

## CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM IPORÁ, GOIÁS

*Characterization of epidemiologic leprosy situation in Iporá, Goiás*

Priscila Batista de Sousa<sup>1</sup>  
Fernanda Cavalcante Santos<sup>2</sup>  
Lucas Henrique Sampaio<sup>3</sup>

### Resumo

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, caracterizada por lesões de pele com perda sensibilidade. Apesar de ser uma doença curável e a medicação ser distribuída gratuitamente em unidades públicas de saúde, o conhecimento populacional sobre os sintomas iniciais da hanseníase ainda é muito escasso. Essa falta de conhecimentos pode fazer com que a doença atinja um estágio mais disseminado, causando graves deformidades e deficiências físicas irreversíveis. O Brasil é a segundo nação com maior número de casos absolutos de hanseníase no mundo. O país possui varias regiões hiperendêmicas para hanseníase, inclusive alguns municípios de Goiás, como é o caso de Iporá. Neste contexto, o presente estudo objetivou caracterizar a situação epidemiológica da hanseníase em Iporá, analisando a ocorrência da doença no período de 2002 a 2012. Os resultados deste estudo mostraram uma tendência de aumento nas notificações de hanseníase entre os anos de 2003 e 2005, seguido por uma queda nas taxas de prevalência e incidência, entre os anos de 2006 e 2008. Entre os anos de 2009 e 2012 houve pouca variação no numero de casos da doença, mantendo as taxas de incidência e prevalência estáveis. Estes resultados mostram que apesar da relativa estabilização no número de casos de hanseníase, a doença continua sendo um grave problema de saúde pública que ainda precisa ser controlado.

**Palavras-Chave:** Hanseníase. Prevalência. Incidência.

### Abstract

Leprosy is a chronic infectious disease characterized by skin lesions with loss of sensitivity. Leprosy is a curable disease and the medication is distributed free of charge in public health facilities. But public awareness about the early symptoms of leprosy is very limited. This lack of knowledge can allow the disease reaches an advanced stage, causing severe deformities and irreversible disabilities. Brazil is the second country with the highest absolute number of cases of leprosy in the world. The country has several endemic regions for leprosy, including many municipalities of Goiás and this is the case of Iporá. In this context, the present study aimed to characterize the epidemiological situation of leprosy in Iporá, analyzing the occurrence of the disease in the period 2002-2012. The results of this study showed a trend of increase in reports of leprosy between the years 2003 and 2005, followed by a decrease in prevalence and incidence between the years 2006 and 2008. Between 2009 and 2012 there was little variation in the number of cases of the disease and the incidence and prevalence rate kept stable. These results show that despite the relative stability in the number

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Biologia da Universidade Estadual de Goiás, UnU-Iporá.

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Biologia da Universidade Estadual de Goiás, UnU-Iporá.

<sup>3</sup> Professor Dr. da Universidade Estadual de Goiás, UnU-Iporá – lucas.sampaio@ueg.br

of cases of leprosy, the disease remains a serious public health problem that needs to be controlled.

**Keywords:** Leprosy. Prevalence. Incidence.

## **Introdução**

A hanseníase, antes conhecida como lepra, é uma das patologias mais antigas da história da humanidade. É uma doença infecciosa de evolução crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (ELLIS 2012). Este bacilo é um parasita intracitoplasmático de macrófagos e de células nervosas de Schwann que afeta a pele e os nervos periféricos (SCOLLARD *et al*, 2006). A hanseníase geralmente se manifesta como lesões de pele, com perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. Com o passar do tempo, o número de lesões de pele aumentam e os nervos são severamente afetados. Essas lesões cutâneas podem se manifestar como manchas, placas, nódulos e tubérculos (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011). O período de incubação da doença pode variar entre 2 e 10 anos sem qualquer manifestação de sintoma clínico. Ou seja, é muito comum que o indivíduo tenha hanseníase e seja um transmissor do *M. leprae*, sem, no entanto, saber que está infectado (VAN BRAKEL *et al*, 2012). A hanseníase é transmitida de pessoa a pessoa pelo o convívio prolongado de com doentes multibacilares (MB). Um grande número de bacilos é excretado da cavidade nasal de indivíduos com formas bacilíferas (pacientes MB) não tratados. A cavidade nasal é provavelmente a forma mais comum pela qual o bacilo entra e infecta o paciente (RODRIGUES; LOCKWOOD, 2011).

