, sendo o instrumento de coleta anônimo, não incluindo nele o nome do paciente. A coleta de dados por meio do instrumento ocorreu na Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Jr, em dias e horários comerciais. As fichas e/ou prontuários não foram, sob nenhuma circunstância, retirados da unidade. Nenhuma informação pessoal foi divulgada, assegurando a privacidade e confidencialidade das informações ali documentadas. Para que a pesquisa fosse viabilizada, é importante ressaltar que somente os pesquisadores tiveram acesso aos dados.

Critérios de Inclusão: Fichas de investigação do sistema de informação de agravos de notificação da hanseníase no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013; Prontuários dos pacientes completamente e devidamente preenchidos;

Critérios de Exclusão: Fichas de investigação do sistema de informação de agravos de notificação da hanseníase no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2013 com ausência de pelo menos um dos itens a serem avaliados no presente projeto; Prontuários indevidamente preenchidos, com informações incompletas ou escrita ilegível, tornando inviável a coleta de dados; Pacientes transferidos da Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Jr. Para outro serviço de saúde ou que durante tratamento ocorreu óbito do mesmo;

3 RESULTADOS

A partir dos dados coletados e analisados dos 111 prontuários, revelaram que, o número total de diagnóstico com hanseníase foi de 111 pessoas, levado em consideração o sexo dos pacientes, obteve-se um total de 46 indivíduos (41,44%) do sexo feminino e 65 (58,56%) masculinos. Ao analisar a classificação operacional da hanseníase segundo

o Ministério da Saúde (MS), 69 pessoas (62,16%) foram classificadas como MB e 42 pessoas (37,84%) como PB, do total de 111 pacientes.

O número de nervos afetados no momento do diagnóstico da Hanseníase foi agrupado em grupos a cada três nervos acometidos, pois a literatura não trás uma classificação própria para tal característica clínica; A maioria dos pacientes em ambos os sexos não apresentaram nenhum nervo afetado, sendo 20 indivíduos no sexo feminino (42,48%) e 26 no sexo masculino (40%) sem acometimento nervoso, levando em conta todos os sexos e o total da amostra o resultado foi de 46 pessoas (41,44%). Observou-se, tanto no sexo feminino como no masculino prevalência de grau de incapacidade física zero, fechando 23 casos (50,00%) entre as mulheres e 31 casos (47,69%) entre os homens. No total, tem-se 54 indivíduos com grau zero de incapacidade física, o que resulta em 48,65% do total da amostra.

Em relação ao tipo de reação hansênica desenvolvida pelos pacientes, obteve-se os seguintes dados: 26 mulheres (56,52% das 46 pacientes do sexo feminino) não desenvolveram nenhum tipo de reação, sendo esta a variável prevalente no sexo em questão. Ao contrário desse dado, nos homens a reação hansênica tipo I foi predominante, totalizando 33 indivíduos, ou seja, 50,77% dos pacientes masculinos. Na amostra total, a prevalência foi de reação tipo I, apresentando 51 casos (45,95%).

As características clínicas que englobam Classificação Operacional, Número de Nervos Afetados, Grau de Incapacidade Física e Reação Hansênica foram correlacionadas com o sexo dos pacientes, sendo aplicado o teste Qui-Quadrado. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Quando se associou variáveis clínicas à classificação operacional, observou-se acerca do número de nervos afetados ao diagnóstico que em pacientes MB houve predomínio do intervalo entre 1 e 3 feixes nervosos, dando um total de 21 pacientes com esse acometimento, o que representa 30,43% dos MB. Estudando os casos de PB, o intervalo predominante nessa mesma associação é de casos sem nenhum acometimento, com 26 pessoas (61,90% da amostra de PB). O total de pacientes diagnosticados teve prevalência de nenhum feixe, correspondendo a 46 indivíduos que em porcentagem somam 41,44%.

O grau de incapacidade física no momento do diagnóstico se apresentou da seguinte forma clínica: os pacientes MB apresentaram em sua maioria o grau I de incapacidade com 27 pessoas (24,64%), e nos PB foi prevalente o grau zero, com o total de 31 pessoas (73,81%).

