



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXIII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS **SEMANA NACIONAL DE CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA - 2019**

PERFIL DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE EM UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR BAIANO 2013 – 2018

Hortência Lima Almeida¹; Maria Yana Guimarães Silva Freitas²

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: hort.enfer@outlook.com

2. Orientadora, Departamento de saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: yana@uefs.br

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Perfil ; Incidência

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* possui alta infectividade e baixa patogenicidade. O bacilo possui predileção aos nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (BRASIL, 2017).

A doença é um importante problema de saúde pública no Brasil e vários países do mundo pelo crescente número de casos, demora no fechamento do diagnóstico e constatação de incapacidades, que repercutem diretamente na qualidade de vida de seus portadores. As condições individuais, condições socioeconômicas, e o alto índice de ocupação das moradias influenciam no risco de adoecer. Essa pesquisa objetivou traçar o perfil dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Feira de Santana nos anos de 2013 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA

Para conhecer o perfil dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Feira de Santana, foi realizado um estudo quantitativo, através dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) dos portadores de hanseníase, notificados nos anos de 2013 a 2018.

O cenário de estudo foi o município de Feira de Santana que possui 627.477 mil habitantes (IBGE, 2017), que está classificado entre os 20 municípios da Bahia com maior incidência de casos de hanseníase, considerado um município prioritário para o tratamento (SUVISA, 2015). A população estudada foram às pessoas diagnosticadas com hanseníase nos anos de 2013 a 2018 notificadas e em tratamento pelo Programa de Controle de Hanseníase de Feira de Santana e maiores de 18 anos.

A coleta dos dados foi realizada através do SINAN. A população de estudo foi selecionada a partir de dados do SINAN, sendo as informações procedentes das ficha de notificação identificadas: idade, gênero, raça/cor, grau de escolaridade, forma clínica de hanseníase, característica do caso (novo, recidiva, etc.), grau de incapacidade física, modo de entrada, comunicantes registrados, comunicantes avaliados, episódios reacionais.

Os dados do SINAN de 2013 a 2018 sobre o programa da hanseníase foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde através de um ofício, e assim que foram recebidos, analisamos o banco em comparação com a ficha de notificação de hanseníase e posteriormente, os dados foram tratados no programa STATA versão 14.0.

As variáveis: sexo, raça/cor e grau de escolaridade foram categorizadas no *Stata* como 1 e 0, onde 1 corresponde a risco e 0 como não risco, a categorização do risco foi feita a luz da literatura.

A idade, variável numérica, calculou-se a mediana, obtendo resultado em 52 anos, sendo utilizado esse valor como ponto de corte para a categorização, ficando pessoas acima de 52 anos como o risco (1). Quanto a variável raça/cor foram incluídos pretos e pardos como o risco, e agrupados brancos, ignorados, indígena e amarelo como não risco.

A variável escolaridade foi categorizada em analfabeto; foi realizada a junção dos dados referentes a 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF), 4ª série completa do EF, 5ª à 8ª série incompleta do EF e Ensino fundamental completo recebendo a denominação de ensino fundamental ; Ensino médio incompleto, e Ensino médio completo; Educação superior incompleta e Educação superior completa; Ignorado e não se aplica demonstram a incompletude do preenchimento da ficha de notificação.

A idade, variável numérica, calculou-se da mediana, obtendo resultado em 50 anos, foi considerado que pessoas acima de 50 anos como o risco de acometimento da doença, visto que estudos demonstram que na faixa etária mais avançada ocorrem os casos de hanseníase (BARBOSA et al, 2012; BRASIL, 2018).

Quanto a variável raça/cor foram incluídos pretos e pardos como o risco, e agrupados brancos, ignorados, indígena e amarelo como não risco.

O estudo foi pautado de acordo com os princípios éticos da Resolução nº 466 de dezembro de 2012 considerando o respeito à dignidade humana e pela especial proteção devido a não identificação dos nomes nem suas iniciais no banco de dados recebido pela Secretaria Municipal de Feira de Santana

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2013 a 2018 foram notificados 516 casos novos de hanseníase, no município de Feira de Santana. O município apresentou uma Taxa de detecção de 1,36/10.000 hab. o que segundo o Ministério da Saúde é considerado **baixa (1,0 – 3,9)**. No Brasil, as taxas são classificadas em: baixa (menos de 1 caso por 10 mil), média (1 a 4), alta (5 a 9), muito alta (10 a 19) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20). Quando a prevalência se mantém baixa (menor que 1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública.

No período correspondente ao estudo foram notificados 516 novos casos de hanseníase, sendo o ano de 2013 (104) o que mais notificou novos casos. Seguido de uma queda no número de notificações, ocorrendo novamente um aumento no ano de 2017 (84). Segundo o boletim epidemiológico da Bahia (2018) durante o mesmo período do estudo o Estado passa por uma queda no número de notificações da doença.

No estudo observou-se que o gênero do sexo masculino foi o mais prevalente (56,2%) entre os notificados, mostrando que os homens são mais afetados pela doença, o mesmo foi observado no boletim epidemiológico do Brasil (2018) onde 55,6 % dos casos eram em homens, diferente do estudo de Melão e colaboradores (2011) em Santa Catarina onde 57,5% dos casos foram em mulheres.

Foi observada uma predominância de 90% da raça/cor pardos (pretos e pardos), esse percentual reproduz um reflexo do contexto de representação da maior parte da população da região nordeste e Bahia, sendo essa a que mais padece com as desigualdades em diversos aspectos da vida social, inclusive no acesso a saúde (BRASIL, 2018).