O diagnóstico de hanseníase é baseado na identificação de sinais dermatoneurológicos da doença, mas alguns testes laboratoriais podem auxiliar no diagnóstico, como a baciloscopia e o exame histopatológico das lesões (SCOLLARD *et al*, 2006). O diagnóstico precoce da hanseníase é, provavelmente, o obstáculo principal ao controle da doença (SAMPAIO *et al*, 2011). A hanseníase é hoje uma doença tratável e curável. A distribuição dos remédios é gratuita nos postos de saúde em todo o país (BRASIL, 2010). Apesar do estigma alimentado pelo senso comum, não é necessário o isolamento do paciente, antes, durante ou após o tratamento (VAN BRAKEL *et al*, 2012).

A OMS estabeleceu como meta a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no mundo. Essa eliminação consiste na meta de prevalência igual ou menor que 1 caso de hanseníase para cada 10 mil habitantes. Essa meta deve ser atingida individualmente por cada país, estado e cidade (OMS, 2006). Poucos países do mundo ainda não conseguiram

atingir esta meta, entre eles está o Brasil. O país é a segunda nação com maior número de casos absolutos de hanseníase no mundo, mas apresenta a maior taxa de prevalência global. Em 2012 o Brasil apresentou um coeficiente de prevalência de 1,36 casos/10 mil habitantes e de incidência de 1,72 casos de hanseníase/10 mil habitantes (OMS, 2012).

Dentro do Brasil as regiões que apresentam as maiores taxas de prevalência de hanseníase estão o Norte e o Centro-Oeste. Goiás é o sexto estado brasileiro com maior número de notificações de hanseníase, apresentando 2,35 casos para cada 10 mil habitantes em 2010. Neste contexto, várias cidades goianas apresentam alta prevalência da doença entre eles, está Iporá. O presente estudo visa esclarecer qual é a real situação epidemiológica da hanseníase em Iporá, visto que apesar de ser um município em situação hiperendêmica não existem trabalhos científicos que descrevam a real situação da doença no município.

## **Materiais e métodos**

### ***Delineamento, área e população de estudo.***

O presente trabalho é um estudo epidemiológico descritivo observacional, cujos dados secundários das notificações de hanseníase foram obtidos junto ao banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Esse banco de dados é constituído por todos os casos de hanseníase confirmados e notificados em todo o país, utilizando as Fichas Individuais de Notificação/Investigação de Hanseníase.

A área de estudo é a cidade de Iporá, município que se localiza na região oeste do estado de Goiás. A população de estudo abrange o universo dos casos de hanseníase, notificados entre 2002 e 2012, residentes no município.

Os principais indicadores utilizados para o estudo foram os coeficientes de incidência e de prevalência expressos por 10.000 habitantes. Para o cálculo de incidência e da prevalência foi utilizada a população aferida de Iporá para os anos de 2002 a 2012, levando em consideração os dados demográficos os da Rede Interagencial de Informações para a Saúde, que se encontram disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

### ***Análise estatística***

Para a análise da tendência da incidência e prevalência foram utilizados modelos de regressão polinomial para séries temporais. As variáveis dependentes usadas para cada análise foram às taxas anuais de detecção e prevalência de hanseníase. Para comparação entre os diferentes grupos, de acordo com a classificação clínica, foram usados o teste T de Student e ANOVA. As inferências estatísticas e os gráficos foram feitos com os programas Microsoft Excel 2010 e Stata versão 7.0.

### ***Definição de caso e conceitos***

É considerado caso de hanseníase qualquer indivíduo, que independentemente de sexo e idade, apresente uma ou mais de uma das seguintes características: presença de lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade, acometimento de nervo(s) com espessamento neural e baciloscopia positiva (BRASIL, 2002).