Fazendo a análise de reações hansênicas, teve-se em pacientes MB maior prevalência de reação do tipo I, com 34 casos (49,28% do total de MB). Já os casos de PB apresentaram prevalência em não apresentar nenhum tipo de reação, com 25 pacientes, total de 59,52% dos pacientes PB. No grupo total de 111 pacientes com Hanseníase, viu-se prevalência do tipo I com 45,95% dos pacientes.

Os resultados mostram que os pacientes diagnosticados como Hanseníase MB possuem maior risco de se apresentarem com nervos acometidos, algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, corroborando com a compatibilidade de gravidade com a classificação operacional MB. Sendo aplicada análise multivariada através da regressão logística para analisar o efeito conjunto das variáveis, assumindo-se o nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$).

4 DISCUSSÃO

Segundo a OMS, o gênero masculino é predominante entre os pacientes com Hanseníase em âmbito nacional e internacional, especialmente na Índia e Indonésia. Corroborando com essa fonte, registrou-se um total de 652 pacientes com Hanseníase, desses 53,22% eram do sexo masculino, revelando que apesar da predominância, houve uma discreta diferença entre os sexos²⁷. Em outro estudo, confirma-se os dados: analisou-se 192 pacientes com Hanseníase e desses, 62,5% compunham o sexo masculino. Pelos resultados descritos nesse trabalho, viu-se que de um total de 111 pacientes, 58,56% eram do sexo masculino²⁸.

Em estudo com 455 pacientes no período de 2000 a 2006, observou-se que no total dos anos, a classe multibacilar representou 85,3% e a paucibacilar 12,9% dos casos, sendo que houve uma associação significativa entre a classificação multibacilar e o sexo feminino com uma chance quatro vezes superior em relação aos homens²⁹. Outra referência analisou que do total de casos analisados no estudo ($n=192$), 67,2% destes se caracterizaram como MB. No sexo masculino, 84,2% dos casos foram MB, enquanto nas mulheres 61,1% foram PB, divergindo do achado dos autores antes citados. No trabalho, 62,16% dos pacientes se classificaram em MB e 37,84% classificaram-se em PB²⁸. O presente estudo difere do primeiro trabalho supracitado, porém é semelhante as conclusões do trabalho citado na sequência, onde houveram mais casos de homens multibacilares, configurando 56,52% do total de casos MB.

Ao analisar os dados obtidos em relação à quantidade de feixes nervosos acometidos ao diagnóstico teve-se que a maioria da amostra tanto do sexo masculino,

como do sexo feminino não apresentou nenhuma alteração no momento de detecção da doença. O que numericamente foi representado por um total de 41,44% dos pacientes, destes 65,22% do sexo feminino e 34,78% do sexo masculino. Quando se associou a quantidade de feixes nervosos com a classificação operacional, viu-se que os pacientes MB desenvolveram, em sua maioria, de 1 a 3 acometimentos neurais (30, 43%), já os PB, predominantemente, não apresentaram nenhum acometimento (61,90%); sendo possível fazer uma associação significativa entre os pacientes MB e PB e número de nervos acometidos (p menor 0,0038). Na literatura vigente, estudo que analisou 104 pacientes com Hanseníase recidiva, e em sua discussão observou-se que 51,92% do total não apresentou nenhum acometimento, 9,61% apresentou um único feixe nervoso acometido, 31,73% apresentou mais de um feixe acometido e 6,74% obteve avaliação nessa variável clínica³⁰. Outro estudo constatou com relação aos nervos afetados à época do diagnóstico, 34 pacientes (33%) não apresentavam alteração de troncos nervosos periféricos. Sessenta e nove pacientes (67%) apresentavam acometimento nervoso³¹. Ambos os estudos corroboram com o que se observou nesta pesquisa.

Tabela 1. – Características sócio-demográficas dos pacientes com hanseníase, segundo o sexo

Características	Fem (n=46)		Masc (n=65)		Total (n=111)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							0,6962
< 16	4	8,70	9	13,85	13	11,71	
16--- 25	9	19,57	13	20,00	22	19,82	
25--- 34	12	26,09	14	21,54	26	23,42	
34--- 43	8	17,39	8	12,31	16	14,41	
43--- 52	6	13,04	15	23,08	21	18,92	
52--- 61	5	10,87	5	7,69	10	9,01	
> 61	2	4,35	1	1,54	3	2,70	