Foram avaliadas as seguintes faixas etárias: < 14 anos, 11 a 19, 20 a 34, 35 a 49, 50 a 64, 65 a 79 e > 80 anos (tabela 4.). A faixa etária com maior frequência de casos foi entre 35 a

49 anos, com 31,58% do total. As faixas etárias de 50 a 64 representaram 31,24%. Na faixa etária < 145 anos, a frequência foi de 1,74% como demonstrado na tabela 4.

A faixa etária que apresentou o maior percentual foi 35 a 49 anos, demonstrando que homens acima de 49 anos possuem maior frequência de casos e probabilidade em adquirir a doença, esses dados corroboram com os estudos realizados no Brasil que trazem que os homens com idade a partir de 49 anos são os mais acometidos pela doença (BARBOSA et al, 2014; BRASIL, 2018).

A incidência ou frequência da doença em menores de 15 anos demonstra que a transmissão vem ocorrendo em idades mais jovens, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde, ou ainda ,pela fragilidade das ações de vigilância do controle dos comunicantes dos pacientes já registrados.

A maioria dos pacientes notificados (44,31%) estudaram até o ensino fundamental, isso demonstra que este indicador, juntamente com outros fatores sociais podem estar associados a ocorrência, inferindo que as pessoas com baixo grau de escolaridade estão mais propensas a contraírem a doença.

De acordo com a classificação internacional as quatro formas de manifestação da hanseníase são indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchoviana; sendo as duas primeiras formas paucibacilares (na qual poucos bacilos estão presentes) e as duas últimas multibacilares (na qual uma grande carga bacilar está presente nas lesões) (Brasil, 2006).

No presente estudo 224 paciente (43,92%) apresentaram a forma dimorfa, seguido de 109 (21,37%) da forma vichowiana, correspondendo a um percentual de 65,29 % dos casos serem multibacilares, sendo os mais infectantes da doença, evidenciando que o diagnóstico desses pacientes está sendo realizado tardiamente, o que impactar diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Na análise do modo de entrada dos pacientes ao serviço, 477 (92,44%) foram casos novos, um dado que nos chama atenção é a porcentagem de 16 (3,29%) de recidivas, os dados mostram-se semelhantes aos de outros estudos no Brasil. Hércules (2004) relatou 0,35% de recidivas no município de Duque de Caxias; Diniz e colaboradores (2009) encontrou 1,12% de 2000 a 2005 no Espírito Santo; e Coelho (2013) demonstrou 1,7% de recidivas em Rondonópolis de 1994 a 2010. Os casos de recidiva permite-nos questionar sobre a eficácia da medicação e ou uso correto da medicação pelo paciente

Na análise do modo de detecção observou-se que 252 (53,05%) dos casos foram através de demanda espontânea, seguido de encaminhamento 204 (42,95%), o mesmo foi observado no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2018). É importante resaltar que apesar da pequena quantidade 12 (2,53%) casos foram detectados através dos exames de contatos, ressaltando a importância da vigilância dos comunicantes e fortalecendo suas ações, visando quebra da cadeia de transmissão da doença, essencialmente nos seios familiares.

. No período estudado 249 (49,11%) dos pacientes apresentaram grau 0 (zero) no momento do diagnóstico, seguido de 178 (35,11%) que apresentaram grau I, demonstrado que ao serem admitidos pelo serviço esses pacientes já apresentavam com algum grau de comprometimento, evidenciando que o diagnóstico foi realizado tardiamente. Um dado preocupante corresponde a 45 (7,10%) de pacientes que não foram avaliados no momento do diagnóstico.

Foi possível observar no presente estudo que foram registrados 516 contatos, dos quais apenas 297 (57,55%) compareceram ao serviço para a realização da avaliação, 219 (42,44%) dos contatos que foram registrados não compareceram, os dados encontrados no município de Feira divergem dos dados encontrados em outras literaturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico da hanseníase do município de Feira de Santana demonstra uma incidência elevada da doença, realização tardia do diagnóstico que é identificado através da concentração de casos com formas clínicas multibacilares e com grau 1 de incapacidades físicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) objetiva o controle da hanseníase através da redução da carga da doença, Feira de Santana tem um grande desafio para agilizar e efetivar a descentralização das ações do programa de controle da hanseníase para a Atenção básica, para que possa melhorar o acesso aos pacientes ao diagnóstico precoce, a busca ativa e a avaliação de contatos, além da redução de novos casos em menores de 15 anos. Com as novas prioridades ministeriais o Brasil, regiões, estados e municípios estão mobilizados para planejamento e execução de ações que venham de fato eliminar a hanseníase como problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006**: Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010. Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. Volume 48° 4 – 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. ISBN 978-85-334-2236-0. Volume 2. Brasília, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. Volume 49° – 2018.
- BRASIL Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso2466.pdf>>. Acesso em: 25 de março de 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades 2017**. <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291080&search=bahia|feira-de-santana>>. Acesso em: 04 de agosto de 2019.
- MELÃO, S. ; BLANCO, L.P.O.; MOUNZER, N.; VERONEZI, C.C.D.;SIMÕES, W.T.A.Z. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 44(1):79-84, jan-fev, 2011
- LANZA FM, CORTEZ DN, GONTIJO TL, RODRIGUES JSJ. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais** Rev Enferm UFSM 2012 Mai/Ago;2(2):365-374
- SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SUVISA 2015. Hanseníase – Sesab. <<http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinan/hans.def>>