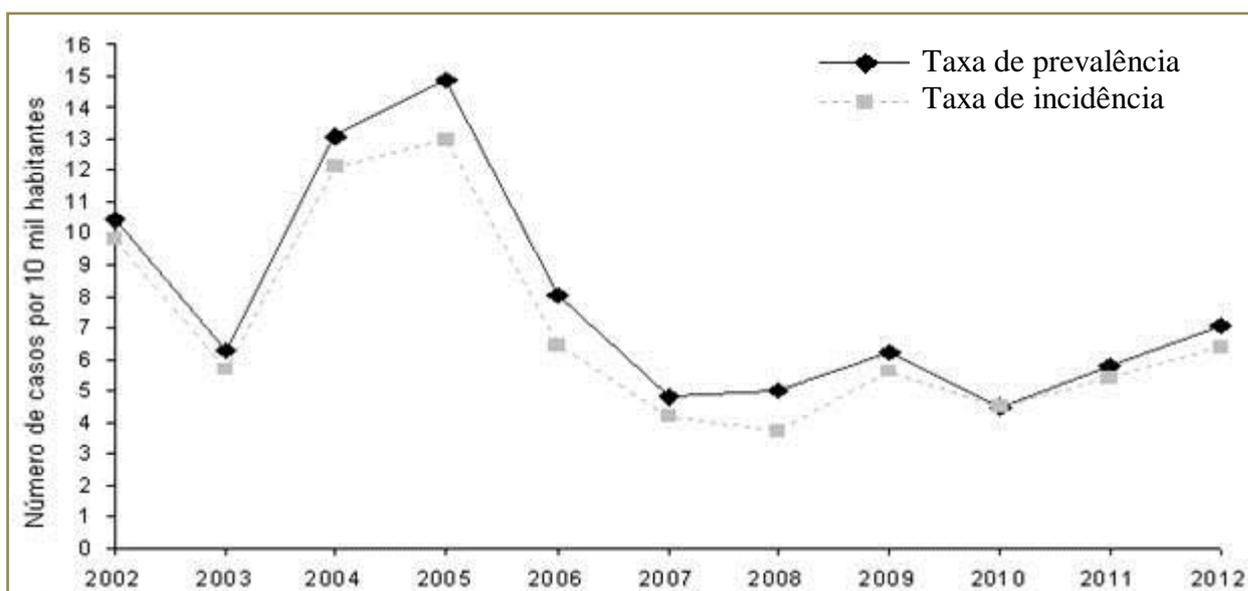
São considerados casos paucibacilares aqueles correspondentes às formas clínicas indeterminada e tuberculóide. Os pacientes multibacilares são geralmente aqueles que apresentam as formas dimorfa e virchowiana. A partir de 1998, com o processo de descentralização do diagnóstico para as Unidades de Saúde da Família, o Ministério da Saúde passou a recomendar a classificação simplificada proposta pela OMS: O paciente paucibacilar é aquele com até cinco lesões de pele. Enquanto que o paciente multibacilar apresenta 6 ou mais lesões cutâneas. A baciloscopia, como exame complementar, se positiva, classifica o caso como multibacilar, independente do número de lesões de pele (BRASIL, 2001). Neste trabalho, para a classificação operacional, utilizou-se a informação contida na ficha de notificação armazenada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

### **Resultados e discussão**

Entre os anos de 2002 e 2012 foram notificados 245 casos novos de hanseníase em Iporá. Houve uma tendência de aumento nas notificações de hanseníase entre os anos de 2003 e 2005, seguido por uma queda nas taxas de prevalência e incidência, principalmente entre os anos de 2006 e 2008. Entre os anos de 2009 e 2012 houve pouca variação no número de casos notificados, ou seja, certa tendência à estabilidade (Figura 1).

O aumento entre 2003 e 2005 parece estar relacionado à descentralização do diagnóstico de pacientes oriundos de cidades interioranas, adotado pela secretaria de saúde de Iporá, a partir de 2002. Deste ano em diante, o diagnóstico inicial dos pacientes Iporaenses vem cada vez mais sendo feito no próprio município e deixado de realizado ser no Centro de

Referência de Goiânia. Essa prática de diagnosticar os pacientes na própria cidade segue as recomendações de descentralização e interiorização do diagnóstico, recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Com a interiorização do diagnóstico é normal que haja um aumento da incidência da hanseníase que em um primeiro momento, pois muito pacientes passam a ser diagnosticados em seus municípios de residências ao invés de serem diagnosticados nas capitais (PENNA *et al*, 2011). A queda a partir de 2006, com posterior tendência de estabilidade é um bom sinal, pois parece indicar que a interiorização do diagnóstico da hanseníase foi benéfica ao município de Iporá. A interiorização permite que o paciente seja diagnosticado em seu próprio município de origem. E o diagnóstico na cidade de residência do próprio paciente ocorre de forma mais rápida, impedindo assim o aparecimento de sequelas mais graves assim como diminui o tempo transmissibilidade da doença, melhorando a situação epidemiológica do município (BRASIL, 2010).