*Teste Qui-Quadrado

Estudo já citado verificou que a forma clínica prevalente foi do tipo Dimorfa, representando 69,1% de sua amostra, seguido do tipo Virchowiana (17,1%). Semelhante a esses resultados, os dados colhidos possibilitaram notar prevalência idêntica: com predomínio de Dimorfos, representando 29,73% dos pacientes e 27,03% dos pacientes Virchowianos²⁹. Em contrapartida, trabalho metodologicamente semelhante descreveu em seu estudo com 1502 pacientes, uma prevalência de casos permanecendo em primeiro lugar os casos Dimorfos com 29,42% dos casos, porém o segundo lugar ficou com a forma

Indeterminada, com 26,16% do total³². Estabelecendo uma associação entre a forma clínica e o sexo dos pacientes, encontraram predominância das formas Dimorfa e a Virchowiana, com 35,9% e 27,6% respectivamente, sendo estas mais frequentes no sexo masculino. Entre os homens, a forma Dimorfa representa 41,7% dos casos e a Virchowiana 39,2%. No sexo feminino, a forma mais freqüente foi a Tuberculoide (40,3%), seguida pela Dimorfa (26,4%), e a Virchowiana com 8,3% dos casos. Pelos dados obtidos na pesquisa, no sexo feminino houve predominância da forma Dimorfa (35,96%), seguido pela forma Indeterminada (28,26%); já no masculino viu-se prevalecer a forma Virchowiana (30,77%), seguido pela Dimorfa (24,62%)²⁸.

Focando a análise no grau de incapacidade ao diagnóstico, obteve-se no sexo feminino prevalência de Grau 0, com 50,00% da amostra feminina, seguindo com Grau I (36,96%); no sexo masculino ocorreu o mesmo achado, mostrando que 47,69% dos homens apresentaram Grau 0, seguido de 30,77% que apresentaram Grau I. Longo e Cunha (2006) em análise semelhante viram que incapacidades ou deformidades, de grau I ou II, foram apresentadas por 33,3% do total dos pacientes avaliados ao início do tratamento. Nas mulheres, 76,3% dos casos não apresentaram incapacidades ao início do tratamento (grau 0); no sexo masculino 59,8% dos casos apresentaram-se sem nenhum problema (grau 0), 32,9% dos mesmos já apresentam incapacidades, 6,1% deformidades moderadas e 1,2% deformidades intensas quando do início do tratamento (n=141). Ao mudar o foco de associação, ou seja, observando a forma clínica em conjunto com a classificação operacional, pelos dados colhidos viu-se que a maioria dos pacientes MB apresentou grau de incapacidade I ao diagnóstico (39,13%), seguido por grau 0 (33,33%). Já os PB tiveram prevalência em apresentar grau 0 (73,81%) seguido de grau I com 23,81%. Estudo que analisou o grau de incapacidade em 1.455 pacientes, 46,2% desse total apresentaram grau de incapacidade física I e II, desses 93,2% foram classificados como MB e 6,8% como PB³³.

Quando se analisou a presença ou não de reações hansênicas nos pacientes da amostra, observou-se que nos indivíduos femininos a prevalência encontrada foi de 56,52% de casos sem reação, seguido pela reação tipo I com 39,13%. Já nos masculinos, teve-se 50,77% com reação tipo I e 36,92% apresentando nenhum tipo de reação, em seguida. Encontra-se na literatura que quando ocorre estados reacionais esses são em maioria do tipo I em ambos os sexos, estando assim o estudo em concordância com a literatura⁹. Outro ponto analisado foi em relação à classificação operacional, nos MB houve predomínio de reação tipo I com 49,28%, seguida de nenhum tipo de reação com

36,23%, reação tipo II se desenvolveu exclusivamente nesses pacientes. Já em PB, 59,52% não apresentaram reação e 40,48% apresentaram do tipo I. Estudo inerente aponta a predominância de reações do tipo I nos PB e MB em seus estudos, mas quando a reação do tipo II ocorre essa é observada em maior prevalência nos pacientes MB, confirmando assim parcialmente os apontamentos aqui discutidos³⁴.

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes com hanseníase, segundo o sexo.