**Figura 1** – Taxas de incidência e prevalência de hanseníase no município de Iporá entre os anos de 2002 e 2012.

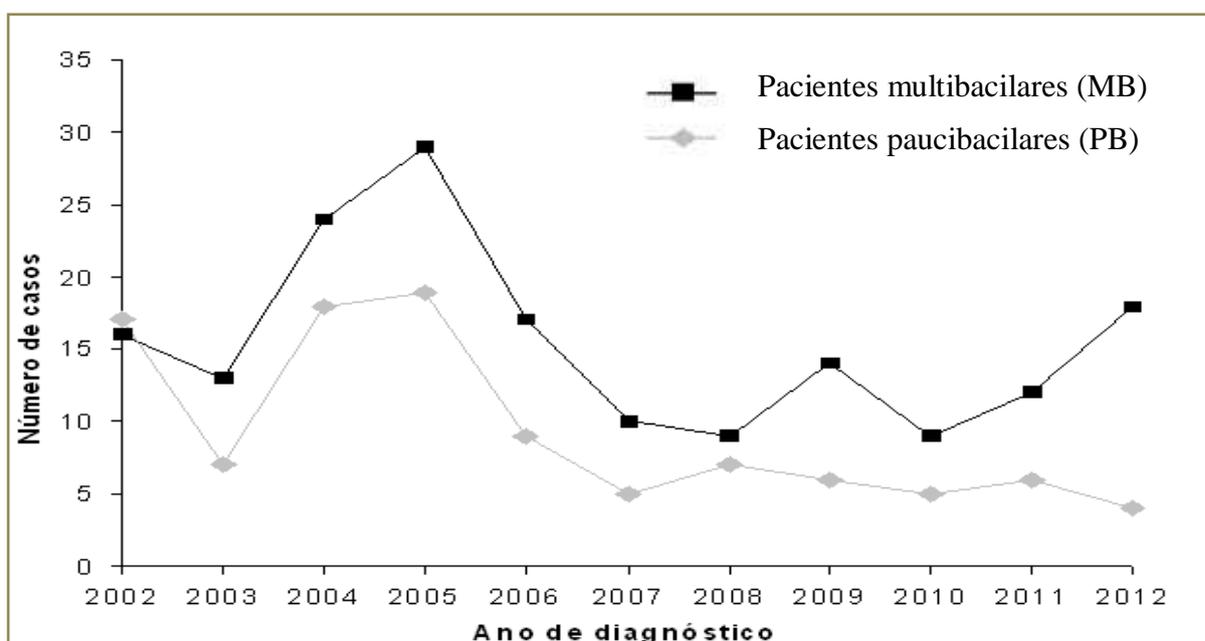
De acordo com dados do DATASUS relativos à forma clínica, ocorreu uma maior quantidade de notificações de casos do grupo de pacientes dimorfos (107 casos). O segundo grupo com maior número de registros foi o de pacientes com a forma indeterminada de hanseníase (90 casos). Durante o mesmo período, 62 pacientes foram diagnosticados como virchowianos e 14 foram classificados como tuberculóides. Os dados referentes à forma clínica ano a ano são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Pacientes com hanseníase, notificados em Iporá entre os anos de 2002 e 2012 de acordo com a classificação clínica de Madrid.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
<b>Virchowiana</b>	8	7	8	13	5	1	2	4	2	3	9	62
<b>Dimorfa</b>	8	6	16	16	11	9	9	10	7	7	8	107
<b>Tuberculóide</b>	1	1	1	2	2	1	1	1	0	4	1	14
<b>Indeterminada</b>	16	6	17	17	8	4	4	5	5	4	4	90

Em locais onde o diagnóstico da hanseníase é feito de forma precoce há um predomínio das formas indeterminadas sobre as formas dimorfa e virchowiana, pois a manifestação indeterminada é a apresentação clínica inicial da hanseníase (SCOLLARD *et al*, 2006). O fato de em Iporá haver um predomínio de pacientes dimorfos em relação às outras formas clínicas mostra que o diagnóstico da hanseníase ainda é feito de forma tardia neste município.

Em relação à classificação da OMS, foram notificadas nesse período 171 pacientes multibacilares e 103 paucibacilares. A quantidade de pacientes notificadas em Iporá, no período estudado, foi estatisticamente maior que a de paucibacilares ( $p=0,01$ ). Os dados referentes à classificação operacional, ano a ano, proposta pela OMS são mostradas na figura 2.



**Figura 2** – Pacientes paucibacilares e multibacilares notificados ano a ano no município de Iporá entre os anos de 2002 e 2012.

A quantidade de pacientes MB é diretamente relacionada ao tempo entre o aparecimento dos sinais clínicos e o início do tratamento para hanseníase (OMS, 2006). O presente estudo mostrou um predomínio significativo de pacientes MB em relação aos pacientes PB ( $p= 0,01$ ). Esse grande número de pacientes MB notificados comprova que diagnóstico em Iporá é realizado de forma tardia. Esses dados mostram ainda que seja pouco provável que tenha havido um avanço na precocidade do diagnóstico da hanseníase em Iporá nos últimos anos. Há uma necessidade urgente de melhorar a velocidade do diagnóstico inicial, pois é de suma importância o diagnóstico precoce, pois quanto mais cedo se iniciar o tratamento da doença mais rápida será a cura e maiores serão as chances de redução das deformidades.

No decorrer de 10 anos houve um predomínio de pacientes do sexo masculino (172 casos) em relação à pacientes do sexo feminino (102 casos). Esses dados estão de acordo com estudos anteriores que mostram quase sempre um predomínio de pacientes do sexo masculino, acometidos pela hanseníase (BAGSHAWE *et al*, 1989; BAKKER *et al*, 2002; FEITOSA *et al*, 1995; RODRIGUES, LOCKWOOD, 2011).

Além da descentralização do diagnóstico da hanseníase, o auto-reconhecimento da doença é outra estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde. É de suma importância o reconhecimento da doença, em seus sintomas iniciais, como manchas e sensação de dormência em membros inferiores e superiores (BRASIL, 2010). No Brasil, no entanto, é muito pequeno o número de campanhas sobre hanseníase, o que dificulta a população obter conhecimentos sobre as primeiras manifestações da doença, resultando em diagnóstico tardio (GONÇALVES *et al*, 2010). Em síntese, os resultados deste trabalho mostram que além das medidas já tomadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, é importante o desenvolvimento de estudos que nos permitam conhecer melhor a situação epidemiológica da hanseníase em municípios hiperendêmicos, como Iporá, pois assim poderá ser planejada uma maneira melhor de se combater a doença de forma mais eficaz nesses municípios. A partir desses dados, pode-se concluir ainda que o a cidade de Iporá apresentou um alto número de casos novos de hanseníase com a forma multibacilar, ainda predominante na região. Esses indicadores apontam para uma elevada circulação do bacilo na comunidade, mostrando a dificuldade de se atingir à meta de eliminação da hanseníase. Neste sentido é de grande importância o aprimoramento das condições operacionais de rede de serviços e a necessidade da criação de novos projetos e linhas de combate à hanseníase em Iporá.

## **Referências Bibliográficas**

BAGSHAWE, A.B.S.; FUNG, S.C.; CHUAH, J.B.G. The epidemiology of leprosy in a high prevalence village in Papua New Guinea. **Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. Londres, volume 83, p.121-127, março, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 3ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002, 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001, 23 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de eliminação da hanseníase**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 31 de maio de 2013).

ELLIS, H. Gerhard Hansen: discoverer of the organism of leprosy. **British Journal Hospital Medicine**. Londres, volume 73, p.113-118, fevereiro, 2012.

FEITOSA, M.F.; BORECKI, I.; KRIEGER, H.; BEIGUELMAN, B.; RAO, D.C. The genetic epidemiology of leprosy in a Brazilian population. **American Journal of Human Genetics**. Nova York, volume 56, p.1179-1185, dezembro, 1995.

GONÇALVES, A; MANTELLINI, G. G.; PADOVANI, C. P. Leprosy control: perspectives & epidemiological and operational aspects. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**. São Paulo. volume 52, p.342-351, dezembro, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global leprosy situation, 2012. **Weekly Epidemiological Records**. Genebra, volume 87, p.317-328, agosto 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities, 2006-2010. **Leprosy Review**. Genebra, volume 77, p.10-45, dezembro 2006.

PENNA, M.L.; TEMPORAO, J.G.; GROSSI, M.A; PENNA, G.O. Leprosy control: knowledge shall not be neglected. **Journal of Epidemiological & Community Health**. Londres, volume 65, p.473-474, novembro, 2011.

RODRIGUES, L.C.; LOCKWOOD, D.N. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. **Lancet Infection Disease**. Londres, volume 11, p. 464-470, agosto, 2001.

SAMPAIO, L.H; STEFANI, M.M; OLIVEIRA, R.M; SOUSA, A.L; IRETON, G.C; REED, S.G; DUTHIE, M.S. Immunologically reactive *M. leprae* antigens with relevance to diagnosis and vaccine development. **BMC Infection Disease**. Londres, volume 26, p.11-26, janeiro , 2001.

SCOLLARD, D.M; ADAMS, L.B; GILLIS, T.P; KRAHENBUHL, J.L; TRUMAN, R.W; WILLIAMS, D.L. The continuing challenges of leprosy. **Clinical Microbiology**. Washignton, volume 19, p.338-381, agosto, 2001.

VAN BRAKEL, W.H.; SIHOMBING, B.; DJARIR, H.; BEISE, K.; KUSUMAWARDHANI, L.; YULIHANE, R.; KURNIASARI, I.; KASIM, M.; KESUMANINGSIH, K.I; WILDER-SMITH, A. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. **Global Health Action**. Genebra, volume5. p. 5-12, julho, 2012.