Características	Fem (n=46)		Masc (n=65)		Total (n=111)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Classificação operacional							0,5766
Multibacilar	30	65,22	39	60,00	69	62,16	
Paucibacilar	16	34,78	26	40,00	42	37,84	
Número de nervos afetados							0,4937
Nenhum	20	43,48	26	40,00	46	41,44	
De 1 a 3	15	32,61	20	30,77	35	31,53	
De 4 a 6	9	19,57	10	15,38	19	17,12	
De 7 a 9	2	4,35	6	9,23	8	7,21	
> 9	0	0,00	3	4,62	3	2,70	
Forma clínica							0,3133
Dimorfa	17	36,96	16	24,62	33	29,73	
Indeterminada	13	28,26	15	23,08	28	25,23	
Tuberculóide	6	13,04	14	21,54	20	18,02	
Virchowiana	10	21,74	20	30,77	30	27,03	
Grau de incapacidade física							0,7025
Grau 0	23	50,00	31	47,69	54	48,65	
Grau I	17	36,96	20	30,77	37	33,33	
Grau II	6	13,04	12	18,46	18	16,22	
Não - Avaliado		0,00	2	3,08	2	1,80	
Reação hansênica							0,1729
Tipo I	18	39,13	33	50,77	51	45,95	
Tipo II	1	2,17	4	6,15	5	4,50	
Mista	1	2,17	4	6,15	5	4,50	
Não apresenta	26	56,52	24	36,92	50	45,05	

*Teste Qui-Quadrado

5 CONCLUSÃO

Dos 209 pacientes registrados com Hanseníase na Unidade de Saúde Dr. Ilion Fleury Jr., foi possível analisar o total de 111 seguindo os critérios de inclusão e exclusão, desses, 41,44% do sexo feminino e 58,56% do masculino. Desse modo, pode-se perceber que os homens possuem mais contato social entre homens e preocupação menor com o

corpo e com a estética em relação às mulheres, pois essas maior procura espontânea nos serviços de saúde.

Em se tratando da avaliação da classificação operacional na amostra, inferiu-se uma maior quantidade de casos multibacilares em detrimento de casos paucibacilares. Uma vez tendo observado mais casos MB, há embasamento para se pensar em uma estabilização da endemia hansênica, já que assim os indivíduos mais susceptíveis foram os mais afetados, deixando os imunologicamente favoráveis com menores taxas de incidência. Outra possibilidade que explique esse quadro seria a ocorrência de diagnóstico tardio que seria justificado pela falta de informação sobre a doença, um sistema ineficaz de atendimento primário e epidemiológico que não iniba a transmissão e falha na vigilância em saúde.

Ao analisar a forma clínica de forma associada à classificação operacional, foi possível inferir a fidedignidade dessa classificação que pode ser feita de forma simples. Já que os indivíduos com poucas lesões, ou seja, classificados como paucibacilares, apresentaram uma forma clínica mais branda, com poucos bacilos e são não contagiantes; assim como os MB apresentaram formas clínicas mais grave, com muitos bacilos e são contagiantes.

A predominância de casos em que a quantidade de acometimentos nervosos foi igual à zero, bem como a de grau de incapacidade ao diagnóstico terem sido grau zero foram pontos positivos. Daqui é possível inferir um prognóstico melhor ao doente, e mais uma vez inibe preconceitos sociais e psicológicos desses pacientes.

A pesquisa relevou que a maioria dos pacientes apresentou reação hansênica tipo I e em seguida, viu-se uma maioria de casos em que não houve reações. Os pacientes que têm reação após tratamento têm maiores riscos de ficarem com sequelas, uma vez que muitas vezes não estão mais sendo acompanhados e fazendo o tratamento adequado, podendo não dar a devida atenção aos sinais e sintomas das reações; e assim irá procurar ajuda profissional tardiamente. Por outro lado, a proporção considerável de reações identificadas ao momento do diagnóstico, ou seja, antes do tratamento, pode ser um reflexo do diagnóstico tardio da hanseníase; bem como apresentar em segundo lugar uma maioria de casos sem reação, invoca ao diagnóstico precoce.

Dessa forma, é possível elucidar que há muito a se fazer ainda a fim de intervir junto aos gestores de saúde na priorização desta doença que provavelmente tem uma parcela de indivíduos sendo subdiagnosticados e que tem seus resultados negativos ainda impactando a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Lopes AC. *Tratado de Clínica Médica*. Roca. 2009; 2(2).
2. Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(2).
3. Brasil, Ministério da Saúde. Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: *Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde*. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária DNDS/NUTES, 1989.
4. Veronesi R, Focaccia R. *Tratado De Infectologia*. 2010; 4ª Ed. Atheneu, v. 2.
5. World Health Organization. Leprosy-Global Situation. *WeeklyepidemiologicalRecord* [online], Disponível na Internet: <<http://www.who.int/wer>> 2008; 33: 293-300., acessado em 22 de outubro de 2014.
6. World Health Organization. Leprosy-Global Situation. *Weekly epidemiological Record* [online], Disponível na Internet: <<http://www.who.int/wer>> 2002; 77: 1-8. acessado em 22 de outubro de 2014.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia Global Aprimorada Para Redução Adicional Carga da Hanseníase: *Ministério da Saúde*, Brasília, 2010. 1.ed: 31.
8. Araujo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003; 36(3): 373-382.
9. Teixeira MAG, Silveira VM, França ER. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(3):287-292.
10. Souza LWF. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 43(6):737-739.
11. Silva SF, Griep RH. Reação Hansênica em Pacientes Portadores de Hanseníase em Centros de Saúde da Área de Planejamento 3.2. do Município do Rio de Janeiro. *Rev Hansen Int.* 2007; 32 (2): 155-162.
12. 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; 24(1): 365-375.
13. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16(2).
14. Brasil, *Secretaria de Vigilância à Saúde e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SVS/MS)*. Coeficiente de Detecção de Casos Novos de Hanseníase por 10 mil habitantes. Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1990 a 2007. 2008.
15. Van Beers SM, De Wit MYL, Klaster PR. MiniReview: The epidemiology of *Mycobacterium leprae* : Recent insight. *Microbiology Letters*, 1996; 136(1):221-230.

16. Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2002.
17. Helene LMF, Salum MJL. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(1).
18. Lie HP. Why is leprosy decreasing in Norway? *Internat J of Leprosy*. 1933, 1:205-216.
19. Doull JA, Rodriguez JN, Guindo R. A field study of leprosy in Cebu. *In J of Leprosy*. 1936; 4:141-169.
20. Worthc RM. Leprosy in Hawaii: The end of an epidemic. *In J Leprosy*. 1996; 64: 441-447.
21. Tello EE. Condiciones socio-económicas y hanseniasis: Comparación durante 30 años entre la consulta privada y undispensario especializado. *Hans Intern*. 1978; 3:160-164.
22. Parra MC. Caracterizaciónvsocio-económica de los leprosos atendidos enlaunidad de dermatologíasanitaria de Maracaibo, Venezuela: Unestudio de casos. *Cad de Saúde Pública*. 1996; 12(1): 225-231.
23. Brasil, *Secretária de Vigilância em Saúde*. *Guia de Vigilância epidemiológica*. Brasília, DF, 2009, 6 ed.
24. Sobrinho RAS, Mathias TAF, Gomes EA, Lincoln PB. Avaliação do grau de incapacidade na hanseníase: Uma Estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de Enfermagem. *Rev Latino-Am de Enferm*. 2007;15(6).
25. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis*. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. 2012; 1(1).
26. Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003, 36:57-64.
27. Ribeiro Júnior AFR, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Clin Med*. 2012; 10(4); 272-277.
28. Longo JDM, Cunha RV. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. *Hansenol. int*. 2006; 31 (1).
29. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(1); 62-67.
30. Diniz LM. Estudo retrospectivo de recidiva da hanseníase no Estado do Espírito Santo. *Rev. Soc Bras Med Trop*. 2009; 42(4):420-424.

31. Pimentel MIF. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. *An. Bras. Dermatol.* 2003; 78(5):561-568.
32. Barbosa DRM. Perfil Epidemiológico Da Hanseníase Em Cidade Hiperendêmica Do Maranhão, 2005-2012. *Revista Rede de Cuidados em Saúde.* 2014; 8(1).
33. Lana FCF. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, MG. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(6): 993-997.
34. Silva SF, Griep RH. Reação Hansênica em Pacientes Portadores de Hanseníase em Centros de Saúde da Área de Planejamento 3.2. do Município do Rio de Janeiro. *Rev Hansen Int.* 2007; 32 (2): 155-162.